

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO-SENSU* EM PSICOLOGIA

ROSANA CARNEIRO TAVARES

**“Eu já perdi muita coisa, minha família principalmente”: um estudo
psicossocial sobre duas políticas de desinstitucionalização do
adolescente**

Goiânia

2014

ROSANA CARNEIRO TAVARES

**“Eu já perdi muita coisa, minha família principalmente”: um estudo
psicossocial sobre duas políticas de desinstitucionalização do
adolescente**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como exigência parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sonia Margarida Gomes Sousa

Goiânia

2014

ROSANA CARNEIRO TAVARES

**“Eu já perdi muita coisa, minha família principalmente”: um estudo
psicossocial sobre duas políticas de desinstitucionalização do
adolescente**

Esta tese foi apresentada à banca de defesa como exigência parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Goiânia, 28 de março de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Sônia Margarida Gomes Sousa
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Presidente da banca

Prof.^a Dr.^a Bader Burihan Sawaia
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Membro efetivo

Prof.^a Dr.^a Anita Cristina Azevedo
Universidade Federal de Goiás
Membro efetivo

Prof.^a Dr.^a Daniela Sacramento Zanini
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro efetivo

Prof.^a Dr.^a Lenise Santana Borges
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro efetivo

Prof. Dra. Maria Ignez Costa Moreira
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Membro suplente

Prof. Dr. Pedro Humberto Faria Campos
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Membro suplente

Dedico este trabalho ao meu pai, Ibamar Tavares (in memoriam), que, mesmo ausente de corpo, se fez eternamente presente em espírito e me encheu de energia para a realização deste estudo, proporcionando-me tranquilidade e humildade ao me deparar com minhas limitações; e à minha mãe Rosa Maria Carneiro Tavares, que me ensinou a lutar pela superação de todas as dificuldades e adversidades da vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pela oportunidade a mim concedida de poder permanecer ativa na busca de conhecimentos.

Agradeço à minha família, em especial à minha mãe, Rosa Maria, que não mediu esforços para me apoiar, no sentido de me amparar em todos os aspectos, proporcionando-me segurança e confiando em minha capacidade de superar limitações.

Dedico e consagro a realização deste estudo à saudosa memória de meu pai, Ibamar Tavares, que certamente ficaria muito orgulhoso deste momento.

Agradeço também ao meu esposo, Francisco (Chico Perna), que sempre esteve presente nas minhas angústias e sempre ocupou as ausências deixadas por mim nos cuidados da casa e dos filhos. Com esmero, supriu os meus distanciamentos físicos e afetivos, devidos às diversas viagens feitas para a realização deste estudo e à imersão neste trabalho, que, inevitavelmente, provocou uma ausência na família, embora de corpo presente.

Aos meus filhos, João Pedro e Maria Júlia, pela compreensão e pelo cuidado que tiveram com as minhas longas horas de enclausuramento. Perdoem-me pelo distanciamento. Agradeço também as piadas feitas à minha “louca” busca pela finalização deste trabalho.

À Sandra, à Maria e à Nilda, que bem cuidaram da minha casa e dos meus filhos quando eu mais precisei.

À minha querida cunhada e comadre, Marja Perna, pela dedicação e pelos aconchegos ofertados à Maria Júlia nos momentos em que eu não pude estar presente.

À minha amada vó Ana e à minha querida sogra D. Adalgisa, que, mesmo distantes, se fizeram presentes na torcida pela superação de mais essa etapa na minha vida. Recebi todos os recados das orações feitas por vocês, bem como todas energias positivas lançadas.

Às colegas de trabalho e amigas, que me ensinaram a reconhecer a força da amizade, do companheirismo e da colaboração, pela atenção e pelo carinho dedicados nos momentos que necessitei, bem como pela descontração necessária à reposição de energias.

À Unitins, pela colaboração e flexibilidade na organização do meu trabalho e pela oportunidade de exercitar a reflexão nas salas de aula e nos grupos de estudos e pesquisa nos quais eu estive envolvida.

Aos juízes, aos promotores públicos, à defensora pública, aos professores universitários e aos psicólogos das unidades de atendimento que participaram desta pesquisa, um agradecimento especial pela colaboração, pela disponibilização de tempo para a realização das entrevistas e pelo respeito à pesquisa. Obrigada! Vocês demonstraram o engajamento na busca pela efetivação das políticas de direitos sociais dos adolescentes.

Aos adolescentes e a suas mães participantes deste estudo, deixo a minha maior reverência à grande contribuição que proporcionaram ao trabalho, trazendo suas reflexões e suas angústias e enriquecendo a possibilidade de compreensão das políticas da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Socioeducativo.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Sônia Margarida Gomes Sousa, um agradecimento mais do que especial! Admiro a sua postura, a sua ética e o seu jeito simples, mas firme e seguro de orientar. Sempre aprendo muito com você! Muito obrigada!

Às Prof.^{as} Dr.^a Anita Cristina Azevedo, Dr.^a Daniela Sacramento Zanini e Dr.^a Lenise Santana Borges, que fizeram parte da banca de qualificação desta tese, agradeço pelo carinho e pela atenção com que leram o trabalho e pelas valiosas sugestões para a melhoria teórica, metodológica e de apresentação de meu estudo. Agradeço também por aceitarem participar da banca de defesa, obrigada!

À Prof.^a Dr.^a Bader Buriham Sawaia, que fez uma leitura prévia cuidadosa do texto de qualificação, contribuindo em muito com a apresentação final deste trabalho. Obrigada por aceitar fazer parte da banca de defesa! Para mim, é uma honra ter em minha banca de defesa alguém que eu admiro pela produção intelectual, cujos textos eu trabalho em sala de aula com os meus alunos.

Aos colegas do programa de pós-graduação e dos grupos de pesquisa da Prof.^a Sônia, em especial, Vinícius, Raquel, Divino, Ivoni, Marianna, Jéssica e Danilo, com quem troquei informações e compartilhei dúvidas, caminhamos juntos na jornada pelo aprimoramento de nossos conhecimentos.

Às minhas orientandas de PIBIC, Bárbara e Érica, pela dedicação com que investiram em suas pesquisas, auxiliando-me na coleta e na sistematização das informações em documentos. À colega Fernanda, que de forma intensiva me ajudou nas transcrições das entrevistas.

Aos colegas de trabalho do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/Ulbra), que, desde que eu entrei na instituição, foram atenciosos comigo em relação ao meu percurso profissional.

À Prof.^a Ma. Silvéria, pela minuciosa leitura e pela revisão de meu trabalho.

À CAPES, que forneceu importante ajuda financeira para esta pesquisa desde o início de 2011, sem a qual a finalização deste estudo ficaria inviável.

RESUMO

Este estudo buscou apreender os significados da desinstitucionalização do adolescente que perpassam as políticas de Saúde Mental e do Sistema Socioeducativo (SINASE) no estado do Tocantins. A concepção de desinstitucionalização do adolescente se embasa nas propostas contidas nas duas políticas: Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216, de 2001) e SINASE (Lei 12.594, de 2012). Ambas têm como diretriz a garantia do convívio familiar do adolescente, a internação como última possibilidade interventiva e de caráter breve (excepcionalidade e brevidade da internação). Paralelamente, essas duas políticas têm como história a consolidação de medidas coercitivas, em que adolescentes autores de ato infracional ou que têm necessidades de intervenções em saúde mental são retirados do convívio comunitário e familiar como estratégia de tratamento. Para este estudo, fez-se o recorte da atenção à saúde mental para a dependência de drogas. Portanto, o foco foi apreender quais são os significados da desinstitucionalização do adolescente autor de ato infracional ou que tem necessidades de saúde em decorrência do uso de álcool e outras drogas que têm permeado a execução da Reforma Psiquiátrica e do SINASE no estado do Tocantins. Este estudo é de abordagem qualitativa, na perspectiva da Teoria Sócio-Histórica, de Vigotski, fundamentada no materialismo histórico e dialético. Participaram do estudo juízes; promotores públicos; defensora pública; professores universitários dos cursos de psicologia e de direito; profissionais que atuam nas unidades do sistema socioeducativo e no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad); adolescentes privados de liberdade no sistema socioeducativo e suas mães; adolescente em tratamento no CAPSad de Palmas, Tocantins; e respectiva mãe. Ao todo, participaram deste estudo 18 pessoas. Todas foram entrevistadas individualmente, tendo um roteiro preestabelecido. Realizou-se também pesquisa em documentos para subsidiar as análises (prontuários dos adolescentes, documentos oficiais das unidades em que os adolescentes estavam vinculados). A análise das falas foi realizada a partir da sistematização das informações em três grupos: os Operadores do Direito, os Profissionais Executores (incluindo os professores universitários) e o Objeto da Lei (os adolescentes e suas mães). A partir dos núcleos de significação apreendidos, buscou-se compreender os significados que cada participante (respeitando o lugar de onde as falas surgem) atribuiu à desinstitucionalização proposta pelas duas políticas alvos deste estudo. Neste trabalho, buscou-se defender a seguinte tese: os significados são marcados pela intervenção autoritária do Estado sobre a condição do adolescente pobre, reproduzindo as práticas de institucionalização e pela invisibilidade social do adolescente pobre autor de ato infracional ou que tem necessidades de saúde em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas. Conclui-se que as duas políticas ainda não estão consolidadas e que, em função disso, as práticas ainda se estabelecem com base em modelos individuais e personalistas de intervenção, nos quais ainda prevalece a lógica de institucionalização dos adolescentes pobres como estratégia de tratamento; e, paradoxalmente, o distanciamento das famílias e a impossibilidades delas se constituírem efetivos agentes de mediação no desenvolvimento dos adolescentes.

Palavras-chave: Desinstitucionalização do Adolescente. Reforma Psiquiátrica. Políticas Públicas. Psicologia Sócio-Histórica. Sistema Socioeducativo.

ABSTRACT

This study sought to identify the meanings of the deinstitutionalization of the adolescent that underlie the politics of mental health and educative-partner system (SINASE) in State of Tocantins. The concept of deinstitutionalization of the adolescent was grounded in the proposals contained in two policies: Psychiatric Reform (Law 10.216, 2001), and SINASE (Law 12.594, of 2012). Both have as a guideline the guarantee of the family coexistence and the institutionalization as a last interventional chance that be brief (exceptionality and brevity of institutionalization). In parallel, these two policies have as history the consolidation of coercive measures, where adolescents authors of offenses or who have needs for interventions in mental health are removed from the community and family life as a treatment strategy. For this study was done the clipping of mental health care for drug addiction, so the focus was to understand what are the meanings of deinstitutionalization of teen author of offenses or who needs health care due to the use of alcohol and other drugs that have permeated the implementation of Psychiatric Reform and SINASE in the State of Tocantins. This study is a qualitative approach, the perspective of Socio-Historical Theory of Vigotski, grounded in dialectical and historical materialism. Participated in this study judges; prosecutors; public defender; professors of psychology and law courses; professionals working in the educative-partner system units and Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs (CAPSad); incarcerated adolescents in educative-partner system and their mothers, adolescent in treatment at CAPSad Palmas, Tocantins, and their mothers. In all, 18 people participated in this study. All were interviewed individually, having a pre-established script. Was also performed research in documents, to support the analysis (charts of adolescents, official documents of the units in which adolescents were tied). The speeches analysis was performed from the systematization of information into three groups: Operators of Law, Professional Performers (including university professors), and the Object of the Act (the adolescents and their mothers). From the meaning nuclei seized, we sought to understand the meanings that each participant (respecting the place where the lines appear) attributed to deinstitutionalization proposed by both policies targeted of this study. In this study, we sought to defend the following thesis: the meanings are marked by authoritarian state intervention on the condition of poor teenage, reproducing the practices of institutionalization and social invisibility of poor teen author of offenses or who have health needs due to the use of crack, alcohol and other drugs. We conclude that the two policies are not yet consolidated and, on that basis, the practices still set based on individual and personalist intervention models, in which the logic of institutionalization of poor adolescents as a treatment strategy still prevails, and paradoxically, separation from families and impossibilities of these agents of mediation become effective in the development of adolescents.

Keywords: Deinstitutionalization of Adolescents. Psychiatric Reform. Public Policies. Socio-Historical Psychology. Educative-Partner System.

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS**QUADROS**

Quadro 1 – Participantes da pesquisa	20
Quadro 2 – A Rede de Atenção Psicossocial preconizada na legislação federal	45
Quadro 3 – Serviços existentes na Rede Psicossocial do Tocantins	47
Quadro 4 – Matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial	47
Quadro 5 – Rede Psicossocial de saúde mental no estado do Tocantins	48
Quadro 6 – Cobertura de serviços de saúde mental no Tocantins (2011 e 2012)	50
Quadro 7 – Número de adolescentes vinculados ao CAPSad e tempo de permanência na unidade	68
Quadro 8 – Os 13 princípios de tratamento proposto pelo NIDA (2003)	84

GRÁFICO

Gráfico 1 – Renda familiar dos adolescentes privados de liberdade em Palmas – TO	165
--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil
CASE – Centro de Atendimento Socioeducativo de Palmas
CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEIP – Centro de Internação Provisória
CF – Constituição Federal
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CIR – Comissão Intergestores Regionais
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CREAS – Centros de Referência Especializados de Assistência Social
CTC – Comissões Técnicas de Classificação
EC – Exames Criminológicos
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
GAOD – Grupo de Álcool e outras Drogas
HG – Hospital Geral
HP – Hospital Psiquiátrico Privado
NIDA – *National Institute for Drug Abuse*
OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PIA – Plano Individualizado de Atendimento
PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PVC – Programa de Volta para Casa
SDH/PR – Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SGDCA – Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente
SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA – Unidade de Acolhimento Transitório

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USL – Unidade de Semiliberdade de Palmas

SUMÁRIO

Introdução	2
- O método de estudo	15
- Sujeitos da investigação	19
- Procedimento metodológico	20
- Exposição das análises	29

Capítulo 1

A saúde mental dos adolescentes: internar para quê?	31
1.1. A trajetória da política da Reforma Psiquiátrica brasileira	31
1.1.1. O adolescente e o uso de drogas no mundo contemporâneo	41
1.2. A rede de saúde mental no estado do Tocantins e os significados construídos ---	44
1.2.1. Como os Operadores do Direito significam a Política de Saúde Mental para o adolescente?	52
1.2.1.1. As significações dos Operadores do Direito para o crack	61
1.2.1.2. A instrumentalização judicial dos Operados de Direito	63
1.2.2. Como os Profissionais Executores significam a Política de Saúde Mental para o adolescente?	69
1.2.2.1. Os desafios atuais da Política de Saúde Mental	69
1.2.2.2. O modelo psicossocial e as significações apreendidas entre os Profissionais Executores	71
1.3. Internar para quê?	83
1.3.1. As concepções teórico-conceituais do tratamento da dependência das drogas -	84
1.3.1.1. “Ele é outra pessoa”	88
1.3.1.2. “De repente a gente não está tão articulada assim para dar conta dessa pessoa como deveria”	92
1.3.1.3. “Vai deixar que ele fique usando crack na rua, até morrer?”	97

Capítulo 2

O adolescente autor de ato infracional: encarcerado ou socioeducando?	105
2.1. O cenário político da atenção dispensada ao adolescente autor de ato infracional no Brasil	106

2.1.1. A proposta política atual destinada ao adolescente autor de ato infracional no Brasil -----	112
2.2. Os significados da desinstitucionalização do adolescente autor de ato infracional, apreendidos entre os Operadores de Direito e os Profissionais Executores -----	118
2.2.1. Operadores do Direito e os significados construídos a respeito da Lei que regulamenta o sistema socioeducativo -----	118
2.2.1.1. “A execução da Medida era um limbo jurídico” -----	119
2.2.1.2. “A família já entregou há muito tempo para Deus o seu filho, ou para a justiça” -----	128
2.2.1.3. “A liberdade assistida é um pouco complicada, porque tem adolescente que nunca mais volta e acaba que o processo é suspenso” -----	134
2.2.1.4. “Então, acho que a internação ainda tem esse efeito pedagógico, ainda é o único medo que talvez eles tenham” -----	138
2.2.2. Os significados construídos entre os Profissionais Executores a respeito da desinstitucionalização do adolescente autor de ato infracional, no Tocantins ---	149
2.2.2.1. “SINASE é o quê? Eu não conheço o SINASE” -----	150
2.2.2.2. “A gente trabalha junto em parceria com a juíza, a gente emite relatório, só que falta aquela abertura do Judiciário” -----	155
2.2.2.3. “É uma política que ela se quer para todos, mas ela é claramente segmentada, que é para pobres” -----	164

Capítulo 3

Os significados construídos entre os adolescentes e suas mães sobre as políticas da Reforma Psiquiátrica e do sistema socioeducativo -----	172
3.1. Compreendendo o desenvolvimento humano e o processo de formação dos sujeitos -----	173
3.2. As falas de quem tem se calado diante dos mecanismos de poder que regem as políticas de desinstitucionalização: os adolescentes e suas mães -----	181
3.2.1. Danilo: “rapaz, lá no CASE é um pedaço do inferno” -----	181
3.2.2. Henrique: “porque, desde que eu entrei aqui, eu falei que não iria parar de beber, eu queria aprender a controlar isso”-----	197
3.2.3. Leandro: “eu não conquisto nada aqui dentro não, você está preso, conquistar o quê”? -----	209

Considerações finais -----	221
Referências -----	234
Apêndices -----	242

*Preso à minha classe e a algumas roupas,
vou de branco pela rua cinzenta.
Melancolias, mercadorias espreitam-me.
Devo seguir até o enjoo?
Posso, sem armas, revoltar-me?*

[...]

*Crimes da terra, como perdoá-los?
Tomei parte em muitos, outros escondi.
Alguns achei belos, foram publicados.*

*Crimes suaves me ajudam a viver.
Ração diária de erro, distribuída em casa.
Os ferozes padeiros do mal.
Os ferozes leiteiros do mal.*

*Pôr fogo em tudo, inclusive em mim.
Ao menino de 1918 chamavam anarquista.
Porém é o melhor de mim.
Com ele me salvo
E dou a poucos uma esperança mínima.*

[...]

(Carlos Drummond de Andrade, em “A Flor e a Náusea”)

Introdução

Quando o povo perde a tradição, quer dizer que se quebrou o laço social, resulta que se quebra o laço social entre a minoria e o povo. E quando se quebra o laço entre a minoria e o povo, acabam a arte e a verdadeira ciência, cessam as agências principais de cuja existência a civilização deriva.

(Fernando Pessoa)

O presente estudo está vinculado ao Núcleo de Pesquisa Infância, Adolescência e Família (NIAF), da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), coordenado pela Prof.^a Dr.^a Sonia Margarida Gomes Sousa. O NIAF conta com uma equipe multidisciplinar e tem contribuído para o aprofundamento sobre temas correlacionados à infância, à adolescência e à família. A temática da adolescência está presente nas pesquisas e nas orientações realizadas pela Prof.^a Dr.^a Sônia Margarida Gomes Sousa nos cursos de mestrado e doutorado em psicologia da PUC Goiás.

Minha inserção no NIAF se deu quando fiz o mestrado, momento em que pesquisei sobre a Política de Saúde Mental e os significados entre os trabalhadores de CAPS. Aos poucos, fui direcionando meus estudos para a especificidade da atenção que a infância e a adolescência requerem. No NIAF, participei de um grupo de estudos sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), a fim de subsidiar uma pesquisa nacional de avaliação do sistema socioeducativo no Brasil, financiada pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, realizada no estado de Goiás pela PUC Goiás. Embora minha inserção tenha sido breve no referido estudo, foi suficiente para subsidiar uma análise comparativa da política da Reforma Psiquiátrica brasileira com o SINASE e compreender que ambas as políticas requerem uma inversão do modelo de atenção (partindo da institucionalização para práticas de desinstitucionalização) e têm uma história semelhante de coerção e exclusão social.

A minha inserção no NIAF desde o mestrado foi essencial para o delineamento desta pesquisa, auxiliando-me na motivação para o estudo, na construção da metodologia e das modalidades de análises. Meu envolvimento, como pesquisadora, com as políticas públicas e o meu trabalho na Fundação Universidade do Tocantins em um projeto de extensão universitária com adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade foram fatores que também colaboraram para motivar este estudo, que buscou compreender os significados da desinstitucionalização do adolescente que têm perpassado a execução dessas políticas.

O presente trabalho tem por objetivo o estudo dos significados da desinstitucionalização do adolescente que perpassam duas políticas destinadas a essa população no Brasil: a política da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216, de abril de 2001); e as diretrizes do SINASE, publicadas em 2006 e regulamentadas pela Lei 12.594, de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012a). Mais especificamente, são apresentados neste estudo os significados que estão sendo construídos a respeito da atenção que deve ser dada ao adolescente autor de ato infracional e àquele que é usuário abusivo de álcool e outras drogas no estado do Tocantins.

São significados extraídos das falas de juízes da Vara da Infância e Juventude; de representantes da Promotoria e da Defensoria Públicas; de psicólogos vinculados a unidades de atendimento; de formadores desses profissionais (professores de direito e de psicologia); e da população usuária (adolescentes e respectivos familiares). Esses significados, apreendidos a partir de diversos sujeitos, expressam compreensões importantes a respeito da execução dessas duas políticas no Estado, bem como da vivência de quem está inserido nessas políticas. São falas que revelam como tem sido executada a aplicação das medidas socioeducativas no Tocantins e como o adolescente tem sido tratado quando necessita de cuidados em saúde mental devido ao uso/abuso de álcool e outras drogas.

A proposta deste estudo se embasa na compreensão de que a Política Nacional de Saúde Mental, a partir da Lei da Reforma Psiquiátrica, e a aplicação das medidas socioeducativas, a partir das diretrizes do SINASE, são políticas que se aproximam por dois fatores: pela diretriz de desinstitucionalização do adolescente contida em ambas as propostas e pela concepção do que é ser adolescente na sociedade brasileira. A base para essas políticas está determinada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O ECA reafirma para as crianças e os adolescentes todos os direitos fundamentais “inerentes à pessoa humana”, sem prejuízo de sua proteção integral, assegurando-lhes oportunidade e facilidades para o pleno “desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade” (BRASIL, 2012, p. 12).

A proximidade entre essas duas políticas se dá também pelo fato de que elas comungam das mesmas dificuldades para a sua efetiva implementação: as duas possuem orçamento precário, necessitam de total inversão do modelo de atenção construído historicamente, requerem investimentos do poder público e capacitações dos trabalhadores e gestores; e ao mesmo tempo as duas foram constituídas no mesmo processo histórico de práticas vinculadas à ideologia liberal de culpabilização

individualizada dos sujeitos. Ambas reproduziram historicamente a exclusão e a violência, por meio das políticas de higienização social, nas quais os indivíduos “inadaptados” acabavam sendo isolados em instituições fechadas, com características manicomiais, na promessa de serem “tratados”.

A base deste estudo é a aproximação conceitual que há entre essas duas propostas políticas e a dificuldade de efetivação de ambas. No entanto o presente trabalho reconhece que os fatores que dificultam a implementação dessas políticas podem ser de ordens diversas, já que elas divergem quanto aos direitos sociais a que se referem. A Lei 10.216 (política da Reforma Psiquiátrica) é uma política de saúde e sua implementação depende de toda a organização do próprio SUS (Sistema Único de Saúde). Já a Lei 12.594, que regulamenta o SINASE, é uma política do sistema de responsabilização, cujo projeto político é garantir o pleno desenvolvimento do adolescente autor de ato infracional, tendo como princípio os direitos humanos fundamentais reafirmados pelo ECA (SOUSA; TAVARES, 2012).

As duas políticas propõem que a internação seja um recurso a ser utilizado apenas em caso de medida extrema e com caráter de brevidade. Caso haja necessidade de serem internados, os adolescentes devem ter respeitados seus direitos humanos fundamentais e a possibilidade de construir uma subjetividade autônoma precisa ser garantida. A diretriz é de que adolescentes autores de ato infracional e aqueles que apresentam algum transtorno psíquico não sejam internados em instituições com características manicomiais e tenham a garantia de poder desenvolver-se plenamente, já que são sujeitos em condição peculiar de desenvolvimento.

No entanto a análise histórica de execução das políticas destinadas ao adolescente autor de ato infracional e àquele que é usuário de serviços de saúde mental remete à exclusão desses sujeitos, às práticas de violência e repressão e à institucionalização como única possibilidade de “recuperação” dessa população, principalmente quando a inserção no serviço de saúde mental se dá devido ao uso de álcool e outras drogas.

Com essas reflexões, o presente estudo aborda a execução dessas duas políticas se referenciando nos conhecimentos produzidos pela psicologia social, que na atualidade tem colaborado com a implantação e a implementação de políticas públicas, por meio de investigações que buscam compreender a subjetividade humana em interface com as políticas, principalmente as de direitos sociais. Mais especificamente, este estudo se fundamenta na Psicologia Sócio-Histórica de Vigotski (2001).

A psicologia Sócio-Histórica de Vigotski (2001) é de perspectiva dialética e entende que os processos psicológicos e os processos sociais não são distintos, não podem ser compreendidos como fenômenos separados do indivíduo ou da sociedade. Esses processos são permeados por uma relação dialética, de forma que tanto a sociedade é constituída pelos indivíduos, quanto as pessoas em sua subjetividade se constituem a partir de sua inserção social. Essa psicologia se caracteriza pela postura crítica na análise dos fenômenos sociais e rompe com as dicotomias indivíduo/sociedade, imediato/mediado, inclusão/exclusão, biológico/social.

No Brasil, assim como em toda a América Latina, a partir da década de 1970, a psicologia social começou a questionar o modelo científico que estava fundando as práticas no país, e, a partir desses questionamentos, foi possível estruturar uma nova psicologia social, de perspectiva crítica. Essa nova psicologia questionava o modelo importado para as questões da América Latina. Ela defendia que era muito importante que o contexto da realidade local fosse colocado em pauta e que os métodos de estudos e pesquisas pudessem apreender essa realidade e subsidiar sua transformação. Surge, então, uma psicologia mais comprometida com a transformação social.

Essa perspectiva crítica da psicologia social foi fundamental para que a sua atuação se expandisse para diversos campos. Aos poucos, a psicologia brasileira foi abandonando sua atuação meramente clínica individual e se inserindo na formulação e na implementação de políticas públicas, auxiliando na defesa de pautas sociais e trazendo para esse campo a subjetividade humana em uma dimensão mais ampla, na qual, além da cognição e da ação, se consideram fundamentais os sentimentos, os afetos e os desejos que compõem a experiência humana (SAWAIA, 2010).

Dessa forma, a busca pela garantia dos direitos sociais tornou-se prática cada vez mais comum entre os profissionais de psicologia no Brasil, principalmente a partir da promulgação da Constituição Federal (CF) em 1988. A CF tem como principal característica a ampla garantia dos direitos sociais aos cidadãos brasileiros, pois surgiu de grandes mobilizações sociais que emergiram no processo de redemocratização da sociedade. O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, emergido nos anos de 1987, a partir do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, é um exemplo de ampla mobilização social que contribuiu para a promulgação da CF/1988, considerada a “Constituição Cidadã” (TAVARES, 2007).

Assim, a CF estruturou no Brasil, institucional e politicamente, uma ampliação dos diversos campos profissionais de forma a atender as reivindicações sociais que

cobravam maior participação da sociedade, igualdade, equidade e garantia universal dos direitos da população. Destaca-se que, para a psicologia social crítica, a garantia dos direitos sociais extrapola o subsídio material e abrange a oferta de ações que possam contribuir com a visão de homem por inteiro, em toda a sua dimensão (cognição, ação, afeto, sentimentos e desejos), um sujeito que tem necessidades de autonomia, liberdade e dignidade humana de forma integral e multidimensional.

Com esse olhar da psicologia social, o presente estudo pretende compreender duas políticas públicas de áreas diversas, mas que têm em comum a diretriz de desinstitucionalização como ação prioritária. Priorizar a desinstitucionalização significa reconhecer o homem por inteiro, que necessita de autonomia, liberdade e dignidade. A institucionalização do sujeito deve ser uma medida extrema a ser tomada em situações excepcionais e deve ter como princípio o caráter de ser breve, ou seja, que o sujeito seja institucionalizado pelo menor tempo possível, já que é reconhecido que o processo de institucionalização pode trazer consequências danosas às pessoas, uma vez que interfere na sociabilidade e na manutenção dos vínculos afetivos. Se a institucionalização ocorre no período da infância ou da adolescência e se for um processo de longa duração, pode afetar todo o desenvolvimento do sujeito, devido à possibilidade de produção de cuidados de forma impessoal e ao uso das técnicas de disciplinamento e punição como estratégias educativas (CARVALHO, 2002; DAVID, 1972; GUIRADO, 2004; RIZZINI; RIZZINI, 2004).

O recorte que se faz para este trabalho é também pela população a que essas políticas se direcionam: os adolescentes e suas famílias. Desse modo, a Política de Saúde Mental que é analisada no presente estudo se refere àquela a que a população adolescente e suas famílias têm acesso. Como a pesquisa foi realizada no estado do Tocantins, foi necessário fazer outro recorte sobre a Política de Saúde Mental para o adolescente: trabalhou-se especificamente com os serviços de atenção aos adolescentes usuários abusivos de álcool e outras drogas (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas/CAPSad), pois são esses os serviços públicos de saúde mental que atuam na perspectiva desinstitucionalizante da Reforma Psiquiátrica, que, no momento, os adolescentes tocaninenses têm tido acesso.

A questão que gerou este estudo é a contradição que permeia a sociedade brasileira no que se refere à execução dessas duas políticas: por um lado, a existência de instrumentos legais que asseguram a democratização e a universalização do acesso, com a garantia dos direitos sociais na perspectiva da cidadania e não da mera assistência,

com a responsabilização do Estado pelo provimento, pela maior participação da sociedade civil e pelo controle social; por outro lado, a contraditória execução ainda ancorada na história brasileira das políticas sociais marcadas pela intervenção autoritária do Estado e pela perspectiva higienista da sociedade, que alija do convívio social aquelas pessoas “incapazes” de se adaptar às normas da sociedade e que reproduz a violência por meio das técnicas de disciplinamento.

A Política de Saúde Mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica (a partir da Lei 10.216, de 2001), já é lei há aproximadamente 12 anos e rege sobre as internações psiquiátricas e o tratamento do transtorno mental, prevendo a desinstitucionalização do adoecimento psíquico e a criação de serviços substitutivos à internação psiquiátrica. Já as diretrizes do SINASE só se efetivaram como lei recentemente. As diretrizes, que foram publicadas em 2006, têm como população-alvo os adolescentes autores de ato infracional e se embasam no que está preconizado no ECA, mas só foram regulamentadas em janeiro de 2012, com a promulgação da Lei 12.594.

A Reforma Psiquiátrica já tem uma longa história na política brasileira de saúde, contando na atualidade com diversos outros dispositivos legais que vieram para facilitar sua implementação, como as Portarias Ministeriais 336, de 2002, que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (BRASIL, 2004b); 3.088, de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); e 615, de 2013, que dispõe sobre o incentivo financeiro para a construção de CAPS (em suas diversas modalidades) e Unidades de Atendimento em conformidade com a RAPS (BRASIL, 2013).

Embora existam legalmente estratégias de financiamento e de construção de serviços e de redes que superem o modelo manicomial de tratamento à saúde mental, ainda permanecem nos CAPS a reprodução de uma prática contraditória que oscila entre o modelo tradicional de institucionalização e o modelo de desinstitucionalização. Na lógica da institucionalização, a liberdade dos sujeitos e a possibilidade de participação social ainda estão condicionadas à total eliminação dos sintomas. No modelo psicossocial, de desinstitucionalização, a subjetividade autônoma e o convívio em sociedade são valorizados. Esses dois modelos ainda se confundem nos serviços psicossociais e geram atuações contraditórias entre a equipe de profissionais de saúde mental dos CAPS (TAVARES; SOUSA, 2009a, 2009b).

Com relação ao SINASE, embora a regulamentação seja recente, já havia em todo o país, desde 2006, várias tentativas de se aplicar as medidas socioeducativas em conformidade com essas diretrizes. Porém não diferente do que ocorreu com a Reforma

Psiquiátrica, as práticas eram, e são ainda, mescladas de posicionamentos contraditórios sobre a institucionalização dos adolescentes autores de ato infracional. Ora se reproduz o modelo institucionalizante de padronização e coerção e ora se defende a socioeducação como ação prioritária. Ressalta-se que essa alternância de modelos está mais relacionada a posicionamentos específicos de determinados grupos sociais. Dessa forma, alguns segmentos sociais defendem os direitos humanos desses jovens e a sua possibilidade de desenvolver-se plenamente, cobrando a intervenção de acordo com o que rege a lei; e outros defendem o cumprimento da lei, mas reproduzem discursos e práticas ainda ancorados na velha lógica do sistema de responsabilização dos adolescentes, fundamentada no antigo Código de Menores (Lei 6.697, BRASIL, 1979).

Segundo Lima (2009), desde 2007, quando foi proposto na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei 1.627, que buscava regulamentar o SINASE, as discussões entre os parlamentares e a sociedade em geral, influenciada pela mídia, tornaram-se acaloradas e dividiram opiniões. Para a autora, as discussões parlamentares se dividiam entre aquelas que apoiavam a redução da maioria para a imputabilidade penal, defendendo que a sociedade necessitava reafirmar a inexistência da impunidade para os crimes; e aquelas que afirmavam que não seria com a redução da maioria penal que os problemas relacionados à violência na sociedade seriam resolvidos. A promulgação da Lei 12.594 pôs fim a esse debate entre os parlamentares, mas ainda há na sociedade uma infundável discussão sobre a redução da maioria penal a cada vez que a mídia divulga um fato em que há adolescente envolvido em infrações.

Diante dessa situação, em que os legisladores e a própria sociedade se dividem quanto às opiniões a respeito das intervenções que devem ser feitas com os adolescentes autores de ato infracional, e os próprios serviços de saúde mental, que ainda não conseguiram superar totalmente as práticas manicomiais, fica evidente que a disseminação de práticas inversas às que historicamente foram construídas não ocorre de forma automática, produz medo de mudanças e gera resistências.

Modificar a lei é apenas um passo para a transformação social, já que, mais do que ter leis, é fundamental garantir que elas sejam aplicadas. Para isso, há necessidade de que condições objetivas estruturais para sua implementação (financiamento, recursos humanos, entre outras) sejam ofertadas e, principalmente, que haja na sociedade em geral credibilidade nessas novas propostas. As transformações já ocorridas até o momento, no campo das políticas destinadas às crianças e aos adolescentes, bem como daquelas destinadas aos indivíduos com necessidades de saúde em decorrência do uso

de álcool e outras drogas¹, são resultados dessa composição de sujeitos implicados na consolidação das políticas e ativos na sociedade, sujeitos que fazem resistência a uma lógica estabelecida e cristalizada.

Amarante (2003) defende que, para a sua efetivação, a Reforma Psiquiátrica deve perpassar por quatro eixos: político-jurídico, técnico-assistencial, teórico-conceitual e sociocultural. Pode-se afirmar que o eixo político-jurídico tem produzido algumas transformações importantes para a desinstitucionalização do sofrimento psíquico (destacam-se a Lei 10.2016, a Portaria Ministerial 336, a Portaria 3.088, entre outras). O eixo técnico-assistencial tem, igualmente, se transformado a partir dos avanços no campo jurídico (que asseguraram criação e financiamento dos serviços substitutivos, formação de equipes interdisciplinares por meio de concursos públicos, matriciamento à atenção básica). No entanto só esse arranjo jurídico e técnico-assistencial não é o suficiente, já que a criação de CAPS não garante a transformação do modelo, principalmente porque os eixos teórico-conceitual e o sociocultural têm ainda interfaces que necessitam ser apreendidas e compreendidas em suas especificidades, como argumenta Amarante (2003). Os trabalhadores de CAPS ainda não superaram a lógica do modelo de institucionalização e reproduzem práticas ainda de lógica manicomial (TAVARES, 2007).

A partir das argumentações de Amarante (2003) a respeito dos quatro eixos da política da Reforma Psiquiátrica, ousamos estender essas reflexões ao âmbito da política que regulamenta as diretrizes do SINASE, uma vez que são duas políticas que se assemelham no processo de implementação. Ambas requerem o rompimento com a prática histórica de punição e o redimensionamento de posturas. Assim, transportando as reflexões de Amarante (2003) para as medidas socioeducativas, podemos afirmar que os quatro eixos destacados pelo autor serão os mesmos pelos quais a transformação do sistema socioeducativo deverá perpassar no Brasil. Com isso, o sistema de responsabilização do adolescente autor de ato infracional cumprirá o preconizado em lei e se consolidará como política pública de garantia de direitos humanos aos adolescentes.

O eixo político-jurídico do SINASE já passou por importantes transformações, como a publicação de suas Diretrizes, em 2006, e a sanção da Lei 12.594, em janeiro de 2012. Esses dispositivos legais incrementam a transformação técnico-assistencial do

¹ O termo *necessidades de saúde em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas* é empregado neste trabalho para fazer referência às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, seguindo a terminologia utilizada pelo Ministério da Saúde (MS) em todas as portarias que estabelecem serviços a essa população.

SINASE, que, embora ainda se configure pela lógica da instituição manicomial, já produziu alguma mudança. Citam-se como exemplo: a criação e/ou transformação das unidades socioeducativas, partindo da repressão para a socioeducação; a formação de equipes interdisciplinares de atendimento; a exigência do Plano Individualizado de Atendimento (PIA); e o respeito aos direitos humanos, assegurado juridicamente. No entanto, assim como na política da Reforma Psiquiátrica, os eixos teórico-conceitual e sociocultural ainda estão em fase de assimilação e de compreensão pelos principais executores dessas políticas e pela sociedade em geral.

São esses dois últimos eixos (teórico-conceitual e sociocultural) os que mais fazem mediação na implementação das políticas públicas, especificamente nas políticas da Reforma Psiquiátrica e do SINASE, que exigem um enfrentamento a um modelo hegemônico instalado e uma consequente inversão da lógica instituída, já que se referendam pelo rompimento com o modelo autoritário de isolamento social e pela consolidação de práticas de desinstitucionalização dos sujeitos. Esses dois eixos dependem da constante resistência a um poder instituído. Essa resistência se assenta no constante posicionamento crítico às diversas artimanhas utilizadas pelo poder hegemônico que busca manter uma ordem social calcada na exclusão e na homogeneização das pessoas.

As transformações político-jurídicas e técnico-assistenciais resultaram de mudanças sociais importantes que ocorreram na sociedade a partir do processo de redemocratização no Brasil. São transformações surgidas em um momento de grandes mobilizações. A sanção das leis aquietou as mobilizações sociais e pode, em um processo paradoxal, produzir novas formas de dominação social, de exercícios do poder sobre classes marginalizadas e de produção de novos processos de exclusão na sociedade.

Dessa forma, os novos significados que as transformações legais produzem (tendo por referência a lei e o cumprimento dela por parte do Estado) são entremeados por sentidos diversos que estão sendo construídos na subjetividade de cada indivíduo, e por significações constituídas em cada grupo ou classe social. A ação do Estado, como executor da lei, resulta, portanto, dos significados produzidos a partir das modificações legais e também dos diversos sentidos e significados que as pessoas envolvidas nesse processo constroem, sejam elas as executoras diretas, as agentes jurisdicionárias ou o próprio sujeito beneficiário da política.

É exatamente nesse aspecto que este estudo se ancora: como uma política pública de ampla garantia de direitos sociais, que historicamente se utiliza de práticas

coercitivas, pode se efetivar? A desinstitucionalização² como proposta – no sentido de não uniformização, de respeito às diferenças e singularidades, de valorização da subjetividade construída na comunidade e da autonomia como principal fator desencadeante da responsabilização e da solidariedade – requer quais estratégias para a sua efetivação na sociedade?

Essas reflexões foram o ponto de partida para a investigação que este trabalho se propôs. Os adolescentes usuários de saúde mental, especificamente aqueles que têm necessidades de saúde em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas, como alvo da política nacional de saúde mental, e os adolescentes autores de ato infracional, respeitando as suas especificidades e diferenças, são legalmente considerados sujeitos de direitos desde 1990, quando se estabeleceu o ECA. No entanto as possibilidades de eles se inserirem no espaço social plenos de direitos e de oportunidades de construir novas formas de participação na sociedade ainda têm sido construídas de forma contraditória. Ainda permanecem práticas em que a exclusão e/ou a reclusão dos adolescentes tornam-se recursos prioritários e medidas habituais justificadas como proteção, principalmente para aqueles sujeitos que pertencem à classe social pobre.

Tal emaranhado de concepções coloca em evidência algumas contradições quanto ao cumprimento do que está estabelecido legalmente e às possibilidades de mudanças da realidade social. Essa contradição está ancorada na perspectiva racional dualista, que tende a compreender a realidade por campos opostos e sem conectividade, em que ou o adolescente é vítima ou ele é culpado. Essas concepções impedem a produção de reflexões e discussões interdisciplinares que possam empreender uma análise crítica da realidade social.

É nesse sentido que este estudo apresenta os significados da desinstitucionalização do adolescente que foram apreendidos a partir de entrevistas realizadas, no estado do Tocantins³, com juízes da Vara da Infância e Juventude,

² O termo *desinstitucionalização* é utilizado neste trabalho tendo por referência o conceito reconhecido pelos Descritores em Ciências da Saúde (Biblioteca Virtual em Saúde): “Prática de cuidado de indivíduos na comunidade, e não num ambiente institucional, com efeitos resultantes para o indivíduo, sua família, a comunidade e o sistema de atenção à saúde”. (Disponível em: <http://decs.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IsisScript=../cgibin/decserver/decserver.xis&search_language=p&interface_language=p&previous_page=homepage&task=exact_term&search_exp=DESINSTITUCIONALIZA%C7%C3O>. Acesso em: janeiro de 2013.)

³ O estado do Tocantins foi criado em 1988, com a promulgação da Constituição Federal. Até essa data, as terras do Tocantins se constituíam o norte do estado de Goiás. A cidade de Miracema do Tocantins foi escolhida como capital provisória do Estado, até que a capital, Palmas, fosse construída. Palmas é uma cidade planejada, tornando-se sede do governo do Tocantins em 1990, desde então a capital do Estado. Nos anos de 1990, ocorreram grandes migrações de pessoas de todo o país, atraídas pelas oportunidades

promotores e defensor públicos, professores dos cursos de direito e psicologia, profissionais de psicologia que atendem adolescentes e com os próprios usuários dessas políticas: os adolescentes e suas respectivas mães.

É importante destacar que, para o presente estudo, o elemento de conectividade entre essas duas políticas (Reforma Psiquiátrica e SINASE) foi, fundamentalmente, o próprio adolescente (que é o sujeito a quem essas políticas se destinam) e a proposta de desinstitucionalização como intervenção. Ambas as perspectivas – SINASE e Reforma Psiquiátrica (destacando que o foco é a atenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas) – têm como diretriz a desinstitucionalização e a priorização da permanência dos sujeitos no convívio em comunidade, respeitando seu direito à liberdade e o pleno desenvolvimento biopsicossocial.

Dessa forma, o presente estudo não fez qualquer relação entre o ato infracional e o uso de álcool e outras drogas realizado por adolescentes, embora durante a pesquisa tenha se evidenciado que muitos dos adolescentes que estavam no sistema socioeducativo também eram ou tinham sido usuários dos serviços de saúde mental para o tratamento da dependência química.

Destaca-se, ainda, que uma das concepções que norteiam este estudo é o reconhecimento de que tanto os adolescentes autores de ato infracional, quanto aqueles que têm necessidades de saúde em decorrência do uso de álcool e outras drogas têm a particularidade de enfrentar um processo semelhante de exclusão social. Esse processo está ancorado nos significados que perpassam a ideologia dominante de periculosidade e de culpabilização individualizada do próprio adolescente ou de suas famílias.

A constatação de que a execução das medidas socioeducativas no Brasil tem se embasado na premissa de que a sociedade deve ser protegida e os adolescentes autores de ato infracional devem ser isolados para serem tratados é apresentada no Relatório do Levantamento Nacional dos Adolescentes em Conflito com a Lei, desenvolvido pela Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2010). O referido Relatório traz dados de que, embora a aplicação de medidas de internamento tenha apresentado uma redução significativa no índice de crescimento (partindo de 7,8% em 2006 e 2007, para 0,47% em 2008 e 2009), ainda tem prevalecido em todo o país aumento das medidas de internação de adolescentes autores de ato

da nova capital. Atualmente, o estado do Tocantins tem uma população estimada de 1.478.164 habitantes, com 139 municípios e uma densidade demográfica de 4,98 habitantes por km² (Disponível em: <<http://www.brasilchannel.com.br/estados/index.asp?nome=Tocantins&area=historia>>>. Acesso em: fev. 2014; <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=to>>. Acesso em: mar. 2014.)

infracional. Permanece um número positivo do índice de crescimento e se tem evidenciado que o número de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade é maior do que o número de adolescentes em outras medidas.

O Relatório argumenta ainda que, na época do estudo, 2010, no estado de São Paulo, havia 1.787 adolescentes em unidades de internação que “em tese não deveriam estar cumprindo medida socioeducativa de internação por contrariedade ou não preenchimento dos requisitos constantes do artigo 122 do Estatuto da Criança e do Adolescente” (BRASIL, 2010, p. 8). O art. 122 do ECA estabelece critérios para a aplicação da medida de internação, exigindo que só poderá ser aplicada em caso de ato infracional cometido mediante grave ameaça ou violência à pessoa, por reiteração de infrações graves ou por descumprimento reiterado e injustificado da medida anteriormente imposta.

O Relatório faz, inclusive, associação entre a aplicação das medidas socioeducativas no Brasil, que tem se embasado nas práticas de internação, com a atual Política de Saúde Mental:

Além disso, no campo da saúde, apesar dos avanços advindos da Reforma Psiquiátrica, temos uma grande lacuna na compreensão da condição do adolescente enquanto sujeito de direito, em situação de vulnerabilidade e em condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, posto que ao sistema de responsabilização juvenil ainda perpetuam modelos hospitalocêntricos, manicomiais, e de instituições totais (BRASIL, 2010, p. 11).

Para o presente estudo, o ponto de partida para análise e compreensão da reprodução social de exclusão dos adolescentes autores de ato infracional ou usuários de álcool e outras drogas, justificada pela necessidade de segurança da sociedade, é a dialética da inclusão/exclusão (SAWAIA, 2010). Segundo Sawaia (2010), a análise dos processos de exclusão social só pode ocorrer a partir da compreensão de que inclusão e exclusão são dois fenômenos indissociáveis, ou seja, os grupos de excluídos não estão fora do sistema social. Ao contrário, estão incluídos em uma lógica ou ordem social inversa. Assim, em toda a sociedade, haverá aqueles que estão incluídos na manutenção da ordem social e, conseqüentemente, aqueles excluídos dessa lógica, que ficarão à margem, incluídos em outra ordem: do marginal, do bandido, do vagabundo, daquele que deve ser invisível. Esses sujeitos vivenciam a exclusão social em modalidades diversas, em consequência de uma inclusão perversa que a sociedade produz

(SAWAIA, 2010). Essa dialética inclusão/exclusão norteia todas as discussões empreendidas neste trabalho.

Destaca-se que pela dialética de inclusão/exclusão perpassam diversos outros fenômenos que a constitui, como, por exemplo, as relações de poder que existem em toda a sociedade e o lugar que ocupam na sociedade os grupos dos excluídos e o dos incluídos. Sabe-se que esse lugar se compõe por uma gama de outros fatores: classe social a que pertence, grau de escolaridade, enfim, toda uma condição social que só vem assolar a exclusão do adolescente pobre autor de ato infracional ou que é usuário abusivo de álcool e outras drogas.

Para Sawaia (2010), os processos de relação de poder perpassam todas as interações sociais e todo o processo dialético de inclusão e exclusão social. Para a autora, é pelo poder que a inclusão e a exclusão se manifestam não como categorias separadas, mas como um “par indissociável”. Esse poder está imbricado na lógica capitalista da sociedade de classes e dissemina significados que o camufla ou o transforma ideologicamente em recurso necessário às relações sociais.

Para compreender esse poder que perpassa as relações sociais, destacam-se os estudos de Martin-Baró (2003). Ele afirma que a pior forma do exercício de poder em nossa sociedade é aquela que se dá velada pelo discurso, na qual os sujeitos não têm meios para perceber sua condição subjugada e, portanto, têm muito menos, ainda, possibilidades de criar estratégias para superar essa situação. Para Martin-Baró (1989), como todas as relações sociais são relações de poder, as possibilidades de atuação da psicologia social são de promoção dos processos de conscientização da dominação social a que os grupos minoritários estão submetidos e de ampliação das possibilidades de superação dessa condição.

Assim, reconhecendo que os instrumentos legais não são geradores de novas práticas, mas apenas resultados da confrontação a um poder instituído, o presente estudo defende a tese central de que os significados da desinstitucionalização do adolescente autor de ato infracional ou que tem necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas são marcados pela lógica excludente e relações de poder do Estado sobre a condição do adolescente pobre. O que este estudo apreendeu é que o adolescente autor de ato infracional ou que tem necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas não tem valor social. Ele é compreendido como alguém que necessita ser retirado do convívio em sociedade e que, conseqüentemente, adquire uma invisibilidade social que naturaliza os processos de violência sofridos por ele (pode ser

assassinado, privado do convívio familiar e encarcerado, pode sofrer violência física nas ruas e nas unidades do sistema socioeducativo).

A sanção da lei é apenas a ratificação de uma ideia. No entanto, para que essa ideia se mantenha, é necessário garantir as mediações da prática social, ou seja, condições materiais de execução. Para isso, é imprescindível que se analisem as dimensões abordadas por Amarante (2003): os eixos político-jurídico e técnico-assistencial, como dimensões materiais concretas de execução das políticas; os eixos teórico-conceitual e sociocultural, pela análise de semântica, como significações sociais que necessitam ser construídas para a efetivação das políticas. E a esses eixos podemos acrescentar mais um: o eixo subjetivo, a dimensão singular de cada sujeito implicado no processo, de cada prática social e composição de sentidos. Podemos inferir ainda que o eixo subjetivo requer o desvelamento dos poderes externos que buscam a manutenção de práticas instituídas historicamente e da inserção de cada sujeito nesse processo, de quais as suas possibilidades de impor resistência a uma ordem instituída ou de reproduzi-la.

No que se refere à análise de políticas, podemos ainda sugerir que, enquanto o eixo subjetivo prevalecer aos outros quatro eixos na execução das políticas, não há uma política pública consolidada, pois está regida por posicionamentos pessoais particulares e não pela universalidade da garantia dos direitos assegurados em lei à população.

Destarte, tendo por referência o SINASE e a política da Reforma Psiquiátrica brasileira, e embasados na dialética de inclusão/exclusão social, argumentamos que os significados apreendidos neste estudo possibilitaram a leitura crítica da realidade social e o vislumbrar de algumas novas possibilidades para essas políticas públicas destinadas ao adolescente. Principalmente, com este estudo, foi possível obter algumas nuances da grande necessidade de que as políticas públicas trabalhem associadas, a fim de efetivamente promoverem a desinstitucionalização do adolescente autor de ato infracional ou que tem necessidades de saúde em decorrência do uso de álcool e outras drogas.

O método de estudo

Este estudo é de abordagem qualitativa, fundamentado na Psicologia Sócio-Histórica de Vigotski, que se estrutura pelo método materialista histórico-dialético e compreende o processo de subjetivação como inerentemente vinculado aos processos sociais e a linguagem como fator preponderante e produtor da prática social. Nessa

perspectiva, o presente estudo compreende o ser humano como um sujeito ativo que se constitui na sociedade, ao mesmo tempo em que a constitui e a transforma.

Os significados a que este estudo se refere estão embasados nas concepções de Vigotski (2001), que argumenta que o conhecimento é histórico e ocorre pela linguagem; e é esse conhecimento que estabelece a subjetividade humana. Segundo o autor, o conhecimento se constrói por meio da história pessoal e da história da espécie humana, não como um processo individual, mas sócio-histórico. A história pessoal é de natureza social, é parte constitutiva da história humana. Para Vigotski (2001), os sujeitos são ativos e constroem a história da humanidade ao mesmo tempo em que são constituídos por ela. O autor atribui como constitutivo da condição humana a capacidade de significação do social, e é essa capacidade que reflete a condição social de existência do homem, ou seja, somos sociais porque significamos o mundo; e agimos conforme os sentidos e significados que damos a esse mundo.

Nessa perspectiva, compreendendo que Vigotski (2001) atribui à linguagem a unidade de análise, o método dialético que referenda este estudo é a base para a análise das falas dos participantes da pesquisa. Para Vigotski (2001), a linguagem é o instrumento de mediação da relação do sujeito com o mundo. A análise do significado da palavra permite, assim, a compreensão da produção e da reprodução da cultura, do processo de objetivação humana, pois os significados contêm a experiência histórica de várias gerações. Vigotski (2001) considera a atividade humana como sendo sempre significada, e é essa significação que permite a comunicação, a socialização e a transformação do que é natural em cultura.

Os significados, para Vigotski (2001), são os elementos mais estáveis da linguagem e que possibilitam a comunicação entre os sujeitos. Embora estáveis, os significados não são fixos, podem se transformar a partir de novas significações. Os sentidos, por sua vez, são mais internos e diretamente relacionados com pensamentos, sentimentos, afetos e emoções de cada sujeito. São os sentidos e os significados que permeiam a prática social. Portanto, com relação às políticas de desinstitucionalização (como a da Reforma Psiquiátrica brasileira e a do SINASE), novos significados estão sendo produzidos a partir das novas diretrizes legais e compondo sentidos, que, ao serem desvelados, podem auxiliar na concretização de processos sociais menos excludentes.

Compreender os significados como construção social possibilita o reconhecimento de que ele proporciona a generalização e a universalização das ideias.

Mas, igualmente, permite o entendimento de que essa generalização não é padronizada entre todos os sujeitos. A representação do grupo a que o sujeito pertence (instituição em que está vinculado, localização social, condição de classe socioeconômica, ou poder social) tem importante interface com as significações construídas (SOUSA, 2000).

Segundo Sousa (2000), a análise dos significados se revela representativa das ideias que perpassam as práticas nos grupos específicos e nas instituições em que esses indivíduos estão inseridos, as falas de cada sujeito têm as marcas das “ideias circulantes” na instituição que ele representa (SPINK, 1999 apud Sousa, 2000). Os sujeitos que participaram deste estudo são, portanto, compreendidos aqui como sujeitos representantes do espaço institucional em que se inserem. As falas analisadas no presente estudo são consideradas discursos que compõem subjetividades que elaboram significados próprios e, ao mesmo tempo, que expressam as marcas institucionais do lugar que representam.

Para Vigotski (2001), as estruturas mentais têm raízes históricas bem definidas. Sendo assim, o processo social de construção e execução de políticas públicas será sempre indissociável da própria construção subjetiva dos sujeitos. Com esse aporte teórico, acredita-se que os significados apreendidos neste estudo revelam o contexto social da desinstitucionalização do adolescente no estado do Tocantins, bem como as possibilidades para a efetiva implementação das políticas públicas destinadas a essa população.

A análise dos significados que perpassam as políticas de desinstitucionalização destinadas aos adolescentes fundamenta-se nessa perspectiva, em que as interações foram percebidas como um processo em que o individual e o coletivo não são categorias separadas. Na concepção metodológica de Vigotski, pelo método instrumental dialético que ele propõe, o que prevalece é a análise de processo e não de objeto ou resultado; o método deve ser explicativo ao invés de descritivo, ou seja, deve ir além da aparência e apreender o subtexto, as contradições, o não dito. Para Vigotski (2003, p. 82), “a mera descrição não revela as relações dinâmico-causais reais subjacentes ao fenômeno”.

Outro princípio que forma a base do método de Vigotski (2003, p. 84), na análise das funções psicológicas superiores (no caso do presente estudo, a análise da linguagem), é o que ele denomina “problema do comportamento fossilizado”: que são processos psicológicos que “esmaeceram ao longo do tempo, isto é processos que passaram através de um estágio bastante longo do desenvolvimento histórico e

tornaram-se fossilizados”. Para o autor, as formas fossilizadas de comportamento são facilmente observadas nos processos psicológicos que se tornaram hábitos (automatizados e mecanizados), que reproduzem sem o menor esforço psíquico de atenção voluntária ou de memória. Para Vigotski (2003, p. 84), os processos fossilizados “perderam a aparência original, e a sua aparência externa nada nos diz sobre a sua natureza interna”. Segundo o autor (1999, p. 98-100), o método instrumental é

[...] um método histórico genético que proporciona à investigação do comportamento um ponto de vista histórico [...] é aquele que investiga o comportamento e seu desenvolvimento por meio da descoberta dos instrumentos psicológicos que estão implicados e do estabelecimento da estrutura e dos atos instrumentais.

A respeito do conhecimento científico da psicologia, Vigotski (1999, p. 219) assim se manifesta:

A regularidade na mudança e no desenvolvimento das ideias, o aparecimento e a morte dos conceitos, inclusive a mudança de categorizações etc., tudo isso pode ser explicado cientificamente se relacionarmos a ciência em questão: 1) com o substrato sociocultural da época; 2) com as leis e condições gerais do conhecimento científico; 3) com as exigências objetivas que a natureza dos fenômenos objeto de estudo coloca para o conhecimento científico no estágio atual de investigação. Ou seja, em última instância, com as exigências da realidade objetiva que a ciência em questão estuda. Porque o conhecimento científico deverá se adaptar, se acomodar às particularidades dos fatos que são estudados, deverá se estruturar de acordo com suas exigências.

Assim, para proceder à análise, foram utilizadas como referencial teórico essas contribuições e reflexões da Psicologia Sócio-Histórica e alguns aportes teóricos de Adorno, Amarante, Sawaia, Lane e Martin-Baró, entre outros. Esses teóricos permitem compreender o entrelaçamento entre as questões objetivas e subjetivas da atenção dada pelas políticas públicas ao adolescente autor de ato infracional e àquele que tem necessidades de saúde em decorrência do uso de álcool e outras drogas.

Tendo por base metodológica a abordagem qualitativa, fundamentada na Psicologia Sócio-Histórica, de perspectiva dialética, ressaltamos que para este estudo a materialidade de que se parte é a própria fala dos sujeitos participantes e as disposições legais previstas em lei. A partir delas se busca apreender o texto e o subtexto da significação construída a respeito da desinstitucionalização do adolescente, alvo das políticas de saúde mental e do SINASE no estado do Tocantins.

Os sujeitos dessa investigação, tendo como principal característica o fato de se comporem por uma diversidade singular, já que são representantes de diversos espaços sociais e de várias posições no que se refere ao seu papel na execução dessas políticas, são os principais determinantes para os significados apresentados neste estudo. É pelas falas desses sujeitos que apreendemos como tem sido significada e executada a política de atenção ao adolescente autor de ato infracional e ao adolescente que tem necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no estado do Tocantins.

Sujeitos da investigação

É necessário fazer uma apresentação detalhada de quem foram os sujeitos participantes deste estudo, ou seja, quem são essas pessoas que verbalizaram o modo como têm compreendido ou vivenciado a execução da Política de Saúde Mental e do SINASE. São sujeitos considerados importantes representantes do processo de implementação dessas duas políticas no estado do Tocantins. É a partir das falas dessas pessoas que se tornou possível apreender os significados da desinstitucionalização que têm perpassado essas políticas no Estado e depreender elementos que podem se tornar fatores de facilitação para a efetiva implementação.

Para melhor visualização do lugar de onde surgem as diversas vozes representantes dessas políticas, optamos por dividir os participantes deste estudo em três grupos:

- aqueles que estão no âmbito de jurisdição, ou seja, de fazer cumprir a lei, serão considerados neste estudo os “Operadores do Direito” (juízes, promotores e defensores públicos);
- aqueles que estão no âmbito da execução direta, ou seja, cumprindo o determinado legalmente ou formando quem vai cumprir, serão considerados neste estudo os “Profissionais Executores” (profissionais das unidades de atendimento e professores universitários);
- aqueles que são o “Objeto da Lei”, ou seja, os adolescentes autores de ato infracional e os adolescentes em tratamento para dependência química, com os seus respectivos familiares.

Ao todo foram entrevistados, para este estudo, 18 participantes, os quais são apresentados no quadro a seguir, considerando a sua inserção nas políticas a partir do lugar de onde falam, ou seja, da representatividade do espaço social que cada um ocupa

no cenário de execução das políticas destinadas ao adolescente autor de ato infracional e ao adolescente que tem necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme discriminado anteriormente.

Podemos, então, sistematizar os sujeitos participantes desta pesquisa da forma exposta no Quadro 1.

Quadro 1 – Participantes da pesquisa

Participantes	Política da Reforma Psiquiátrica	Política do SINASE	
Objeto da Lei	1 adolescente usuário do CAPSad ⁴ de Palmas	Objeto da Lei	1 adolescente da unidade de internação (CASE) e 1 adolescente da unidade de semiliberdade (USL) ⁵
	1 familiar		2 familiares
Profissionais Executores	2 psicólogos do CAPSad de Palmas	Profissionais Executores	1 psicólogo da unidade de internação e 1 da semiliberdade
	2 professores de Psicologia (das disciplinas de Psicologia Social)		
	1 professor de Direito (que ministra as disciplinas do Estatuto da Criança e do Adolescente e de Direitos Sociais)		
Operadores do Direito	2 promotores públicos da Vara da Infância e Juventude		
	1 defensor público da Infância e Juventude		
	2 juízes da Vara da Infância e Juventude e da Família		
Total de participantes	18		

Procedimento metodológico

A pesquisa foi realizada nas unidades socioeducativas de semiliberdade de Palmas-TO (USL); na unidade de internação (CASE – Centro de Atendimento Socioeducativo de Palmas); e no CAPSad III de Palmas-TO. São esses os espaços

⁴ O estado do Tocantins não possui CAPSi, modelo adequado para o atendimento da população adolescente em sofrimento psíquico, porém, segundo as diretrizes da Portaria GM 336, que regulamenta os CAPS, em caso da inexistência de CAPSi ou CAPSad, compete aos serviços de modalidade CAPS I ou II realizar os devidos atendimentos e encaminhamentos necessários. O CAPS II de Palmas não atende adolescentes, há um CAPSad III que atende a população usuária abusiva de álcool ou outras drogas, adolescentes ou adultos (BRASIL, 2004c).

⁵ Ambos fazem ou fizeram uso de substâncias entorpecentes e têm necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

sociais considerados o campo da pesquisa. No entanto este estudo contou com alguns participantes que representaram diversos outros campos, como as universidades (Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP-ULBRA) e Universidade Federal do Tocantins (UFT); e, ainda, a Promotoria e a Defensoria Públicas da infância e da adolescência e o juizado da infância e da adolescência; todos localizados em municípios tocantinenses.

Para Minayo (1993), o estudo de campo, em pesquisas qualitativas, é o estudo que possui um recorte espacial com determinados sujeitos, no qual o campo é a própria relação de intersubjetividade e de interação social que se estabelece entre os sujeitos e o pesquisador. Essa interação é fundamental na apreensão do objeto. Dessa forma, o presente estudo apresenta uma compreensão dos significados, a partir da interação e da troca que foi estabelecida entre os sujeitos participantes, a pesquisadora e mais duas alunas bolsistas do PIBIC (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica), que contribuíram com a coleta de informações em documentos e a sistematização da pesquisa documental neste estudo.

Foram utilizados como instrumentos para a apreensão a pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. Embora a técnica de observação direta não tenha se configurado instrumento estruturante da pesquisa, as observações realizadas durante as visitas ao campo para a pesquisa documental e para as entrevistas *in loco* representam dados complementares para o processo de análise, pois, no decorrer da pesquisa, algumas observações importantes auxiliaram no processo de recebimento das informações: espaço físico das unidades, atividades que estavam sendo desenvolvidas no momento das visitas, formas de registro nos prontuários, entre outras. A técnica de observação de campo foi fundamental para auxiliar na análise. Segundo Gil (2002), a utilização de diversos instrumentos é exigência para os estudos classificados como pesquisa de campo qualitativa.

Para melhor descrever o procedimento metodológico deste estudo, optamos por apresentá-lo conforme segue.

PESQUISA DOCUMENTAL

1. Coleta de informações

A pesquisa documental foi um recurso metodológico utilizado apenas nas unidades que atendem os adolescentes autores de ato infracional e os que têm necessidades de saúde em decorrência do uso de álcool e outras drogas (Unidade de

Semiliberdade, CASE e CAPSad III de Palmas). Nos outros campos, foram realizadas somente visitas para as entrevistas, pois o que está sendo considerado alvo neste estudo é a própria execução da política, interessando conhecer especificamente os serviços que a executam.

A pesquisa documental foi desenvolvida no sentido de compreender a inserção das instituições no cenário político nacional e local, no que se refere às diretrizes políticas, de conhecer melhor o trabalho desenvolvido por cada unidade e de apreender o perfil psicossocial dos adolescentes participantes deste estudo.

Os seguintes documentos foram consultados para este estudo:

- quadro de atividades/cronograma;
- quadro de recursos humanos disponíveis;
- prontuários dos adolescentes.

Para coletar as informações contidas nesses documentos, foram desenvolvidos dois modelos de formulários (APÊNDICES A e B), os quais foram preenchidos nas três unidades que foram campo de pesquisa (CAPSad III de Palmas, USL e CASE). A coleta de informações em documentos não foi realizada apenas nos prontuários dos três adolescentes participantes deste estudo, mas em todos os prontuários de adolescentes vinculados à USL (um total de oito) e daqueles vinculados ao CAPSad III de Palmas (um total de 19 adolescentes). Apenas na unidade de internação, CASE, é que foram selecionados aleatoriamente 11 prontuários dos 41 adolescentes que estavam privados de liberdade na época da pesquisa (2013), a fim de padronizar a quantidade de prontuários pesquisados para as duas políticas: Reforma Psiquiátrica e SINASE, já que o CASE possui um número maior de adolescentes internos, enquanto o CAPSad contava com apenas 19 adolescentes com prontuários ativos na unidade.

2. Sistematização e análise dos documentos

As informações coletadas por meio de análise documental foram sistematizadas de forma quantitativa (estabelecendo quadros de números de adolescentes vinculados à unidade, ao nível de escolaridade, ao número de atendimentos, ao tempo de permanência, à forma de acesso à unidade, entre outros). Esses quadros foram analisados e transformados em gráficos comparativos, os quais compõem os relatórios das estudantes de PIBIC e servem de base para as análises das falas dos sujeitos participantes desse estudo (Apêndice C).

As análises empreendidas foram no sentido de apreender em que medida está sendo obedecido ao que é estabelecido em lei, bem como quais são os elementos contidos nos documentos que indicam avanços e/ou retrocessos na execução dessas duas políticas. Esses quadros são apenas referências para a análise do verdadeiro *corpus* desta pesquisa: as entrevistas individuais, realizadas com cada participante e transcritas.

ENTREVISTAS

1. Coleta das informações

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, utilizando-se três roteiros: um para os grupos dos Operadores do Direito e para os Profissionais Executores; e dois para o grupo Objeto da Lei (um para os adolescentes e outro para os familiares) (APÊNDICES D, E e F).

Foi desenvolvida uma entrevista com cada participante, cujo roteiro foi elaborado com base no estudo bibliográfico e nas legislações que regulam as políticas. Para a validação dos roteiros de entrevista, foram realizadas três entrevistas pilotos, a fim de testar e verificar a necessidade de readequação dos instrumentos. Como a pesquisa foi desenvolvida no estado do Tocantins, foi realizada uma entrevista piloto com um juiz da Vara da Infância e Juventude do estado de Goiás; uma com um familiar de um adolescente egresso do sistema socioeducativo do estado do Tocantins; e uma com um professor de Direito. Após as entrevistas pilotos, que foram transcritas, mas não utilizadas neste estudo, identificamos a necessidade de alguma readequação, como, por exemplo, abordar as políticas de forma separada, bem como mudar a ordem das perguntas. Fizemos essas adequações e procedeu-se à coleta das informações, propriamente dita.

As entrevistas realizadas neste estudo compõem o *corpus* para a análise dos significados apresentados no presente trabalho. Para melhor descrever o processo das entrevistas, optamos por apresentá-lo fazendo distinção entre o grupo de pessoas participantes. Assim, a coleta das informações na entrevista teve o percurso exposto na sequência.

Recebimento das informações com os Operadores do Direito

As entrevistas foram agendadas previamente com os participantes, com dia, horário e local definidos, buscando garantir um ambiente adequado para o recebimento das informações.

O grupo de juízes, promotores e defensores públicos foi bem acessível à participação na pesquisa, embora os agendamentos tenham sido mais trabalhosos, em função da pouca disponibilidade de tempo, argumentada por esses profissionais.

A escolha dos participantes foi aleatória. Apesar disso, foram feitos convites, via *e-mail*, àqueles considerados de maior representatividade local, seja pela comarca que representam ou pelo seu aparecimento na mídia (defendendo causas da criança e do adolescente), e foram entrevistados aqueles que mais prontamente aceitaram participar.

Ao serem convidados por *e-mail*, foi disponibilizada a eles uma cópia do resumo do projeto de pesquisa, para que pudessem compreender melhor o estudo proposto. Após o retorno de *e-mail* pelo convidado, foi feito o contato via telefone, a fim de realizar o agendamento da entrevista e de explicar o tempo que deveria ser disponibilizado por ele para tal atividade. As entrevistas com esse grupo de participantes resultaram em um *corpus* extenso para análise.

Recebimento das informações com os Profissionais Executores

Consideramos representantes da execução direta aqueles profissionais de psicologia que estão inseridos nas unidades que foram campo para esta pesquisa: CAPSad III de Palmas, USL e CASE; e os professores universitários (considerados neste estudo os formadores dos executores).

Como nas unidades de atendimento foi priorizado o profissional de psicologia, e como o número de psicólogos nessas unidades não é grande (havia apenas cinco em todas as três unidades), foi feito convite a todos os psicólogos e, a partir daí, entrevistou-se aqueles que mais prontamente concordaram em participar. Destaca-se que o primeiro contato com os profissionais das unidades foi difícil e os agendamentos para as entrevistas também. Talvez a dificuldade seja decorrente do excesso de trabalho das equipes ou mesmo do receio quanto às consequências de sua participação no estudo, já que em sua maioria esses profissionais não são concursados e têm um vínculo mais precário: contratos comissionados.

Na unidade de saúde mental (CAPSad III), há um protocolo pré-determinado para a realização de pesquisas em campo. Após o cumprimento desse protocolo (encaminhamento do projeto à Comissão de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, aprovação do projeto pela Comissão, solicitação de autorização individual de acesso ao campo para a pesquisadora e as duas alunas bolsistas do PIBIC), o acesso ao campo foi facilitado.

Recebimento das informações com os adolescentes e respectivos familiares – Objeto da Lei

O agendamento para a realização das entrevistas com os adolescentes foi um pouco difícil, devido à resistência desse público em aceitar participar da pesquisa. A princípio, os adolescentes demonstraram desconfiança e criaram empecilhos para participar. É compreensível a resistência, já que vivenciam exclusão e podem ficar temerosos com relação à sua participação na pesquisa e à possibilidade de autoexposição. Portanto, argumentamos que, para diminuir essa resistência, seria necessário o apoio das equipes das unidades para iniciar um processo de interação que os tornassem confiantes em participar, o que não ocorreu no início dos contatos.

As famílias, por sua vez, talvez pela pouca escuta que têm tido oportunidade de obter em seu cotidiano, foram extremamente receptivas e demonstraram expectativas de que os resultados desta pesquisa pudessem melhorar sua condição. No entanto destacamos aqui as dificuldades estruturais para realizar as entrevistas com as famílias, já que, em sua maioria, os familiares foram entrevistados em sua própria residência. Os espaços eram inadequados (quintal, varanda, alpendre), havia muito barulho (pessoas circulando, crianças chorando, carros de som, entre outros).

Pelas observações feitas durante as visitas, ficou evidente que essas famílias estão vulneráveis, vivem em ambientes em que a privacidade não é garantida e em que se sobressai a vida em coletividade. Apesar disso, o material resultante possibilitou a apreensão de algumas significações que permitem compreender como as mães dos adolescentes têm significado a atenção ofertada a partir da política.

Para convidar os adolescentes autores de ato infracional e suas respectivas famílias a participarem da pesquisa, foram feitas consultas na USL, solicitando uma reunião com todos os adolescentes para que pudessemos fazer o convite a eles. No entanto essa solicitação foi olvidada pelo gestor, que preferiu fazer indicações de quais adolescentes participariam da pesquisa. Após a indicação, foram feitos os convites aos dois adolescentes indicados. Como os convites foram feitos na presença do gestor da unidade, os adolescentes aceitaram prontamente, e, assim, foram feitos os contatos com as famílias, para solicitar a autorização e, em seguida, realizamos o agendamento. No entanto, quando a pesquisadora retornou à unidade para fazer as entrevistas com os dois adolescentes indicados, apenas um deles aceitou participar.

Diante desse impasse e compreendendo a dificuldade de fazer novo convite a outro adolescente naquela unidade (já que o acesso era limitado e o número de

adolescentes internos na unidade de semiliberdade era pouco no momento da pesquisa de campo, apenas sete), decidimos por visitar a unidade de internação (CASE) e convidar um adolescente de lá. Dessa forma, entrevistamos para este estudo, representando o sistema socioeducativo, um adolescente da unidade de semiliberdade e um da unidade de internação CASE. Vale destacar que o acesso ao adolescente entrevistado no CASE não foi decorrente de indicação do gestor daquela unidade, pois, coincidentemente, quando estávamos no processo de convidar os adolescentes vinculados ao CAPSad III de Palmas, ao fazer o contato com uma das mães, descobrimos que seu filho estava cumprindo medida de internação no sistema socioeducativo. Então, foi realizado contato com a unidade para, de imediato, convidar esse jovem, que prontamente concordou.

Para convidar os adolescentes usuários do CAPSad III de Palmas, foi feito um levantamento nos prontuários dos adolescentes que estavam vinculados à unidade, a fim de extrair o nome do responsável legal e os telefones de contato, para solicitar a autorização. Diversas famílias foram contatadas, via telefone, a fim de explicar o objetivo da pesquisa e solicitar a autorização. A relação levantada de adolescentes que frequentavam a unidade foi de 19 jovens. No entanto, ao se fazer o contato telefônico, verificamos que muitos dos adolescentes já haviam abandonado o tratamento no CAPSad III, outros estavam nas ruas ou em abrigos. Assim, optamos por fazer o convite aos adolescentes que estavam indo assiduamente ao CAPSad III, convidando-os pessoalmente na unidade. Alguns não manifestaram interesse, demonstraram desconfiança e não aceitaram participar. Apesar da resistência dos adolescentes, pudemos garantir a participação de um adolescente usuário do CAPSad III.

Um detalhe curioso a respeito da autorização para a participação dos adolescentes do sistema socioeducativo, no presente estudo, refere-se ao impasse que foi criado quanto ao responsável legal para assinar os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Alguns profissionais do sistema consideravam que quem deveria assinar era a juíza da Vara da Infância e Juventude de Palmas, já que o adolescente estava sob a responsabilidade legal do Estado. Foi necessário argumento da pesquisadora para obter o telefone dos familiares dos adolescentes e solicitar a autorização das famílias. Ressalta-se que, antes do início do contato com essas unidades, foi contatado o juizado de Palmas, apresentado um resumo do projeto de pesquisa, disponibilizando cópia à juíza.

Diante dessa situação, vale refletir sobre o papel da família quando o jovem está internado no sistema socioeducativo. Que poder tem o familiar sobre seu filho? Qual é a possibilidade que a família tem de contribuir com o desenvolvimento biopsicossocial desse adolescente quando ele está sob a responsabilidade do Estado? O presente trabalho apresenta mais adiante algumas discussões geradas a partir dessas reflexões, mais especificamente no capítulo 3.

Durante a realização das entrevistas, especificamente com os adolescentes, foram utilizados recursos que pudessem estimular a confiança e fazer perceptível a garantia do sigilo das informações, a fim de que eles se sentissem mais à vontade para se expressar e, conseqüentemente, pudessem produzir um rico material (ambiente seguro, sala fechada, proximidade física, *rapport*). No entanto o *corpus* resultante das entrevistas com os adolescentes e familiares é significativamente menor do que o produzido pelos outros participantes, assim como o *corpus* produzido pelos juízes e pelos promotores também é significativamente maior do que o do grupo restante.

Esse dado quantitativo do *corpus* da pesquisa sugere que os adolescentes e as famílias ainda têm pouca oportunidade de participação social nas políticas em questão, já que foram reticentes ao apresentar argumentos sobre o assunto abordado. Embora se constituam os principais beneficiários, os adolescentes e suas mães não conseguiram expressar de forma crítica e participativa sua compreensão a respeito das políticas da Reforma Psiquiátrica e do SINASE. Sugerimos que o lugar de exclusão desses sujeitos é o principal fator que contribui para essa dificuldade de expressão (falta de escolaridade, pobreza, invisibilidade social). A análise qualitativa das informações obtidas, que serão apresentadas neste estudo, reforça essa suposição.

Ressalta-se que, para o desenvolvimento desta pesquisa, todas as exigências estabelecidas na Resolução 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, foram cumpridas (já que, na época da coleta de informações, era essa a Resolução válida)⁶, desde a solicitação de autorização da pesquisa nas unidades que seriam campo, submissão do Projeto ao Comitê de Ética da PUC Goiás, até a assinatura dos TCLE pelos participantes (APÊNDICES G e H). Para os adolescentes, solicitou-se também o consentimento do responsável legal (APÊNDICES I).

⁶ Desde dezembro de 2012, a resolução do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as questões éticas em pesquisa com humanos é a Resolução 466. Essa Resolução se constitui uma atualização da Resolução 196, de 1996, que ficou revogada a partir de dezembro de 2012. A Resolução 466, de 2012, tem como importante modificação a obrigatoriedade de que todos os projetos de pesquisa com humanos sejam submetidos aos Comitês de Ética em pesquisa, por meio do envio do projeto pela Plataforma BRASIL, sistema oficial de lançamento de pesquisas para análise e monitoramento dos Comitês de Ética.

1. Sistematização e análise

Para organizar e sistematizar toda a informação coletada, foram realizadas gravação das entrevistas, por meio de equipamento eletrônico, e transcrição de todo processo de entrevistas. Com as entrevista transcritas e impressas, procederam-se à análise e à interpretação.

O último grupo de entrevistados foi o dos usuários das políticas (adolescentes e respectivos familiares), pois, após uma pré-análise das informações obtidas a partir das falas dos Profissionais Executores e dos Operadores do Direito, reestruturamos o roteiro das entrevistas que seriam feitas com os adolescentes e suas mães. O objetivo era ouvir deles a compreensão que tinham sobre algumas situações que foram assinaladas pelos Operadores do Direito e pelos Profissionais Executores.

A análise e a interpretação das informações foram feitas com base no referencial teórico apresentado neste trabalho utilizando-se do material da entrevista transcrita. A compreensão desses significados se fundamentou na Teoria Sócio-Histórica de Vigotski, que trata os elementos coletivos, da história e dos grupos a que o sujeito pertence, como sendo a base para a significação e para o pensamento do sujeito. Uma das características que define esse tipo de análise é a tentativa de compreensão da constituição do processo de significação entre as pessoas, não buscando apenas o dito, mas também o que se quis dizer com tal manifestação.

Para Vigotski (1999, p. 188), a “análise semiótica” é fundamental, pois “é o único método adequado para estudar a estrutura do sistema e o conteúdo da consciência”. A análise foi feita de modo qualitativo, com recorte de temas, buscando compreender o núcleo de significação das falas, mais do que a frequência das palavras; e as categorias foram construídas no curso da própria análise, focadas na dinâmica contextual e histórica dos fatos.

Para a análise, estabeleceu-se um quadro de sistematização das informações, de forma a auxiliar na identificação dos sujeitos da fala, bem como do assunto a que o participante se remetia, já que investigávamos duas políticas diversas (Reforma Psiquiátrica e SINASE). Portanto, separaram-se as falas pelos dois temas/assuntos referentes, buscando classificar as falas por dois tipos de discursos: aqueles consonantes às diretrizes políticas; e aqueles cuja fala ou argumento era dissonante do preconizado legalmente. Destacaram-se alguns extratos de falas, considerados importantes seja pela contradição revelada ou pelo subtexto apreendido (APÊNDICE J). A partir daí, buscou-

se localizar os elementos de contradição na fala de cada participante e extrair alguns núcleos de significação (AGUIAR; OZELLA, 2006).

Por último, procedemos a uma análise associando as falas entre si, por categorias e por grupos a que pertencia cada participante, e estabelecemos algumas categorias de análise. Para essa última análise, um novo quadro de sistematização foi construído (APÊNDICE L).

Exposição das análises

A composição do texto da tese ficou assim organizada:

- Capítulo 1 – A saúde mental do adolescente: internar para quê?
- Capítulo 2 – O adolescente autor de ato infracional: encarcerado ou socioeducando?
- Capítulo 3 – Os significados construídos entre os adolescentes e suas mães sobre as políticas da Reforma Psiquiátrica e do sistema socioeducativo
- Considerações finais.

No primeiro capítulo, apresentamos os significados referentes à política da Reforma Psiquiátrica. São expostas as significações apreendidas entre os dois primeiros grupos de participantes (Operadores do Direito e Profissionais Executores) a respeito da desinstitucionalização do adolescente que tem necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de como a Política de Saúde Mental no estado do Tocantins tem sido executada para esse público. Trazemos para a discussão a proposta política da Reforma Psiquiátrica, a rede de saúde mental que tem sido construída no estado do Tocantins, bem como alguns núcleos de significação apreendidos.

No segundo capítulo, trazemos para a discussão os significados apreendidos a respeito da política do SINASE. São apresentadas as significações apreendidas entre os Operadores do Direito e os Profissionais Executores a respeito da desinstitucionalização do adolescente autor de ato infracional preconizada legalmente, bem como apresentamos os significados que esses participantes têm construído sobre a prevalência da ação educativa nas unidades de internação exigida pela Lei do SINASE.

No terceiro capítulo, apresentamos os resultados obtidos a partir das falas dos principais agentes dessas políticas: os próprios adolescentes e suas respectivas famílias, o grupo, considerado neste estudo, o Objeto da Lei. São apresentados os significados que estão sendo construídos entre esse grupo de participantes a respeito das duas políticas que são destinadas a eles e da atenção que têm recebido por parte do poder

público. As significações apresentadas nesse capítulo complementam toda a análise empreendida nos capítulos anteriores, pois trazem as falas de quem é o alvo das políticas.

Todas as análises apresentadas nos três capítulos são condensadas nas considerações finais, a fim de explicitar a tese que este estudo defende: os significados da desinstitucionalização do adolescente autor de ato infracional ou que tem necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas são marcados pela lógica excludente da institucionalização e relações de poder do Estado sobre a condição do adolescente pobre. Na conclusão, ratificamos, de forma integrada, as análises empreendidas e fazemos algumas considerações sobre a interface do eixo subjetivo na execução das políticas públicas, apontando algumas possibilidades de intervenção.

Capítulo 1 – A saúde mental do adolescente: internar para quê?

*Não me incomodo muito com o hospício, mas o
que me aborrece é essa intromissão da polícia
em minha vida.*
(Lima Barreto no livro *Cemitério dos vivos*)

Os objetivos deste capítulo são apresentar algumas transformações da Política de Saúde Mental ocorridas no Brasil e relacioná-las com os significados que estão sendo construídos entre alguns representantes da execução dessa política no estado do Tocantins. Os significados apresentados revelam como alguns agentes dessas políticas (considerados neste estudo os Operadores do Direito e os Profissionais Executores) têm compreendido a atenção à saúde mental que está sendo dada ao adolescente que tem necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no Estado. Pretende-se apresentar uma análise crítica de como as transformações políticas, que preconizam a desinstitucionalização do adolescente e priorizam a Atenção Psicossocial, têm contribuído para a superação do tratamento psiquiátrico tradicional, que institucionaliza o sujeito.

Tendo essa proposta, organizamos este capítulo em três discussões temáticas: a primeira traz uma breve compreensão histórica de como tem sido construído o projeto político da Atenção Psicossocial no país; a segunda apresenta uma análise de como essa proposta tem sido significada pelos participantes deste estudo no estado do Tocantins; e a terceira busca responder à pergunta: internar para quê? Nessa última discussão, são apresentados alguns núcleos de significação que representam o cenário atual da desinstitucionalização do adolescente que tem necessidades de saúde em decorrência do uso de álcool e outras drogas no estado do Tocantins.

1.1. A trajetória da política da Reforma Psiquiátrica brasileira

Para contextualizar a Política brasileira de Saúde Mental, é fundamental compreender que a atenção psiquiátrica no Brasil veio se constituindo em consonância com as políticas de saúde e que as mobilizações para a Reforma Psiquiátrica são concomitantes com a Reforma Sanitária no país.

A partir da CF de 1988, importantes transformações foram promovidas nas políticas de saúde, as quais, em conformidade com as propostas de democratização,

acesso universal e descentralização, transformaram o SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde) no SUS (Sistema Único de Saúde). Segundo Mansur (2001), o SUS inaugurou uma transformação na política de saúde ao instituir o modelo de seguridade social e ao romper com o modelo de seguro social, no qual a oferta de serviços de saúde esteve vinculada a uma inclusão formal no mercado de trabalho e ao consequente pagamento de um seguro pela população trabalhadora.

Com a saúde sendo assegurada na CF (no capítulo sobre Seguridade Social, na Seção II) como direito de todos e dever do Estado, o SUS rompeu com a lógica das políticas de saúde anteriores, proporcionando uma política universalista e transformando o modelo de atenção curativa da saúde em um modelo de atenção integral à população. Segundo Viana e Dal Poz (2005, p. 226), o modelo do SUS se define por três características: “a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal); e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários)”.

Esse novo modelo foi complementado pelas Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990. A primeira regulamentou o SUS, estabelecendo seus princípios organizativos, e a segunda enfocou o controle social, que prevê a formação dos conselhos de saúde, cuja composição deve ser paritária entre usuários dos serviços, trabalhadores e gestores (composto por 25% de entidades representantes de trabalhadores de saúde; 25% de gestores representantes do Estado e de prestadores de serviços conveniados privados ou sem fins lucrativos; e 50% de entidades representantes de usuários).

A criação dos conselhos estaduais e municipais de saúde foi o marco da participação da sociedade civil na formulação e na avaliação das políticas públicas. Os conselhos são deliberativos e se configuram como uma instância privilegiada de discussão, controle, acompanhamento e fiscalização, além de proposições para as políticas de saúde. As normativas para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde estão atualmente estabelecidas na Resolução 333, de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece também os Conselhos Regionais, Locais, Distritais, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas.

Todo esse processo está em conformidade com a construção de políticas de saúde democráticas, descentralizadas e regionalizadas, como é a proposta do SUS, que legalizou o sistema de saúde como alimentador de ações que possibilitem reorganizar os

serviços de forma a proporcionar maior acesso da população e atenção integral de prevenção, promoção e reabilitação, ao invés da atenção apenas curativa. Nessa reorganização, prioriza-se o atendimento à necessidade da população, com planejamentos mais democráticos, atuações de abordagem multiprofissional que superem o modelo exclusivamente biomédico e que garantam o controle da sociedade sobre as ações e o financiamento.

Apesar dessas transformações asseguradas no plano da lei, é importante destacar que a CF, embora considerada a “Constituição Cidadã”, é composta por um texto híbrido. Ao mesmo tempo em que atribui responsabilidades ao Estado no que se refere ao provimento do direito à saúde da população, a CF permite a inclusão das empresas privadas na oferta de serviços e, conseqüentemente, pode dar margens para a expansão do projeto neoliberal, para aumento das privatizações e transferência das responsabilidades do Estado para o setor privado. Tais possibilidades desencadeiam o aumento das desigualdades na atenção à saúde da população e o conseqüente retrocesso das políticas públicas de garantia de acesso universal, equitativo, igualitário e democrático. No âmbito dos cuidados em saúde, desencadeia ainda investimento em tecnologias de maior complexidade e enfraquecimento da potencialidade da atenção primária na promoção de saúde à população.

Desse modo, apesar do aparato legal do SUS, a execução das ações no plano real acaba não contemplando toda a dimensão de garantia de direitos e reforçando a atuação contraditória no processo de organização dos serviços de saúde. As brechas que a CF deixa é o ponto de suporte que as forças de poderes externas, de manutenção da ordem se ancoram para manter o modelo de saúde centralizador, menos democrático e mais excludente.

Dessa forma, a inversão da prática de cuidados em saúde, da lógica institucionalizante para a de desinstitucionalização, que estão asseguradas juridicamente pela CF e pelo SUS, pode ficar comprometida em decorrência das condições objetivas da realidade social excludente e massificada; e da alienação que decorre da imposição ideológica de grupos hegemônicos.

Com relação à especificidade da saúde mental, que é o foco deste trabalho, destaca-se que o seu percurso para a transformação do modelo, como componente do SUS, seguiu a mesma trajetória. Em conformidade com toda a organização de serviços de saúde no país, a estruturação no campo da saúde mental também se configurou pela maior oferta de serviços privados e pela reprodução do modelo de saúde que incrementa

as ações de alta complexidade, valorizando as internações hospitalares, destituindo as bases para intervenções comunitárias e reproduzindo o modelo exclusivamente biomédico, autoritário e excludente da saúde.

Segundo Amarante (1994), a atenção psiquiátrica em todo o mundo vem se transformando gradativamente. Foram transformações que se configuraram, inicialmente, pelo desenvolvimento da ciência e pela lógica de um cuidado em que se isola o sujeito que necessita de atenção em saúde mental para conhecer os seus sintomas, classificá-los e oferecer o tratamento. Assim, estabeleceu-se uma atenção ao sofrimento psíquico de perspectiva puramente biomédica, na lógica da segregação e da busca pela eliminação total dos sintomas como requisito para o retorno ao convívio em sociedade.

Essa modalidade de atenção, da psiquiatria tradicional, acabou por fortalecer a rede privada de saúde por meio das práticas de internações de longa duração nos hospitais psiquiátricos privados. Essa prevalência da privatização ocorreu em todo âmbito da saúde brasileira, não apenas na psiquiatria, e contribuiu para a crise da previdência social que, nos anos de 1980, levou o Governo Federal a tomar medidas que visassem reorganizar o setor público. Essa crise mobilizou a sociedade em geral, produziu discussões e impulsionou a formação de movimentos sociais que questionaram e denunciaram o modelo de atenção à saúde mental que não respeitava o usuário e que se utilizava de técnicas coercitivas e cerceadoras (AMARANTE, 1994).

Entre as mobilizações sociais para a saúde mental, destaca-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, iniciado em 1987, que contribuiu para modificações legais que impulsionaram as transformações na assistência psiquiátrica brasileira. O desenvolvimento dessa mobilização criticou os hospitais psiquiátricos, enfatizando necessidade de controle e fiscalização dos serviços pela própria população – usuários, familiares e trabalhadores. Toda essa mobilização culminou na promulgação da Lei 10.216, em abril de 2001, denominada a Lei da Reforma Psiquiátrica, cuja base teórico-conceitual é a Reforma Psiquiátrica italiana (AMARANTE, 2003).

Embora na atualidade a Política Nacional de Saúde Mental já tenha modificado sua lógica, dando voz ao usuário e buscando não cercear sua liberdade, como fica determinado na Lei da Reforma Psiquiátrica, assim como ocorre nas outras áreas do SUS, sua efetivação no Brasil ainda encontra muitos obstáculos. A Política de Saúde Mental ainda se desenvolve em um movimento contraditório de avanços e retrocessos na atenção que deve ser dada ao sujeito em sofrimento psíquico. Pesquisas têm trazido

dados de que a criação de CAPS não consegue superar a lógica institucionalizante de atenção e tem se constituído um modelo de cuidado para dentro do serviço e não para o território, como preconiza lei (TAVARES, 2007).

A especificidade da atenção à saúde mental no Brasil já produziu avanços importantes nos tipos de serviços ofertados pelo setor público. São serviços substitutivos à atenção psiquiátrica hospitalar – os CAPS –, que ofertam uma Atenção Psicossocial àqueles que se encontram em sofrimento psíquico ou que têm necessidades de saúde em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas. Os CAPS são serviços abertos que devem produzir uma clínica ampliada, referenciada no território que os sujeitos habitam, no convívio em comunidade e na valorização da construção de uma subjetividade autônoma (BRASIL, 2004b).

Para compreender melhor essas transformações na atenção à saúde mental, é fundamental que se localize seu percurso no âmbito do SUS para não minimizar os avanços já estabelecidos pela política, embora se reconheça que na atualidade novos desafios têm emergido para a consolidação da Política Nacional, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

Fazer uma análise histórica do processo de transformação do modelo de atenção à saúde mental produzido no Brasil não é objetivo deste trabalho, até porque já existem inúmeros estudos que a fizeram (AMARANTE, 1994, 1995, 2003; COSTA, 1989; VASCONCELOS, 2000). No entanto retomamos um pouco a sua história para assinalar que as práticas iniciais de saúde mental foram de perspectiva higienista, retirando do convívio social as “populações indesejadas”. Com a evolução das técnicas de tratamento e o surgimento dos primeiros neurolépticos, nos anos de 1950, estabeleceu-se o modelo exclusivamente biomédico de atenção. Sua lógica de transformar os “loucos” em “doentes mentais” também reproduziu a exclusão e vinculou a liberdade dos sujeitos à total eliminação dos sintomas, instituindo o modelo autoritário e coercitivo de tratamento (AMARANTE, 1994, 2003).

Essa lógica biológica da atenção foi fundamental para que se pudessem descrever o fenômeno do sofrimento psíquico e para que a ciência pudesse contribuir com a amenização dos sintomas. No entanto foi essa mesma lógica que trouxe para a pauta de discussões o desrespeito aos direitos humanos da população em sofrimento psíquico, que era “encarcerada” sob o discurso do cuidado. São essas contradições que fizeram emergir movimentos sociais que exigiam mudanças nessas técnicas de “tratamento”. Esses movimentos impulsionaram a transformação e a garantia desses

direitos em lei (TAVARES, 2007).

Atualmente, a perspectiva de tratamento que se defende na saúde mental, a partir da Lei da Reforma Psiquiátrica, é do respeito à diversidade humana, da compreensão de que o sofrimento psíquico envolve fatores multidimensionais e que, portanto, devem ser trabalhados em sua inter-relação. Essa diretriz exige que o tratamento tradicional (basicamente medicamentoso e cerceador) seja transformado e que seja produzida uma Atenção Psicossocial à população em sofrimento psíquico, que respeite o seu direito à liberdade, à informação e à sua diversidade como sujeito singular (TAVARES, 2007).

Na análise do percurso histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira, como um processo que veio se constituindo desde há muito, identifica-se que as transformações iniciais consolidaram o modelo asilar da psiquiatria, inspirado nas experiências europeias, com práticas do asilamento e incrementação da estrutura manicomial e do modelo privatizante (AMARANTE, 1994). As transformações na direção da Atenção Psicossocial e do respeito aos direitos humanos ocorreram a partir das mobilizações sociais que emergiram no momento de abertura política do país e são significadas na atualidade, entre alguns segmentos sociais, como sendo de grande avanço para a população brasileira.

Esses avanços estão representados em práticas que estão sendo construídas nos serviços públicos específicos à saúde mental, de Atenção Psicossocial, que são diferenciados dos serviços da saúde em geral. Por exemplo, a busca de produção de relações mais democráticas entre o usuário e o profissional de saúde, a facilitação do acesso universalizado e o uso de intervenções não apenas orientadas pelo modelo biomédico no tratamento da pessoa com transtorno mental, mas em uma clínica ampliada. Tais ações são o foco do trabalho que deve ser desenvolvido nos CAPS, se considerarmos o disposto na legislação atual (BRASIL, 2004b).

A partir do surgimento desses serviços substitutivos, na década de 1990, várias foram as transformações que vieram ao longo do tempo, desde as duas últimas décadas do século XX até os dias atuais. A sanção da Lei 10.216, em 2001, inaugurou um novo momento para a atenção à saúde mental. A Lei impulsionou a transformação do modelo da atenção nos serviços de saúde mental, privilegiando o tratamento nos CAPS; redirecionando a assistência; regulamentando as internações psiquiátricas só quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes e vedando internações em instituições com características asilares. A Lei assegura o atendimento humanitário, a proteção

contra o abuso e a exploração, o acesso às informações e regulamenta as internações voluntárias, involuntárias e compulsórias. A Lei é a consolidação da proposta de uma atenção em saúde mental que desinstitucionaliza o sujeito e o seu sofrimento (BRASIL, 2004b).

Seguindo as diretrizes constantes na Lei da Reforma Psiquiátrica, vários outros instrumentos foram criados. Entre eles, destacam-se: a Portaria Ministerial 336, de 2002, que regulamenta os CAPS⁷, e a Portaria 615, de abril de 2013, que regulamenta o subsídio financeiro para implantação de CAPS na Rede de Atenção Psicossocial.

Com relação à atenção à saúde mental do usuário de crack, álcool e outras drogas, destaca-se que até 2003 não havia nenhum instrumento jurídico que regulasse a especificidade do atendimento em saúde a ser dado a essa população. Em 2003, foi criado o Grupo de Álcool e outras Drogas (GAOD), com o objetivo de discutir essas especificidades. O GAOD foi responsável pela publicação, pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004a). Os princípios que norteiam essa Política coadunam com a Reforma Psiquiátrica e estabelecem a atenção integral, a base comunitária de cuidado e a territorialização das ações. Essa Política tem ainda como princípio a intersetorialidade e a lógica da Redução de Danos (em que o principal objetivo é a melhora da qualidade de vida dos usuários de drogas, superando o modelo biomédico tradicional da atenção, em que o objetivo primeiro é a abstinência total).

A partir da publicação dessa Política, outros dispositivos para a atenção à dependência química surgiram, como: a Portaria GM 1190, de 2009, que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), o qual se estrutura em um conjunto de estratégias para o cuidado e prevenção do uso de drogas pelas crianças e adolescentes; a Portaria 2841, de

⁷ Segundo a Portaria 336, de 2002, os serviços substitutivos podem ser denominados e organizados do seguinte modo:

- CAPS I (serviços de Atenção Psicossocial, com capacidade operacional para municípios de até 70.000 habitantes, funcionando das 8h às 18h, em cinco dias úteis);
- CAPS II (serviços com capacidade operacional para municípios com mais de 70.000 habitantes, funcionando das 8h às 18h, em cinco dias úteis);
- CAPS III (serviços com capacidade operacional para municípios com mais de 200.000 habitantes, funcionando diariamente 24 horas, inclusive aos finais de semana). Inclui-se o CAPSad III (a partir da Portaria 2841, de 2010);
- CAPSi (serviço para atendimento de crianças, com transtorno mental de moderado a grave, constituindo-se referência para uma população de, aproximadamente, 200.000 habitantes);
- CAPSad (serviço para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependências de substâncias psicoativas, para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes) (PORTARIA GM 336/2002).

2010, que institui no âmbito do SUS os CAPSad III, prevendo incentivo financeiro para a sua criação; o Decreto 7179, de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas; a Portaria 3.088, de 2011, que institui a rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS; a Portaria 130, de 2012, que redimensiona os CAPSad, prevendo os consórcios da atenção territorializada.

A Portaria 3.088, de 2011, estabelece, entre suas diretrizes, a diversificação das estratégias de cuidado; o desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania pelos sujeitos que têm necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; além de eleger como princípio as estratégias de Redução de Danos (BRASIL, 2011).

Apesar dos avanços jurídicos destacados, que preconizam uma lógica inversa da atenção ao dependente químico no país, as práticas ainda têm sido construídas em modelos contraditórios. Em função do já argumentado anteriormente, a respeito da complementaridade dos serviços de saúde, prevista na CF, os estados brasileiros produzem uma Rede de Atenção à saúde mental ainda bastante diversificada. A rede conta com o setor privado para internações psiquiátricas e, muitas vezes, reproduz o modelo tradicional de atenção à saúde, em detrimento da Atenção Psicossocial preconizada pela Reforma Psiquiátrica brasileira. A depender do projeto político de cada gestor, os entes federados podem priorizar o modelo privatizante da saúde e não levar em conta o preconizado em lei e estabelecido nas recomendações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – intersetorial, que reafirma o caráter efetivamente público de tal política (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010).

Além do mais, na atualidade, há um debate sobre os problemas das drogas em nossa sociedade, que tem assolado a vida da população, principalmente daqueles que têm outras vulnerabilidades associadas (falta de emprego, convivência com a violência, entre outras) e que tem produzido ações contraditórias nas políticas de saúde mental, inclusive no âmbito federal. Algumas dessas ações alarmam os grupos reformistas por indicarem retrocesso na Reforma Psiquiátrica brasileira. A exemplo, destaca-se a Portaria 131 (BRASIL, 2012c), que tem recebido críticas de uma parcela da sociedade por incluir as Comunidades Terapêuticas na rede de saúde mental, autorizando o financiamento público desses serviços, sem prever as fiscalizações. Esse instrumento

jurídico tem sido amplamente criticado entre alguns segmentos sociais, principalmente entre aqueles que defendem a política da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ele permite a transferência de recursos públicos para o segundo e o terceiro setor, autorizando as internações de longa permanência em instituições que não se configuram serviços de saúde, e diminui as possibilidades de controle sobre o tratamento que é ofertado nesses serviços.

A Portaria 131 é um instrumento legal que, segundo alguns defensores da Reforma Psiquiátrica, se sustenta em um discurso “equivocado” da “epidemia do crack”, reforça as práticas autoritárias de internações e fortalece o setor privado. Para esses defensores, o equívoco desse discurso se deve, principalmente, às evidências reafirmadas em pesquisas de que não é o crack o principal problema relacionado às drogas na população brasileira, mas o uso de álcool, que é uma droga lícita e bastante utilizada na cultura do Brasil.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) é um dos organismos considerados defensores da Reforma Psiquiátrica e tem atuado colaborando com discussões e publicações nessa esfera. Segundo o CFP (2010b), em números, o percentual da população que sofre com o crack é considerado insignificante, se comparado ao percentual da população que enfrenta problemas decorrentes do uso abusivo de álcool.

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) tem apresentado dados de pesquisa que subsidiam essas defesas, já que desde 1986 vem realizando periodicamente levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas por estudantes em algumas capitais brasileiras. Em última publicação desse levantamento, realizado nas 27 capitais do Brasil, o CEBRID (2010) ressalta que o acompanhamento sistemático feito pelo órgão indica que a bebida alcoólica e o tabaco têm sido as substâncias mais consumidas pelos adolescentes, conforme consta no relatório do levantamento realizado em 2010: “As drogas mais citadas pelos estudantes foram bebidas alcoólicas e tabaco, respectivamente, 42,4% e 9,6% para uso no ano. Em relação às demais, para uso no ano, foram: inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%)”. O relatório destaca ainda que o percentual de estudantes que fez uso de crack em algum período de sua vida é de 0,7% (CEBRID, 2010, p. 25).

Tais dados acabam por subsidiar os discursos dos grupos defensores da Reforma Psiquiátrica que reafirmam que o envolvimento da população brasileira com o crack não pode ser considerado uma epidemia, já que em termos quantitativos o uso de

álcool é bem maior, bem como os problemas decorrentes de seu uso, que acarretam violência, acidentes de trânsito, aumentos de morbidades, entre outras.

Por outro lado, qualitativamente, tem-se ampliado um debate na sociedade sobre a grande potencialidade do crack, principalmente nos casos do uso contínuo. Esse debate é devido, mormente, às grandes mazelas sociais que os guetos criados para o uso e o mercado das drogas têm tornado visíveis no mundo contemporâneo. Tais condições podem levar a práticas contraditórias: uma parcela da sociedade pode reproduzir velhas práticas higienistas, ancoradas no discurso do cuidado; e outra pode lutar pela garantia dos direitos humanos universais assegurados em lei. Essa contradição, emergida da dificuldade de lidar com a complexidade dos fenômenos associados ao uso das drogas em nossa sociedade, pode ser considerada um importante fator que tem contribuído potencialmente para as dificuldades de implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira e para as tomadas de decisões muitas vezes contraditórias e paradoxais por parte de alguns gestores/executores da Política de Saúde Mental no Brasil.

Para Freitas (2007), o consumo das drogas em nossa sociedade envolve uma análise sobre três problemáticas. A primeira relacionada à significação construída na sociedade de que o uso de drogas está intimamente associado à violência, isso porque o uso de drogas tende a ser abordado pela sua ilicitude como construção social e não pela natureza real dos seus efeitos. A segunda se refere à compreensão social de que o consumo de drogas é um problema de saúde, o que justificaria a terapêutica orientada para a abstenção, para o tratamento daqueles que não obedecem à proibição, já que o uso de drogas ilícitas é automaticamente associado à dependência, independentemente da intensidade de seu uso.

Segundo o autor, há consequências diretas dessas duas problemáticas. A primeira afeta diretamente as atividades econômicas (elevação dos lucros, fracasso do controle penal sobre o mercado das drogas, violência como subproduto das atividades econômicas criminalizadas, e repressão e violação sistemática dos direitos humanos).

A segunda problemática acaba transformando automaticamente o consumidor em um doente e desconsiderando o fato de que para a medicina, de acordo com as classificações psicopatológicas, existem aqueles consumidores de drogas que são dependentes, os que não são dependentes e aqueles que são dependentes e não são consumidores de drogas. A própria Classificação Internacional de Doenças atual (CID 10), considerada a normativa para os diagnósticos clínicos, é clara ao estabelecer essa diferenciação quando cria critérios diagnósticos diferenciados ao uso nocivo, síndrome

de dependência, síndrome de abstinência, síndrome de abstinência com *delirium*; e ainda faz a distinção sobre o tipo de droga utilizada.

A terceira problemática, ressaltada por Freitas (2007), relaciona-se à Redução de Danos. Segundo ele, embora seja compreendida como superação dos modelos tradicionais de tratamento, acaba não rompendo completamente com a construção social de que o uso de drogas é um desvio sintomatologizado, ou seja, uma compreensão social que defende que os riscos do uso estão associados aos perigos biocorporais causados pela droga. Segundo o autor, permanece nas estratégias de Redução de Danos a lógica biomédica da terapêutica e do controle sobre a liberdade do outro, o dependente deixa de ser criminoso, mas passa a ser o pobre coitado viciado que não supera sua relação com as drogas, apenas reduz os danos para si. Para o autor, “os problemas sociais mais difíceis produzem conflitos de valores centrais. Os problemas com drogas não são exceção; eles põem a liberdade pessoal em conflito com a segurança pública, a compaixão em conflito com a responsabilidade moral. Encarar a redução de danos traz esses conflitos à tona” (FREITAS, 2007 p. 8).

A título de reforço a essas questões relacionadas à complexidade da compreensão do uso das drogas em nossa sociedade, cabe fazer um destaque ao que se refere à especificidade de seu uso pelo adolescente. Em que medida o uso da droga pelo adolescente tem uma significação social diversa da atribuída ao adulto que a utiliza? Em que medida as políticas destinadas a esse público se diferenciam ou deveriam se diferenciar? Nesse sentido, vale ressaltar alguns pontos importantes para depreender uma análise contextualizada. Apresentamos a seguir algumas considerações a esse respeito.

1.1.1. O adolescente e o uso de drogas no mundo contemporâneo

Compreender a adolescência especificamente pela sua conceitualização não é proposta deste trabalho, uma vez que, na atualidade, devido à complexidade da sociedade e à composição de diversos coletivos sociais, essa parcela da população é concebida de modos diferenciados, a depender das diversas perspectivas em que o tema é abordado. Vale destacar que este estudo se embasa na perspectiva sócio-histórica de Vigotski (2001, 2003) e que é com esse olhar que empreendemos uma análise ao abordar o uso das drogas pelo adolescente e a sua inserção nas políticas públicas.

A compreensão da adolescência pela perspectiva sócio-histórica requer a retomada das ideias centrais de Vigotski (2003) a respeito das dimensões subjetivas do

ser humano, como, por exemplo, a dimensão histórica como principal fator de humanidade. Para o autor, o que distingue o ser humano dos outros animais é sua capacidade de compartilhar com outros membros de seu grupo social o entendimento do mundo, de forma que a experiência se registra, se reproduz e produz a cultura. O desenvolvimento humano se dá a partir das experiências de compartilhamento, dos instrumentos de mediação na relação do homem e das novas estruturas sociais e mentais que se produzem nesse processo. Dessa forma, tanto as estruturas sociais quanto as mentais são determinadas sócio-historicamente.

Para Vigotski (2001), a adolescência é uma categoria social, em que há uma determinação biológica entrelaçada com a cultura. As transformações físicas, hormonais e de aparência trazem, para o adolescente, mudanças importantes que afetarão sua interação e prática social. Por outro lado, a cultura, a prática da sociedade, produz formas diversas de conceber o adolescer que afeta e é afetada pela ação do sujeito nessa fase do desenvolvimento (VIGOTSKI, 2003).

Dessa forma, o modo como a adolescência, construída sócio-historicamente, é significada pela sociedade pode afetar diretamente a atenção a ser dada àquele que necessita de cuidados em saúde em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Todas as determinações biológicas, históricas e sociais são a base da interação do adolescente com a sociedade, devendo-se considerar inclusive as condições sociais de classe de cada indivíduo e grupo.

Retomando Vigotski (2003, p. 69), realçamos as contradições que podem emergir quando as significações sociais sobre adolescência demarcam as condições de classe social de cada grupo:

É necessário levar em conta que os elementos do meio podem, vez por outra, conter influências totalmente nocivas e destrutivas para um organismo jovem. É preciso ter em vista que não operamos com um membro estabelecido do meio, mas com um organismo em crescimento, em mutação, frágil e que muito do que é perfeitamente aceitável para o adulto é nocivo à criança.

Assim, aquele espaço social em que o adolescente pode ser protegido é diverso daquele em que ele está mais vulnerável. Reconhecendo que o adolescente pobre tem maior vulnerabilidade em função de seu meio – trabalho precoce, menor acesso a políticas públicas, maior aliciamento para o tráfico, entre outros –, ressaltamos a

importância do investimento por parte do poder público e da sociedade em geral para eliminar essas influências nocivas do ambiente social para o adolescente pobre.

Essas reflexões compõem a análise da atenção dada à saúde mental dos adolescentes que necessitam de cuidados em decorrência do uso de álcool e outras drogas. É evidente que a sanção da lei e a emergência de políticas públicas não são fatores que ocorrem de forma isolada dos processos mentais que compõem a significação do que é ser adolescente em nossa sociedade, do que é ser adolescente pobre e do que é ser adolescente que faz uso de drogas, principalmente as ilícitas.

Trazemos mais uma vez Vigotski (2003, p. 296) para apresentar as nuances da compreensão moral do uso de drogas em nossa sociedade e da sua relação com os poderes instituídos e com a construção das políticas públicas:

Assim, do ponto de vista social cabe considerar a moral como certa forma de comportamento social elaborada e estabelecida segundo os interesses da classe dominante, como forma diferente para as diversas classes. É por isso que sempre existiram a moral do senhor e a moral dos escravos, e é por isso também que as épocas de crises eram épocas das maiores crises da moral.

A Política de Saúde Mental para o uso de álcool e outras drogas tem interfaces diversas que devem ser desveladas para assegurar sua consolidação. O uso das drogas na sociedade, como já argumentando anteriormente, gera conflito. Não apenas o conflito materializado nas relações dos poderes instituídos, mas também um drama subjetivo, como realça Freitas (2007), um drama entre o “certo e o errado”, “o vagabundo, criminoso e o doente”, “o abandono e o cuidado”. Todas essas significações adquirem uma intensidade maior quando envolve o uso das drogas pelo adolescente.

Diante do exposto, compreendendo as contradições que o modelo da Reforma Psiquiátrica faz emergir no tratamento ao adolescente que tem necessidades de saúde em decorrência do uso de álcool e outras drogas, bem como os avanços já consolidados, podemos assegurar que o atual momento da Reforma Psiquiátrica em todo o Brasil, como política pública, enfrenta novos desafios para sua efetivação.

Apesar das contradições demarcadas, ao avaliar a atenção à saúde mental que veio se estruturando no país, é visível a transformação do modelo inicial da atenção, que reproduzia a lógica exclusivamente biomédica e institucionalizante, para o estabelecimento no campo jurídico de um modelo de base comunitária, que privilegia a autonomia das pessoas e a desinstitucionalização, ao menos no texto da lei.

Na atualidade, embora apresentando algumas contradições ao instrumentalizar juridicamente a implementação, o projeto político prevê uma oferta de serviços, pelo setor público, que se componha de uma atenção ao usuário em uma lógica inversa à manicomial, em espaços abertos, com uma clínica ampliada e com a garantia do direito à liberdade e ao tratamento na comunidade.

Tendo por base toda a história da psiquiatria no Brasil, reconhecendo os avanços que a lei já consolidou, bem como os impasses da atualidade, serão apresentados a seguir alguns significados construídos, no estado do Tocantins, a respeito da inversão do modelo de atenção proposto pela Reforma Psiquiátrica e da rede de saúde mental que tem sido estabelecida no Estado. Ressalta-se que são significados que refletem a situação do adolescente que necessita de atendimento à saúde mental no estado do Tocantins.

1.2. A rede de saúde mental no estado do Tocantins e os significados construídos

Referenciados na história da Reforma Psiquiátrica brasileira e na sua diretriz de desinstitucionalização, bem como no reconhecimento da maior vulnerabilidade dos adolescentes, buscamos compreender a atenção à saúde mental que tem sido dada ao adolescente no estado do Tocantins e apreender os significados que importantes agentes de políticas destinadas a esse público têm atribuído a essa transformação do modelo de atenção.

Para empreender essa análise, é importante fazer uma breve apresentação da rede de saúde mental do Estado, captada neste estudo a partir dos dados depreendidos da análise de documentos (materiais didáticos de divulgação e capacitação, elaborados pela Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins) e das falas de dois grupos de participantes da pesquisa: 1. Operadores do Direito (juízes, promotores e defensor público); 2. Profissionais Executores (professores universitários e psicólogos das unidades de atendimento). A apreensão de como tem sido constituída a rede de saúde mental tocantinense foi realizada com base também nas legislações federais de saúde mental, que preconizam os serviços que devem compor a atenção.

Para facilitar a visualização e a compreensão da Rede Psicossocial preconizada pela Política de Saúde Mental, elaboramos um quadro que apresenta a Rede de Atenção proposta. A Portaria 3.088, de 2011, que institui a RAPS, no âmbito do SUS, foi a principal referência para a elaboração do quadro seguinte, o qual representa o modelo

idealizado pela Política de Saúde Mental para uma Atenção Psicossocial em todos entes federados.

Quadro 2 – A Rede de Atenção Psicossocial preconizada na legislação federal

Modalidade da atenção	Serviços que compõem a Rede	Atendimento oferecido
1. Atenção Básica	Unidades Básicas de Saúde	Promoção, prevenção e cuidado pelas Equipes de Saúde da Família
	Consultórios na Rua	Cuidados em saúde mental às populações de rua e com problemas decorrentes do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas ou com transtorno mental
	Equipe de apoio aos serviços de Atenção em Caráter Transitório	Suporte clínico às unidades de atenção transitória
	Centros de Convivência	Espaços públicos de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Apoio às unidades de saúde da família e às equipes de atenção básica a populações específicas (populações de rua)
2. Atenção Psicossocial Especializada	CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi ou CAPSad	Atendimento aos transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
3. Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
	Sala de estabilização	Atendimento de necessidades assistenciais de estabilização do paciente grave/crítico em municípios de grandes distâncias e/ou de difícil acesso
	UPA 24 horas – Hospitais e Prontos-Socorros de Urgência	Acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência (transtorno mental e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas)
	CAPS III	Acolhimento e cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental ou uso abusivo de álcool e outras drogas
4. Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento para Adulto	Cuidados contínuos de saúde, em ambiente de caráter residencial, para adultos com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas Período máximo de permanência – seis meses
	Unidade de Acolhimento para Crianças e Adolescentes	Cuidados contínuos de saúde, em ambiente de caráter residencial, para crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas Período máximo de permanência – seis meses
	Comunidades Terapêuticas	Cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Período máximo de permanência – nove meses
	Enfermaria	Atenção em Hospital Geral (em especial, casos de

5. Atenção Hospitalar	Especializada	abstinências e intoxicações severas)
	Serviço Hospitalar de Referência	Suporte hospitalar (internações de curta duração)
6. Estratégias de desinstitucionalização	Estratégias para Pessoas em Situação de Internação de Longa Permanência	Garantia de direitos, promoção de autonomia, exercício de cidadania, busca da inclusão social progressiva
	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	Moradias inseridas na comunidade que acolhe pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais)
	Programa de Volta para Casa (PVC)	Auxílio financeiro para reabilitação de pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência
7. Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda (cooperativas e associações)	Inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho, melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares

Fonte: Brasil (2011)

O Quadro 2 permite compreender como deve ser produzida, no âmbito local (estados e municípios), a Atenção Psicossocial aos sujeitos que necessitam de atendimento em saúde mental. Mas ressaltamos que o foco para este estudo são aqueles sujeitos que têm necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Portanto, os serviços que se inserem nas estratégias de desinstitucionalização, como preconizadas na Rede (SRT e PVC), não se aplicam à atenção destinada a esse grupo de pessoas. Não há prática de internações de longa permanência, sem interrupção, de dois anos ou mais, à população que tem necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, quando não há nenhum outro transtorno associado.

Pelo quadro pode-se observar que a RAPS se compõe por serviços de saúde disponibilizados na atenção primária, na atenção especializada, na urgência e emergência e, inclusive, na intersetorialidade das estratégias de atenção. Como exemplo, citamos os cuidados relacionados a moradias, a políticas de geração de renda, bem como à garantia de direitos humanos e civis.

É com base nessa composição de serviços, estratégias e cuidados preconizados, bem como dos serviços concretos existentes no estado do Tocantins, que empreendemos uma análise sobre a Rede Psicossocial tocantinense. Sendo assim, apresentamos a seguir a atual configuração da RAPS tocantinense, segundo os documentos disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde (Coordenação de Saúde Mental). O Quadro 3 apresenta a Rede Psicossocial atual no Tocantins.

Quadro 3 – Serviços existentes na Rede Psicossocial do Tocantins

Serviços existentes	Quantidade	Descrição / localização dos serviços
Equipes Matriciais	125	Equipes Matriciais na Atenção Básica
CAPS I	7	Araguatins, Tocantinópolis, Colinas, Paraíso, Gurupi, Formoso, Taguatinga
CAPS II	4	Araguaína, Palmas, Porto Nacional, Dianópolis
CAPSad III	3	Araguaína, Palmas, Gurupi
Residência Terapêutica	1	Araguatins
Unidade de Saúde Mental em HG	1	Palmas
Leitos de Retaguarda em HG	7	Paraíso, Colinas, Porto Nacional, Araguaína
Leitos do SUS em Hospital Psiquiátrico	160	Araguaína
Empreendimentos Solidários	13	Dianópolis, Palmas, Colinas

Fonte: quadro disponibilizado pela Coordenação Estadual de Saúde Mental (março, 2013)

Pode-se depreender, a partir do Quadro 3, que dos 139 municípios do estado do Tocantins apenas 12 contam com serviços de modalidade psicossocial. Tal composição é fruto da política federal de municipalização dos serviços psicossociais, que prevê a criação de CAPS para um número populacional específico e demarca a desassistência em alguns municípios tocantinenses, já que em sua maioria são municípios pequenos e com baixa densidade demográfica. Aliado à insuficiência de CAPS, o Quadro 3 apresenta o número reduzido de equipes matriciais e de leitos em Hospital Geral. Tal configuração demarca a deficiência de serviços no modelo da Reforma Psiquiátrica.

Essa deficiência é assinalada pela Secretaria Estadual de Saúde, que realizou um levantamento das necessidades de serviços a serem criados no Estado. A seguir, o Quadro 4 apresenta as necessidades de criação de serviços diagnosticadas pela Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins.

Quadro 4 – Matriz diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial

Componente	Ponto de atenção	Necessidade	Existentes	Déficit
Atenção Psicossocial Especializada	CAPS I	13	7	6
	CAPS II	5	4	1
	CAPS III	3	0	3
	CAPS ad	2	0	2
	CAPS ad III	8	3	5
	CAPS i	4	0	4
Atenção Residencial de	UA Adulto	8	0	8

Caráter Transitório	UA Infantil	3	0	3
Atenção Hospitalar	Leitos C. Médica	15	7	8
	Unidade de Saúde Mental em HG	2	1	1
Estratégia de Desinstitucionalização	SRT	2	1	1
Reabilitação Psicossocial	Cooperativas / Associações	15	2	13
TOTAL GERAL		80	25	55

Fonte: quadro disponibilizado pela Coordenação Estadual de Saúde Mental (março, 2013)

Os quadros apresentados expõem uma RAPS no Tocantins deficitária, realçam os déficits da Rede no que se refere à ausência de serviço psicossocial especializado para atender a população infanto-juvenil (CAPSi) e uma necessidade diagnosticada de que sejam implantados quatro serviços dessa natureza. Além da inexistência de Unidade de Acolhimento Residencial Transitório, tanto para adultos quanto para crianças e adolescentes, em todo o Estado e a necessidade diagnosticada de 11 serviços dessa natureza (3 para crianças e adolescentes, 8 para adultos). Diante dessas informações, verificamos a precariedade da atenção que tem sido ofertada à população infanto-juvenil, no que se refere aos cuidados em saúde mental, principalmente quando há necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

São evidentes algumas insuficiências da RAPS para o adolescente no Tocantins, como: poucos serviços especializados de saúde mental em todo o Estado (CAPS), inexistência de serviços de Atenção Psicossocial específicos para crianças e adolescentes (CAPSi), poucos leitos em enfermarias psiquiátricas disponíveis (leitos em HG), ausência de Centros de Convivência públicos, falta de Unidades de Acolhimento Residencial Transitório, para adultos ou para crianças, e de equipes de Consultórios na Rua.

Com base nessas análises, podemos descrever a RAPS do Tocantins, conforme consta no seguinte Quadro 5.

Quadro 5 – Rede Psicossocial de Saúde Mental no estado do Tocantins

Serviços preconizados pela política da Reforma Psiquiátrica	Quantidade de serviços
CAPS I	7
CAPS II	4
CAPS III	0
CAPSad II	0

CAPSad III ⁸	3
CAPSi	0
Leitos para atendimento de urgência, emergência e pernoite em CAPS III ⁹	27
Leitos em enfermaria psiquiátrica disponíveis em Hospital Geral (HG)	11
Leitos em Hospital de Referência Psiquiátrico Privado (HP)	160 ¹⁰
Comunidades Terapêuticas	2
Unidade de Acolhimento para Adultos	0
Unidade de Acolhimento para Crianças e Adolescentes	0

Fonte: informações disponibilizadas pela Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins e pela Secretaria de Saúde de Palmas-TO (2013)

O Quadro 5 apresenta uma atenção hospitalar para a saúde mental no Estado também insuficiente, se considerarmos as disposições legais. A Lei 10.216 preconiza que as internações hospitalares em saúde mental, caso sejam necessárias, devem ocorrer prioritariamente em hospitais gerais. No entanto o Quadro 5 revela a deficiência dessa modalidade de atenção, já que há apenas 11 leitos disponibilizados em um HG público e, por outro lado, 160 leitos disponibilizados em HP. Os leitos disponibilizados nos CAPSad III existentes são regionalizados para atender os casos de dependência química em todo o Estado. Não há no Tocantins nenhum CAPS III para o atendimento às crises de transtorno mental.

O Estado possui 139 municípios, dos quais a maioria é de pequeno porte e, portanto, tem dificuldades de instalar serviços mais específicos de atendimento psicossocial, como o CAPSi (para o atendimento à criança e ao adolescente) e o CAPSad (para atendimento ao usuário de crack, álcool e outras drogas), já que o estabelecido em lei é que esses serviços psicossociais específicos sejam implantados de acordo com o número da população de referência. Os CAPSi são indicados para uma população de mais de 150.000 habitantes; e os CAPSad, para uma população a partir de 70.000.

⁸ Os CAPSad III de Gurupi e Araguaína são regionalizados, mas o de Palmas atende apenas a população do município (fonte: Coordenação Estadual de Saúde Mental do Tocantins, março 2012).

⁹ Os leitos em CAPS III existentes no Estado estão os disponíveis em CAPSad III, não há leitos em CAPS para atendimento a transtornos mentais, apenas para os casos de dependência química. Pelo disposto na política da Reforma Psiquiátrica, os leitos em CAPS não podem ser considerados como leitos hospitalares, já que essa modalidade não se organiza por número de leitos. Os atendimentos psicossociais são de uma clínica ampliada, em unidades abertas, nas quais os pernoites podem ser recomendados, mas a lógica da atenção é inversa à hospitalar. Essa disponibilização do número de leitos em CAPS apresentada no quadro é apenas uma forma didática de possibilitar a visualização da disponibilidade de vagas dessas unidades para o pernoite dos usuários ou para seu acolhimento por um período curto (no máximo 15 dias, como preconiza a lei).

¹⁰ Dos 160 leitos disponíveis em Hospital de Referência, 20 são disponibilizados para o atendimento a pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso crack, álcool e outras drogas. No entanto, segundo informou a Coordenação de Saúde Mental (março, 2012), o acesso desse tipo de usuário tem sido dificultado pelo Hospital, e, quando há necessidade, o Estado acaba encaminhando os usuários que são dependentes químicos e necessitam de um período maior de internação para um hospital em São Paulo.

A maioria dos serviços implantados é de modalidade CAPS I (para populações acima de 20 mil habitantes) ou CAPS II (para populações acima de 70 mil habitantes), são 11 CAPS instalados em municípios diversos. Mas é evidente a falta que faz, para o Estado, um serviço de modalidade psicossocial especificamente destinado a atender a população infantil e adolescente.

Segundo informou a Coordenação Estadual de Saúde Mental, já se encontra em fase de planejamento e pactuações a implantação de um CAPSi no município de Araguaína. Tal serviço poderá efetivamente melhorar a qualidade da atenção à saúde mental ofertada aos adolescentes, mas, por si só, caso não sejam articuladas outras ações da RAPS, não conseguirá atender a demanda, já que a necessidade detectada pela própria Secretaria Estadual é de que sejam criados quatro CAPSi. Como será o primeiro serviço psicossocial do Estado específico para a população infanto-juvenil, a demanda poderá ser diversa em suas necessidades e exigirá que o CAPSi supere a compreensão de uma atenção resumida ao atendimento ambulatorial e efetivamente se constitua um serviço psicossocial em toda a sua dimensão: produza uma clínica ampliada, estabeleça um trabalho interdisciplinar no território dos sujeitos e estructure projetos terapêuticos singulares e consonantes com a necessidade de cada usuário.

A RAPS tocantinense ainda possui deficiências que retardam a efetiva Atenção Psicossocial ao usuário. O Quadro 6 apresenta a RAPS comparando os serviços existentes nos anos de 2011 e 2012.

Quadro 6 – Cobertura de serviços de saúde mental no Tocantins / 2011 e 2012

ANO	CAPS I	CAPS II	CAPSad	CAPS ad III	SRT	Leitos em HG	Unidades em HG	Leitos SUS em HP	Índice de cobertura
2011	7	2	1	0	1	7	1	160	0,47
2012	7	4	0	3	1	7	1	160	0,80

Fonte: quadro disponibilizado pela Coordenação Estadual de Saúde Mental (março, 2013)

Observa-se, a partir do Quadro 6, que em 2012 foram criados quatro novos serviços (dois CAPS II e dois CAPSad III) e um serviço foi reformulado, a fim de ampliar a sua capacidade de atenção (um CAPSad foi transformado em CAPSad III). A criação desses novos serviços ampliou significativamente a cobertura da atenção, passando de 0,47% para 0,80%. Essa informação ratifica o já argumentado a respeito da

especificidade do Estado, que não é muito populoso, e que com a criação de poucos serviços pode assegurar uma amplitude significativa de cobertura da Atenção Psicossocial.

Embora a cobertura tenha ampliado, não podemos assegurar que o atendimento psicossocial tem sido ofertado a contento. A baixa densidade populacional dos municípios e a disposição jurídica de uma atenção a uma população adstrita podem enfraquecer o trabalho no território, já que o campo territorial de atuação para o serviço se expande e o acesso se dificulta. Assim, para o Tocantins ofertar uma Atenção Psicossocial local e intensiva a toda população que necessita de atendimento, demanda habilidade gerencial para as pactuações da Comissão Intergestores Regionais (CIR), bem como articulações intersetoriais com outras políticas (como, por exemplo, transportes) e capacitações para os profissionais que estão envolvidos diretamente na oferta da Atenção Psicossocial à população.

É importante destacar que no estado do Tocantins a implantação de serviços psicossociais vem se ampliando gradativamente. Só em 2012, dois CAPSad III foram criados, e um CAPSad que já existia foi transformado para a modalidade III, ou seja, em um serviço de atendimento 24 horas aos usuários de crack, álcool e outras drogas, que disponibiliza leitos para o atendimento intensivo de desintoxicação, caso seja necessário. Há atualmente três CAPSad III instalados nos municípios de Araguaína, Gurupi e Palmas. Os CAPSad III de Araguaína e Gurupi são regionalizados e atendem populações de municípios circunvizinhos, que se dividem por regiões. O CAPSad III de Palmas é específico ao atendimento da população da capital, não sendo regionalizado.

Sugerimos que a ampliação dos serviços de modalidade CAPSad III, como ocorreu no Tocantins durante o ano de 2012, pode ter sido em decorrência da Portaria 130, cuja resolução redefine os CAPSad III no que se refere ao funcionamento, possibilitando maior abrangência e regionalização, ou seja, que se estabeleçam serviços regionalizados e não municipais, que possam se constituir para uma região, de acordo com implantação pactuada pela CIR. Desse modo, os CAPSad III regionais podem atender um grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes residentes em diversos municípios circunvizinhos.

Tendo por referência essa RAPS em construção, podemos argumentar que os significados que serão apresentados são reflexos dessa insuficiência. Dessa forma, apresentaremos a seguir as análises feitas e os significados apreendidos entre dois grupos de participantes: o grupo dos Operadores do Direito (juízes, promotores e

defensor público); e o grupo dos Profissionais Executores (psicólogos das unidades de atendimento e professores universitários).

1.2.1. Como os Operadores do Direito significam a Política de Saúde Mental para o adolescente?

As falas desse grupo de participantes trazem significados sobre as políticas de desinstitucionalização que denotam uma compreensão parcial da política da Reforma Psiquiátrica, não indicam reconhecimento das mediações que produziram a sanção da lei e nem do que ela representa no cenário técnico e político do país.

As significações parecem estar ancoradas na concretude do texto da lei e no desconhecimento das técnicas de intervenções propostas pelo novo modelo de atenção à saúde, como se verifica nos exemplos que se seguem.

Hoje tem mais controle, a lei trouxe mais controle e trouxe uma garantia mínima de que uma **pessoa saudável não vai ficar presa lá**¹¹ porque os familiares não gostam dela, está com problemas, interna... (Sérgio¹², promotor).

Em termos de lei, eu li a lei e acho maravilhosa, assim como o estatuto [ECA] é maravilhoso. Em termos de prática, **o que está se fazendo é um absurdo** (Abadia, promotora).

Agora, talvez o modelo seja bom, você vai cuidar... Aquela história, olha, você tem algum parente próximo com transtorno mental, cabe a você cuidar dele, dar assistência, isso vai até ao encontro da solidariedade familiar que existe. E ele vai sofrer uma internação quando tiver necessidade de tratamento, passou a crise volta pra convivência da família. Eu acho que realmente isso é adequado. Agora, o que eu não vejo, e às vezes pode ser até uma incongruência da minha parte, **ou até mesmo por desconhecimento de como que se dá esse processo de dependência química**, tudo, são as críticas que eu venho ouvindo com relação à internação compulsória, pois **eu penso, em meu total desconhecimento da questão do dependente químico**, é que se o nível de dependência química for muito grande a pessoa perde o discernimento de saber **se eu preciso ou não preciso de um tratamento, se eu preciso ou não preciso me internar** (Tânia, juíza).

Essas falas, contraditoriamente, reconhecem a Política de Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, mas ao mesmo tempo se revelam consoantes às

¹¹ Os grifos contidos nas falas apresentadas neste estudo não se constituem destaques dados pelos sujeitos pesquisados, mas demarcações feitas pela pesquisadora, a fim de dar ênfase às falas grifadas.

¹² Ressaltamos que todos os nomes dos participantes deste estudo, apresentados neste trabalho, são fictícios, resguardando a sua identificação, conforme disposto na Resolução 466, de 2012, do CNS.

práticas tradicionais de tratamento, que reproduzem a lógica institucionalizante. Por exemplo, a compreensão da política como sendo positiva, de que ela trouxe mais controle é seguida pelo argumento de que ela garante que uma “pessoa saudável” não vai ficar “presa”, “internada”. Essa afirmação, embora indique um conhecimento básico da Política, em que as internações são reguladas pelo Estado, não pode ser compreendida como representando aceitação da desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica. Ao contrário, parece reproduzir o discurso social excludente, uma vez que ressalta a importância da lei como proteção às pessoas “saudáveis”, mas não faz qualquer menção ao direito que as pessoas com transtorno mental ou dependentes de substâncias psicoativas (portanto, as consideradas não saudáveis, doentes) têm de ser livres, de não ficarem “presas” e de poderem viver em sociedade, como preconiza a Política Nacional de Saúde Mental.

Outro exemplo que revela essa contradição é o argumento apresentado de que a lei é maravilhosa, mas “o que está se fazendo é um absurdo”. O “**absurdo**” foi explicado pela promotora com críticas à política de redução progressiva dos leitos psiquiátricos em hospitais privados, o que sugere que a valoração do modelo biomédico hegemônico continua prevalecendo.

O reconhecimento do cuidado na comunidade, como expresso na fala da juíza Tânia, parece ser uma novidade teórico-conceitual que trouxe para ela uma reflexão sobre a necessidade de que as pessoas em sofrimento não devem ser isoladas socialmente e de que “talvez” esse novo modelo seja bom. Tal reflexão, observada na fala da juíza, pode ser um indicativo de que novas significações estejam sendo produzidas nesse âmbito. Apesar da reflexão empreendida por ela, a fala parece ainda reproduzir a lógica da institucionalização para o tratamento, já que argumenta que talvez algumas pessoas não tenham discernimento para escolher “se quer[em] se tratar ou não”, “se quer[em] se internar ou não”. São significados que parecem indicar uma compreensão de que o tratamento se dá basicamente pela internação, não havendo menção de um tratamento realizado no CAPS, em que o usuário permanecerá com sua família. O modelo psicossocial proposto pela Reforma Psiquiátrica não é reconhecido em sua dimensão de cuidado e tratamento na lógica do território do sujeito.

Essas falas, surgidas de sujeitos que ocupam espaços sociais de grande poder no processo de execução da Lei (já que são os responsáveis por exigir que a lei seja cumprida), indicam que há uma preocupação com a situação dos adolescentes e há engajamento com a causa. No entanto evidenciam compreensões contraditórias a

respeito do que representam as proposições legais: se proteção para os saudáveis não serem internados, se enfraquecimento da atenção e abandono do usuário, ou se resgate da solidariedade familiar.

A falta de estrutura pública para o atendimento do usuário de saúde mental no estado do Tocantins traz como consequência o fortalecimento dos serviços privados, os quais em sua maioria não referendam o modelo de desinstitucionalização, da Atenção Psicossocial. A fala que se segue evidencia bem a representatividade dos serviços de saúde mental privados no Estado e a carência de serviços públicos.

[...] lá é o único local [no Estado] que tem uma clínica psiquiátrica, que é a Clínica de Repouso [nome], ela é privada, é de um psiquiatra [nome]. Só que nós também pressionamos e conseguimos 20 leitos públicos dentro de uma clínica particular¹³. [...] Aliado a isso, um rapaz lá montou uma clínica particular com mais 20 leitos particulares, aí é 100% particular. [...] Só que, quando os 26 públicos estão cheios, e eles vivem cheios [...], aí, eu entro com ação civil-pública contra o município por causa da municipalização do ECA. Entro com uma ação e a juíza está acatando quase todas lá, são 100% internados na clínica particular com ônus para a prefeitura (Sérgio, promotor público).

A fala evidencia que a preocupação e o engajamento do promotor com as causas dos adolescentes acabam por referendar a transferência das responsabilidades do Estado para o setor privado, já que, pela fala, verifica-se que dos 46 leitos disponíveis, apenas 6 são de instituição pública (CAPSad III), 20 são leitos públicos em instituição privada¹⁴, e os outros 20 são leitos privados que estão sendo custeados pelo setor público (município), como resultados de ação civil.

A fala destaca que, por meio da transferência para o setor privado, mantêm-se práticas que não estão em conformidade com o que é proposto pela Política Nacional de Saúde Mental. A Reforma Psiquiátrica determina que, caso sejam necessárias as internações, elas devem ocorrer prioritariamente em HG e não em instituições manicomiais, caracterizadas pelas instituições especificamente psiquiátricas, cujo modelo ainda é de isolamento e privação da liberdade (BRASIL, 2004b).

¹³ Refere-se aos 20 leitos disponibilizados especificamente para atender a população que tem necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

¹⁴ Os 20 leitos referidos são apenas aqueles destinados aos sujeitos que têm necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, pois ao todo nesse hospital são disponibilizados 160 leitos para o atendimento da população do SUS, conforme informou a Coordenação Estadual de Saúde Mental (março, 2012).

O exemplo de fala que se segue justifica a utilização da rede complementar privada devido às deficiências do setor público.

[...] Mas desde que esses hospitais gerais tenham profissionais capacitados pra fazer esse atendimento, não sei a estrutura dos outros locais, **mas aqui especificamente em** [nome do município] **não tem**. Não tem. Eu já tive o caso de uma amiga que o filho tinha transtorno bipolar que estava em crise e que **o médico mandou ele ir para casa tomar água de coco**, que, para acalmar, era para tomar água de coco. Então, assim, **em que medida esse tipo de atendimento está dando resposta às necessidades de quem tem transtorno psiquiátrico?** (Tânia, juíza)

A fala realça a precariedade que ainda prevalece em alguns HGs para o atendimento psiquiátrico. Como argumentado anteriormente, o Tocantins possui apenas um HG que tem enfermaria psiquiátrica, com leitos disponíveis para o atendimento às crises. Nas regiões em que não há um hospital com enfermarias para a emergência psiquiátrica, ou outro serviço para o atendimento à crise, o usuário e seu familiar acabam ficando desamparados. O que produz significados contraditórios entre os Operadores do Direito e revela dúvidas quanto à possibilidade de que, com a atual política, o usuário possa vir a receber o atendimento de que necessita.

Na ausência de serviços e na precariedade da atenção, só resta a esses profissionais afirmarem a institucionalização, preconizada pelo modelo tradicional da psiquiatria, como mais eficaz, uma vez que não dá para “ir para casa tomar água de coco” quando se está em crise, como bem argumentou a juíza Tânia.

A partir dessa análise, pode-se verificar o valor que têm tomado os hospitais privados, diante de uma Rede Psicossocial pública ainda precária e deficitária. Assim, alega-se que, apesar da Lei da Reforma Psiquiátrica (que privilegia a atenção nos CAPS e as internações em HG), os HPs e as clínicas não governamentais mantêm-se firmes e fortalecem-se, utilizando-se dos recursos legais de que podem lançar mão, dada a configuração híbrida de nossa CF.

Podemos afirmar que, apesar da existência de alguns serviços de Atenção Psicossocial no Tocantins, as crianças e os adolescentes ainda estão desamparados de serviços de saúde mental, já que não há serviço de Atenção Psicossocial destinado exclusivamente a esse público no Estado. A fala que se segue apresenta um pouco dessa realidade.

Aqui especificamente em [nome da cidade], o avanço que a gente consegue perceber é ter o CAPS, e é **um CAPS ainda tudão**, que atende tudo, desde dependência química a problemas psiquiátricos. O que a gente tem agora é essa possibilidade de direcionar com o atendimento no CAPS, que muitas vezes a gente recebe ofícios. Já recebi vários ofícios dizendo “olha, nós não temos pessoal capacitado para fazer esse tipo de atendimento”. **Aí você pergunta: Por que que existe?** (Tânia, juíza).

Por que existe o CAPS se ele não consegue atender a demanda? Essa é a pergunta que muitas vezes está presente entre aqueles que necessitam da retaguarda desse atendimento. Os Operadores do Direito, engajados nas causas dos adolescentes, não compreendem o papel do CAPS, pois não conseguem construir rede com esse serviço, o que remete a uma significação de incompetência do CAPS e gera a dúvida quanto ao que fazer, para onde encaminhar. E ainda reforça a construção de uma significação que valoriza a internação hospitalar privada como o recurso terapêutico mais efetivo, já que reforça a crença de que no hospital psiquiátrico o sujeito receberá o atendimento de que necessita.

Quando o município tem apenas o CAPS I ou o CAPS II, que prioritariamente atende a população adulta com transtorno mental de moderado a grave, a diretriz do Ministério da Saúde é de que esse serviço deve dar suporte a toda população, como no caso descrito anteriormente. No entanto é compreensível que para alguns atendimentos haja a resistência do serviço em fazê-los, já que a atenção específica ao adolescente, ou mesmo ao sujeito que é usuário de crack, álcool e outras drogas exige formação para o trabalho e que talvez a equipe de profissionais disponível no CAPS de modalidade “tudão” ainda não tenha.

A fala que se segue expressa o quanto esse desamparo, reproduzido pela falta de serviços de saúde mental, abrange em maior proporção aquele adolescente que, além de ser usuário de saúde mental, está em cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade.

Aqui quando a gente tem adolescente interno portador de transtorno mental **só está oferecendo mesmo um tratamento ambulatorial com um psiquiatra e a medicação** que ele indica. Então, é totalmente deficiente a política de atendimento ao portador de transtorno mental. E aí acho que **a única forma mesmo seria o Estado investir na criação de Centro de Tratamento mesmo especializado ou então fazer um convênio com clínicas** que pudessem dar esse atendimento (Janete, juíza).

A fala indica significados de que a resolução do problema ocorrerá com a criação de serviços tradicionais, já que é a forma conhecida de atendimento. Na ausência da efetividade dos CAPS, os “Centros de Tratamento” parecem ser reconhecidos como os mais eficazes.

Em nenhuma das falas do grupo de participantes que representa os Operadores do Direito (aqueles que têm o poder de exigir o cumprimento da lei), foi verificada a defesa da Atenção Psicossocial ofertada pelos CAPS e preconizada juridicamente. Ainda para exemplificar as deficiências de rede pública de saúde mental no estado do Tocantins, destaca-se a seguinte fala:

Então, o paciente psiquiátrico ele tem que ter um atendimento diferenciado e não tem, seja adolescente, seja criança. **No Tocantins, nós não temos praticamente nada**, só o [nome do hospital psiquiátrico privado] e o HGP [Hospital Geral de Palmas, que tem leitos psiquiátricos] (Abadia, promotora).

Pela fala, fica evidente que a atenção psiquiátrica é significada como internação, já que, ao justificar a inexistência de serviços, aqueles que são apresentados são os hospitalares, sem fazer qualquer referência ao CAPSad III, que realiza atendimentos ao adolescente. Mas, por outro lado, ela ressalta que, para a criança e o adolescente, não tem “praticamente nada” no Estado.

Reconhecemos que o poder instituído desse grupo de participantes produz significações que expandem a simplicidade da ausência concreta de serviços psicossociais, já que se compõe por um segmento social que se configura pela sua função na sociedade: manter a ordem e garantir que a lei seja cumprida. Mas ressaltamos que uma política pública para ser efetivada deve, minimamente, propiciar condições materiais concretas de implementação (disponibilizar serviços, profissionais e financiamento).

A seguinte fala denota, ainda, que a inexistência de um serviço dessa natureza desampara não apenas o adolescente, que fica desprovido do atendimento, mas todos sujeitos envolvidos no processo.

Hoje os médicos psiquiatras que atendem lá [no CAPS], acho que os dois vêm de Palmas e acho que tem um que é clínico e que faz atendimento também na área de psiquiatria lá no CAPS. E tem as psicólogas que fazem o atendimento, mas assim **o atendimento dos adolescentes que têm necessidade de acompanhamento de saúde**

mental, a gente não tem essa retaguarda. A gente não tem essa retaguarda que seria necessária que tivesse (Tânia, juíza).

A juíza Tânia reconhece a necessidade de retaguarda do CAPS e demarca esse déficit da Atenção Psicossocial para o atendimento ao adolescente, principalmente àquele que é usuário de álcool e outras drogas, já que esse tem sido considerado o principal problema de saúde mental dos adolescentes brasileiros.

Em média, os adolescentes brasileiros começam a consumir álcool ainda em tenra idade, a partir dos 13 anos, e a utilizar drogas ilícitas entre os 14, 15 anos (CEBRID, 2010). Essa informação deve ser a base para a construção de práticas psicossociais em serviços públicos que possam amparar o adolescente e suas famílias ainda durante os primeiros envolvimento com o álcool e outras drogas. A inexistência de um CAPS específico para essa modalidade de atendimento acaba por contribuir com a demora na busca pelo tratamento e com a incrementação das técnicas de institucionalização.

As significações de que a internação é o modelo adequado, realçam as contradições, as quais emergem da concretude do discurso legal (que prevê direito de acesso aos serviços e obriga o Estado a atender) e da ausência/insuficiência concreta de serviços de Atenção Psicossocial.

A fala que se segue representa essa contradição.

Eu uso muito dessa lei [da Reforma Psiquiátrica] é para os adolescentes e eu sou muito procurado por mães, pais desesperados, hoje em dia com o negócio do crack, que virou uma avalanche. Então, eu sou direto procurado por pais, mães que precisam que os filhos sejam tratados. Baseado nisso, nós começamos lá em [nome da cidade] uma articulação na Secretaria Estadual e Municipal de Saúde. **E depois de muito avanço e retrocesso conseguimos montar o CAPSad III, mas é muito pequeno são apenas seis leitos** (Sérgio, promotor).

E complementa, ao avaliar os avanços da política da Reforma Psiquiátrica:

[...] **no sentido de hoje, você ter pelo menos mais... assim, acho que houve aumento do número de leitos**. Em [nome do município], é a prova que está aí, não tinha nenhum, agora, somando com o particular, existem 46 leitos (Sérgio, promotor).

As falas apresentadas são exemplos claros da contradição que o projeto político da Reforma Psiquiátrica tem gerado. O uso da lei para que o adolescente seja tratado é explicado pelo promotor público a partir da busca pelas técnicas de tratamento institucionalizantes, ou seja, pela necessidade de ampliação do número de leitos psiquiátricos para o isolamento do sujeito. O promotor mostra-se engajado nas causas dos adolescentes e suas famílias, mas, ao buscar o cumprimento da lei, contraditoriamente, o faz pela lógica inversa ao que a lei preconiza.

O argumento feito sobre a criação do CAPSad III reafirma essa contradição, pois se refere ao serviço enfatizando o número de leitos criados (seis leitos) e não o atendimento psicossocial em si, o qual é ofertado a um número bem maior de usuários, se consideramos as modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, preconizadas na Portaria 336 e no manual de diretrizes para o funcionamento dos CAPS (BRASIL, 2004b, 2004c). A fala anterior evidencia, ainda, que a estruturação da Rede Psicossocial tem sido realizada de forma gradativa, dependendo de articulações e apresentando “avanços e retrocessos”.

A organização dos serviços de Atenção Psicossocial no estado do Tocantins tem a especificidade de se compor pela exigência aos CAPS de que eles deem conta de uma demanda ampliada de atendimento, como bem disse uma das Operadoras do Direito – um CAPS “tudão”. Muitas vezes essa demanda, que requer atenções diferenciadas, acarreta no atendimento pouco qualificado, já que em todo o Brasil os CAPS ainda estão em processo de construção de um novo modelo de atenção e têm buscado construir metodologias de atendimento que sejam efetivas, a fim de consolidar o modelo psicossocial.

Laranjeira (2010) argumenta que, logisticamente, o tratamento para a dependência química precisa estar disponível, pois a indisponibilidade de serviços pode adiar a busca por ajuda e reforçar a dificuldade de adesão ao tratamento por parte do paciente. O autor destaca que, entre os fatores que colaboram para a dificuldade de adesão ao tratamento da dependência química, está a demora em buscar ajuda e o tratamento forçado, involuntário. A adesão ao tratamento necessita ocorrer durante a fase inicial, já que, para o autor, a dependência química é complexa e o tratamento é um processo demorado e multidimensional, que exige interlocução interdisciplinar e político-setorial.

Na impossibilidade de reconhecer a Atenção Psicossocial como uma modalidade efetiva de tratamento, o que se reproduz entre os Operadores do Direito é o

velho discurso de que não há atendimento, não adianta essa política ou de que nunca vai ser diferente. O significado de que o trabalho que é desenvolvido nos CAPS não é qualificado acaba fortalecendo a atenção ofertada na modalidade da institucionalização, como ficou expresso no argumento abaixo.

Continua do mesmo jeito, não tem estrutura física, não tem contingente. **Não adianta a lei, não adianta reformar** (Vânia, defensora).

E complementa:

Não consegue abarcar [o CAPSad] todo o contingente de adolescentes hoje que a gente tem com prática de ato infracional. **Acaba que não consegue acolher todo mundo por falta de estrutura** (Vânia defensora).

Embora essas falas indiquem haver pouco conhecimento a respeito do atendimento oferecido pelos CAPS, já que o argumento feito em seguida foi vago quanto aos detalhes das deficiências do serviço psicossocial e taxativo na defesa de que os adolescentes que são internados nas “casas de recuperação” saem de lá “recuperados”, elas parecem estar sustentadas na condição objetiva da ausência/insuficiência de serviços psicossociais no Estado.

Abaixo temos mais uma fala que ratifica a demanda por serviços tradicionais entre os Operadores do Direito e que pode ser explicada pela ausência de serviços públicos de Atenção Psicossocial, suficientes para o adolescente.

A gente tem contato com adolescente que tem abstinência disso [crack]. E é muito triste. **Então, é muito mais adequado o Estado custeá-lo em um a unidade privada**, porque não tem uma unidade pública adequada para isso, para que o adolescente saia de lá, não ressocializado, mas curado, porque a prática delitiva hoje dentro de [nome do município] é para comprar crack (Vânia, defensora).

Pela fala, pode-se verificar que o modelo de institucionalização para o tratamento do adolescente que é usuário abusivo de álcool e outras drogas, principalmente aquele que já cumpre a medida socioeducativa de internação, ainda é o que prevalece no Estado. Talvez, essa manutenção do modelo de internação se incremente principalmente pela ausência/insuficiência de serviços públicos de modalidade psicossocial. Por outro lado, a fala realça um fator já discutido neste estudo:

o uso do crack produz significações sociais diferenciadas, por ser considerado avassalador para o sujeito. Os participantes deste estudo, que representam os Operadores do Direito no Tocantins, demonstraram engajamento na busca pelo direito ao tratamento dos adolescentes que usam o crack, mas, contraditoriamente, esses direitos têm sido buscados por meio da demanda pelas práticas de institucionalização e não pelas fundamentadas na desinstitucionalização.

Apresentamos a seguir essa significação, apreendida nas falas dos Operadores do Direito.

1.2.1.1. As significações dos Operadores do Direito para o crack

Em todas as falas desse grupo de participantes, fica evidente que o discurso disseminado socialmente, reafirmando o crack como uma epidemia que assola a vida dos sujeitos dependentes, produz significados de que para essa droga a desinstitucionalização como proposta de atenção à saúde é uma ilusão. Aliado à significação de que a droga tem um grande potencial para destruir as pessoas, há o fato de que no Tocantins a Atenção Psicossocial para o adolescente é significada como ineficaz.

Diante da ausência de serviços, os Operadores do Direito desqualificam os CAPS por meio do discurso da ineficiência ou da superficialidade do atendimento, como fica expresso nas seguintes falas:

Eu acho que a dificuldade é que o crack é uma substância altamente nociva e não é um tratamento ambulatorial [refere-se ao CAPS] simples para todas as pessoas que ele funciona. [...] Para o crack, pelo que eu estou vendo na prática, infelizmente, se não for internação não consegue sair não (Sérgio, promotor).

Eu vejo que existe ainda muita utopia do governo com relação à recuperação desses jovens, por causa do crack agora. Porque uma coisa é você falar em maconha e cocaína, outra coisa é você falar em crack. Crack é rápido, crack, para não falar em oxi etc. e etc. A forma de você atingir tem que ser diferente, as coisas estão mudando. E quem está sabendo disso aí somos nós que estamos com esses jovens, que estão aí na criminalidade, crimes cada vez mais bárbaros, mais assustadores, praticados por jovens cada vez mais jovens (Abadia, promotora).

São falas que evidenciam a significação do tratamento na modalidade psicossocial como ineficiente, já que ele não conseguirá resolver os problemas de saúde

que decorrem de drogas consideradas mais “pesadas”. Para essas drogas, o significado da proposta de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica é uma “utopia”.

A ausência de um investimento por parte do poder público em serviços que estejam em consonância com a Atenção Psicossocial só reforça o entrelaçamento de todos os fatores que dificultam a “transformação sociocultural” da Reforma Psiquiátrica, argumentada por Amarante (2003). Sabemos que não é apenas a criação do serviço que garantirá a inversão do modelo de atenção, mas, quando não se tem nem a concretude da existência física de serviços psicossociais, a consequência direta será a manutenção da prática já consolidada e dos significados já construídos. Nesse caso permanecem as significações de que a atenção psiquiátrica tradicional é a efetiva por afastar o sujeito que está dependente do crack, mas o destitui do seu direito à informação e ao poder de decisão.

São falas que representam o quanto o problema das drogas tem sido significado em nossa sociedade como necessitando de intervenções eficazes e de um “tratamento” que seja efetivo. Indicam também que o projeto político da Reforma Psiquiátrica tem sido considerado insuficiente para a demanda atual. A disseminação das drogas, principalmente do crack (que é um tipo de droga muito usada pelas populações marginalizadas, já que é a forma fumada barata da cocaína), tem alarmado a sociedade e contribuído para a reprodução dos discursos defensores do modelo de confinamento manicomial. A lógica manicomial não reconhece o estabelecido em lei, que prevê a internação como última medida e somente quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes.

Estudos afirmam que o primeiro episódio de consumo de drogas ilícitas ocorre durante a adolescência e associam esse fenômeno ao contexto dos adolescentes, como: não frequentar a escola ou apresentar defasagem escolar, pobreza, dificuldades de relacionamento com os pais, ausência de limites, vivência de violência, entre outros (ABRAMOVAY; CASTRO, 2005; GALDURÓZ et al., 2005; RIBEIRO, 1999). Tais associações demarcam a importância de que, para o tratamento das dependências de substâncias psicoativas, é fundamental que se estabeleçam estratégias mais complexas do que o simples isolamento social. O tratamento requer um cuidado que não deve se restringir à atenção curativa, mas, prioritariamente, promotora de saúde e preventiva.

Por outro lado, é importante destacar que os estudos, embora deem uma maior visibilidade à classe social pobre, não ratificam a existência dos problemas relacionados ao uso da droga apenas à classe pobre. Ao contrário, demarcam a desigualdade social

que impera na sociedade capitalista e que acaba por regular todas relações sociais. Além do mais, com o destaque de que a desigualdade social realça os problemas relacionados ao uso de drogas em nossa sociedade, fica evidente que a complexidade da intervenção sobre o problema se amplia. Para além das políticas de saúde e de segurança pública, é fundamental a intersectorialidade das políticas de assistência social, trabalho e renda, educação, lazer, entre outras.

Fazendo referência ao lugar de onde surgem as significações de que a Atenção Psicossocial não atende as necessidades de saúde de quem faz uso de drogas mais “pesadas”, ressaltamos que esses significados, produzidos entre os Operadores do Direito, reforçam o uso das estratégias de judicialização para garantir o atendimento “adequado”.

Apresentamos a seguir as significações que demarcam o uso da judicialização como estratégia para a manutenção das práticas de institucionalização.

1.2.1.2. A instrumentalização judicial dos Operados de Direito

Uma vez que os Operadores do Direito significam a atenção psiquiátrica tradicional de internação como sendo a prática mais eficaz e que o acesso aos serviços são difíceis devido ao número insuficiente de oferta, a consequência direta é o uso do “poder da caneta” para o cumprimento da lei. As estratégias autoritárias das internações involuntárias e compulsórias são utilizadas pelos Operadores do Direito sob o discurso do cuidado ou do acolhimento às demandas familiares.

Os Operadores do Direito, diante da inexistência de serviços públicos de atenção à saúde mental para o adolescente, acabam judicializando o atendimento com uso dos mecanismos de internações compulsórias, como forma de obrigar o Estado a se responsabilizar pela atenção ao adolescente dependente químico e custear o tratamento, no caso a internação.

A seguinte fala reforça essa análise.

A gente tinha muita dificuldade do Estado assumir esse tratamento. Agora o Conselho [Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas] tem dado esse apoio, a Secretaria [Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos] também está mais empenhada em tratar. **Agora também tem a rede pública de saúde que poderia fazer esse tratamento mais emergencial quando a situação exige. Também o número de leitos é muito pequeno para a quantidade de usuários que ocasionalmente precisa.** Então, [...] a gente se depara sempre com muitos obstáculos, que quando se trata de saúde mental, dependência

química, dependência alcoólica, assim, doenças graves, tudo isso... a gente consegue, mas a custo de muito esforço, com **medidas drásticas para fazer a coisa funcionar** (Janete, juíza).

As “medidas drásticas” expostas pela juíza e o apoio do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas, reconhecido por ela, são exemplos de que o recurso da judicialização da saúde mental no estado do Tocantins tem sido utilizado com frequência. No que se refere a essa judicialização, vale fazer uma reflexão sobre a contradição que emerge em nossa sociedade quando se estabelecem políticas democráticas em um espaço social marcado pelas relações de poder, no qual, diante da dificuldade de universalizar uma ideia, as concepções mais singulares, cujos sentidos são construídos subjetivamente, acabam prevalecendo. Assim, no caso da saúde mental tocantinense, judicializar a atenção significa basicamente utilizar-se das internações compulsórias, já que o significado de tratamento eficaz para os Operadores do Direito é de que ele ocorre com a internação, e não nos CAPSad.

Essa reflexão é importante quando nos remetemos aos processos de judicialização que têm ocorrido com frequência em todos os âmbitos sociais. Essa “intromissão” do Estado (Juizado, Promotoria, Defensoria) na vida privada das pessoas, embora possa significar a forma encontrada para garantir o acesso ao atendimento necessário, acaba por produzir uma subjugação dos sujeitos a um poder que sofre influência não apenas das condições objetivas da falta de serviços disponíveis, mas também das condições subjetivas de quem julga. Ou seja, pode-se incorrer no risco de que a atenção demandada não seja referenciada apenas pelo olhar de quem necessita, como, por exemplo, os usuários e suas famílias, mas também, e principalmente, por quem tem o poder de fazer cumprir.

Esse olhar do outro sobre a vida privada de alguém, em uma sociedade que sofre fortemente a influência de uma saúde comercializada e de uma prática histórica de políticas higienistas, pode impor ao sujeito que necessita de atendimento em saúde mental uma condição diversa daquela que lhe é de direito. Principalmente, se retomarmos a história da atenção dada a quem está com sofrimento psíquico, a condição que poderá lhe ser imposta recairá na perspectiva da normalização e das políticas de “limpeza social”.

Dessa forma, a judicialização, que tem de início, na sociedade democrática, a finalidade de exigir que os direitos sejam garantidos com base na coletividade e na universalidade, acaba por reproduzir práticas que podem, ao contrário, extirpar os

direitos das pessoas. Isso ocorre, principalmente, quando é uma política pública não consolidada, se considerarmos os quatro eixos propostos por Amarante (2001) – político-jurídico, técnico-assistencial, teórico-conceitual e sociocultural. Amarante (2001) argumenta que, para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, os eixos teórico-conceitual e sociocultural ainda precisam ser transformados. Incluímos, neste estudo, mais um eixo: o subjetivo. Argumentamos que, quando não há a transformação dos quatro eixos na implementação de uma política pública, condição necessária para sua consolidação, o eixo subjetivo prevalece. No entanto é um eixo subjetivo ainda não transformado, arraigado e impregnado de ideologias disseminadas pelos poderes externos hegemônicos.

Defendemos que a prevalência do eixo subjetivo em uma política pública é o principal indicador de que ela ainda não se consolidou, uma vez que não está direcionada ao coletivo, mas a grupos específicos ou a indivíduos.

Os significados construídos por esses importantes atores sociais, os representantes dos Operadores do Direito, indicam o quão vulnerável a política da Reforma Psiquiátrica ainda se encontra no Brasil e os riscos que ela incorre de retroceder nos avanços já estabelecidos e ceder à prática institucionalizante. A institucionalização ainda insiste em se manter, principalmente na rede privada, com o apoio dos Operadores do Direito, que buscam garantir o acesso aos serviços à população mais empobrecida, sob o discurso do cuidado.

As seguintes falas exemplificam essa análise.

A gente tem que correr atrás dessas coisas, não é? A internação tem custos e a gente tem que... Agora o Conselho Estadual sobre Drogas tem arcado com as despesas do tratamento. Isso tem ajudado bastante. Porque o grande problema é esse: a pessoa, na maioria das vezes, em função da miséria mesmo em que vive, acaba se envolvendo com a droga e aí para tratar não tem recursos, **a família não tem como custear** (Janete, juíza).

Quantos pais chegam aqui: doutora, **prende meu filho porque senão ele vai matar alguém ou vai morrer, faz alguma coisa, ele está usando droga**, ele está vendendo, ele está traficando, ele leva tudo lá de casa, ele está me ameaçando. Isso é quase todo dia que acontece. Então que sociedade é essa? [...] E isso está muito relacionado às drogas, **por isso aí entra a questão da saúde mental [...]. Quantos hospitais psiquiátricos fecharam nos últimos anos? E agora não se tem vagas para pôr esses doentes** (Abadia promotora).

Esses significados parecem ser construídos com base no modelo das políticas higienistas, fundadas na lógica da higiene mental. Esse modelo transformou o usuário de drogas em um “novo louco” ou em um criminoso, principalmente aquele usuário que é pobre ou que comete ato infracional, que necessita de atendimento, mas “não se tem vagas para pôr esses doentes”.

Dessa forma, para pensar a atenção à saúde mental do usuário de drogas, a sociedade, de um modo geral, acabou dividindo sua compreensão sobre como deve ser feita a intervenção e as formas de atenção passaram a se distinguir de acordo com a classe social dos sujeitos que tinham necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Embasada nesse modelo social excludente, a atenção destinada aos dependentes ricos serão as clínicas psiquiátricas particulares, ou, no caso do envolvimento com o tráfico, o pagamento de um advogado para defendê-los; aos dependentes pobres destinam-se a intervenção autoritária do Estado, como forma de garantir acesso ao tratamento obrigatório, para que não sejam inseridos nos serviços “utópicos” de Atenção Psicossocial. As falas apresentadas anteriormente representam bem essas significações.

Por outro lado, as falas evidenciam contradições que demarcam que as estratégias de internação para o tratamento, embora sejam as mais acionadas por esse grupo de participantes, não possuem significados consolidados de que sejam eficientes. Segundo eles, o tratamento deve interferir no contexto de vida das pessoas, como está expresso na seguinte fala:

A internação só vai fazer sentido se for para mexer no livre arbítrio dessa pessoa, para ele conseguir deixar de usar [a droga]. Por isso [...] **tem várias estatísticas aí que mostram que a internação não é a solução**, por quê? Porque **não atinge a pessoa, ela sai e volta para as drogas**, tem a recaída e volta para as clínicas. Por quê? Porque não modifica o modo de vida delas. Se não modificar o *modus vivendi*, ela vai continuar usando drogas (Abadia, promotora).

Pelo exemplo acima, podemos argumentar que, apesar da evidência de que o tratamento que tem sido buscado pelos Operadores do Direito seja o tradicional, de internação, há uma compreensão por parte desses atores de que a “internação não é a solução”. Essa compreensão expressa a contradição, já que se reconhece que o tratamento “não atinge a pessoa, ela sai e volta para as drogas”, mas ainda assim é a medida acionada pelos Operadores do Direito.

Acreditar que a “internação não é a solução” poderia ser um significado que provocasse novas estratégias a serem utilizadas pelos Operadores do Direito, como, por exemplo, acionar os CAPSad ou exigir a criação desses serviços. Mas, como não conseguem atribuir aos serviços psicossociais significados de que são eficazes, acabam permanecendo na defesa da lógica de institucionalização e reproduzindo as práticas de políticas higienistas.

Não há reconhecimento de que o tratamento ofertado pelos CAPSad é adequado. Ao contrário, algumas falas, inclusive, ressaltam as dúvidas que pairam sobre essa modalidade de atenção e sobre sua potencialidade em intervir na vida do usuário dependente.

A fala que se segue exemplifica essas dúvidas sobre a efetividade da Atenção Psicossocial ofertada pelos CAPSad.

Aqui tem o CAPS, mas **o CAPS tem deixado muito a desejar**. Eu acho que assim... já avançou, não dá para desmerecer a estrutura, dizer que não funciona, mas ainda é bem precária, deixa muito a desejar. [...] Os espaços de atendimento são reduzidos e muitas vezes mal estruturados [...]. O atendimento é demorado para começar e acaba não tendo continuidade, como seria necessário. **A grande maioria das vezes o adolescente abandona o tratamento e não é feito nada para resgatar esse paciente, porque a tendência do tratamento ambulatorial mesmo é o paciente se evadir** (Janete, juíza).

É bastante clara a contradição que perpassa a compreensão sobre a efetividade do tratamento ofertado pelo CAPS entre os Operadores do Direito. Na modalidade de Atenção Psicossocial, o usuário circula livremente pelo seu espaço social, não fica enclausurado em uma instituição e tem a autonomia de se envolver, ou não, na proposta de atendimento. O relato anterior evidencia que essa autonomia e livre circulação são significadas como fatores que contribuem para a não adesão do usuário ao tratamento. Assim, a Atenção Psicossocial significa atendimento ineficaz, já que o usuário tende a se “evadir” e o serviço não faz “nada para resgatar o paciente”.

Ao mesmo tempo, essa fala realça as deficiências do atendimento psicossocial do CAPS que tem sido ofertado aos adolescentes no Tocantins, já que indicam que o atendimento é demorado para começar e acaba não tendo continuidade. A pesquisa documental reforçou essa análise, pois verificamos que, dos 19 adolescentes usuários vinculados ao CAPSad, na época da pesquisa, apenas quatro estavam no serviço há mais de seis meses e tinham frequência assídua ou compatível com a sua modalidade de

atenção na unidade (semi-intensivo, não intensivo ou intensivo). O restante ou estava no início do tratamento na unidade ou não tinha muitos registros de atendimento. A maioria constava apenas o registro do primeiro atendimento, indicando que talvez o adolescente já tivesse abandonado o tratamento, apesar de ainda estar sendo considerado ativo pela unidade. Ao entrar em contato com as famílias, ficou claro que muitos dos adolescentes já não frequentavam mais o CAPSad III de Palmas.

O Quadro 7 apresenta a relação entre o número de adolescentes e o tempo de permanência no CAPSad de Palmas, no momento da coleta das informações em documentos.

Quadro 7 – Número de adolescentes vinculados ao CAPSad e tempo de permanência na unidade

Quantidade de adolescentes ativos	Período de vinculação no CAPSad até a data da pesquisa
1	10 dias
4	1 mês
2	2 meses
3	4 meses
5	5 meses
2	8 meses
1	9 meses
1	1 ano e 9 meses
Total de adolescentes	19 adolescentes

Fonte: dados extraídos da pesquisa documental (análise de prontuários), realizada em novembro de 2012.

Essas informações evidenciam que a adesão dos adolescentes ao tratamento ofertado na modalidade psicossocial tem sido baixa, sua frequência não é assídua. Além disso, as buscas ativas, que deveriam ser feitas pelos profissionais do CAPSad, não estão ocorrendo de forma efetiva, já que a maioria dos adolescentes com prontuários ativos na unidade está no serviço há menos de seis meses (um total de 15, dos 19 adolescentes) e há poucos registros em seus prontuários. Muitas vezes, os registros se resumem a um único atendimento, o atendimento do médico, e não há nenhum registro de busca ativa realizada pela equipe do CAPSad.

A principal diretriz política da Atenção Psicossocial é o cuidado do usuário em seu ambiente social. O que requer empenho do serviço para além dos cuidados no interior da unidade, que possibilite construção de uma rede comunitária de apoio, realização de busca ativa do usuário que abandona e sua vinculação a um projeto terapêutico individualizado, que projete o adolescente para diversas atividades que extrapolem os cuidados unicamente médicos.

No entanto as falas destacadas anteriormente, associadas aos resultados da pesquisa documental, demonstram que essas estratégias não estão sendo utilizadas de forma eficaz e têm gerado, por parte dos Operadores do Direito e da sociedade em geral (já que as próprias famílias solicitam a internação), uma busca por métodos tradicionais de tratamento, em contraposição à proposta política de desinstitucionalização. Essa prática impossibilita ao adolescente permanecer em seu contexto social e produzir novos sentidos e significados à sua vida e ao seu envolvimento com o crack, o álcool e outras drogas.

Tendo compreendido como os Operadores do Direito no Tocantins significam a política da Reforma Psiquiátrica e como esses significados têm influenciado as práticas profissionais, apresentamos a seguir quais são os significados construídos entre o outro grupo de participantes desta pesquisa: o grupo que representa os Profissionais Executores das políticas de desinstitucionalização (psicólogos das unidades de atendimento e professores universitários).

1.2.2. Como os Profissionais Executores significam a Política de Saúde Mental para o adolescente?

Antes de apresentar as significações apreendidas entre os profissionais da execução, faz-se mister empreender uma análise sobre o modelo de Atenção Psicossocial, preconizado pela Reforma Psiquiátrica, e a sua atual situação no cenário nacional. Para isso, destacamos dois importantes pontos de reflexões que devem compor a análise das falas desse grupo de participantes: 1. os desafios atuais da Política de Saúde Mental; 2. o modelo psicossocial proposto e a formação acadêmica dos sujeitos da execução (incluem-se aqui as controvérsias sobre o modelo de tratamento da dependência química: se o psicossocial, com estratégias de Redução de Danos, ou o tradicional que exige o afastamento do sujeito de seu ambiente social e a abstinência total).

1.2.2.1. Os desafios atuais da Política de Saúde Mental

Com relação ao cenário político atual, destacam-se as contribuições de Vasconcelos (2012), que faz uma discussão sobre as transformações ocorridas no Brasil a partir da abertura política e ressalta a tensão que existe na atualidade entre as políticas públicas de direitos sociais e o projeto neoliberal privatizante da saúde mental.

Tivemos, na fase final da ditadura militar, entre 1978 e 1984, e também ao longo da década de 1980, no período da redemocratização, a emergência e a fase áurea, mais combativa e criativa dos movimentos sociais populares no Brasil. Conseguimos um importante acúmulo de forças, que levou aos avanços significativos da Constituição Federal de 1988 e seus desdobramentos posteriores, como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e de várias outras leis e políticas sociais de cunho universal. A partir da década de 1990, a conjuntura neoliberal vem impondo cada vez mais restrições à implementação efetiva dessas políticas (VASCONCELOS, 2012, p. 58).

Para o autor, a conjuntura política neoliberal tende a reduzir a força dos movimentos sociais populares, considerados por ele fundamentais para combater os grupos conservadores e incrementar o processo de democratização em nossa sociedade.

Tendo por referência os argumentos de Vasconcelos (2012), destacamos que o enfraquecimento dos movimentos sociais, a partir da política neoliberal, afetou a política da Reforma Psiquiátrica brasileira. Paradoxalmente, a implantação da política reduziu a força dos movimentos sociais, já que institucionalizou a prática psicossocial, organizando serviços, promovendo concursos públicos para suprir com pessoal e reestruturando poderes sustentados em ideologias hegemônicas excludentes. Esses poderes hegemônicos retardam a transformação do modelo de atenção à saúde mental, contribuindo com a manutenção de práticas institucionalizantes dentro dos serviços de modalidade psicossocial (TAVARES, 2007).

A sanção da lei e a implantação de serviços substitutivos, por si sós, não garantiram a inversão do modelo, como se verificou em alguns estudos que já constataram que a superação do modelo tradicional nos CAPS ainda não ocorreu efetivamente (TAVARES; SOUSA, 2009a, 2009b; QUINDERÉ; JORGE, 2010). Nesses estudos, verificou-se que o modelo psicossocial ainda está em construção nos CAPS e que as práticas nesses serviços ainda são contraditórias, ora na lógica da institucionalização do sofrimento psíquico, ora na de desinstitucionalização.

Assim, podemos afirmar que o atual cenário da Política de Saúde Mental brasileira traz desafios importantes: movimentos de resistência dos trabalhadores aos poderes externos instituídos, investimentos do setor público em capacitações (além de criação de serviços psicossociais) e envolvimento das academias na busca de sistematização de metodologias para o modelo psicossocial.

Sobre esse aspecto retomamos o segundo ponto de reflexão destacado: o modelo psicossocial proposto pela Reforma Psiquiátrica e a formação dos profissionais da execução direta.

1.2.2.2. O modelo psicossocial e as significações apreendidas entre os Profissionais Executores

Com relação ao modelo, devemos considerar que o estabelecido juridicamente é uma atenção referendada na lógica do território, na clínica ampliada, na desinstitucionalização e busca pela autonomia do sujeito do adoecimento. Em contraposição, o que se tem como prática consolidada tradicionalmente é a intervenção médico-centrada, a institucionalização praticada historicamente e o uso de tecnologias autoritárias da psiquiatria, centralizadas na doença e não nos sujeitos do tratamento.

Esse paradoxo entre o estabelecido juridicamente e o executado historicamente fundamenta o argumento de que o modelo psicossocial dos CAPS não possui ainda uma metodologia consolidada e está em fase de construção (TAVARES; SOUSA, 2009a). Isso ocorre principalmente porque o modelo tradicional da atenção psiquiátrica tem sido disseminado fortemente na sociedade, especificamente por grupos conservadores e hegemônicos, que se mantêm devido ao enfraquecimento dos movimentos sociais e ao lento processo de disseminação da Atenção Psicossocial nas academias e na sociedade em geral, bem como de implementação de serviços psicossociais nos estados.

Ressalta-se que esse fenômeno pode ser vislumbrado com maior ou menor intensidade, a depender das realidades de cada Estado ou município brasileiro. O projeto político da Reforma Psiquiátrica tem se constituído por um movimento de avanço e retrocesso em âmbito local devido às condições e às características políticas de cada ente federado.

Os significados apreendidos entre os representantes da execução direta evidenciaram que há diferentes significações sobre a proposta de desinstitucionalização do adolescente, a depender da formação do participante e de seu envolvimento com a execução da Política de Saúde Mental. Entre aqueles que atuam na Atenção Psicossocial, as significações sobre a Reforma Psiquiátrica indicam consonância com a política, consideram-na um avanço para a garantia dos direitos humanos das pessoas acometidas por transtorno mental e a desinstitucionalização como sendo uma intervenção adequada. São significados que apresentam maior compreensão em relação

à necessidade de se transformar o modelo de atenção, como expresso nas falas que se seguem.

Falando juridicamente, aquilo que ela se propõe, os pressupostos que ela tem, eu acho que isso é inegável. [...] É como a gente vê, por exemplo, a constituição brasileira é uma das melhores do mundo, se for ver a constituição de outros países [...] mas a grande dificuldade é a gente conseguir colocar isso em prática. Mas **acho que, enquanto lei [a Lei 10.216], eu acho que contemplou uma série de movimentos sociais que viu essa luta, sobretudo o pessoal de saúde mental** (Joel, professor).

Eu acho que é **uma lei que trouxe avanços, mas não tanto quanto se imaginou no projeto de lei**. [...] a lei em si ela não é nem revolucionária e nem retrógrada, ela foi exatamente o processo de 12 anos que ela passou aí nas instâncias da vida, **tiveram cortes que aí dá um caráter retrógrado nela, mas também produziram práticas de avanço** (Valdir, professor).

Olha, eu li a lei, eu lutei pela lei [...]. Então, a lei ela acabou no CAPS. Então, eu **acho que é a melhor coisa pra se tratar em saúde mental** (Eliana, psicóloga).

Observa-se, a partir das falas destacadas, que esse grupo de representantes, que tem envolvimento direto com a execução da Política de Saúde Mental, ou que tem conhecimento da história da Reforma Psiquiátrica brasileira, produziu significados que expressam reconhecimento dos processos de mediação que culminaram na lei. Destacam as mobilizações sociais reivindicatórias, bem como fazem análises críticas sobre as dificuldades de execução, explicitando, inclusive, os movimentos sociais, as dificuldades de se colocar em prática a política, os cortes que ocorreram na sanção da lei, que dão um caráter retrógrado a um projeto que era considerado de vanguarda.

Esses profissionais, representantes dos executores, acreditam que a institucionalização não é a melhor estratégia para o tratamento das pessoas que estão em sofrimento psíquico e que, para o adolescente, a internação pode acarretar em aumento de problemas ao invés de tratamento em si, como fica expresso na seguinte fala:

O CAPS obedece, em função da Política, de tudo que é preconizado. A gente não vai pegar menino à força, a gente não vai botar aqui. Eu acho que esse é mais um dos avanços, a coisa do respeito à vontade do indivíduo. Acho que isso é um ponto muito importante. [...] Então, quer dizer, você tira a pessoa, adolescente ou não, mas principalmente adolescente, você tirar um adolescente da realidade dele e ir pra uma fazenda daquelas condições [se refere à

Comunidade Terapêutica], eu acho bem complicado (Larissa, psicóloga).

Essa fala representa que os significados construídos entre os participantes que estão mais vinculados aos serviços de Atenção Psicossocial não consideram a internação como recurso adequado de cuidado em saúde e denotam a compreensão de que o adolescente não deve ser retirado de sua realidade para ser internado “à força”.

Pela fala, evidencia-se também a significação construída de que as condições das Comunidades Terapêuticas não são adequadas ao tratamento do adolescente. Tal significado é consonante com as diretrizes legais, já que a Portaria 3.088, de 2011, estabelece a Rede Psicossocial, prevê as Comunidades Terapêuticas na Rede, mas como serviços destinados a adultos e não para adolescentes. Segundo a Portaria, caso haja necessidade de suporte residencial para o adolescente, devido à condição de alta vulnerabilidade em seu lar de origem, ele deve ser acolhido por uma UA para crianças e adolescentes, que tenha caráter de serviço residencial transitório, para permanência máxima de seis meses. Esse serviço é inexistente no estado do Tocantins.

Esses significados são consonantes com o modelo de desinstitucionalização proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira e foram verificados com maior evidência entre os profissionais que estão inseridos nos serviços de Atenção Psicossocial, bem como entre aqueles que têm melhor conhecimento da história da Política Nacional de Saúde Mental, como, por exemplo, os professores de psicologia. Esse grupo de representantes da execução direta ratifica a desinstitucionalização como importante estratégia de atenção ao adolescente. A fala que se segue é mais um exemplo dessas significações.

Eu não conheço todas [clínicas de internação], mas **eu sei que lá dentro tem grades, porque senão eles tentam fugir**. Eu sei que a **questão familiar, eu acho, que é a mais pesada, é a que teria que ter um foco muito maior e, praticamente, não se tem** (Eliana, psicóloga).

A seguinte fala complementa essa ideia.

Eu vou te contar um caso. Uma dessas comunidades [Comunidade Terapêutica] que foram inauguradas em [nome da cidade] me chamaram pra trabalhar como psicóloga e eu fui assim cheia de sonhos, com expectativas. E aí eu fui me deparando com uma realidade que eu não esperava: que é dos pacientes se queixarem das

peças que trabalhavam com eles. E eu fui escutando isso, escutando, às vezes colocava assim: “será que não tem contradição, será que é uma queixa deles, é algo deles mesmo, será que tem a ver?” Até que eu comecei a escutar. [...] Então, de algum modo, **em pleno ano 2000 e tanto, tinha uma realidade daquela! Aquelas pessoas que são cuidadoras não cuidavam, ao contrário, afastavam, gritavam, xingavam**, tudo que eles estavam acostumados na vida deles social, na vida familiar, que não seria bom pra eles (Eliana, psicóloga).

Com essas falas, cujo objetivo era explicar o que significam as instituições de internação, verificamos que esses lugares ainda se constituem em modelo de atenção de lógica autoritária, de coerção, no qual não há investimento no trabalho com as famílias e nem na busca da autonomia dos sujeitos. As falas evidenciam que esse grupo de participantes compreende que a atenção em saúde mental do adolescente deve priorizar o trabalho com as famílias, bem como o vínculo afetivo com os sujeitos do tratamento.

Além do mais, esses significados parecem representar, por outro lado, a existência, ainda, nas instituições de internação, da lógica da coerção. As grades são importantes recursos para se garantir o tratamento, e onde a violência parece ser reproduzida nos espaços internos das instituições, já que as falas ressaltam as reclamações feitas pelos adolescentes internos.

O espaço físico e a estrutura dessas instituições são significados por esse grupo de participantes como inadequados e não sendo espaços de cuidado para os adolescentes, como se evidencia na seguinte fala:

[...] Então, tem algumas Comunidades Terapêuticas e uma delas é a que eu fui visitar, que tem, que tinha atendimento lá [para o adolescente]. Não era o Estado que mandava, era a família, a própria família que mandava o adolescente. [...] E os meninos de repente se for perguntar se queriam estar lá, talvez não quisessem estar lá. E aí **as instalações físicas péssimas, banheiros sucateados, nojentos, fedorentos, aquela coisa bem... Camas amontoadas, assim, adulto junto com adolescente. É uma situação bem complicada, a internação lá...** desse “tratamento”, entre aspas, que eles dizem que vai até de um ano e dois meses, um ano e três meses (Larissa, psicóloga).

Com essa fala, verificamos significados consonantes com a proposta de desinstitucionalização. As instituições de internação, incluindo as Comunidades Terapêuticas, são significadas como não produtoras de cuidados em saúde mental, principalmente para o adolescente.

Além do mais, a fala da psicóloga Larissa parece indicar que, embora as Comunidades Terapêuticas façam parte da Rede Psicossocial, preconizada pela Portaria 3.088, de 2011, não há compromisso por parte dessas instituições em cumprir o determinado legalmente: internações de adultos por um período máximo de nove meses, já que o argumento era de que o adolescente estava internado lá, levado pela família, e de que normalmente fica por um período de um ano e dois meses a um ano e três meses. Sugerimos que o não cumprimento do disposto legalmente pode decorrer do fato de que a internação do adolescente não estava sendo custeada pelo Estado, e sim pela família que o levou.

Por outro lado, argumentamos que, embora possa haver essa distinção entre os internos custeados pelo Estado e os custeados por recursos próprios, esse diferencial se dá apenas pelo tempo de permanência na instituição e não pelo tipo de população acolhida. Com as informações obtidas neste estudo, verificamos que as Comunidades Terapêuticas comumente recebem adolescentes que têm necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, principalmente na modalidade compulsória, em que o juiz obriga o Estado a custear.

Retomando a história das políticas de saúde mental no Brasil e reconhecendo que embora as tecnologias tradicionais de tratamento à saúde mental tenham avançado para a amenização dos problemas decorrentes dos transtornos psíquicos, argumentamos que a história não traz evidências da eficácia desse tratamento. Por outro lado, estudos contemporâneos (NIDA, 2012; CAVALCANTE et al., 2012; LARANJEIRA, 2010; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010; RIBEIRO; DUAILIBI, 2010) têm apontado que a construção de uma rede social de apoio e de cuidados é uma importante estratégia. Portanto, a internação involuntária ou compulsória, por longo período, pode não se configurar técnica eficiente de tratamento e destacar-se mais como uma técnica de disciplinamento e violação de direitos humanos do que cuidados em saúde, propriamente ditos.

Para o adolescente, o cuidado ao propor a internação involuntária deve ser ainda maior. Retomamos Vigotski (2010) para reforçar essa análise. Para o autor, todos os sujeitos estão em constante processo de aprendizagem, no qual as mediações do contexto social são a base. Quando nos referirmos à criança ou ao adolescente, é fundamental a figura de um mediador que organiza o ambiente social e a vida desse sujeito nesse contexto. No entanto o que deve prevalecer é esse sujeito, a compreensão de seus interesses na interação com o meio, conforme assinala o autor:

[...] sua regra será sempre uma: antes de explicar, interessar; antes de obrigar a agir, preparar para a ação; antes de apelar para reações, preparar a atitude; antes de comunicar alguma coisa nova, suscitar a expectativa do novo. Assim, em termos subjetivos, para o aluno a atitude se revela antes de tudo como certa expectativa da atividade a ser desenvolvida (VIGOTSKI, 2010, p. 163).

Para Vigotski (2010), é só a partir dos interesses da criança ou do adolescente que poderá ocorrer a aprendizagem. Assim, nos processos de institucionalização, em que esses interesses individuais se diluem e em que o meio se restringe a em conjunto de normas e regras, a aprendizagem não ocorrerá, em consequência as possibilidades de um sujeito ativo, criativo e autônomo se esvaem.

Como sujeito em condição peculiar de desenvolvimento, o adolescente tem o direito de se desenvolver plenamente com a garantia de sua permanência em convivência familiar, o que não pode ser garantido nos casos de internação, principalmente se for uma internação de longa duração, como as que ocorrem nas Comunidades Terapêuticas. A fala que se segue expressa bem que os profissionais da saúde mental reconhecem essa situação.

O HGP [Hospital Geral de Palmas] tem a atenção lá dentro, com a equipe técnica e tudo, que acompanha, acho que a parte da equipe é muito boa. Mas os pacientes que vêm de lá eles reclamam muito de ficar trancado, de ficar fechado, de não poder sair pra fumar, não poder sair pra ver, assim, passear, sair ao ar livre, eles só ficam lá dentro. Acho que isso é uma coisa que eles sempre reclamaram. E isso é uma coisa que prejudica muito o tratamento [...] não tem nenhuma estrutura que permita que eles saiam, que socializem com outras pessoas. Então a ala psiquiátrica é a ala... Que eles nem chamam de ala psiquiátrica, eles chamam de ala de saúde mental, **a ala da saúde mental, mas que de repente de saúde não tem muita coisa, porque saúde é isso, é troca, é conversa, é o indivíduo poder atuar em vários espaços, várias relações** (Larissa, psicóloga).

E complementa, ao abordar sobre as estratégias usadas pelas Comunidades Terapêuticas:

Eu avalio que são pouco preparadas [as Comunidades Terapêuticas], pra atender adolescentes então nem se fala, porque deveria ter uma metodologia diferenciada, por conta do momento em que o adolescente se encontra, do desenvolvimento mesmo. **E eu não sei se eles têm esse preparo nem pra trabalhar com adulto, muito menos pra trabalhar com adolescentes. Isso eu estou falando das**

Comunidades Terapêuticas, pra trabalhar com os adolescentes. É assim que eu avalio (Larissa, psicóloga).

Esta outra fala reforça essa análise.

Tem hora que eu não vejo diferença [das Clínicas Psiquiátricas] para os manicômios, eu não vejo. [...] Tem paciente primeiro que não aguenta, a saúde física dele, o físico não aguenta, o uso da droga mostrou que ele caiu demais, então ele não vai ter como aguentar não sei quanto tempo ali naquela clínica. Eu escuto falar, eu sabia daqui da clínica [nome de uma clínica psiquiátrica] **ali se bate, ali se briga, ali se rouba, ali acontece de tudo e isso nessas clínicas** (Eliana, psicóloga).

E complementa:

Os mesmos donos das clínicas particulares são muitas vezes donos dessas clínicas que se dizem modernas sob essa ótica. Então, o que eu vi na minha vida como profissional de saúde, como psicóloga das políticas em defesa da saúde, sabe, não me deixa acreditar (Eliana, psicóloga).

As falas destacam que os profissionais da execução da Política de Saúde Mental consideram que as internações não são estratégias adequadas ao tratamento, “ali se bate, ali se briga, ali se rouba”; “ficam trancados”; “não tem trocas, não tem conversas, de saúde mental não se tem nada”. São significados que atribuem às internações o caráter de violação de direitos, de falta de preparo para a clínica proposta pela Reforma Psiquiátrica, que é uma clínica ampliada.

Apesar dos déficits estruturais da Rede Psicossocial no Tocantins, que só reforçam o modelo tradicional de institucionalização, essas falas dos Profissionais Executores realçam que há no Estado, principalmente nas unidades de Atenção Psicossocial, algumas ações que se embasam no projeto político de desinstitucionalização. A fala que se segue reforça essa apreensão.

Então assim, **a gente está tentando com o nosso trabalho aqui não tirar ele [o adolescente] da realidade dele, trabalhar essa realidade, trabalhar o território.** Eu acho que esse é um avanço muito grande (Larissa, psicóloga).

Falas como a apresentada denotam significações que reconhecem a importância da permanência do adolescente em seu contexto social, indicando reconhecimento positivo dessa modalidade de atenção.

No entanto essas compreensões não foram apreendidas entre todos os Profissionais Executores que fizeram parte deste estudo. Há entre aqueles profissionais que não estão diretamente envolvidos na Política de Saúde Mental, ou que não têm conhecimento da história política da Reforma Psiquiátrica, uma produção de significações que ainda se sustentam no modelo tradicional da psiquiatria. Essas significações acabam contribuindo com a reprodução de práticas que reforçam a reclusão do adolescente como sendo um importante recurso terapêutico, principalmente para certos casos de dependência química. Alguns representantes dos Profissionais Executores significam a Atenção Psicossocial como ineficiente para trabalhar casos mais graves de dependência de substâncias psicoativas. Tais significações reforçam o já argumentado neste estudo a respeito dos significados construídos pelos Operadores do Direito para o crack.

As seguintes falas exemplificam essa compreensão.

Nos casos mais severos de droga, eu acho [que deve internar] [...] acho que acaba sendo mais uma utopia [o tratamento no CAPS], porque é muito bonito você falar, como posso dizer? Assim, seria uma forma da pessoa regredir e voltar lá pra antes da luta antimanicomial, “vamos prender todo mundo” [...]. A gente acaba meio que regredindo na questão de isolar a pessoa, mas ao mesmo tempo ela vai estar retirada da droga, no caso. [...] Ao mesmo tempo em que a gente dá um passo à frente, a gente dá um passo atrás. **Mas é por uma forma de tratamento que eu sugiro assim, que não é tão utópica, que é a que funciona** (Kátia, psicóloga).

E aquela pessoa que está no uso de droga constante e que não quer receber nenhum tipo de tratamento? [...] igual mostraram várias reportagens, principalmente aquele Profissão Repórter, “não, eu quero continuar aqui na Cracolândia usando droga”, grávida, suja, sem tomar banho, sem profissão, vendendo, dando, entregando o corpo em troca de droga. **Será que o Estado não tem que pôr a mão nessa pessoa e falar assim “olha, agora nós vamos te dar o mínimo de condições para você começar”**, até para ele poder tomar decisões. Porque uma coisa é a pessoa tomar decisões estando sóbria, outra coisa é a pessoa tomar decisões sob o efeito da substância, “então nós vamos te dar condições mínimas para você tomar decisão” (Nívea, professora).

E complementa:

[...] eu conheci o CAPS de [nome do município] e está faltando integração e vontade mesmo. Então, eles [os usuários] passam o dia inteiro lá às vezes sem fazer nada, ficam lá o dia inteiro assistindo TV, conversando, não resolve! E aí, passa o dia inteiro lá e à noite vai pra casa, não mudou nada, não conversou nada, não recebeu um atendimento. Muitos, talvez, poderiam ser inseridos em atividades até profissionalizantes. Então, assim, pra mim é a mesma fragilidade das unidades de adolescente [se referindo às unidades de atendimento socioeducativo] (Nívea, professora).

Essas falas, vindas de profissionais que não atuam diretamente na Atenção Psicossocial dos CAPS, expressam a contradição que o projeto político da Reforma Psiquiátrica gera entre os Profissionais Executores. Os significados expressos desqualificam o atendimento do CAPS, indicando uma compreensão de que o usuário não faz “nada” na unidade, de que não recebe atendimento e de que a política da Reforma Psiquiátrica é “utópica” para determinados casos.

São significados construídos entre profissionais técnicos, que podem se constituir importantes atores de retaguarda para os Operadores de Direito (se considerarmos a atenção ao adolescente autor de ato infracional e a formação acadêmica desses executores). Esses significados só reforçam a disseminação da significação de que os serviços psicossociais são ineficientes e de que, para se garantir um atendimento adequado, se deve buscar a rede complementar, a qual tem se destacado pela manutenção das práticas tradicionais de tratamento.

Apesar desses problemas, ressaltamos que a dificuldade de construção da rede de saúde mental na perspectiva da superação do modelo manicomial não é uma característica específica do Tocantins. Em todo o Brasil, a política da Reforma Psiquiátrica tem sido construída em um movimento de avanço e retrocesso. Esse movimento é fundado em uma construção política diversificada que, apoiada nas brechas da lei, se estrutura entre os entes federados de acordo com propostas que podem ter cunho personalista, ou que buscam atender determinados interesses de grupos e segmentos sociais. São significados que sugerem a prevalência do eixo subjetivo não transformado, como já argumentado neste estudo, e que indicam a não consolidação da política.

Como exemplo, destacamos alguns modelos de atenção ao dependente químico que estão sendo construídos em alguns estados na atualidade e que têm gerado um debate infundável entre certos segmentos sociais. Como os estados de São Paulo e do Rio de Janeiro, que estabeleceram em 2013 estratégias intersetoriais para garantir a

internação involuntária ou compulsória do usuário abusivo de crack, álcool e outras drogas, seja adulto ou adolescente. Essas estratégias adotadas por parte do poder público têm gerado entre os defensores da política da Reforma Psiquiátrica uma discussão eloquente sobre os direitos humanos violados com essas práticas e sobre o paradoxo que representa essa ação diante da desinstitucionalização proposta pela Política Nacional de Saúde Mental.

Algumas publicações sobre essa temática têm sido disseminadas entre certas categorias profissionais, e de forma enfática a psicologia tem se envolvido nessas discussões, defendendo que a prática da internação compulsória, ou involuntária, no caso da dependência química, é um retrocesso aos avanços já consolidados com a implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Segundo Verona (2010, p. 22), a psicologia precisa avançar na discussão sobre “a descriminalização de forma a garantir os direitos humanos dos usuários e a efetiva implementação de serviços não estigmatizantes, além de combater a internação como a forma possível de tratamento”.

Delgado (2010, p. 37), ratifica esse posicionamento ao afirmar que “a política de guerra às drogas fracassou em todo o planeta”. Segundo o autor, é necessário “rever a política de criminalização e de mera repressão do consumo de drogas”, já que essas estratégias não conseguiram acabar com os problemas decorrentes do uso excessivo de drogas em todo o mundo. Ao contrário, incrementou o mercado paralelo das drogas e a violência decorrente dele.

Amarante (2003), Costa-Rosa, Luzio e Yassui (2003) apresentam discussões que reafirmam que a institucionalização não é um modelo adequado de cuidado em saúde mental, pois diminui as possibilidades de contratualidade dos sujeitos, fortalece o setor privado de atenção à saúde (incrementando a transformação da saúde em mercadoria) e desqualifica os CAPS, que são os serviços públicos de saúde mental, cuja atuação deve subsidiar a construção de sentidos e significados, pelo sujeito, do espaço social que lhe pertence.

Para Delgado (2010, p. 38), no enfrentamento às drogas, é preciso construir políticas em que “o componente da repressão, que se chama, tecnicamente, de redução da oferta, não tenha prevalência sobre o componente da prevenção, do tratamento, dos direitos humanos”. E, ressaltando as estratégias psicossociais e de Redução de Danos no tratamento, Delgado (2010, p. 42) assim se manifesta:

Todas as pessoas que usam drogas de forma prejudicial — todas — buscam a droga porque outra forma de lidar, ou tratar, não foi capaz de aplacar aquela angústia, aquela experiência da existência que está sendo vivida como sofrimento. Isso é fundamental para desenvolver uma perspectiva de tolerância e uma perspectiva de abordagem da droga, não como desafio de retificação, da pura retificação de comportamento, de normalização e normatização. Ter em conta isso é fundamental.

Com essas discussões a respeito do modelo de atenção aos sujeitos que têm necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, podemos argumentar que há um debate em que dois modelos se configuram: 1. o que reprime, estigmatiza e exige abstinência total; 2. o que busca romper com a estigmatização e normalização, por meio do uso de estratégias de Redução de Danos. Não há consenso sobre a melhor estratégia, mas as discussões demarcam evidências de que o modelo autoritário e de repressão fracassou e de que o modelo de Redução de Danos ainda não conseguiu se consolidar como efetivo.

Para Delgado (2010), as estratégias de Redução de Danos precisam ser justificadas por evidências científicas, que comprovem que o tratamento mais adequado é o de base comunitária, aquele que não isola o sujeito e que não exige a abstinência total (no caso das dependências químicas). Essas explicações científicas não existem na atualidade. A fragilidade de comprovação científica para o tratamento das dependências químicas produz um contexto político e uma execução técnica contraditórios e, muitas vezes, ancorados em evidências não científicas. Essas contradições se revelam em composições diversificadas de práticas de cuidado, algumas vezes reproduzindo o modelo de institucionalização, e outras, o modelo psicossocial de desinstitucionalização, como ficou evidente nas falas dos participantes desta pesquisa.

A fala que se segue é um exemplo dessa contradição que ainda permeia o discurso de importantes agentes dessas políticas no Tocantins.

A internação é para casos mais graves [...] não tem mais o que fazer, agora vamos internar. Quando a pessoa não tem mais discernimento para o ato da vida civil dela, porque assim, se ela pratica um crime, ela vai pra cadeia. E aquele adulto que não praticou um crime? **Porque, se ele é um adolescente, o Estado interna, porque ele é adolescente ele está sob a tutela do Estado. Agora, se ele é adulto?** É adulto, não praticou crime e está num grau absurdo de uso de substância psicoativa [...] usuário de crack lá em último nível. Então, assim, eu acho que a internação é um primeiro momento ao menos para a pessoa, como se diz, recuperar a sobriedade, e **a partir da sobriedade ela poder decidir se ela quer ou não receber ajuda**, receber aquele

tratamento. **Eu acho que a internação à força não resolve, a internação à força não, colocar algema na cama pra pessoa ficar ali não**, mas aquela internação inicial para desintoxicação, para que a pessoa... Um banho, você dar um banho na pessoa para que ela saia do efeito da droga, e isso que o efeito, ele não é assim rápido, porque mesmo depois, por exemplo, tantas horas que parou de usar droga, a droga ainda continua. E aí vêm as etapas, a abstinência, a fissura, tudo mais. **Então, assim, eu acho que ao menos para a pessoa recobrar a sobriedade, eu acho que essa internação, em último grau, eu vejo ela como válida e necessária** (Nívea, professora).

A fala evidencia a contradição que perpassa os significados construídos na política da Reforma Psiquiátrica, no que se refere ao uso de drogas, principalmente do crack. Apesar de a fala ressaltar que a internação “à força” não resolve, destaca, por outro lado, a importância de que o sujeito deve ser internado “pelo menos para que ele recupere a sua sobriedade”. Além do mais, a fala evidencia uma compreensão naturalizante da internação compulsória do adolescente que faz uso de drogas, uma vez que referenda a intervenção do Estado, por considerar que o adolescente “está sob a sua tutela do Estado”.

Esses significados contraditórios demarcam o longo percurso que a Reforma Psiquiátrica tem feito e ainda deve fazer, principalmente no caso do tratamento da dependência química. A significação daquilo que está determinado em lei se alterna entre dois modelos: um consonante com a desinstitucionalização proposta; e um que reproduz a institucionalização. Diante da impossibilidade de os CAPS se mostrarem efetivos e dos guetos criados pelo mundo do crack, bem como das construções históricas do modelo autoritário de atenção às pessoas que têm necessidades de saúde em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas, a contradição se evidencia.

Resta, para este estudo, o destaque de que, embora sem evidências científicas das estratégias psicossociais e de Redução de Danos, podemos afirmar que o mundo tem repensado sua forma de intervir e trabalhar a questão das drogas na sociedade. Certamente, no Brasil, os CAPS ad podem ser espaços adequados para se repensar o fazer, já que, juridicamente, cabe a eles a tarefa de construir um modelo de atenção que dê conta do usuário em seu espaço social. No entanto reconhecemos que este espaço não tem se constituído um lugar de cuidado efetivo ao adolescente, como já verificado neste estudo.

No estado do Tocantins, este estudo evidenciou que, entre os sujeitos envolvidos com a Atenção Psicossocial, já é referendado o modelo psicossocial de desinstitucionalização, assinalando a importância do trabalho com a família, dos

vínculos afetivos e das estratégias de Redução de Danos. Mas essa constatação não indica que na Atenção Psicossocial a transformação do modelo está assegurada, apenas que no teórico-conceitual já há indicação dessa transformação, estando, assim, um passo à frente.

Os significados apreendidos entre os Profissionais Executores expressam um movimento de avanço e recuo na construção da rede de saúde mental no Estado, no qual os CAPS têm surgido de forma lenta e desigual, tornando-se pouco representativos para o atendimento ao adolescente.

A seguir, faremos uma análise sobre as concepções que perpassam os significados da internação como sendo o recurso terapêutico adequado ao adolescente que tem necessidade de saúde em decorrência do uso de drogas.

1.3. Internar para quê?

Compreendendo o entrelaçamento das condições objetivas (de falta de estrutura física, de insuficiência de serviços e de pessoal qualificado para o atendimento) e das condições subjetivas (de produções de significações sociais, que mantêm a lógica da institucionalização), neste tópico do trabalho, buscaremos responder à pergunta que originou a construção deste capítulo: internar para quê? Mas antes é necessário fazer alguns apontamentos sobre o que se tem constituído teórico-conceitualmente a respeito do tratamento da dependência química.

1.3.1. As concepções teórico-conceituais do tratamento da dependência das drogas

Embora não exista um consenso entre os profissionais da área sobre o melhor método de tratamento para atender as necessidades de saúde decorrentes do uso do crack, do álcool e de outras drogas, há, por outro lado, uma compreensão consensual de que a dependência química se origina de múltiplos fatores e de que

O dependente precisa ser atendido nas diversas áreas afetadas, tais como: social, familiar, física, mental, questões legais, qualidade de vida e enfocando especialmente as estratégias de prevenção de recaída. O tratamento dessas questões é tão importante quanto as estratégias dirigidas ao consumo de drogas (PULCHERIO et al., 2010, p. 340).

Conceitualmente, as teorias sobre o tratamento da dependência química não conseguem estabelecer um modelo adequado de tratamento que possa ser aplicado universalmente.

O que se tem reconhecido é a existência de algumas práticas que podem ser disseminadas pela experiência exitosa em alguns casos. O National Institute for Drug Abuse (NIDA), que é um órgão do governo americano, regulador das políticas sobre drogas, produziu um documento chamado *Principles of drug addiction treatment: a research-based guide*, o qual reafirma a falta de um modelo universal de tratamento e estabelece 13 princípios que podem servir de guia para avaliar a atenção ao dependente. A maioria dos serviços tradicionais que atendem o usuário abusivo de álcool e outras drogas baseia-se nesse guia para ofertar o tratamento. Os princípios estabelecidos são os que se seguem no Quadro 8.

Quadro 8 – Os 13 princípios de tratamento proposto pelo NIDA (2003)

1	Um único tratamento não é apropriado para todos os indivíduos.
2	O tratamento precisa estar prontamente disponível.
3	Um tratamento eficaz é aquele que atende as diversas necessidades do indivíduo e não apenas o uso de drogas.
4	O tratamento de um indivíduo e o plano de serviços devem ser continuamente avaliados e modificados quando necessário para garantir que o plano atenda as necessidades mutantes da pessoa.
5	A permanência no tratamento por um período adequado de tempo é fundamental para a sua eficácia.
6	Aconselhamento (individual e/ou em grupo) e outras terapias comportamentais são componentes cruciais para um tratamento eficaz.
7	Medicações são um elemento importante no tratamento de vários pacientes, especialmente quando combinadas com aconselhamento e outras terapias comportamentais.
8	Indivíduos com distúrbios mentais que sejam dependentes das drogas devem ser tratados de maneira integrada de ambos os problemas.
9	Desintoxicação médica é apenas o primeiro estágio do tratamento e por si mesma contribui pouco para mudança em longo prazo de uso de droga.
10	O tratamento não precisa ser voluntário para ser eficaz.
11	O possível uso de droga durante o tratamento deve ser monitorado continuamente.
12	Programas de tratamento devem proporcionar avaliação para AIDS/HIV, hepatite B e C, tuberculose e outras doenças infecciosas e aconselhamento para ajudar pacientes a modificarem comportamentos de risco de infecção.
13	A recuperação da dependência química pode ser um processo de longo prazo e frequentemente requer vários episódios de tratamento.

Fonte: NIDA (2012)

Pelo quadro, verifica-se que, entre os princípios apresentados pelo NIDA (2012), um deles é controverso e gera opiniões divergentes na política da Reforma Psiquiátrica: o argumento de que o tratamento não precisa ser voluntário para ser eficaz.

Esse princípio parece se assentar nas técnicas tradicionais de tratamentos. No entanto o próprio NIDA (2012) argumenta que não há estudos que evidenciem uma diferença a longo prazo entre pessoas que buscaram a abstinência por conta própria e aqueles que foram levados a tratamento por suas famílias ou pelo sistema judiciário. Essa informação é suficiente para se reconhecer que mesmo as técnicas tradicionais reproduzidas mundialmente não conseguem assegurar que o tratamento involuntário seja eficiente.

O NIDA (2012) estabelece alguns princípios que podem ser indicadores de que a Atenção Psicossocial é uma importante estratégia. Por exemplo, preconiza a necessidade de que o serviço esteja sempre disponível para prontamente receber o sujeito que procura o tratamento no momento em que ele está disposto a se tratar. Tal princípio vai ao encontro da proposta de acolhimento que a Atenção Psicossocial recomenda, a qual prevê porta aberta (não apenas pela inexistência de grades ou muros, mas, principalmente, pelo acolhimento imediato do usuário).

Outro exemplo que aproxima os princípios do NIDA (2012) da Atenção Psicossocial preconizada pela política da Reforma Psiquiátrica é a afirmação de que o tratamento efetivo da dependência química deve abranger todos os aspectos da vida do sujeito, não apenas a dependência em si, mas também sua inserção na família, no trabalho, no estudo, na sociedade, como se propõem os CAPS na Atenção Psicossocial de base territorial.

Além do mais, o NIDA (2012, 2003), como um órgão governamental norte-americano que tem sido reconhecido mundialmente pela produção técnico-científica no campo das dependências químicas, apesar de reforçar algumas técnicas tradicionais de tratamento, tem produzido publicações com o objetivo de contribuir com a prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas e tem reforçado a importância da vida em comunidade, da manutenção/resgate dos vínculos sociais afetivos, da convivência familiar e da socialização na prevenção e no tratamento da dependência química.

Tais recomendações ratificam a estratégia da Atenção Psicossocial, preconizada pela política da Reforma Psiquiátrica brasileira, e ampliam as contradições que podem emergir a partir das novas proposições teórico-metodológicas, já que produzem dentro de uma mesma perspectiva teórica propostas ambivalentes e, algumas vezes, contraditórias.

O mesmo ocorre dentro daqueles grupos considerados de vanguarda para a política da Reforma Psiquiátrica brasileira. Em contraposição às perspectivas

tradicionais de tratamento, eles defendem o modelo da Atenção Psicossocial para todos problemas relacionados à saúde mental, inclusive para as necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com técnicas das estratégias de Redução de Danos, ao invés da exigência de abstinência total. No entanto, como já destacado neste estudo, o modelo psicossocial ainda não conseguiu se estabelecer como prática efetiva e não superou totalmente as tendências para o tratamento tradicional do uso de substâncias psicoativas (AMARANTE, 2003; ROTTELLI, 2001; COSTA-ROSA, LUZIO; YASUI 2003; FREITAS, 2004, 2007).

Segundo Amarante (2003), a proposta de desinstitucionalização da Atenção Psicossocial coloca em xeque a própria ciência psiquiátrica como ideologia e o exercício de poder sobre o outro e elege a ética das relações humanas e da singularidade das subjetividades construídas. O autor expõe que

O psiquiatra e os técnicos da psiquiatria, enquanto socialmente reconhecidos como portadores de um saber sobre a loucura e os seres humanos, têm função ética singular ao renunciarem ao mandato social de exclusão, segregação e medicalização do sofrimento humano e das formas sociais de produção da normalidade (AMARANTE, 2003, p. 99).

Freitas (2007) argumenta que, no caso da dependência química, a ciência psiquiátrica transformou o adicto em doente, retirando dele o *status* de criminoso e marginal, mas o colocou na condição de doente, incapaz, o pobre coitado subjugado ao saber psiquiátrico.

Embora haja um debate que secciona o posicionamento teórico dos grupos de profissionais/técnicos que atendem o usuário dependente de substâncias psicoativas, alguns defendendo a positividade da ciência e a abstinência total como único recurso para o tratamento (como ocorre com o NIDA); e outros defendendo a negação da ciência psiquiátrica e do *status* do saber sobre outro, referendando as estratégias de Redução de Danos, sob a alegação de que a questão das drogas é complexa e não consegue ser abarcada em sua totalidade pelo domínio científico (como ocorre com alguns adeptos da política da Reforma Psiquiátrica), o que se evidencia é que o cuidado na comunidade, no território que o sujeito habita tem sido uma importante estratégia, reconhecida mundialmente por todos profissionais da área.

À parte os aspectos teóricos que envolvem o tratamento da dependência, destacamos que a sustentação pura da atenção hospitalar ou institucionalizante para as pessoas que têm necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (sem considerar o risco iminente de morte) pode produzir um problema: a

violação dos direitos humanos por meio do uso dos mecanismos de internações involuntárias e compulsórias. São poucos os sujeitos que estão em uso exagerado de entorpecentes, que desejam ser internados para o tratamento. A demanda para o tratamento, em sua maioria, parte dos familiares e não do próprio usuário.

Essa prática pode ser mais utilizada ainda entre a população adolescente, já que historicamente esse público vivencia uma inserção social adultocêntrica. Ou seja, sob o olhar autoritário do adulto, planejam-se e executam-se ações destinadas a ele, mas que o desconsideram como sujeito, como principal agente e produtor de sua história. Além do mais, o uso de drogas pelo adolescente alarma as famílias e a sociedade, devido à alta vulnerabilidade do adolescente, ao incremento artificial que potencializa as drogas na atualidade e aos riscos que o uso excessivo pode desencadear.

Assim, reconhecemos que a Reforma Psiquiátrica como movimento social questiona o *status* conferido ao saber da psiquiatria sobre a subjetividade do outro e que a lei da Reforma Psiquiátrica não explicita essa dimensão de transformação na assistência à saúde mental, podendo manter a lógica de poder do trabalhador da saúde sobre o sofrimento do outro. Ao mesmo tempo, alertamos que o adolescente dependente químico, principalmente aquele que é pobre, no qual o poder familiar não está evidente, pode ser reconhecido na sociedade como um “sujeito incapaz”, como alguém que necessita da intervenção autoritária do adulto para ser “protegido”. Se o adolescente for pobre, a intervenção se dará também por parte do Estado e, fatalmente, o recurso que será utilizado é o das internações compulsórias, já que as internações involuntárias têm ocorrido com certa frequência, muitas vezes a pedido das famílias e sob medida judicial.

A fala que segue é um exemplo de que são esses os significados que têm permeado essas práticas no estado do Tocantins.

A Coordenação Estadual de Saúde Mental tem feito essa queixa assim, aliás, foi a própria Coordenação Estadual que demandou esse debate, que **a internação compulsória** está sendo usada de forma, não sei se de forma... Como é que eu vou dizer, **está sendo bastante usada, vamos dizer assim, está criando bastante polêmica**, principalmente com alguns casos específicos. **É, eu acho que a lei em si tem esse caráter um pouco ambíguo por conta dessa parte da internação compulsória** (Valdir, professor).

O problema das internações compulsórias não existe apenas no Tocantins, mas, reconhecendo-se que nesse Estado o número de adolescentes envolvidos com as drogas tem aumentado consideravelmente, devemos avaliar a forma como a política tem sido

executada. Estudos realizados pelo CEBRID (2010) têm apresentado dados de que em Palmas o número de adolescentes que fazem ou fizeram uso de cocaína de 2004 para 2010 aumentou significativamente (de 19,8% em 2004, para 28,1% em 2010). Segundo o CEBRID (2010), o número de jovens estudantes que se envolveu com drogas ilícitas em algum período de sua vida no município de Palmas é de 28,9%, abaixo de algumas capitais brasileiras, como Brasília (31,6%), Goiânia (31,3%), Belo Horizonte (32,2%), mas acima de outras, como São Paulo (23,3%), Salvador 22,2% e Recife (25,5%). Destaca-se que, no Tocantins, como a rede de saúde mental ainda está em processo de construção, poderia estar sendo construída tendo por referência a oferta de serviços consonantes com o modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica, valorizando o acolhimento imediato do sujeito que busca ajuda, fortalecendo os vínculos sociais e as estratégias de Redução de Danos no território que os sujeitos habitam.

Tendo por base essas reflexões e a compreensão da insuficiência de uma Rede de Atenção Psicossocial para o adolescente no Tocantins que produz uma significação que desqualifica a política, depreende-se que os motivos da internação do adolescente usuário abusivo de álcool e outras drogas podem ser explicados a partir de algumas significações. Sendo assim, seguem-se algumas respostas à pergunta: internar para quê?

1.3.1.1. “Ele é outra pessoa”

A internação significada como a principal estratégia para transformar os sujeitos é uma das compreensões que tem permeado as práticas dos Operadores do Direito no estado do Tocantins. Eles acreditam que será somente quando forem internados que os adolescentes que fazem uso de drogas transformarão suas vidas e se tornarão “outra pessoa”. As falas abaixo apresentam essa significação.

Eu tô vendo assim que o adolescente, que já tem um lá... que já está há sete meses internado, é outra pessoa, é completamente. Mas para muito melhor, [...] **o discurso mudou, antes falavam em matar e morrer, agora só falam em trabalhar, em família, sabe? É outra pessoa** (Sérgio, promotor).

[...] Eu vi inclusive vi no jornal esses dias que a própria presidenta da República disse “a internação involuntária é uma realidade”. **Então, você tem que fazer alguma coisa pra tentar resgatar esse jovem desse mundo que ele está** (Abadia, promotora).

São significados que expressam a compreensão de que pela internação o sujeito se transforma, torna-se “outra pessoa”, é “resgatado” do mundo em que está. Essa compreensão permite inferir que a tão esperada transformação do indivíduo ou o “resgate” do sujeito inadaptado parece se assentar em concepções adaptacionistas da subjetividade, “conviver em família”, “trabalhar”. Os aspectos relacionados aos motivos que fizeram o adolescente se envolver com as drogas, sua infelicidade ou felicidade encontrada no uso, aos seus anseios não são observados, mas apenas sua conformação a um comportamento esperado: “não falar em matar e morrer”, mas “falar em trabalhar” e “em família”. Alertamos para o fato de que as internações, em sua maioria, ocorrem em espaços de isolamento social, que reproduzem processos de institucionalização e formas padronizadas de comportamentos não refletidos, apenas reproduzidos na coletividade.

Vigotski (2010, p. 243) afirma que “nenhum saneamento moral do comportamento deve começar precisamente pelas suas formas preliminares, ou seja, o saneamento dos atos deve começar pelo saneamento das ideias”. Assim, não seria pela consequência da institucionalização (que exige obediência às normas e produção de comportamentos padronizados, que gera despersonalização dos papéis sociais e de valores, uma perda da subjetividade) que o sujeito se transformará, mas pelo seu pensamento interno, pela significação que ele atribui ao seu fazer, pelos vínculos estabelecidos entre os elementos do mundo e suas reações.

Segundo Goffman (2001), as instituições totais produzem um processo de transformação do Eu nas pessoas institucionalizadas. Ao inserir-se em uma instituição social que impõe ao sujeito uma vida fechada, ele vai ser obrigado a se abster de agir em diferentes lugares, com diferentes coparticipantes e sob diferentes autoridades, como é comum a todos os sujeitos que estão em liberdade. Essa condição de isolamento do sujeito institucionalizado e sua submissão a uma ordem de instituição total (na qual todos os aspectos da vida passam a ser realizados em um mesmo local e sob uma única autoridade, com todos fazendo as mesmas coisas ao mesmo tempo, com as atividades diárias obedecendo a uma regularidade rotineira de tempo e lugar, sendo planejadas para atender os objetivos da instituição e não as necessidades de cada sujeito) geram uma “supressão do Eu”, uma perda da concepção de si mesmo, de sua cultura e de seus valores. Para o autor, a institucionalização provoca um enquadramento de regras e condutas que afeta a subjetividade das pessoas e produz o que ele denomina de “mortificação do eu”, a partir de uma “série de rebaixamentos, degradações,

humilhações e profanações do eu”, quando o interno é obrigado a se abster de sua cultura e vida no ambiente externo (GOFFMAN, 2001, p. 24).

A transformação exposta nas falas anteriores, tão valorizada pelos Operadores do Direito, parece se assentar sob essa égide do processo de “mortificação do Eu” por meio da institucionalização. Essa significação, apreendida entre esses importantes atores sociais, resulta da própria condição histórico-social das pessoas, em que o disciplinamento é a ordem social e a exclusão é o espaço destinado àqueles que não se adaptam a esse sistema.

Se retomarmos alguns estudos da psicologia social (LANE, 1984; MARTIN-BARÓ, 1989), a respeito dos processos grupais, dos espaços de sociabilidade e das relações de poder, podemos assegurar que os sujeitos que ficam internados por muito tempo em instituições fechadas vivenciam, como consequência dessa institucionalização, um processo oposto ao que se pode considerar uma socialização adequada, já que a possibilidade de o sujeito constituir-se singular, autônomo e criativo fica destituída. O isolamento em instituições manicomialas provoca a institucionalização das pessoas e dos grupos: a perda da subjetividade autônoma e da construção da identidade social; a reprodução de comportamentos estereotipados; e produção de normas, valores e regras institucionais como se fossem verdades absolutas; ou como se fossem muros a serem transportados pelo uso da violência.

Pode-se afirmar que, nos hospitais psiquiátricos ou nas clínicas especializadas, sendo instituições totais fechadas, as internações produzem um efeito contrário ao esperado pelas práticas de Atenção Psicossocial. Reproduzem uma prática não reflexiva, algumas vezes associada a ideologias religiosas, que podem não representar uma transformação genuína das pessoas em tratamento.

No caso dos adolescentes, como efeitos de uma internação prolongada para o tratamento de saúde mental (para dependência química, as Comunidades Terapêuticas têm um tempo médio de um ano de internação), destacamos o enfraquecimento de suas redes sociais e afetivas, o empobrecimento dos vínculos e o afastamento das famílias. Além do mais, a internação desrespeita o direito à convivência familiar, estabelecido no ECA. E, ainda, pode reproduzir violência, uma vez que a disciplina, o controle e a punição tornam-se instrumentos de educação dentro das instituições de internação (GUIRADO, 2004; RIZZINI; RIZZINI, 2004; CINTRA; SOUZA, 2010). Retomamos mais uma vez Vigotski (2003) para argumentar que a tão importante pedagogia para o desenvolvimento do adolescente não deve ser considerada uma educação em que esse

sujeito torna-se apenas receptor de informações, mas um agente ativo, criativo e transformador de sua realidade social.

Alguns profissionais do CAPSad III de Palmas parecem reconhecer essas consequências da institucionalização do adolescente e demonstraram significar as internações, principalmente as prolongadas, como sendo estratégias inadequadas, como fica expresso na fala que se segue.

Eu acho que é a perda dos vínculos, dos vínculos com família, com amigos, com escola. Eu acho que isso pra qualquer pessoa, pra qualquer adulto já é difícil. Agora, **pra um adolescente que a gente sabe que tem uma importância muito maior nesse período, eu acho que essa é a grande desvantagem, tirar ele dos vínculos sociais dele** (Larissa, psicóloga).

No entanto essa não é a compreensão de todos os que atuam nas políticas de proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente. Algumas práticas têm sido defendidas e até executadas, a fim de internar/institucionalizar o adolescente para que ele seja “transformado”.

É importante destacar que a desinstitucionalização, proposta pela Reforma Psiquiátrica, vai na contramão da significação da internação como possibilidade de transformação das pessoas. Segundo Amarante (1995), desinstitucionalizar não significa negar a doença, ou o problema com as drogas, nem mesmo fechar o hospital psiquiátrico, mas negar o mandato das instituições sociais que isolam os inadaptados, negando-os e anulando-os à margem da sociedade. Muitos desses significados são construídos com base na significação social de periculosidade do sujeito que tem transtorno e de fraqueza/incapacidade daquele que é dependente químico.

Compreendendo que o uso de drogas pelo adolescente envolve uma multiplicidade de fatores que necessitam igualmente de um investimento por parte do poder público (controle sobre a oferta de drogas, acesso à educação, políticas de habitação, emprego e renda, lazer, esporte, cultura, entre outros), ressaltamos que as políticas necessitam sair da inércia em que se encontram, que apaticamente têm permitido a violação dos direitos humanos, e acionar intersetorialmente os diversos equipamentos sociais, a fim de efetivamente promover a transformação da realidade social dos adolescentes que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.

1.3.1.2. “De repente a gente não está tão articulada assim pra dar conta dessa pessoa como deveria”

Outro significado apreendido neste estudo sobre a institucionalização do adolescente que tem necessidades de saúde em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas é o de que o acesso ao CAPS é difícil e o tratamento impossível.

Sabendo da inexistência e/ou da precariedade de serviços públicos de Atenção Psicossocial para o adolescente no Tocantins, um dos motivos para a internação é a impossibilidade ou a dificuldade de acesso aos CAPS. O acesso dos adolescentes às internações em clínicas privadas, ou em Comunidades Terapêuticas é significado, principalmente pelos Operadores do Direito, como sendo mais facilitado do que nos serviços de modalidade psicossocial, como se verifica na fala que se segue.

Eu acho que o CAPSad – álcool e drogas – com esse avanço do crack, tem que ter mais [vagas], várias outras unidades. A gente sabe que não é só eles que resolvem, a família... tem toda uma circunstância, mas eu acho que ele é a porta de entrada, é ele que talvez possa ajudar a família a ter um avanço com aquele familiar que está viciado (Sérgio, promotor).

Embora a fala requisite os CAPSad pelo argumento das vagas para internação, reafirmando a significação da prevalência dessa modalidade de atenção, ela referenda a necessidade de serviços psicossociais e valoriza o trabalho com a família. A deficiência de serviços psicossociais realça a insuficiência da rede e pode ser considerada como um dos fatores que levam à utilização do recurso judicial para as internações em instituições privadas e que contribui para a significação de que os CAPS são ineficientes.

A requisição de mais unidades de CAPSad assinala a precariedade estrutural da Atenção Psicossocial no Tocantins e a conseqüente redução da visibilidade do trabalho desenvolvido pelos CAPS na rede de saúde mental. A falta dessa visibilidade acarreta na utilização de mecanismos que garantam atendimento ao adolescente na modalidade tradicional.

A fala abaixo expressa que os profissionais do CAPSad compreendem o papel do CAPS na Atenção Psicossocial de fomentar o desenvolvimento pleno biopsicossocial dos adolescentes, auxiliando-os no reconhecimento de suas potencialidades e na ampliação de sua participação na sociedade.

A gente tem uma proposta mesmo que não é exclusivamente aqui no CAPS, que a gente tem uma articulação com o território. Eu acho que isso pro adolescente é o ideal. Você trabalhar um plano terapêutico com o adolescente, você considera o local que ele está. Então, você tem atividade na escola, no fim de semana que ele participa. Isso fazendo parte do plano terapêutico, acordado no CAPS. E tem coisa no CRAS [Centro de Referência de Assistência Social], articulando com ONGs [Organizações Não Governamentais], com quem tiver, com os dispositivos que tiverem no território (Larissa, psicóloga).

Essa fala reporta às diretrizes da política da Reforma Psiquiátrica e indica que no CAPS existem profissionais que sabem que uma atuação eficaz deve abranger todo o território que o sujeito ocupa no espaço social e deve contribuir com a ampliação dessa ocupação. No entanto, como já argumentado neste estudo, os significados de que os CAPS não são efetivos permeiam os discursos dos Operadores do Direito e ressoam na sociedade em geral. Esses significados são construídos na concretude da insuficiência da atenção produzida por esses serviços ao adolescente que necessita. Essas deficiências acabam por gerar uma baixa adesão do adolescente ao projeto terapêutico proposto.

Os profissionais do CAPSad reconhecem algumas deficiências, mas não conseguem vislumbrar estratégias para superá-las. A fala que se segue expressa bem a compreensão do profissional de que o CAPS não tem conseguido atender os adolescentes plenamente do modo como se propõe na Atenção Psicossocial e de que o acompanhamento do adolescente em seu território social tem sido precário.

Eu acho assim que no que se refere ao atendimento em si da nossa unidade, talvez a gente deixa falho sim, mas é em decorrência dessa falta de articulação com esses outros setores. [...] Os nossos serviços estavam muito sozinhos. Então, educação está de um lado, saúde está do outro, assistência social de outro, a parte jurídica tá de outro e então fica aquela coisa, cada um trabalhando com o mesmo público. **A pessoa passa, o adolescente passa por todos esses serviços e a gente não consegue fazer um plano que dê conta dele em todos esses lugares.** Então, assim, isso eu acho que é um dos maiores impeditivos assim da efetivação mesmo, de tudo que... Daquela coisa mais integral. Se esse adolescente ou essa pessoa com transtorno mental, no seu território, por exemplo... Que lá no território tem a escola, tem a saúde, a saúde básica, tem a assistência social, e aí de repente **a gente não tá tão articulada assim pra dar conta dessa pessoa como deveria** (Larissa, psicóloga).

Essa fala evidencia os déficits do trabalho em rede e a dificuldade de se estabelecerem práticas de cuidados para o adolescente, com articulações intersetoriais e

construção de um projeto terapêutico rico e que se utilize de diversos equipamentos sociais. Ao mesmo tempo, indica que o profissional que está no CAPSad tem consciência das deficiências do serviço, mas sente-se impotente diante das dificuldades estruturais para o trabalho e pode desmotivar-se para o atendimento.

Assim, as estratégias de atendimento psicossocial ao adolescente acabam se resumindo ao atendimento na unidade e não conseguindo produzir uma atenção que efetivamente cumpra o estabelecido nas Portarias 336 e 130, que reafirmam a base comunitária do serviço de Atenção Psicossocial, funcionando “segundo a lógica do território” (BRASIL, 2010, 2012b).

Com base no exposto, ressalta-se que muitas das ações expressas na Portaria 130 acabam não sendo desenvolvidas pela impossibilidade física/estrutural do CAPSad III de permear todo o território de sua população de abrangência, como já argumentamos neste estudo sobre a ampliação do território dos CAPS regionalizados e a dificuldade de se trabalhar com o usuário do serviço nesse território ampliado. Destacam-se algumas ações expressas na Portaria que ficam deficitárias quando se amplia a regionalização do CAPSad III.

Art. 5º [...] V - produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais [...] VII - promover inserção, proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial; [...] XVI - realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos de atenção da Região de Saúde (BRASIL, 2012b).

A impossibilidade de promover essas ações destacadas na Portaria 130 se evidencia, já que os CAPSad III do Tocantins não atendem especificamente criança e adolescente, de forma que os atendimentos ao adolescente é uma adequação à realidade de cada unidade.

Na unidade pesquisada, essa adequação se dá pela limitação da permanência do adolescente dentro do espaço do CAPSad (ele vai ao CAPS apenas uma vez na semana). Se a sua permanência é pouca e se o trabalho no território é falho, resta afirmar que, embora a criação dos CAPSad III no Tocantins já seja um avanço (já que não existia no Estado nenhum serviço público dessa natureza), o adolescente que necessita da Atenção Psicossocial ainda está desamparado.

A fala que se segue expressa o reconhecimento pelo profissional do CAPS da necessidade de se ampliar a atenção dada ao adolescente pela unidade.

O CAPSad, de repente, poderia ter uma... A estrutura física é muito boa, eu considero, mas quem sabe se a gente tivesse um espaço exclusivo do adolescente, assim, para conseguir separar os dois públicos, eu acho complicado dois públicos juntos [adulto e adolescente]. [...] Igual hoje, é um dia que eles estão, adultos, e daqui a pouco os adolescentes vão chegar. Aí fica um tempinho que eles ficam juntos até que os adultos vão para o cinema, que é a atividade de quinta à tarde, então, eles convivem aí um momento, eu acho assim ruim. **Acho que de repente, se a gente tivesse um espaço físico que desse essa possibilidade de trabalhar com os dois grupos separadamente, seria o ideal** (Larissa, psicóloga).

Apesar de ser uma fala que reivindique o espaço físico para a realização das atividades dentro do CAPSad, ela denota a precariedade da atenção na unidade. É importante retomar as deficiências do trabalho no território, já argumentadas neste estudo, e reafirmar a necessidade de que sejam criadas estratégias que possam permitir aos CAPSad III regionalizados maior circulação entre sua população de abrangência, maior penetração nos territórios que os adolescentes usuários habitam e, conseqüentemente, maior visibilidade do serviço dentro da Rede.

A compreensão de que os adolescentes usuários de álcool e outras drogas estão desamparados, não têm acesso a serviços de saúde mental e, em função disso, ficam à míngua nas ruas, suscetíveis às práticas delituosas, é um dos significados que têm incrementado no Estado a internação desses sujeitos. Aliada a essa significação, encontra-se o fato de os Operadores do Direito reconhecerem que é papel do Estado suprir essas vulnerabilidades dos adolescentes e que é papel dele (operador da lei) fazer cumprir. No entanto a exigência do cumprimento da lei é conduzida pelo modelo da institucionalização, ou seja, a ampliação de números de leitos, e não pelo modelo da desinstitucionalização, que seria o fortalecimento dos CAPSad, a melhoria da estrutura do serviço, a disponibilização de carro para a ida ao território de seus usuários, entre outras medidas que poderiam ser exigidas.

As significações de que o sistema de justiça precisa acionar o Estado para se fazer reconhecido na sociedade são representadas nas falas que se seguem.

Então acho que a função do Ministério Público é fiscal da lei, cumprir a legislação, que... Obviamente, quem entra no Ministério Público tem esse dever, na área da infância (Abadia, promotora).

Então assim, **é usar os instrumentos jurídicos que a gente tem à disposição, o ordenamento jurídico para chamar a responsabilidade para os gestores**, porque, na hora de formular as leis orçamentárias, acho que o Ministério Público, talvez uma das principais funções é essa, também fiscalizar o orçamento, porque o Estatuto da Criança é claro, que na formulação tem que ser dada prioridade absoluta e destinação privilegiada de recursos (Sérgio, promotor).

A Defensoria Pública ela tem um papel muito maior do que defender, do que buscar os direitos do adolescente. Hoje a gente trata o antes, o meio e o depois, porque eu estou falando com questão de... Hoje a gente tanto entra com uma ação civil pública para fechar uma estrutura física como o CASE [unidade de internação socioeducativa] porque não está adequada aos adolescentes, que seria um papel entre aspas “do Ministério Público”. Só que a Defensoria Pública hoje tem essa legalidade quando é verificado, eu estou falando em questão de contingente, não só um adolescente, mas para abarcar todos os que ali estão sendo colocados da maneira errada (Vânia, defensora).

A partir dessas falas, observa-se que o Ministério Público e a Defensoria reconhecem que seu papel é exigir o cumprimento da lei. Cientes da ausência ou da deficiência de atendimento em saúde mental para o adolescente, os “instrumentos jurídicos” são utilizados para que o acesso seja garantido. E como os CAPS têm sido ineficientes no trabalho psicossocial com o adolescente, resolve-se internar. Então, com essas significações, interna-se porque é o único caminho. Interna-se porque do contrário o adolescente não terá tratamento. Interna-se porque esse é o trabalho de quem está para “defender os direitos do adolescente”: garantir o seu tratamento.

A partir dessas significações, ressaltamos que no Tocantins a maioria das comarcas, em que os Operadores do Direito atuam, não tem o suporte de profissionais de psicologia e serviço social para auxiliá-los em seu trabalho. Apenas em municípios maiores há esse suporte, mas ainda assim os vínculos são precários e instáveis, de forma que em alguns momentos há a presença do profissional e em outros não. Além do mais, a instabilidade do vínculo desses profissionais às comarcas dificulta a permanência de profissionais da área capacitados para o tipo de trabalho proposto. Esse fato contribui para que, no entusiasmo do exercício de seus ofícios, esses agentes acabem não conseguindo vislumbrar uma cobrança pelo cumprimento da lei que seja mais consonante com as práticas de desinstitucionalização que orientam a Reforma Psiquiátrica brasileira.

A fala que se segue representa bem a dificuldade dos Operadores do Direito em garantir uma retaguarda de profissionais especializados, como, por exemplo, psicólogos e assistentes sociais.

Estou com um problema sério, lá em [nome do município], **nós não temos equipe técnica do poder Judiciário**. Está no ECA, no art. 150, que **o poder Judiciário na sua lei orçamentária tem que ter previsão de equipe técnica para o juiz da infância, para o juiz da infância parar de julgar baseado em achismo**, “ah, acho que essa criança vai ficar bem com aquela família de adoção”, “não, nessa guarda a criança está bem com aquela”, não é achismo, chega de trabalhar dessa forma. **Então, aqui no Tocantins, infelizmente os juízes todos trabalham desse jeito ainda, não tem equipe técnica**. E isso eu estou questionando perante o CNJ [Conselho Nacional de Justiça], em Brasília. Consegui uma decisão judicial favorável, a presidência contratou uma equipe por contrato temporário, ficou um ano, venceu o contrato temporário, ela não renovou. E, perante o CNJ, achou que tinha resolvido e arquivou. Agora eu estou executando isso aí, explicando, “olha, venceu o contrato, ela não recontratou”. Nós estamos agora de novo sem equipe técnica (Sérgio, promotor).

A fala é um exemplo da importância da existência de uma equipe de retaguarda reconhecida pelos Operadores de Direito e tem sido motivo de luta dessa categoria para se conquistar efetivamente esse direito, já assegurado no ECA, como bem argumenta o promotor. Sem a retaguarda técnica que poderia auxiliá-los na demanda por mais serviços psicossociais, por melhoria na estrutura dos serviços existentes, pelo maior acesso da população que necessita, ao invés do fortalecimento das instituições de internação, o que resta é a significação de que é necessário internar porque os serviços psicossociais não são eficientes.

1.3.1.3. “Vai deixar que ele fique usando crack na rua até morrer?”

Outro significado que tem perpassado as concepções teórico-conceituais que explicam o uso incontinente das internações do adolescente dependente químico, no Tocantins, é a compreensão de que a internação significa tratamento e manutenção da vida e a não internação significa o abandono, a rua e a morte do usuário. Principalmente, quando o adolescente é pobre e o uso da droga está associado a outras vulnerabilidades, como violência doméstica, abandono familiar, uso de drogas por familiares, carências materiais, conflito com a lei, entre outras, a internação surge como uma importante estratégia.

As falas que se seguem exemplificam essa significação.

Eu não posso admitir que entidades que se dizem de defesa do direito da criança e do adolescente digam que o adolescente tem direitos humanos de decidir se ele quer ou não fazer tratamento. **Vai deixar que ele fique usando crack na rua até morrer?** Ele tem o direito? Então eles são favoráveis ao suicídio, porque você deixar que uma pessoa fique usando crack até morrer, é você permitir que ele se mate (Abadia, promotora).

Então, assim, a gente fica naquela opção: vamos internar ou não vamos? Vamos mandar só pro CAPS pra fazer ambulatorial? Não é o caso, não tem como. Então, eu prefiro usar o que deveria ser a última rate, a última opção sabe, às vezes até desde logo, mas sabendo que, pelo menos, ele vai estar numa clínica, ele vai ter alimentação, ele vai ter toda uma equipe técnica, como médicos, psiquiatra, lá tem psicólogos, enfermeiros, higiene básica, enfim, **do que eu saber que ele tá lá largado na rua usando crack até morrer.** Tem gente que acha que não, que não deve entrar com essa ação. Desculpa, eu discordo (Sérgio, promotor).

Eu creio que é uma forma de tirar, não tirar somente a pessoa da rua, mas tirar ela da droga, porque o que que adianta ela tá... Não quer, não, quer ceder pra droga, não quer ceder ao tratamento. Aí o Estado vai fazer o quê? A sociedade cobra do Estado, “vocês têm que tomar uma atitude”, mas é uma forma que o Estado fez, o Estado no caso, a justiça, fez pra poder estar suprindo essa parte de ajudar essa pessoa, **porque se continuar ela na rua ela vai morrer, vai morrer, vai matar,** vai praticar outros crimes (Kátia, psicóloga).

Como ocorreu em todas as análises deste estudo, esses significados têm permeado as falas daqueles que não têm vinculação com a política da Reforma Psiquiátrica, como, por exemplo, os representantes dos Operadores do Direito e aqueles Profissionais Executores, que não estão diretamente envolvidos com a Política de Saúde Mental. Ressaltamos que um fator de destaque nessa análise é que esses significados permeiam o discurso de quem tem o poder de cobrar, ou seja, daqueles que têm instrumentais jurídicos para obrigar que o adolescente seja internado, mesmo contra sua vontade. Com essas significações, podemos compreender o uso das internações involuntárias que têm sido defendidas no Estado, pois a compreensão que se tem é de que a medida utilizada significa proteção.

Compreendendo as relações de poder que perpassam as concepções do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA), sugere-se, ainda que associada à internação psiquiátrica (como recurso utilizado para não deixar o adolescente usar droga até morrer), o uso da aplicação de medida socioeducativa de privação ou restrição de liberdade também ocorre fundado na mesma significação. Não

se priva o adolescente de liberdade pelo motivo do ato infracional cometido em si, como está preconizado no ECA, mas especificamente pelo uso das drogas, que, na significação empreendida, vai “matar” o adolescente.

A seguinte fala é um exemplo dessa significação.

[...] mas tem adolescentes também que praticam furto e é a aplicação de uma internação porque não tem, por causa da própria família que pede “pelo amor de Deus porque **se ele continuar fora ele vai morrer com o crack**”. **Então, depende de cada caso, depende de uma análise de vários fatores, não da gravidade do crime em si** (Vânia, defensora).

São significados construídos com base na compreensão de que, para o tratamento da dependência química, principalmente do crack, a única possibilidade é a internação. Esses significados já foram discutidos neste estudo a respeito do uso de drogas consideradas “pesadas” e a significação de que os tratamentos existentes são ineficientes.

A Política de Saúde Mental estabelece a estratégia de Redução de Danos, em que o princípio da liberdade e da cidadania deve prevalecer ao discurso heterônomo de delito e pecado, ou mesmo de doença, quando se refere ao uso de drogas. Os princípios dessa estratégia refutam falar em abstinência, é uma estratégia que possibilita ao usuário de álcool e outras drogas, a partir de práticas democráticas e de participação ativa do sujeito dependente, reduzir sua vulnerabilidade, adquirir controle sobre seu corpo e aprender a viver com liberdade. No entanto essas recomendações não são aceitas por toda a comunidade que convive ou que lida com o usuário de álcool e outras drogas e produzem na atualidade práticas contraditórias, além de um debate sem fim sobre esse assunto.

Segundo Vasconcelos (2012), a epidemia do crack no Brasil, disseminada amplamente na sociedade e na mídia, tem produzido efeitos devastadores na saúde física, psíquica e cognitiva da população brasileira, especificamente entre as crianças e os adolescentes. Ela “tem levado a uma política de apoio a comunidades terapêuticas, com ênfase na internação compulsória em massa e de longa duração, com significativo apoio do lobby da psiquiatria biomédica, de parte significativa de parlamentares e das próprias instâncias centrais do Governo Dilma” (VASCONCELOS, 2012, p. 61).

Para o autor, o governo da presidente Dilma Rousseff tem assumido posturas conciliadoras entre as políticas mais conservadoras e as reformistas. Esse fato tem

gerado grandes desafios para a Reforma Psiquiátrica brasileira, já que tem possibilitado a ascensão política das forças conservadoras (de atenção privada, de medicalização, de reprodução do modelo biomédico, de reclusão) e o enfraquecimento das políticas reformistas (que condenam o modelo manicomial institucionalizante, priorizam a atenção na comunidade e valorizam os processos de desmedicalização do sofrimento psíquico e a busca da autonomia do sujeito na sua relação com as drogas).

Essa compreensão de que o atendimento dado ao adolescente usuário de drogas não pode ser de reclusão e enclausuramento é evidenciada em algumas falas dos participantes deste estudo. No entanto, como já destacado, são falas advindas de quem atua, ou milita, na Reforma Psiquiátrica, como se pode verificar na fala abaixo.

Olha, a internação, o que eu acho de internação: a menos que a pessoa esteja com algum risco de vida, alguma outra doença, por exemplo, o menino está com tuberculose e usa droga, aí eu acho que tem que internar, tem que internar para tratar a tuberculose para tentar ficar um pouco longe mesmo do uso da droga e tal, mas eu não vejo como solução nenhuma nos outros casos. Casos mesmo que só tem uso abusivo de álcool e droga eu não vejo assim que tenha uma... Que resolva, eu nunca vi resolver (Larissa, psicóloga).

Pela fala, percebe-se que é bem demarcada dentro do CAPSad a compreensão de que a prática da internação não deve estar associada à necessidade de reclusão, mas à necessidade de cuidados. O uso exagerado de substâncias entorpecentes não é reconhecido pelos trabalhadores do CAPS como necessitando de internação. Para eles, os cuidados não podem estar associados ao uso de estratégias de isolamento para que ele se afaste das drogas, mas na produção de autonomia, oportunidade de acolhimento e reflexão, para que ele consiga recuperar o controle sobre seu corpo.

A fala seguinte é mais um exemplo de como tem sido significada a estratégia de Redução de Danos entre aqueles sujeitos que atuam na execução da Reforma Psiquiátrica:

Porque trabalhei em Porto Alegre durante dois anos num programa de criança e adolescente em situação de rua, e nós somos muito criticados, mas muito pela própria população, por quê? Porque nós não recolhíamos crianças da rua, nós tínhamos entendimento de que o recolhimento não é uma prática que seja efetiva, pelo contrário, porque daí quando tu recolhe a criança, quando tu chegar da próxima vez ela não vai nem falar contigo, ela vai fugir. Aí o pessoal não conseguia entender, porque às vezes a gente chegava embaixo do

viaduto ali, aí passava a tarde inteira com as crianças brincando, não sei o quê, conversando, fazendo um monte de coisa. **Aí chegava no final da tarde, “quem é que vai querer ir com a gente lá pro abrigo pra gente dormir, tomar um banho, comer alguma coisa, quem quer?”**, “ah, eu, eu, eu”. E outros ficavam, e a gente se despedia, “até amanhã”. E eu ia embora e deixava eles lá, e **eles têm que ter o direito de escolher**. No outro dia [...], “eu vou lá então”, **ou seja, possibilitava que tu criasse um vínculo, que você entendesse aquela criança, aquele adolescente, que ele percebesse que tu estava ali junto com ele**, respeitando a decisão dele de estar ali, é outra coisa. Então, acho que a internação com o consentimento do adolescente já começa de outra forma, aí é a internação que eu digo pra desintoxicação (Joel, professor).

A fala indica a clareza que se tem, entre alguns atores, da concepção teórico-conceitual da Reforma Psiquiátrica na estratégia de Redução de Danos, da importância do vínculo, do cuidado (tomar banho, comer, ter um abrigo) e, principalmente, da escolha do sujeito pelo tratamento, ou seja, da necessidade que deve emergir do sujeito e não de quem acha que sabe o que é melhor para ele, da construção de vínculos entre o adolescente e o profissional que oferta cuidados. Por outro lado, demarca que tal compreensão gera conflito na sociedade, são “criticados” porque “não recolhem crianças na rua”. A contradição está posta entre aqueles que defendem o modelo da desinstitucionalização e a valorização das subjetividades e aqueles que defendem o modelo da institucionalização e a construção de sujeitos adaptados e obedientes.

Considerando o nosso modelo de sociedade que exclui, julga e mata simbolicamente o usuário abusivo de álcool e outras drogas, bem como os efeitos que o uso exagerado pode ocasionar (ruptura de vínculos, falta de cuidado com o próprio corpo, desnutrição, adoecimento), reconhecemos que pode ser conflitivo para o familiar ou para os Operadores do Direito esperar que o sujeito queira se tratar. Mas sabemos igualmente que o “tratamento” iniciado involuntariamente não tem eficácia reconhecida cientificamente e, além do mais, é uma violação aos direitos humanos.

Dessa forma, a escolha pela internação envolve também o parâmetro do sujeito, não apenas do outro, que muitas vezes pode estar com o olhar enviesado. A recomendação de internação requer um olhar multidimensional sobre a pessoa que tem necessidades de saúde em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas. Assim, internar deveria estar associado ao interesse do sujeito e de sua família, mas, prioritariamente, deve-se reconhecer que, para o caso das internações involuntárias, devem-se considerar os riscos. O risco é definido como a evidência detectada por profissionais especialistas de que há eminência de morte. Essa compreensão é bem

consensuada entre aqueles que atuam na Reforma Psiquiátrica, com se evidenciou nas falas anteriores e como fica expresso na que se segue.

A vantagem da internação é a desintoxicação. Agora, dizer que é vantagem... Pode ter vantagem secundária, por exemplo, o cara que tá com problema na boca, a internação muitas vezes é usada pra evitar que eles se estrepe, é uma vantagem. Mas isso não decorre da internação, não tem uma questão terapêutica aí, é questão de vida, de evitar um transtorno maior, mas não tem a ver com o diagnóstico, com a drogadição, com a dependência. Então, um ganho secundário eu acho, mas **a internação em si, o ato terapêutico eu acho que é a desintoxicação**, a internação ajuda bastante. Agora, fora isso... **O cara fica um ano internado, ele vai voltar, ele tem a chance do mesmo jeito de se envolver** (Valdir, professor).

Tendo por referência essa fala e outras apresentadas anteriormente, observa-se que há um consenso entre aqueles que trabalham com a política da Reforma Psiquiátrica: acreditam que só deve ser utilizada a internação do usuário abusivo de álcool e outras drogas nos casos de desintoxicação, os quais exigem uma internação de curta duração.

Com os significados apreendidos sobre as práticas de internação, que têm sido defendidas sob o discurso de proteção, de “salvamento da morte”, o que se evidencia é uma rede social de cuidados ainda precária, ou mesmo inexistente. É devido ao desamparo, por parte das políticas sociais, que a internação do adolescente acaba sendo significada como única possibilidade para que o sujeito permaneça vivo. A fala seguinte representa essa situação:

Eu acho que seria uma forma paliativa, porque com o tempo a pessoa vai se recuperando. Exemplo, mas no caso a retirada dela sem a permissão dela seria uma forma de quando... A última mesmo, a última tentativa. Tipo, **você viu que a pessoa não aceitou os cuidados anteriores de ajuda de livre e espontânea vontade, entra o Estado para poder dar esse amparo para pessoa, buscar o resgate dela, mas a última forma que ele vai conseguir é privando ela e com o tempo ela vai percebendo e resgatando a sua própria subjetividade** junto com a ajuda de profissionais e família, todo esse acolhimento mesmo (Kátia, psicóloga).

Pelo argumentado apresentado, fica evidenciada a compreensão de que o acolhimento, o trabalho com a família e o resgate da subjetividade são recursos importantes para o tratamento da dependência química. Mas, igualmente, é um argumento que defende a prática autoritária do Estado.

A contradição está presente na execução da política de atendimento ao adolescente que tem necessidade de saúde em decorrência do uso de álcool e outras drogas, e a tendência às internações forçadas é fato. Além de as internações serem significadas como principal estratégia de tratamento, como recurso de salvamento da morte, ao mesmo tempo não são significadas como cuidado. Pois, para além do cuidado e proteção, encontram-se as significações de que a internação deve ser uma prática autoritária de contenção das pessoas, como se evidencia na fala que segue.

Eu acho que tem que ser em clínica especializada, até porque, **pelo que eu entendo da internação, ele tem que ser vigiado**. Como que um hospital vai conseguir vigiar com tanta gente? Ele vai fugir (Sérgio, promotor).

O argumento do promotor foi no sentido de contrapor ao determinado em lei de internações prioritariamente em HG. A compreensão de que o adolescente deve ser “vigiado” para não “fugir” expõe a contradição do cuidado demandado, um cuidado em que o sujeito fica destituído de seu querer, de suas possibilidades de argumentação. Essa significação põe em relevo a reprodução do modelo tradicional de tratamento fundado na significação de as pessoas que fazem uso de drogas são incapazes de restabelecer autonomia.

Para referendar essa análise, segue mais uma fala que expressa como as internações vêm sendo praticadas na atenção à saúde mental do adolescente usuário abusivo de álcool e outras drogas, no estado do Tocantins, com a significação de salvamento.

Eu avalio muito positivamente sempre qualquer internação que se faça pra tentar melhorar a vida de qualquer pessoa [...]. A internação involuntária é daquele paciente que não tem condição de discernir o que é melhor para ele e que o médico diz que ele precisa ser internado. [...] o mesmo falo daquele adolescente ou daquela pessoa que é drogada. **A partir do momento que eu tenho uma avaliação psiquiátrica que diga que ele não tem condição de discernir o que é melhor pra ele**, que ele precisa de uma internação terapêutica, seja na [nome da comunidade terapêutica], seja num lugar que ele tenha que ser separado da sociedade pra ser tratado, que é a internação involuntária... Essa é a minha resposta (Abadia, promotora).

Verifica-se, pela fala acima, que o estabelecido em lei tem sido respeitado, pois o laudo psiquiátrico é o documento que referenda o uso das internações involuntárias.

Mas o argumento é da avaliação psiquiátrica que “diga que ele [o adolescente] não tem condições discernir o que é melhor para ele”, que é para “tentar melhorar a vida dele”. Já o disposto legalmente pela Reforma Psiquiátrica é a recomendação da internação nos casos de risco iminente de morte do usuário ou do familiar, avaliado pelo psiquiatra. Pela fala acima, sugerimos que a recomendação da internação pelo psiquiatra pode também reproduzir a significação de que a não internação é a morte.

Ressaltamos que, embora a política da Reforma Psiquiátrica inclua as casas de acolhimento transitório na RAPS, em nenhuma das falas dos participantes deste estudo, foi feita menção a essa possibilidade e nem à necessidade para o Tocantins de um serviço dessa modalidade. As casas de acolhimento transitório seriam para atender aqueles casos em que o adolescente necessita de uma atenção residencial, quando seus vínculos familiares estão rompidos.

Com essas significações que partem da compreensão de que o adolescente deve ter uma vida melhor para não morrer, a Reforma Psiquiátrica vai sendo alicerçada no Estado em um movimento contraditório: quem está à frente do atendimento psicossocial, ou que está na academia formando os profissionais do futuro reforça a desinstitucionalização e a estratégia de Redução de Danos para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas; e quem está na execução da lei e no poder de exigir o seu cumprimento reproduz o modelo inverso, utilizando-se de estratégias de institucionalização. É uma construção desequilibrada da rede de saúde mental, em que as estratégias de institucionalização acabam se estabelecendo em posição de destaque e o modelo psicossocial sendo fixado na sua condição de serviço utópico, que não consegue abarcar a demanda.

Capítulo 2 – O adolescente autor de ato infracional: encarcerado ou socioeducando?

A prisão fabrica também delinquentes impondo aos detentos limitações violentas; ela se destina a aplicar as leis, a ensinar o respeito por elas; ora, todo o seu funcionamento se desenrola no sentido do abuso do poder.

(Michael Foucault)

Neste capítulo, pretendemos contextualizar as políticas destinadas ao adolescente autor de ato infracional e às suas famílias, bem como apresentar os significados apreendidos neste estudo a respeito da execução dessas políticas no estado do Tocantins. Para isso, faremos uma breve apresentação histórica das políticas destinadas ao adolescente autor de ato infracional, apresentando as proposições legais que referendam a execução dessa política na atualidade, bem como os significados que têm permeado as práticas nesse cenário. Especialmente, o objetivo deste capítulo é apresentar como importantes sujeitos da execução das políticas de responsabilização do adolescente autor de ato infracional têm compreendido a proposta de garantia de proteção social e direitos aos adolescentes, preconizada pelo ECA e pelo SINASE.

A partir do reconhecimento de que a prática histórica das políticas do sistema de responsabilização para os adolescentes é fundada em ações coercitivas e autoritárias, pretendemos compreender como tais instrumentos legais (o ECA e o SINASE, que referendam uma prática inversa) podem efetivamente assegurar ao adolescente que comete ato infracional o seu direito de cidadania e o respeito à sua condição peculiar de sujeito em desenvolvimento.

Para atender o proposto, o capítulo foi organizado em dois subitens: o primeiro faz uma breve apresentação histórica das políticas destinadas à criança e ao adolescente no cenário brasileiro, buscando demarcar o atual momento dessas políticas; o segundo traz os elementos de análise, apreendidos a partir da pesquisa realizada com alguns atores sociais dessas políticas no Tocantins. A seguir, apresentamos o cenário político atual e as contribuições oferecidas por dois grupos de participantes deste estudo: Operadores do Direito e os Profissionais Executores.

2.1. O cenário político da atenção dispensada ao adolescente autor de ato infracional no Brasil

A análise da história das políticas destinadas à infância e à adolescência revela que, inicialmente, no Brasil Colônia, a prática era de institucionalizar as crianças e os adolescentes que estavam abandonados nas ruas. Às famílias era atribuída a responsabilidade pela boa formação desses sujeitos. Caso as crianças e os adolescentes estivessem nas ruas ou abandonados, incumbiam-se as instituições de caridade, especificamente as Santas Casas de Misericórdia, de institucionalizá-los (RIZZINI; RIZZINI, 2004). A perspectiva dessas políticas era de mera assistência, focada na caridade e não nos direitos humanos e na cidadania.

No Brasil República, a preocupação política com essa parcela da população se expandiu do simples foco nas crianças e nos adolescentes abandonados e desamparados, voltando-se também para outros âmbitos de inserção das políticas públicas, como, por exemplo, a educação das crianças e dos adolescentes. O objetivo era o controle social, a preparação e formação desses jovens para serem cidadãos trabalhadores ou mulheres donas de casa que assumissem as responsabilidades do lar. Segundo Borges (2003), essa preocupação ocorreu principalmente após o golpe militar de 1964, que instituiu a Doutrina de Segurança Nacional e reproduziu a ideologia para a manutenção do poder, calcada na limitação e na restrição da ação civil e na imposição da disciplina em todos setores da sociedade brasileira, inclusive nas escolas.

No que se refere ao cometimento de ato infracional pela população infanto-juvenil no Brasil, as primeiras referências legais sobre a população menor de 21 anos que cometia ato infracional ocorreram no Código Penal de 1830. Ela atribuía inimizabilidade às crianças menores de 9 anos e também às de idade entre 9 e 14 anos que estivessem na condição de não discernimento do ato cometido. A lógica para esse Código era o discernimento e não a idade em si. Segundo Silva (2007), as crianças e os adolescentes de 9 a 14 anos eram considerados adultos em miniatura. Esse Código marca o início do controle penal da infração praticada pela criança e pelo adolescente no Brasil.

Ressalta-se que, nesse controle, a prática sempre foi a de – na impossibilidade de corrigir – criar estratégias de intervenção com coerção e punição às crianças e aos adolescentes infratores. Segundo Rizzini e Rizzini (2004), a história das políticas destinadas à infância e à adolescência no Brasil, por muito tempo (várias décadas do

século XIX e XX), esteve entre a justiça e a assistência, como forma de prevenção e manutenção da ordem da Nação, e não como políticas de direitos sociais.

A criação do primeiro juizado de menores, em dezembro de 1923, e a consequente nomeação do primeiro juiz de menores da América Latina, em fevereiro de 1924, juiz José Cândido de Albuquerque Mello Mattos, inauguram um novo período de políticas destinadas às crianças e aos adolescentes brasileiros: diferenciam-se as medidas aplicadas para a população infratora das aplicadas às crianças e aos adolescentes abandonados, cabendo ao juiz o papel de decidir. No entanto essa transformação não modificou a condição das crianças e dos adolescentes marginalizados, pois incrementou a marginalização vinculando a situação de pobreza à criminalidade (SILVA, 2007).

Em 1927, instituiu-se no Brasil o primeiro código para menores, primeiro documento direcionado especificamente à população menor de 18 anos, visando à proteção da criança e do adolescente abandonados ou “delinquentes”. A partir desse código, o critério para a imputabilidade das crianças e dos adolescentes entre 9 e 14 anos passou do discernimento para a idade propriamente dita, ou seja, até os 14 anos os adolescentes autores de ato infracional eram inimputáveis e deviam ser inseridos em medidas socioeducativas. Essas ações também não distinguiam as crianças e os adolescentes abandonados daqueles que eram infratores.

A criação do primeiro Código de Menores, em 1927, retirou as questões das crianças e dos adolescentes abandonados ou autores de ato infracional do código penal e os inseriu em uma perspectiva não criminal. Porém a compreensão dessa questão ainda era de associar esses problemas a características individuais das crianças e dos adolescentes, ou de responsabilizar as famílias pelo fracasso na imposição de disciplina. Tais problemas eram automaticamente relacionados à necessidade de educação, à necessidade de disciplina, à desestruturação familiar e à pobreza (SILVA, 2007). Esse Código permaneceu até a década de 1979 e preconizou um modelo de intervenção em que a decisão estava centralizada na figura do juiz. Cabia a ele o destino dos “menores”, cuja prática se embasava no modelo higienista da sociedade, em que os infratores eram retirados do convívio familiar e social e inseridos em instituições de caráter disciplinador.

Em 1979, um novo código de menores foi aprovado, mas manteve a arbitrariedade do juiz sobre o destino do adolescente em situação irregular e permaneceu com a prática de institucionalizar aquele adolescente que era autor de ato

infracional (ANDRADE, 2000; LIMA, 2009). Esse Código, embora tenha surgido para acompanhar as transformações sociais que se iniciaram a partir de 1927 (primeiro Código de Menores), ainda reproduziu o modelo conservador assistencial, preventivo e curativo. A criança e o adolescente não são sujeitos de direitos, mas objetos de intervenção, a fim de que se tornem adultos considerados “adequados”, cuja doutrina fundadora era a da “situação irregular” (BRASIL, 2006a).

Somente a partir da abertura política, nos anos de 1980, com as mobilizações sociais que criticavam as práticas coercitivas destinadas ao adolescente autor de ato infracional e reivindicavam transformações, é que se pôde vislumbrar uma nova perspectiva para a legislação direcionada à infância e à adolescência no Brasil. O Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua foi um exemplo de mobilização social que surgiu em 1985 e que militou na questão da criança e do adolescente em situação de vulnerabilidade social. Os movimentos sociais, como argumentado anteriormente, foram fundamentais para a redemocratização do Brasil e provocaram mobilizações em diversas categorias sociais, culminando na promulgação da CF, em 1988.

A partir do processo de redemocratização da sociedade brasileira, no final dos anos de 1980, e das mobilizações sociais, que se organizaram em busca de transformações legais, cujo objetivo era colocar as crianças e os adolescentes em sua condição de direitos, a legislação superou a doutrina de “situação irregular” e se inseriu na doutrina de “proteção integral”, passando a atribuir prioridade absoluta à criança e ao adolescente no âmbito das políticas públicas brasileiras (BRASIL, 2006a).

A prioridade absoluta é estabelecida pelo art. 227 da CF, o qual reafirma os direitos da criança e do adolescente como prioritários em todas políticas públicas, devendo lhes ser assegurados todos seus direitos como cidadãos, direitos de se desenvolver física, cognitiva, afetiva e culturalmente. Estabelecer prioridade para a criança e o adolescente nas políticas públicas exige uma articulação intersetorial das diversas áreas (educação, saúde, habitação, esporte e cultura, trabalho e renda, assistência social, entre outras). A finalidade é garantir que as crianças e os adolescentes se desenvolvam integral e plenamente em sua cidadania.

O ECA, instituído pela Lei 8.069, de 1990, regulamenta o art. 227 da CF e se afirma como resultado de um esforço coletivo dos diversos setores da sociedade organizada. Esse Estatuto revela-se um instrumento a favor de um projeto de sociedade que promove a igualdade de direitos, insere a criança e o adolescente nessa condição de

sujeito, assegurando e viabilizando a proteção integral dessa população no Brasil. Em seu art. 3º, o ECA estabelece que à criança e ao adolescente é facultado seu “desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”. E é dever da família, da sociedade e do poder público assegurar a absoluta prioridade para a efetivação de seus direitos à saúde, à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, à vida (BRASIL, 2012d).

O ECA estabelece um sistema de garantia de direitos, composto por um conjunto articulado de pessoas e instituições, Estado e sociedade civil. Seus eixos são Promoção (que se refere à formulação de políticas públicas); Defesa (que responsabiliza o Estado, a sociedade e a família pela defesa das crianças e dos adolescentes); e Controle Social (que se refere às articulações da sociedade para o controle das ações destinadas a essa população). A partir do ECA, desenham-se no cenário nacional novos rumos e diretrizes para ações com crianças e adolescentes, inserindo-os na condição de sujeitos em desenvolvimento e de cidadãos plenos de direitos.

O Estatuto rege sobre a garantia dos direitos da criança e do adolescente em aspectos que vão desde a proteção em situações de vulnerabilidade social ou de negligência; controle de entidades governamentais e não governamentais que atendem crianças e adolescentes; até envolvimento de crianças e adolescente em atos infracionais. Enfim, o ECA se torna um instrumento que contempla toda a ação de proteção, defesa e promoção de direitos às crianças e aos adolescentes, vislumbrando o controle social, definindo atribuições dos conselhos e tornando-se referência para toda política destinada a esse público.

O ECA contempla todas prerrogativas das normativas internacionais em respeito aos direitos humanos da população infanto-juvenil e define para o adolescente autor de ato infracional o cumprimento de medidas socioeducativas, como: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, semiliberdade e internação em estabelecimento educacional. A internação é estabelecida pelo ECA a partir dos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, não podendo exceder o período máximo de três anos.

As políticas atuais, destinadas às crianças e aos adolescentes, têm como foco prioritário a garantia de direitos humanos e de proteção integral, privilegiando a democratização das ações e garantindo o controle social pela população. A partir da CF e do ECA, tem-se garantido à população infanto-juvenil seu direito de cidadão e seu

pleno desenvolvimento biopsicossocial, sua proteção, considerando que é um sujeito em condição peculiar de desenvolvimento, bem como a prioridade absoluta no âmbito das políticas públicas.

No entanto, como já viemos apontando neste estudo, o aparato jurídico é um instrumento importante para a garantia dos direitos sociais à população, mas por si só não consegue efetivamente consolidar práticas pautadas nos direitos humanos. Ainda mais quando se tem um processo histórico de políticas autoritárias, não democráticas e higienistas, como é a história das políticas destinadas às crianças e aos adolescentes brasileiros, principalmente àqueles da classe pobre ou que têm outras vulnerabilidades associadas.

A partir do ECA, a atenção ao adolescente autor de ato infracional se configura como uma composição de estratégias e ações que envolvam o sujeito em atividades educativas e que contemplem as condições necessárias ao seu pleno desenvolvimento biopsicossocial. No entanto, desde sua promulgação, os grupos em defesa das crianças e dos adolescentes brasileiros têm empenhado esforços para fazer resistência aos grupos conservadores, que insistem em reproduzir as práticas autoritárias e higienistas com as crianças e os adolescentes pobres, utilizando-se do discurso do cuidado.

Segundo Rizzini e Rizzini (2004, p. 13), muitos dos desdobramentos das políticas, a partir do ECA, “são ainda marcados por ideias e práticas do passado”. As autoras fazem uma análise sobre as políticas de institucionalização infanto-juvenil no Brasil e destacam que as instituições do tipo internato e orfanato para crianças e adolescentes “saíram de moda” a partir dos avanços jurídicos do ECA e acabaram por colocar em suspensão a discussão sobre o tema. Essa suspensão, ao contrário de representar superação das práticas de institucionalização, só desencadeou uma falsa sensação de que o problema já estivesse resolvido em nossa sociedade e impediu a visibilidade da manutenção das práticas autoritárias de institucionalização das crianças e dos adolescentes pobres ou abandonados.

De acordo com Rizzini (2005, p. 14), “ao longo do século XIX as polícias provinciais exerceram o papel de apreender e distribuir os menores encontrados nas ruas pelas poucas instituições disponíveis para um segmento da população já percebido como incômodo à vida urbana”. Segundo a autora, no Brasil República, inicia-se a intervenção do Estado junto às crianças e aos adolescentes que cometiam ato infracional, “amparados pelo debate e pelas iniciativas internacionais um grupo de

homens da lei elegeram o ‘problema dos menores delinquentes’ como pauta de discussão e intervenção” (grifo da autora).

Assim, a delinquência juvenil assume assento no cenário político e passa a ser considerada um dos problemas a serem enfrentados pelas políticas públicas. No entanto, segundo Rizzini (2005), a perspectiva política era de controle social e reprodução da ordem. O próprio termo “delinquência juvenil” foi por muito tempo reproduzido na sociedade. Ele embasa as concepções deterministas de que o cometimento do ato infracional pelo adolescente é uma condição individual do sujeito e de incapacidade de controle das famílias, que deve ser enfrentada por meio da punição e da coerção como estratégia de intervenção.

Para Volpi (1997), o termo *delinquente juvenil* contraria o que se tem estabelecido juridicamente a partir do ECA, já que dota o adolescente de um estigma e pode reduzir suas possibilidades de ação, imprimindo a ele uma identidade que se resume ao ato infracional cometido: o bandido, o ladrão, o assassino. O termo *delinquência juvenil* reproduz a ideia de que essa é uma condição estável e individual, que necessita da ação autoritária do Estado para coibir sua continuidade. Tal concepção restringe a análise do envolvimento do adolescente com o ato infracional, por não considerar a dimensão multifatorial desse fenômeno e destitui do adolescente autor as possibilidades de se reconhecer no ambiente social, conhecer suas potencialidades e atuar como sujeito ativo e criativo.

A partir do ECA, tem-se preconizado que o adolescente que comete ato infracional não pode ser considerado um “criminoso”, um “delinquente”, já que a carga ideológica que esses termos possuem retira dele todas as possibilidades de se desenvolver plenamente. O uso desses termos estigmatiza o adolescente, define identidades como se fossem estáticas, e os problemas perdem sua dimensão multifatorial, tornando-se individuais aos sujeitos e às suas famílias. Para o presente estudo, optamos por utilizar o termo “adolescente autor de ato infracional”, a fim de reafirmar o sujeito ativo que existe na relação com a sociedade.

Para compreender a conjuntura atual das políticas destinadas aos adolescentes brasileiros autores de ato infracional, é imprescindível reconhecer que a história dessas políticas demarca uma transformação, no âmbito da lei, de práticas coercitivas e repressivas, calcadas na compreensão de que esses indivíduos se encontravam em situação “irregular”, para a produção de uma política democrática, na qual as crianças e os adolescentes são sujeitos de direitos e não meros objetos de intervenção autoritária

do Estado. A seguir, apresentamos o cenário atual das políticas destinadas ao adolescente que comete ato infracional no Brasil.

2.1.1. A proposta política atual destinada ao adolescente autor de ato infracional no Brasil

Na especificidade das políticas destinadas ao adolescente autor de ato infracional, destacamos outro instrumento jurídico, que surgiu no Brasil a partir do ECA, mas que não tinha a força de lei: a Resolução 119, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), de 2006, que institui um parâmetro referencial que compõe as Diretrizes do SINASE, referendando o já garantido pela CF e pelo ECA. O SINASE direciona e orienta a composição dos serviços e das práticas que se destinam a atender o adolescente em cumprimento de medidas socioeducativas (BRASIL, 2006a).

O SINASE se compõe por um conjunto de estratégias que orientam a aplicação das medidas socioeducativas na perspectiva das políticas de desinstitucionalização, buscando garantir superação dos modelos institucionalizados, hospitalocêntricos e manicomial, reproduzidos no sistema prisional e replicados no sistema socioeducativo. Vale lembrar que esse é um instrumento que, embora vigente desde 2006, só se tornou lei em 18 de janeiro de 2012 (a partir da Lei 12.594) e entrou efetivamente em vigor em abril de 2012, portanto, ainda bem recente no cenário político brasileiro.

A lei que regulamenta o SINASE tramitou na Câmara dos Deputados por quatro anos, por meio do Projeto de Lei 1627, de 2007. Como já argumentado neste estudo, concomitante a esse Projeto de Lei, houve uma discussão eloquente no Congresso Nacional sobre a redução da idade para a imputabilidade penal, a qual, segundo Lima (2009), dividiu opiniões: uma parcela defendendo a redução da maioria, pela necessidade de garantir a proteção da sociedade; e outra defendendo que essa redução não transformaria os problemas sociais decorrentes da violência e apenas reproduziria a violência entre os jovens brasileiros.

Ainda hoje essa discussão permanece no cenário nacional, reforçada pela mídia, que, a cada ato infracional cometido por um adolescente, realça esse fenômeno. Na atualidade, há um debate que divide opiniões e, inclusive, embasa propostas de emendas constitucionais que reivindicam a alteração da CF e do ECA: redução da maioria penal para 16 anos, aumento do tempo máximo de reclusão para cinco anos, entre outras.

Assim, ressaltamos que, embora a Lei que regulamenta o SINASE já tenha sido sancionada, a problemática do envolvimento de adolescentes com atos infracionais ainda divide grupos e segmentos sociais. A mídia e uma parcela da sociedade reproduzem compreensões que destacam o adolescente autor como não sendo responsabilizado pelo seu ato e consideram que o preconizado juridicamente pela CF, pelo ECA e pelo SINASE os protege. Por outro lado, há um grupo de defensores dos direitos humanos das crianças e dos adolescentes que argumenta que essa população não está isenta de ser responsabilizada pela infração cometida, mas que também necessita de proteção por parte do Estado, da sociedade e de suas famílias. Para esse grupo, os adolescentes autores são sujeitos de direitos em condição peculiar de desenvolvimento, aos quais devem ser asseguradas todas suas possibilidades de desenvolvimento biopsicossocial. Além do mais, esse grupo defende a ideia de que o sistema prisional não resolveu a violência entre os adultos, ao contrário os presídios têm se tornado inflados e têm reproduzido violência a cada dia mais. Portanto, consideram que não será pela redução da maioria penal que os problemas com a violência em nossa sociedade serão resolvidos.

Toda essa problemática explicita a difícil transição de uma política higienista, coercitiva e institucionalizante do adolescente autor de ato infracional para uma política de desinstitucionalização, como propõe o SINASE. Apesar de já garantida em lei, ainda há discussões sobre esses direitos, e vários pontos destacados no ECA e no SINASE ainda são controversos entre alguns segmentos sociais, suscitando diversas propostas de mudanças.

Apesar dessas controvérsias, é importante explicitar que as diretrizes estabelecidas pelo SINASE, a partir da Lei 12.594, são a referência jurídica a ser adotada pelos entes federados na atenção a ser ofertada ao adolescente autor de ato infracional. O SINASE foi idealizado com o intuito de transformar a realidade, muitas vezes, desumana em que se encontram os adolescentes autores de ato infracional, cuja diretriz visa concretizar o já determinado e assegurado pela CF e pelo ECA. É fruto de um trabalho articulado da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) em conjunto com o CONANDA e com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

O SINASE constitui-se um conjunto ordenado de princípios, regras e critérios, de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo, que envolve desde o processo de apuração de ato infracional até a execução de medidas socioeducativas.

Esse instrumento jurídico que regula o sistema nacional inclui os sistemas estaduais, distrital e municipais, bem como todas políticas, planos e programas específicos de atenção a esse público (BRASIL, 2006a).

Entre as diretrizes do SINASE, há a perspectiva política e pedagógica de considerar importante a participação social no atendimento que é dado ao adolescente em conflito com a lei. O objetivo é possibilitar a esse adolescente produzir nova significação de sua condição como sujeito de direitos. O SINASE propõe um conjunto de medidas que contempla a garantia da não violação dos direitos dos adolescentes em cumprimento de medidas, ao mesmo tempo em que possibilita a eles o desenvolvimento de conteúdos e práticas de formação humana.

Pelas diretrizes pedagógicas preconizadas no SINASE, o adolescente que está privado de liberdade deve ter assegurados todos seus direitos individuais e todas possibilidades de seu pleno desenvolvimento biopsicossocial. As unidades socioeducativas, embora sejam de natureza sancionatória (já que representam o sistema de responsabilização para o ato infracional cometido pelo adolescente), não devem se estruturar pelos modelos manicomial ou de reprodução de violência. Segundo o preconizado na Lei que regulamenta o SINASE (2012), nas unidades de internação, à sanção devem prevalecer as ações socioeducativas, ou seja, o sistema de responsabilização deve estar condicionado à formação de cidadania.

Com as diretrizes do ECA e do SINASE, podemos afirmar que a política destinada ao adolescente autor de ato infracional, na atualidade, é de desinstitucionalização, na qual a internação é medida socioeducativa excepcional. Ela é aplicada somente quando o ato infracional for caracterizado séria ameaça ou violência à pessoa, deve-se constituir um sistema de educação e não de punição e nem de reprodução de processos decorrentes da institucionalização.

Segundo Goffman (2001), a institucionalização dos sujeitos produz perda da subjetividade, destituição da autonomia, reprodução de comportamentos estereotipados e modelados pela rotina institucional, entre outros. Ao contrário, as diretrizes pedagógicas do SINASE (BRASIL, 2006, p. 37) assinalam que o adolescente deve exercer gradativamente sua autonomia e capacidade de escolhas, por meio das oportunidades de “participação na construção, no monitoramento e na avaliação das ações socioeducativas”. Está contida nessas diretrizes a importância de “que o adolescente ultrapasse a esfera espontânea de apreensão da realidade para chegar à esfera crítica da realidade”.

Complementando essa diretriz, podemos trazer as discussões de Vigotski (2010) quando se refere ao desenvolvimento da criança e do adolescente e o papel da educação. Para o autor, o adolescente necessita exercitar suas possibilidades em quatro linhas de desenvolvimento: 1. dos interesses; 2. do pensamento e da formação de conceitos; 3. das funções psíquicas superiores; e 4. da imaginação e da criatividade. Segundo Vigotski (2010), nesse processo dialético de relação com o contexto social – em que se articulam o físico, o mental, o psíquico, o biológico e o cultural –, em que há a mediação de um agente organizador desse ambiente, o adolescente avança em seu desenvolvimento e se apropria de seu espaço social e dos instrumentos culturais.

Portanto, as ideias de Vigotski (2010, p. 170-171) reafirmam a necessidade de que seja assegurado ao adolescente um ambiente que o permita exercitar esse processo dialético de interação, no qual em todo momento ele pode apropriar-se dos instrumentos culturais de forma ativa, como se evidencia nos argumentos do autor:

O processo de educação consiste em levar os alunos à elaboração de certo número de reações e outras formas mais complexas de comportamento. Para o sucesso desse processo é decisivo o fato da coincidência ou descoincidência da orientação dessas reações com aquela sobre a qual eles são chamados a agir. Se eu conservo na memória milhares de conhecimentos úteis, mas não posso usá-los no momento necessário e adequado, tais conhecimentos serão em mim um peso pesado e não só não serão úteis no comportamento como ainda trazem um evidente prejuízo por ocuparem espaço e não permitirem o estabelecimento e a elaboração de outras reações menos ricas, porém mais verdadeiras pelo sentido.

De acordo com o proposto pelo SINASE (BRASIL, 2006, p. 37), considerando que a socioeducação deve sobrepor à sanção, o adolescente em cumprimento de medida de internação precisa exercer a participação social na unidade, ser convocado a agir de forma autônoma. Será nesse exercício que o adolescente, como sujeito social, se apropriará “da responsabilidade, da liderança e da autoconfiança”. Apesar dessas diretrizes, na prática, conforme assinala relatório de Pesquisa Nacional de Levantamento do Atendimento Socioeducativo (BRASIL, 2010), o que se configura dentro das unidades de internação é um modelo ainda pouco educativo e reprodutor do sistema prisional institucionalizado.

Os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de privação de liberdade muitas vezes vivenciam processos de violência com os socioeducadores e entre seus pares. A esse respeito, fazemos referência a uma pesquisa desenvolvida com

adolescentes autores de ato infracional que estavam cumprindo medidas de internação na cidade de Porto Alegre. Ela apresenta dados de que o adolescente privado de liberdade vivencia na medida de internação uma condição de “prisão, manicômio, castigo e segregação, o que fica evidente através das práticas do uso de medicação psiquiátrica como forma de contenção, isolamento como punições a comportamentos considerados inadequados, bem como a falta de atividades e de atendimentos técnicos” (CASTRO; GUARESCHI, 2008, p. 205).

Segundo Castro e Guareschi (2008), os próprios adolescentes em medidas de internação não conseguem compreender seu processo judicial, os discursos são inacessíveis a eles e não fazem o menor sentido, não se configurando, portanto, uma medida de educação, mas apenas de punição. Para os autores, pode-se, inclusive,

[...] ir mais além: o modo como [os adolescentes] significam os discursos institucionais encontrados nos processos judiciais aponta para uma ideia de serem construídos como de “difícil prognóstico, irrecuperáveis, de comportamento agressivo e desafiador”. Discursos institucionais que produzem, muitas vezes, o agravamento da situação do adolescente e a determinação da privação de liberdade (CASTRO; GUARESCHI, 2008, p. 206, grifo dos autores).

Nesse sentido, compreendemos que, embora o SINASE tenha sido referência desde 2006, sua aplicação pelos entes federados veio se configurando de forma contraditória em todo o país. A transformação em lei só ocorreu em 2012. Portanto, podemos assegurar, embasados na própria história da política da Reforma Psiquiátrica brasileira (que já é mais antiga e ainda hoje enfrenta desafios), que as diretrizes preconizadas pelo SINASE ainda não foram implementadas. Os adolescentes autores de ato infracional ainda não contam com um sistema de responsabilização que efetivamente oportunize a eles mudanças positivas em suas vidas. Ao contrário, o que este estudo revela é que se tem produzido nessas unidades um modelo de sistema de responsabilização calcado na coerção e nas técnicas de disciplinamento, ao invés de estratégias de formação humana.

Em consonância com toda a problemática existente para a efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira, as diretrizes do SINASE enfrentam as mesmas dificuldades: uma prática histórica de políticas excludentes e autoritárias difícil de ser transformada em política de direitos sociais e de garantia de cidadania. Além do mais,

comparativamente ao tempo de existência dessas políticas como lei, o SINASE ainda é bem mais recente que a política da Reforma Psiquiátrica. Indica, portanto, que, talvez o seu percurso ainda seja mais longo, já que muito do que está preconizado legalmente ainda necessita ser estruturado metodologicamente.

O presente estudo, ao abordar a política do SINASE e as significações que estão sendo construídas entre importantes atores sociais no estado do Tocantins, pode revelar quais são os avanços que a lei do SINASE trouxe para a execução das medidas socioeducativas, bem como pode apontar os impasses e os possíveis caminhos que devem ser traçados para a efetiva implementação de um sistema socioeducativo justo e democrático, que possibilite aos adolescentes o pleno desenvolvimento biopsicossocial e a significação do seu viver.

Produzir políticas públicas que assegurem direitos sociais, em uma lógica inversa à reprodução social de exclusão daqueles que não se adaptam à ordem, é o que tem permeado o cenário político atual. A sociedade a todo o momento tem sido convocada a repensar suas práticas reprodutoras de preconceito e estigmas sociais. No caso dos problemas relacionados ao envolvimento dos adolescentes com o ato infracional, esse é o mote: todos os envolvidos na execução da política de medidas socioeducativas, bem como na atenção destinada ao adolescente têm sido obrigados a repensar o seu fazer e a construir estratégias que efetivamente possibilitem ao adolescente autor de ato infracional ampliação de sua participação social e sua inclusão no cenário político brasileiro como sujeito de direitos.

No entanto superar uma prática histórica de estigmatização não ocorre de forma fluida, até porque as infrações cometidas pelos adolescentes não são uma invenção social, são realidade. A sensação de que a sociedade está desprotegida perpassa todo o âmbito social e serve como base de sustentação para os discursos hegemônicos de poderes externos, que tendem a reproduzir o modelo excludente em que o adolescente autor passa a ser considerado o maior vilão do sistema social. Não desconsiderando o fato de que o adolescente que comete um ato infracional precisa ser responsabilizado pelo que fez e de que a sociedade sente-se ameaçada diante da violência cada vez maior, ressaltamos que a compreensão dessas realidades deve superar o dualismo racional que sustenta as discussões. Na perspectiva dualista, prevalecem os direitos individualistas ou corporativistas, em que ou se é vítima ou se é culpado. É necessário se apropriar de toda a complexa dimensão que envolve os

problemas relacionados ao envolvimento dos adolescentes com o ato infracional na sociedade brasileira.

O que este estudo pretende é apresentar uma análise crítica dessa realidade, apontando o atual momento da execução da política de atenção ao adolescente autor de ato infracional no Tocantins, bem como as possibilidades de transformação social rumo à efetiva garantia de direitos humanos ao adolescente autor. Os significados que serão apresentados apontam para importância da sanção da lei como impulso para a mudança, como também para a premente necessidade de que sejam implementadas políticas complementares que cumpram o papel de contribuir com a transformação social.

Na análise que apresentaremos a seguir, temos a nuance de como tem sido produzida a atenção ao adolescente autor de ato infracional no estado do Tocantins. Os diversos sujeitos participantes deste estudo, representantes dos Operadores do Direito e dos Profissionais Executores, trazem significações que traduzem o espaço social que tem sido destinado aos adolescentes autores de ato infracional no Estado.

2.2. Os significados da desinstitucionalização do adolescente autor de ato infracional, apreendidos entre os Operadores de Direito e os Profissionais Executores

A seguir, apresentamos alguns núcleos de significação que permitem compreender a atenção que tem sido dispensada ao adolescente autor de ato infracional no estado do Tocantins. São significados que foram apreendidos a partir de uma análise do lugar de quem fala, ou seja, de dois grupos de participantes: os Operadores do Direito e os Profissionais Executores.

2.2.1. Operadores do Direito e os significados construídos a respeito da Lei que regulamenta o sistema socioeducativo

Os significados apreendidos entre esse grupo de participantes são considerados de importante representatividade para este estudo. São significações construídas entre sujeitos que, em sua prática profissional, exercitam o poder de estabelecer e reivindicar o tipo de atenção que deve ser ofertada ao adolescente autor de ato infracional, bem como de exigir que sejam cumpridas as determinações legais. A seguir, apresentamos as significações apreendidas.

2.2.1.1. “A execução da medida era um limbo jurídico”

Entre as significações apreendidas, a que mais realça nesse grupo como sendo comum a todos os sujeitos são as de que a sanção da Lei 12.594 representa um avanço para a aplicação das medidas socioeducativas no país, por possibilitar a padronização das ações entre todos os envolvidos.

Para os Operadores do Direito, a Lei do SINASE é significada como importante instrumento de orientação e padronização da aplicação das medidas socioeducativas principalmente por contribuir com a superação de práticas personalistas, que, segundo eles, era o que compunha o cenário político nesse campo antes da sanção dessa Lei.

As falas abaixo são exemplos de significações que ratificam a importância desse instrumento jurídico como recurso para que as práticas na aplicação das medidas se tornem menos subjetivas e mais consonantes com o projeto político do SINASE.

Eu acho que ela [a Lei do SINASE] veio assim, hoje em dia eu vejo com muito bons olhos, porque principalmente **a execução da medida era um limbo jurídico, ninguém sabia o que fazer, cada um fazia de um jeito** e agora ela veio para regulamentar (Sérgio, promotor).

Então, [a lei do SINASE] traz uma responsabilidade maior para a execução, mas um parâmetro também que facilita muito essa execução, **porque antes nós não tínhamos esse parâmetro, e aí a gente percebe que cada um fazia como bem entendia, virava um código de menores, digamos assim**, porque você não tinha parâmetros. [...] A gente percebe que a utilização do ECA pelos profissionais ainda é muito inconsistente, até hoje, entre os operadores, defensores, professores, todos os profissionais. O Estatuto já trouxe esse avanço da proteção integral, aí **quando você vê na prática cada colega chegando na execução da medida socioeducativa de uma maneira diferente é bastante preocupante**. Então, o SINASE, nesse aspecto, veio normatizar a execução das medidas socioeducativas, o que é muito importante (Abadia, promotora).

É uma lei que ainda vai depender de bastante trabalho para ser colocada em execução, **ela traz uma série de inovações e exigências que até então não existiam e que agora são de caráter obrigatório**, já que se tornaram lei. Mas tem a virtude de unificar e padronizar a execução das medidas socioeducativas, porque a grande dificuldade que a gente observou, inclusive dentro do FONAJUV [Fórum Nacional dos Juizados Especiais], que é composto por um representante de cada Estado da Federação, é que **cada Estado tinha um sistema próprio, um fazia a execução de uma forma, outro fazia de outro**. Então, alguns juízes encaminhavam a própria execução, outros encaminhavam a execução por precatória. **Era**

aquela coisa, assim, sem nenhuma rotina, sem nenhum parâmetro, que, se houvesse a necessidade de cumprir a medida em outro Estado, era uma grande dificuldade, **ninguém se entendia, cada um tinha o seu sistema.** Então a grande virtude da nova lei do SINASE eu acho que seria, vai ser a padronização da execução (Janete, juíza).

Pelas falas, podemos argumentar que um dos grandes avanços na sanção da Lei do SINASE, reconhecido pelos Operadores do Direito, é efetivamente a regulamentação e a padronização das ações e a obrigatoriedade imputada a todos responsáveis pela sua execução. Devemos ressaltar que esses significados parecem ser produzidos apenas a partir da sanção da Lei, embora o SINASE exista como diretriz desde 2006. As afirmações de que a Lei traz “inovações e exigências que antes não existiam” e de que “antes na tinham parâmetros, cada um fazia como bem entendia” sugerem que os parâmetros que foram publicados em 2006 não geraram significados de que as práticas precisariam ser transformadas. Parece ser apenas a sanção da Lei, em 2012, que veio produzir, entre os Operadores do Direito, essa significação de que as ações deveriam ser repensadas, de que existem novidades na atenção ao adolescente autor e de que elas precisarão ser regularizadas e padronizadas em todo o país.

Para os Operadores do Direito, é com a sanção da Lei que começarão a se estruturar as ações, para que a aplicação do SINASE se concretize e para que seja possível avaliar as proposições legais e reconhecer a efetividade da política. A fala abaixo exemplifica essa compreensão.

Juridicamente eu penso que é um parâmetro a se seguir. Eu não costumo dizer que uma lei é boa ou ruim, **a gente só vai saber se ela é boa ou ruim quando nós tivermos aplicação do SINASE.** Ainda bem que ele veio, porque antes você não tinha uma lei de execução para as medidas socioeducativas, **você não tinha parâmetros a serem seguidos.** Então o que se tinha? **Cada um fazia com base no “achismo”, “ah, eu acho que tem que ser assim”, “eu acho que tem que ser assado”, e assim caminhando e às vezes jurisdicionando a execução** de medidas socioeducativas, retirando isso do poder Executivo e levando para o poder Judiciário. Acho que o SINASE vem expressamente suprimir essa atuação do poder Judiciário, inclusive mandando remeter todos os programas, às instituições governamentais e não governamentais, que estejam a cargo do poder Judiciário. **Eu acho que isso é um avanço muito grande porque você acaba estabelecendo o papel de cada um dentro do sistema.** E aí, se a lei é boa ou ruim, penso eu que a gente só vai conseguir aferir isso com o tempo de aplicação da lei (Tânia, juíza).

A fala reporta ao art. 83 da Lei do SINASE, que determina o prazo de um ano para que os programas de atendimento socioeducativo, que estejam sob responsabilidade do poder Judiciário, sejam, “obrigatoriamente, transferidos ao poder Executivo”, respeitadas as competências de cada esfera. O art. 85 dessa Lei adverte, ainda, que a não transferência dos programas aos devidos entes responsáveis implicará em interdição do programa e caracterizará “improbidade administrativa do agente responsável”, sendo inclusive vedados os financiamentos (BRASIL, 2012a, p. 244). Pelo fala apresentada, verificamos que essas especificidades da Lei são reconhecidas como avanço, já que obrigam a cada ente do sistema o reconhecimento de seu papel, atribuindo ao poder Judiciário suas especificidades de atuação e exigindo do gestor público do Executivo o cumprimento de suas obrigações.

Embora essas determinações sobre o papel de cada esfera na medida socioeducativa já existissem como proposta desde a publicação das diretrizes do SINASE, em 2006, é com a Lei (que obriga que sejam remetidos os programas para os seus respectivos entes de responsabilização) que os Operadores do Direito se sentem assegurados de que o papel de cada instância de governo será cumprido.

As significações que se evidenciam na fala reforçam a importância do instrumento legal para que se possa ter a mínima garantia de que as práticas sejam construídas em parâmetros, para que os “achismos” sejam superados, as decisões subjetivas sobre o fazer de cada ator sejam minimizadas e os direitos dos adolescentes assegurados.

Esses significados, ao mesmo tempo em que traduzem a importância do instrumento jurídico para a atuação dos Operadores do Direito, revelam que a ausência dele, como poder de lei, produz práticas assentadas em concepções individuais e em valores construídos pela experiência singular de cada ator social, já que os Parâmetros do SINASE, publicados em 2006, não conseguiram produzir novas significações. Por outro lado, revelam uma compreensão idealizada de que a lei por si só produzirá mudanças necessárias para que as ações personalistas se extingam. Como já apresentado no capítulo 1, em que ficou demarcada a presença do personalismo na política da Reforma Psiquiátrica (que já tem mais de 12 anos da sanção da Lei), podemos afirmar que a transformação de práticas individualistas não ocorre apenas pela sanção de leis.

As sanções de leis podem gerar articulações de novas forças externas de manutenção do *status quo* de uma ordem já estabelecida. Desde a promulgação do ECA, tem-se estabelecido que aos adolescentes autores de ato infracional devem ser

garantidas medidas de caráter eminentemente pedagógico e educativo, e não como pena de cunho repressivo e punitivo. No entanto, como não se estabeleceram detalhes sobre a execução das medidas socioeducativas, tais diretrizes acabaram não sendo cumpridas em sua integralidade e com ações personalistas prevalecendo ao que determina a lei. Embora o ECA regule as políticas destinadas às crianças e aos adolescentes desde 1990, ainda hoje não podemos afirmar que as determinações são critérios de decisão entre todos que atuam no campo, e, muito menos, que haja consenso sobre essas determinações.

Os significados apreendidos revelam a presença ainda marcante, na aplicação e na execução das medidas socioeducativas, de práticas personalistas se sobrepondo às diretrizes legais ou aos parâmetros nacionais e, muitas vezes, reproduzindo o modelo da institucionalização em detrimento da desinstitucionalização proposta.

A fala abaixo é um exemplo dessa personalização das ações dos Operadores do Direito e demarca que esse grupo de participantes reconhece a prevalência das condições subjetivas sobre o fazer e a avalia como sendo um impasse para a implementação do SINASE.

Aí fica na personalização. E aí quando a pessoa sai da comarca como é que fica? Como é que vai ficar essa personalização das ações? E isso é ruim, isso é péssimo, o que eu preciso são de políticas públicas que estejam atuando efetivamente. [...] a gente tem isso muito crescente não só... acho que é no Brasil inteiro isso, é, **porque se for a pessoa, fulano, que estiver à frente a coisa anda, mas se tirar fulano.** E a gente precisa ter isso como política pública, não como algo de um gestor específico, de alguém que veio iluminado e conseguiu fazer funcionar, não é muito isso. É assumir acho que realmente criança e adolescente como prioridade absoluta para que haja eficácia dessas políticas e essa articulação, porque as pessoas acabam trabalhando em ilhas (Tânia, juíza).

Pelo exposto, podemos afirmar que a sanção da Lei tem como principal significação para os Operadores do Direito a possibilidade de se extinguir o personalismo na execução. A exigência de que a Lei seja cumprida de forma padronizada em todo o país e em todas as instâncias de governo gera significados que remetem à compreensão de que esse instrumento jurídico estabilizará a execução e poderá padronizá-la.

As significações produzidas entre os Operadores do Direito ressaltam a importância da Lei 12.594 e o avanço que ela dá ao adentrar em detalhes do

acompanhamento das medidas socioeducativas, que, segundo esse grupo de participantes, o ECA não contemplou. A fala abaixo exemplifica essa ideia.

[...] porque o ECA... ele era mais ou menos claro na fase de conhecimento, até você ter a sentença, não, está aqui a sentença, “você vai pra internação, você vai pra semiliberdade”. Só que, e como que é a internação? Como que funciona a semiliberdade? Ali que começavam os problemas. **Então, acho que o SINASE veio pra resolver essa grande lacuna.** [...] As dificuldades já foram superadas com essa lei. Eu acho que ela veio para acabar com as dificuldades no campo prático. **O que antes era uma antinomia jurídica, uma lacuna enorme, hoje não tem mais lacuna.** [...] A Lei veio para deixar claro como o juiz e o promotor devem atuar na execução da medida socioeducativa (Sérgio, promotor).

Essa compreensão evidencia o reconhecimento da Lei do SINASE como significando instrumento efetivamente normatizador, já que estabelece detalhes da execução, reconhecidos por esse grupo de participantes como fatores que garantirão a padronização. Por outro lado, a Lei do SINASE parece ser significada como sendo a novidade que “resolverá” os problemas da execução, que preencherá a “lacuna” e eliminará a “antinomia jurídica”. Essa significação parece se ancorar em uma visão puramente legalista da execução, produzindo uma compreensão de que a lei extirpa toda subjetividade da execução e todas possibilidades de articulações de forças poderosas externas de manutenção do poder instituído.

São significações que podem desprezar todas dificuldades práticas de implementação de um projeto político construído em um modelo estruturado em bases democráticas e de direitos humanos, mas assentado em práticas autoritárias e reprodutoras da manutenção da ordem social.

Devemos fazer a ressalva de que significações como essas podem produzir entre os Operadores do Direito a falsa ideia de que não há necessidade de se discutir e dialogar sobre a execução das medidas socioeducativas, já que a Lei deixa claro como fazer, cabendo apenas garantir seu cumprimento. Essa ideia pode referendar as estratégias de judicialização, como forma de garantir a execução. Além do mais, esses significados parecem desconsiderar toda complexidade que envolve os problemas relacionados ao ato infracional cometido por adolescente em nossa sociedade, podem reforçar a falta de diálogos interdisciplinares e intersetoriais, bem como podem incrementar a passividade dos diversos atores do sistema, principalmente daqueles que se encontram em condições subjugadas ao poder Judiciário.

Embora, como já destacamos anteriormente, os instrumentos jurídicos por si só não poderão produzir práticas efetivamente democráticas e não excludentes, serão, inevitavelmente, o primeiro passo em direção à transformação e à garantia de direitos humanos aos adolescentes que estão cumprindo medidas socioeducativas. Para os Operadores do Direito, é o aparato jurídico que dá o tom de sua atuação. Se a lei é clara sobre como se deve fazer, cabe a eles exigir seu cumprimento. O aparato jurídico é a base necessária para que se inicie um processo de mudança, mas o fazer diferente depende de diversos outros fatores, como: disseminação da nova proposta entre os diversos segmentos sociais, constante resistência aos poderes instituídos e desvelamento de novas bases de poderes externos de manutenção da ordem social.

A fala abaixo representa o quanto a implementação da Lei exigirá de todos os envolvidos na execução das medidas socioeducativas readequação e reflexão constante sobre as práticas já estruturadas.

Eu estou sem o SINASE agora para falar dos artigos específicos, mas quando eu li, é, principalmente, a questão das avaliações anuais, daquela reunião, aquilo eu acho que seria muito interessante. Mas na prática, **na maior parte dos lugares não se faz o mínimo**, quanto mais chegar-se ao ponto de fazer esse tipo [de avaliação]. **Porque a avaliação que consta ali seria o ideal de um sistema que tivesse muito harmônico, e o nosso sistema ainda está engatinhando.** Agora que foi um avanço enorme, sem dúvida, principalmente para o básico da atuação do juiz, do promotor, do defensor. A valorização da Defensoria Pública é importante na execução da medida socioeducativa (Abadia, promotora).

Essa fala parece remeter ao Capítulo 5 da Lei 12.594, que regulamenta a avaliação e o acompanhamento da gestão do atendimento socioeducativo e prevê avaliações periódicas, ao menos trienais, da União em articulação com os estados, o Distrito Federal e os municípios. O objetivo “é verificar o cumprimento das metas estabelecidas e elaborar recomendações aos gestores e operadores dos sistemas” (BRASIL, 2012a, p. 213). A regulamentação dessa avaliação periódica prevê que haja autoavaliação dos gestores e das instituições de atendimento, avaliação institucional externa, participação do corpo de funcionários e dos Conselhos Tutelares, bem como a garantia do “caráter público de todos os procedimentos, dados e resultados dos processos avaliativos” (BRASIL, 2012a, p. 215). Tais exigências, preconizadas na Lei do SINASE, podem trazer para os envolvidos na execução política do sistema

socioeducativo dificuldade de visualizar esse novo fazer, já que o regulamentado pela Lei é bastante divergente do que se tem estabelecido como prática.

Uma proposta de avaliação do sistema socioeducativo como um todo, que contemple a participação de vários sujeitos envolvidos na política, vai produzir, se não insegurança, ao menos dificuldade de compreender como será possível fazer o que se preconiza. A história de execução da política de responsabilização do adolescente autor demarca uma estrutura que foi organizada de forma a reproduzir o modelo autoritário de instituições totais, na lógica dos presídios, em que os adolescentes se tornam seres assujeitados ao sistema de justiça.

A fala abaixo é mais um exemplo de que a lei tem obrigado os Operadores do Direito a refletir sobre o seu fazer, ao mesmo tempo em que tem produzido em seus discursos uma contradição emanada do confronto entre o que a Lei dispõe e o que se tem constituído historicamente como prática.

Outra situação que **eu acho complexa demais pra se realizar e que eu quero ver como é que nós vamos adequar e eu até comentei em uma entrevista que eu dei é a visita íntima ao adolescente**. Então, chega a ser até uma contradição, porque você não pode permitir o sexo do adolescente [na unidade] e aí você tem que permitir que, se ele é um adolescente iniciado sexualmente, que tenha uma namorada, que tenha uma companheira. Às vezes, essa namorada e companheira também são adolescentes. Então, e se é uma adolescente de 14 anos, que está namorando um rapaz de 16, que está privado de liberdade, ele tem direito a visita íntima? Como que vai funcionar na cabeça de adolescente uma situação dessas? **E está regulamentado, o sistema tem que providenciar a visita íntima**. É claro que a gente vai ter que ver cada caso, analisar as situações, mas é complexa a execução para ser administrada (Abadia, promotora).

É evidente, a partir da fala acima, a desestabilização que a sanção da Lei do SINASE provocou na execução das medidas socioeducativas. E, contraditoriamente, ao discurso do “agora a gente tem descrito sobre como fazer”, há, inevitavelmente, a necessidade de se transformar o que já está consolidado como prática. Como exemplo, pode-se citar o uso autoritário do cerceamento do adolescente e a reprodução nas unidades de internação de um modelo ideológico de cuidado em que quem sabe o que é melhor para o adolescente autor de ato infracional é o Estado.

O repensar sobre as práticas já estabelecidas parece ser uma consequência direta desse instrumento jurídico (a Lei do SINASE), já que, como argumentado pela promotora, o sistema socioeducativo não é “harmônico” e ainda está “engatinhando”.

Além do mais, contempla direitos que não são reconhecidos, entre todos atores sociais da execução, como de pertença aos adolescentes autores de ato infracional.

A Lei 12.594 (BRASIL, 2012a, p. 239), no Capítulo 6, art. 68, assegura ao adolescente privado de liberdade, “casado ou que viva comprovadamente em união estável o direito à visita íntima”. No entanto esse direito assegurado em lei ainda produz, entre os Operadores do Direito, significações contraditórias, nas quais impera o olhar adultocêntrico, a reprodução dos tabus sexuais constituídos historicamente e o poder mantenedor da ordem social instituído pelo Estado.

Esses significados parecem ser construídos a partir das condições objetivas de um sistema realmente desarticulado, cujas práticas se consolidaram em perspectivas personalistas e vêm historicamente reproduzindo um modelo de atenção paralelo ao sistema prisional, em que as regulamentações do ECA foram compreendidas como “antinomia jurídica” e não conseguiram normatizar e padronizar o fazer.

Na ausência de condições objetivas para a execução (pouca descrição legal sobre como fazer), os significados sobre as medidas socioeducativas se constroem prioritariamente embasados nas condições subjetivas de cada ator social. Elas se compõem por valores e crenças pessoais ou de um determinado grupo social e permitem que forças externas poderosas se mantenham ou se reestruturem em novas bases, reproduzindo práticas excludentes e autoritárias consolidadas sócio-historicamente.

O direito à visita íntima, assegurado na Lei, imputa aos Operadores do Direito uma revisão de seus conceitos. Historicamente tem sido atribuída aos adolescentes uma condição de “vir a ser o futuro do país” e não uma compreensão de que são cidadãos da atualidade, que têm direitos de voz e participação social e que, embora não possam responder integralmente por determinados atos, têm a capacidade do exercício de sua autonomia. E, muitas vezes, já vivenciam em seu habitat social uma situação conjugal em que passa a constituir família, mormente os adolescentes de classe social pobre.

Dessa forma, podemos afirmar que a Lei do SINASE, embora tenha gerado entre os Operadores do Direito uma compreensão de que ela será o instrumento que padronizará as práticas e estabilizará o fazer de cada um dos agentes envolvidos, efetivamente produziu como consequência direta a desestabilização das práticas, já que obriga os Operadores do Direito à reflexão e à transformação de um fazer consolidado historicamente. Por produzir essas reflexões entre esse grupo de participantes, podemos argumentar que apenas a sanção da Lei já é um fator de extrema relevância e já trouxe mudança significativa. É somente ao vislumbrar a obrigatoriedade do cumprimento de

algumas diretrizes, antes não aplicadas e nem sequer pensadas, que os questionamentos sobre o como fazer começam a emergir.

Segundo argumentos dos Operadores do Direito, a “antinomia jurídica” que a Lei do SINASE elimina está assentada nos detalhamentos sobre o como fazer. Entre os detalhes da Lei do SINASE que são reconhecidos como reguladores das práticas, há o destaque à possibilidade de se suspender a medida socioeducativa nos casos de adolescentes com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, para que o adolescente receba o tratamento adequado. A fala abaixo exemplifica essa argumentação.

Ela [a Lei do SINASE] expressa falando da suspensão da execução da medida enquanto o adolescente se trata de álcool e drogas. **Antes não era nada expresso, tudo muito, assim, a gente tentava usar um pouco o bom senso.** Agora a lei diz como é que é entendeu, agora tem procedimento na lei. É bom! (Sérgio, promotor).

Essa fala reporta à seção dois do Capítulo 5, “Da Atenção Integral à saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa”, § 4º da Lei 12.594, a qual determina que, “excepcionalmente, o Juiz poderá suspender a execução da medida socioeducativa, ouvidos o Defensor e o Ministério Público, com vistas a incluir o adolescente em programa de atenção integral à saúde mental que melhor atenda aos objetivos terapêuticos estabelecidos para o seu caso específico” (BRASIL, 2012a, p. 238). No entanto vale ressaltar que, conforme já apresentado no primeiro capítulo deste trabalho, como as significações sobre o tratamento da dependência química reportam prioritariamente ao tratamento hospitalar e/ou segregatório, a fala apresentada indica uma compreensão da excepcionalidade da suspensão da medida socioeducativa para o tratamento na internação e não no CAPSad.

O § 7º, no Capítulo discriminado anteriormente, reafirma a importância de que a Lei da Reforma Psiquiátrica seja considerada ao se avaliar a suspensão da execução da medida, já que determina que o “tratamento a que se submeterá o adolescente deverá observar o previsto na Lei 10.2016” (BRASIL, 2012a, p. 238).

No entanto a significação é de que o tratamento se dá pela internação. Tal significação reporta às discussões já produzidas neste estudo a respeito da intervenção autoritária por parte do Estado no tratamento ofertado ao adolescente que tem necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, principalmente se ele pertencer à classe pobre e/ou se tiver envolvimento com ato

infracional. A sociedade, de um modo geral, tende a considerar o adolescente como objeto de intervenção do adulto e a reconhecer como causas para os delitos a pobreza das famílias e o fracasso delas em cuidar de suas crianças e seus adolescentes.

Com essas significações, o adolescente autor, que está sob a responsabilidade do Estado em medida socioeducativa, acaba sendo facilmente retirado do convívio com suas famílias e com sua comunidade e inseridos em instituições de privação de liberdade sob o discurso do cuidado. A esse respeito apresentamos mais uma significação apreendida.

2.2.1.2. “A família já entregou há muito tempo para Deus o seu filho, ou para a Justiça”

Outra significação apreendida entre os Operadores do Direito que merece análise é a compreensão de que os adolescentes envolvidos com o ato infracional, principalmente aqueles que fazem uso de álcool e outras drogas, são objeto de intervenção única do Estado. Muitas vezes, as próprias famílias, principalmente as que estão em condição de maior vulnerabilidade social, não sabem como lidar com seus filhos e filhas adolescentes envolvidos com o ato infracional e/ou que têm necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A fala, exposta na sequência, é um exemplo de como as famílias têm sido compreendidas pelos Operadores do Direito e de como eles têm significado a intervenção do Estado como sendo o recurso que poderá auxiliá-las na transformação do comportamento de seus filhos e filhas adolescentes.

[...] porque os pais eles simplesmente, muitas vezes, é como se abrissem mão, “não, eu não tenho só ele”. Eu já ouvi uma mãe aqui, “doutora, eu não tenho só ele, eu tenho mais sete. Se eu vou dedicar pra cuidar só dele, os outros sete, o que eu faço com eles?” De você tentar sensibilizar essa família para que acompanhe a execução da medida desse adolescente, isso não é tarefa fácil, não é! (Tânia, juíza).

[...] a família já entregou há muito tempo... pra Deus, digamos assim, o seu filho, ou para a justiça ou para alguém! (Abadia, promotora)

Com essas significações, podemos afirmar que a medida socioeducativa de internação nem sempre está sendo aplicada em função especificamente da gravidade do delito, conforme prevê o ECA, mas também em função da falta de condição das famílias

em cuidar do adolescente. Muitas vezes solicitam ao juiz que ele determine a internação, porque elas não conseguem mais estabelecer limites.

Com esses significados, os Operadores do Direito acabam tomando para si a responsabilidade pelo adolescente autor de ato infracional e determinam a internação como recurso para o afastamento do adolescente do ambiente em que ele fica suscetível ao uso das drogas e/ou ao cometimento do ato infracional. Esse ambiente é significado por esse grupo de participantes como ausente do pátrio poder, em que a família “abre mão” ou “entrega para Deus”, “para a justiça, ou “para alguém”. São significações que sugerem que, apesar de estar determinado em Lei que a internação seria o último recurso a ser acionado (tanto no caso de saúde mental, quanto no caso do envolvimento com ato infracional), ela tem sido utilizada como forma de prover suporte às famílias, sob a alegação de proteção e cuidado aos adolescentes. As falas abaixo são exemplos dessas significações.

Têm adolescentes que a internação [no sistema socioeducativo] não seria adequada, mas por falta de uma estrutura de um tratamento drogadício (sic), acaba por ser a adequada (Vânia, defensora).

O que nós temos hoje cruel, eu acho, da sociedade, e que é uma realidade na maior parte dos internos é a droga. Então, **muitas vezes, essa internação está sendo também uma forma de estar distante da droga.** Ele passa várias vezes as crises de abstinência dele dentro da unidade de internação. Por isso nós temos psiquiatra que está dando um acompanhamento e tudo mais. (Abadia, promotora).

Algumas vezes a execução da medida socioeducativa de privação de liberdade tem sido significada nesse grupo de participantes (que representa os Operadores do Direito) como a única possibilidade de resolução dos problemas decorrentes do uso de drogas pelos adolescentes. Além disso, os recursos da internação hospitalar psiquiátrica ou em Comunidades Terapêuticas têm sido acionados, pelos Operadores do Direito, como estratégias para que o adolescente faça o tratamento obrigatoriamente. Utilizam-se seu poder de atribuir sanção ao delito cometido, obrigando o tratamento em instituições de internação, sob a justificativa do cuidado. A fala que se segue exemplifica essas análises.

[...] talvez eu tenha feito alguma coisa errada, mas se fiz foi com a intenção de fazer o certo, não foi de fazer o errado, e até mesmo de

tentar recuperá-lo. E aí ele [o adolescente] estava aqui numa audiência, eu falei assim, “olha, é o seguinte: **ou você vai pra a [nome da Comunidade Terapêutica] ou eu vou ter que te internar [no sistema socioeducativo]**, você vai ter que ir pra internação”. Aí ele virou e falou assim, “mas eu não quero ir pra essa [nome da Comunidade Terapêutica]”. Eu falei, “**mas vai, você vai, você vai se tratar, porque você é um jovem, tem uma vida toda pela frente**”. E lá na [nome da Comunidade Terapêutica] eles exigem que faça uma carta dizendo que quer participar. E aí ele falou assim, “mas eu não vou fazer essa carta”, eu disse “não tem problema, **a gente arruma alguém que faça pra você, eu só quero que você assin**”, **aí ele foi e assinou, ele ficou um ano lá** (Tânia, juíza).

Esses significados, embora denotem presença engajada da juíza na tentativa de auxiliar o adolescente, indicam que ainda permanece, na esfera da execução das políticas destinadas aos adolescentes autores de ato infracional, principalmente àqueles que são pobres, uma compreensão de que a intervenção autoritária por parte do Estado será o único recurso que possibilitará a esses sujeitos sua transformação, ou seja, será com a internação obrigatória do adolescente que ele modificará seu comportamento e se adequará às normas que regem a vida em sociedade.

A esse respeito destacamos os argumentos de Reghelin (CFP, 2010b, p. 53), em um debate organizado pelo Sistema Conselhos de Psicologia, que aborda a questão da inimputabilidade penal aplicada ao sujeito que, por algum transtorno mental, retardo ou desenvolvimento mental incompleto comete um crime, mas, pela especificidade de sua condição, é incapaz de reconhecer a ilicitude de seu delito. O autor reafirma seu posicionamento sobre essa questão ao defender que a internação sanção não existe na psiquiatria, apenas quando o sujeito comete um crime, é inimputável e, por isso, será internado para fazer tratamento compulsoriamente, conforme fica expresso abaixo.

Se ele era inimputável, aplica-se medida de segurança, caso ele tenha praticado o delito. O sujeito é internado no instituto psiquiátrico local em que receberá tratamento compulsório. Isso é, sim, uma sanção penal. Fora isso, nos casos de imputabilidade, aplica-se pena. E as penas são as previstas, não existe a pena de tratamento compulsório. O que aparece mais adiante na lei é outra questão: o juiz poderá oferecer, gratuitamente, ao usuário, tratamento na rede pública. Isso é muito diferente. Isso não é sanção penal (CFP, 2010b, p 53).

O referido texto foi produzido em um debate sobre as internações compulsórias, que têm sido acionadas para os adultos que têm necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e se constitui uma crítica a essa prática. Mas achamos importante recorrer a esses argumentos de Reghelin (CFP, 2010b)

para afirmarmos que a internação do adolescente autor de ato infracional tem sido utilizada como recurso para o tratamento obrigatório da dependência química, utilizando-se da lógica da sanção ao delito praticado por alguém que é inimputável. O uso dos recursos de internações psiquiátricas, tanto a compulsória em hospitais psiquiátricos, quanto as forçadas em Comunidades Terapêuticas (tal como a exemplificada na fala da juíza Tânia), bem como o uso da aplicação de medidas socioeducativas de privação de liberdade, para garantir o distanciamento do adolescente da convivência com as drogas, são estratégias que estão sendo acionadas pelos Operadores do Direito no Tocantins, que nem sempre obedecem ao estabelecido em lei, já que o ECA determina a inimputabilidade das pessoas menores de 18 anos e prevê a inserção dos adolescentes autores de ato infracional em programas de socioeducação, cujo caráter é educativo e não sancionatório.

É fundamental que façamos uma reflexão em relação ao significado que tem sido construído em nossa sociedade sobre o tipo de tratamento que deve ser dado ao adolescente autor de ato infracional, já que se têm reproduzido as práticas de internação, como forma de salvamento, de proteção social, mas não se tem pensado ou buscado estabelecer políticas que consigam auxiliar os adolescentes em seu retorno ao convívio familiar e em sociedade. A retirada do convívio com as drogas, a imposição do limite por parte do Estado, a destituição do pátrio poder sobre os adolescentes autores são estratégias recorrentes acionadas pelos Operadores do Direito. Mas o fortalecimento das famílias para acolher o adolescente egresso, a preparação das escolas, bem como de toda a sociedade, para que o adolescente não seja novamente “seduzido” pelo mundo do crime, não têm sido fatores de planejamento para a execução das medidas socioeducativas no Estado.

São significados contraditórios que demarcam uma prática também contraditória, em que algumas vezes se defende a lógica da socioeducação e da desinstitucionalização do adolescente autor (como preconiza o ECA); em outras se defende a internação obrigatória, na lógica da institucionalização e da sanção sem a devida atenção à gravidade do ato infracional cometido em si.

Essa contradição ratifica o argumento de que a transformação das diretrizes do SINASE em lei não implicará em cumprimento automático desse instrumento jurídico, já que o estabelecido pelo ECA, desde 1990, ainda hoje apresenta essas nuances subjetivas de condutas. O SINASE, enquanto se constituía um parâmetro a ser seguido, mas não tinha o poder de lei, não produziu mudanças significativas na execução ou no

funcionamento das unidades e nem mesmo um redimensionamento de posturas na atenção ao adolescente autor, ao contrário, em muitos aspectos, essa parcela da população ainda é mantida na condição de “menor em situação irregular”, objeto alvo de intervenção autoritária do Estado e destituição do poder familiar.

Segundo Scisleski e Maraschin (2008, p. 459), estudos têm destacado que a preocupação com a disciplinarização das crianças e dos adolescentes pobres tem perpassado os diversos momentos históricos do Brasil, nos quais o sistema jurídico tem estabelecido relação com a administração governamental na “busca por essa disciplinarização da juventude marginal”. Para as autoras, essa mesma relação do sistema jurídico e o poder executivo “é também encontrada nos episódios pela busca dos trâmites judiciais como via de acesso aos serviços de saúde”.

Tais estudos são corroborados pelos significados apreendidos neste trabalho e pelas discussões empreendidas a respeito da intervenção autoritária do Estado. Argumentamos que o sistema judiciário fortalece a intervenção do Estado na vida dos adolescentes autores de ato infracional e/ou que têm envolvimento com o crack, o álcool e outras drogas. A finalidade é disciplinar e manter a ordem social, reproduzindo o modelo político de exclusão e segregação daqueles que ameaçam a ordem. Retiram os adolescentes do convívio familiar e comunitário, muitas vezes sob a súplica das famílias para o fazerem, e não os preparam para seu regresso.

A fala que se segue é mais um exemplo de que as práticas da internação obrigatória algumas vezes são aplicadas não como consequência do delito praticado pelo adolescente, mas devido ao envolvimento do adolescente com drogas e à compreensão de que é necessário retirá-lo imediatamente do contato com a droga e/ou obrigá-lo a fazer tratamento:

Nós tentamos não deixar, não permitir, lutar até o final com todos os recursos jurídicos pra não permitir a internação, quando a gente verifica que não é caso de ressocialização e sim de cura. Cura que eu falo é o quê? Crack, doença mental, transtorno, até bipolaridade faz com que o adolescente não precise ser internado [no sistema socioeducativo]. O que gente está fazendo? **Estamos pedindo o quê? A revogação da internação e a internação compulsória pra ser custeada pelo Estado**, que seria o quê? Na [nome da clínica psiquiátrica] ou na [nome da Comunidade Terapêutica]. (Vânia, defensora).

A fala exemplifica que os adolescentes autores que têm envolvimento com as drogas, principalmente o crack, podem acabar se inserindo na medida socioeducativa de privação de liberdade devido prioritariamente ao uso da droga e não especificamente à gravidade do ato infracional praticado.

São ações realizadas pelo poder público, mas referendadas pelas famílias, que se sentem desamparadas diante da dificuldade em lidar com os problemas decorrentes do uso das drogas pelo adolescente e clamam por uma intervenção por parte do Estado. Esses significados denotam a ausência de políticas públicas integradas para o atendimento ao adolescente autor de ato infracional e suas respectivas famílias. Segundo o Promotor de Justiça no Estado do Paraná, Murillo José Digiácomo,

O que a Lei nº 12.594/2012 não deixou claro, infelizmente, é que o atendimento de adolescentes autores de atos infracionais e suas respectivas famílias não pode jamais se restringir à “aplicação e execução de medidas socioeducativas”, tendo dado muita ênfase a estas, e pouco falando da necessidade de implementação de uma “política socioeducativa” mais abrangente, que inclua mecanismos de prevenção, proteção e orientação/apoio/promoção social às famílias. (DIGIÁCOMO, 2013)¹⁵.

A falta de uma política mais abrangente ao adolescente autor, que possa subsidiar as famílias e incrementar os processos de participação social do adolescente no cenário das políticas destinadas a eles, acaba por restringir a atenção à aplicação e à execução das medidas socioeducativas. As medidas se restringem prioritariamente à aplicação da privação de liberdade ou da internação compulsória, sem contribuir com a transformação do ambiente em que vivem os adolescentes autores.

Feitosa (2011) realizou um estudo no estado do Paraná a respeito das medidas de privação de liberdade aplicadas aos adolescentes. Ela analisou sentenças judiciais que determinam a internação e os materiais de apoio que compõem o processo de adolescentes em uma unidade socioeducativa de internação. Os resultados a que chegou a autora demarcam que os adolescentes que cometem ato infracional continuam sendo retirados da situação de delinquência por meio das sentenças judiciais. E, após o prazo judicial, são devolvidos ao mesmo contexto de onde foram retirados, sem que haja qualquer modificação no modo de vida desses sujeitos e de suas famílias.

Tais resultados corroboram com as argumentações do promotor Digiácomo (2013) a respeito da ausência de uma lei que garanta política pública ampla para o

¹⁵ Informações obtidas em diálogos estabelecidos entre a pesquisadora e o promotor, por *e-mail*.

adolescente autor (de promoção, prevenção e socioeducação), bem como com as análises obtidas a partir do presente estudo. Essas análises trazem como resultados o desamparo das famílias (que gritam por socorro, para que o Estado intervenha) e a prevalência da aplicação da medida de internação do adolescente autor de ato infracional, principalmente quando associados a esse fator estão presentes os problemas decorrentes da dependência química.

A internação sendo significada pelos Operadores do Direito como uma prática adequada de intervenção do Estado na vida dos adolescentes autores de ato infracional, principalmente daqueles que pertencem à classe pobre, produz como consequência o atraso na estruturação das medidas em meio aberto. Se os Operadores do Direito não as reconhecem, a consequência será a falta de investimentos por parte do poder público, contribuindo com o descrédito na eficácia da execução das medidas em meio aberto, como apresentado no tópico a seguir.

2.2.1.3. “A liberdade assistida é um pouco complicada, porque tem adolescente que nunca mais volta e acaba que o processo é suspenso”

A análise das falas dos Operadores do Direito denota que parece não haver uma política adequada para as medidas em meio aberto. Os Operadores do Direito fazem críticas ao trabalho dos CREAS (Centros de Referência Especializados de Assistência Social), responsáveis pelo acompanhamento da medida socioeducativa em meio aberto, como se evidencia nas falas que se seguem.

Eu já critiquei muito [o trabalho do CREAS], já fizemos muitas reuniões, está melhorando, ainda não está bom não, mas está melhorando. Porque vai à casa do adolescente, faz um relatório de que foi lá, que o adolescente não está muito comprometido, não tem isso, não está estudando, não está trabalhando. Aí eu “sim, mas CREAS, quem tem a obrigação de matricular e de inserir ele no mercado de trabalho é você. Então, não me diga que ele não está fazendo isso, você tem que fazer ele fazer, **então a sua parte não está executando**”. **Então, foram muitas brigas e discussões, “brigas” entre aspas, mas assim, mais no sentido construtivista.** Está melhorando. (Sérgio, promotor).

Eu estive em uma reunião em Brasília há muito tempo, em que eu ouvi crítica dessa área [Política de Assistência Social], porque era sobre o SUAS [Sistema Único de Assistência Social] e eu trouxe do CREAS umas questões socioeducativas. E aí eu ouvi deles a crítica no sentido de dizer que o atendimento do trabalho do psicólogo, do assistente social estava sendo judicializado. E aí eu falei o contrário,

que eles é que estavam judicializando o atendimento. Em que sentido? Dizem que o promotor ou o juiz estão determinando o trabalho do psicólogo e do assistente social do CREAS. E aí eu falei, “está ótimo, o que está acontecendo? **Se nós estamos judicializando é porque vocês não estão trabalhando sem essa judicialização**”. [...] Eu não acho que seja do juiz ou do promotor estar exigindo isso do assistente social ou do psicólogo, mas também acho que é papel deles atender sem a necessidade de judicialização. E **o que acontece é que acaba que só vai ser atendido quando passa pela justiça** (Abadia, promotora).

As falas acima representam os conflitos que emergem na aplicação das medidas em meio aberto e o uso da judicialização como estratégia para garantir o atendimento do adolescente autor e para promover a atuação dos CREAS nesse âmbito. São falas que demarcam a construção ainda inicial de ações pelos CREAS, no sentido de articular rede, construir vínculos com os adolescentes autores de ato infracional e efetivamente participar do sistema socioeducativo, tendo por referência as bases comunitárias e as possibilidades de reintegração do adolescente autor às suas famílias e à sua comunidade. E ao mesmo tempo evidenciam as confrontações de saber e poder que o projeto político do SINASE gera. Pelos relatos, observamos que a interlocução tem sido um processo construído lentamente e à custa de alguns embates.

Por outro lado, há também, demarcada nessas falas expressas por aqueles que representam os Operadores do Direito, a ausência de estrutura adequada para o atendimento que é designado aos CREAS, que têm de atender uma demanda ampla e que, muitas vezes, não conseguem acompanhar os casos por falta de recursos financeiros, de pessoal e estruturais. Segue a fala de uma representante do grupo dos Operadores do Direito que exemplifica essa análise.

O CREAS trabalha numa ilha que sai batalhando para buscar apoio, para buscar parceiros, e acaba não tendo essa comunicação entre essas redes que devem existir [...]. Eu acho que a gente precisaria de um consórcio, de instituir esses consórcios pra execução dessas medidas socioeducativas, porque nós temos municípios pequenos (Tânia, juíza).

E complementa:

Se você já tivesse essa atuação das políticas públicas no meio aberto, em que houvesse execução dessa medida, penso eu que esse adolescente não reincidiria como ele reincide. E é o histórico de adolescentes envolvidos com drogadição, desestruturação familiar.

Então, o que você tem é um perfil que, se trabalhado, pode muito bem ser resolvido. Mas aí eu penso que falta. Toda vez que eu escuto as meninas [do CREAS] falando sobre esses problemas, eu me solidarizo, não tem como você não se solidarizar com a situação, “não, eu não estou atendendo só socioeducando, eu estou atendendo mulher vítima de violência sexual, mulher vítima de violência doméstica, eu estou atendendo idoso, eu estou atendendo toda e qualquer pessoa em situação de risco social”. **E aí como é que você vai falar para uma equipe composta de uma psicóloga, e uma assistente social quando muito? Você fala “não, você tem que largar tudo isso e vai ter que priorizar as medidas socioeducativas?”** (Tânia, juíza).

Pelas falas, ficam evidentes os déficits do sistema socioeducativo no meio aberto no estado Tocantins, seja por falta de recursos financeiros (já que a atuação é municipalizada e os municípios do Tocantins são em sua maioria de pequeno porte, o que dificulta o financiamento), seja por déficits estruturais, como, por exemplo, o número de pessoas para o atendimento. O argumento da juíza sobre a possibilidade de consórcios é uma sugestão estratégica para a minimização desses problemas e o fortalecimento dos CREAS no acompanhamento do adolescente autor de ato infracional, bem como na execução de uma política mais ampla para esse público, abarcando prevenção, proteção e apoio às famílias. Abaixo mais falas que demarcam as fragilidades das medidas em meio aberto no Tocantins, em que se evidencia descrédito na aplicação/execução dessa medida.

A liberdade assistida é um pouco complicada, porque tem adolescente que nunca mais volta e acaba que o processo é suspenso. A doutora [juíza] aplica uma internação sanção. O que é essa internação sanção? Eles não estão cumprindo uma medida preestabelecida, no caso a liberdade assistida, aplica essa internação sanção para expedir um mandato de busca e apreensão [...] para trazer os adolescentes à realidade, interná-los novamente para explicar que não é assim que as coisas acontecem. **Pratica um roubo hoje, a doutora aplica uma liberdade assistida para eles e acaba que não cumprem. Vai ficar banalizado o sistema, acaba que fica banalizado.** [...] Não é que não tem o acompanhamento, existe acompanhamento? Existe, só que **hoje no estado do Tocantins o número de profissionais é muito pouco** (Vânia, defensora).

Você percebe que boa parte desses adolescentes, que vêm para o sistema socioeducativo, são adolescentes lá do código de menores, inadaptados, não são infratores na essência, mas são inadaptados que tornam infratores, naquela qualificação do código de menores, né. E que **nós não damos conta quando ele está em meio aberto,** por exemplo, com medidas em meio aberto. Então, **o que me entristece é isso, ver muitas vezes o meio aberto falhando e**

trazendo esses adolescentes na reiteração infracional, às vezes com grande gravidade. (Abadia, promotora).

Uma vez significada a internação com sendo a intervenção mais adequada do Estado, a consequência direta será não buscar exigir que as medidas em meio aberto se fortaleçam, sejam providas de condições objetivas e estruturais de execução. Assim, a aplicação da medida de privação de liberdade, para além da gravidade do ato infracional cometido pelo adolescente, será o recurso utilizado devido às condições objetivas de uma política fragilizada que não consegue acompanhar o adolescente autor de ato infracional em meio aberto e abarcar questões sociais ou de saúde que necessitariam de uma articulação intersetorial.

Com relação à atuação do CREAS no sistema socioeducativo, destacamos que, apesar do conflito entre saber e poder, este estudo verificou que há, entre os Operadores do Direito, tentativas de se construir um diálogo com a Política da Assistência Social, no sentido de estabelecer uma rede para atender o adolescente autor. No entanto são tentativas ainda marcadas pelo personalismo, pois não representam uma conduta consensual entre todos os participantes. A fala abaixo é um exemplo dessa personalização.

Para mim, por exemplo, **foi um avanço terrível, eu conseguir que o CREAS execute, pelo menos tente fazer essa execução dessas medidas socioeducativas em meio aberto, porque antes a gente não tinha isso aqui no município**, aqui na comarca não tinha esse trabalho do CREAS de execução das medidas em meio aberto. [...] **Talvez eu tenha um diálogo melhor com o pessoal. Eu tenho esse diálogo com as meninas da equipe [do CREAS]**, com o pessoal do conselho, porque eu **acho que a gente constrói as coisas não pela imposição, mas pela conversa, de tentar ver também o outro, de se botar no lugar do outro** e sentir as dificuldades que o outro tem. [...] Porque, assim, para mim, que estou aqui trabalhando nesse calor descomunal que faz em [nome da cidade], dentro de um ar-condicionado, é uma coisa. Assistente social que pega, que vai ter que pegar isso, visitar essa família, ir atrás desse adolescente, tentar fazer com que esse adolescente faça a adesão a isso, tentar fazer com que a família também, eu acho que é muito difícil (Tânia, juíza).

A fala assinala que o meio aberto no sistema socioeducativo sofre as mesmas influências (que o sistema como um todo sofre) das condições subjetivas daqueles que estão à frente da aplicação das medidas socioeducativas, os Operadores do Direito. A depender de quem está à frente, pode-se exigir o cumprimento da Lei pelo recurso

autoritário da judicialização ou podem-se promover diálogos e construir redes de atenção para se garantir que seja executado aquilo que está determinado em lei. Mesmo reconhecendo que o juiz pode buscar o diálogo, não podemos deixar de ressaltar que essa ação realizada de forma personalista pela figura do juiz, e não institucionalizada por um projeto político, incorre em demarcações de poder, já que o poder instituído ao juiz o coloca em uma condição privilegiada de “diálogo”, na qual a decisão sobre o que fazer é dele.

Retomamos a discussão já empreendida neste trabalho sobre o legalismo que falseia a complexa realidade social e sobre o uso do poder, que acaba por produzir uma falta de diálogo entre importantes agentes dessas políticas. A judicialização, que tem sido usada em nossa sociedade de forma recorrente nas diversas áreas (saúde, educação, assistência social), colabora com a disseminação da falsa ideia de que o previsto em lei está sendo cumprido, mas o que ela promove é ausência de interlocução, de *práxis* e de transformação social.

A seguir, apresentamos mais um dos significados apreendidos que reporta ao uso autoritário do poder como forma de manutenção da ordem social.

2.2.1.4. “Então, acho que a internação ainda tem esse efeito pedagógico, ainda é o único medo que talvez eles tenham”

Diante de todos os diálogos construídos no processo de entrevista com os Operadores do Direito, destacamos a fala que se segue por entendermos que ela representa toda a complexidade que envolve os problemas relacionados ao ato infracional cometido pelo adolescente e ao sistema de responsabilização que é imputado a ele em nosso país. Optamos por reproduzir todo o texto por considerarmos que ele possui um conteúdo que, inevitavelmente, incita a reflexão sobre as práticas que têm sido construídas para o adolescente autor de ato infracional, sobre os dispositivos legais que regem a atenção a esse público e sobre o uso do poder sobre a condição do adolescente pobre. Pela fala, assinalamos que as práticas no sistema socioeducativo não têm transformado em nada a realidade dos adolescentes autores e de suas famílias, ao contrário, só têm reforçado a exclusão e a marginalização desses sujeitos.

Acho que não é só aos adolescentes, **a gente costuma fechar os olhos a tudo aquilo que não nos é caro, a tudo aquilo que a gente entende que é problema que não nos pertence.** Até mesmo, talvez até saibamos que nos pertença, mas é mesmo para manter distante, né?

Como que aquilo não é na minha casa, é a casa do vizinho, portanto, não me interessa, não tenho que resolver esse problema. E essa preocupação que a gente tem mesmo assim da reincidência, uma vez um adolescente me fez um depoimento aqui, quando da oitiva dele, que isso me marcou muito porque ele disse o seguinte: Era um... **Inclusive esse adolescente foi assassinado, nós temos um histórico aqui em [nome do município] de muitos adolescentes que são assassinados depois que cumprem uma medida, depois que ficam adultos, depois que saem. E eu imagino que seja justamente por conta dessa reiteração.** Eu já tive casos de abaixo-assinado de certo bairro da cidade para internar um adolescente que tinha praticado atos infracionais de furto, que não era ato infracional típico de internação. E esse adolescente que eu estava falando especificamente, ele foi assassinado há uns três anos. E já quando era adulto, ele, no dia que foi ouvido, ele falou... Eu perguntei pra ele, ele praticava roubos especificamente de mulheres que faziam saques no Banco do Brasil. Aí ele ficava olhando, ele acompanhava, colocava o revólver, e aí ele foi aprimorando, ele foi praticando cada vez mais atos infracionais mais graves. E aí eu perguntei pra ele, **eu falei assim, “mas fulano, o que leva você a praticar?”.** Ele falou assim, **“olha, doutora, no primeiro dia eu tive medo, no primeiro ato infracional que eu pratiquei, eu tive medo, no segundo, eu senti prazer”.** Mas é isso, a gente tem que pegar os meninos enquanto eles estão sentindo medo, porque há a possibilidade de ressocialização. A partir do momento que passa a sentir prazer, ele passa a colocar uma sociedade que sempre o subjugou, subjugada a ele (Tânia, juíza).

O texto acima, de uma representante dos Operadores do Direito, incita qualquer leitor a refletir sobre o modelo de sociedade que temos e o modelo de sociedade que queremos, sobre o que diz a lei e o que se pratica dela. A fala, extraída da voz de quem tem o poder de cercear os direitos, bem como de exigir que eles sejam cumpridos, demarca a complexidade que envolve o ato infracional cometido por adolescentes e a atuação do Estado diante dessa situação. Assinala algumas condições subjetivas do cometimento do ato infracional pelo adolescente, como: o medo inicial transformado em prazer; o uso do poder que o adolescente aprende a exercer pelo cometimento do ato, bem como suas consequências, como, por exemplo, o reposicionamento social do adolescente autor, que passa a construir uma identidade social que lhe confere um *status*, no qual ele sai da condição de invisibilidade social e ganha visibilidade na sociedade e destaque entre os seus pares.

Por outro lado, essa fala põe em relevo a ineficácia do sistema, já que assinala a incapacidade do sistema socioeducativo em intervir na prevenção (no momento em que o adolescente ainda tem medo, como bem argumenta a juíza); na aplicação da medida (que não contribuiu com a mudança de comportamento do adolescente e, ao contrário, reproduziu a violência e incrementou a prática de ato infracional); e nem na

ressocialização (pois o adolescente foi assassinado quando adulto). Toda essa ineficácia naturaliza a compreensão disseminada socialmente de que o adolescente autor de ato infracional é irrecuperável e de que ele deve deixar de existir, deve morrer.

Esses significados indicam o quanto o sistema socioeducativo, embora o ECA tenha produzido mudanças importantes, ainda se estrutura na mesma lógica do sistema prisional em nossa sociedade. E permite que façamos projeção da Lei do SINASE, sugerindo que não será apenas a sanção da lei que produzirá as mudanças necessárias para a garantia de direitos humanos.

As significações apreendidas evidenciam que as medidas socioeducativas ainda se regem pela lógica da intervenção do Estado como possibilidade de transformação dos sujeitos, no entanto as transformações não têm sido alcançadas. O sistema socioeducativo ainda reproduz as práticas autoritárias consolidadas, em que predomina o caráter retributivo da aplicação da medida, em detrimento da formação humana, ou seja, da prevalência da responsabilização como sanção e punição pelo delito cometido, do medo da punição como recurso educativo. As falas abaixo evidenciam essas compreensões.

Eu acho que a única vantagem que existe [da privação de liberdade do adolescente] **é resguardar a sociedade, de que o adolescente que praticou um ato brutal, ele vai ser responsabilizado.** Muito se fala que não se conquista cidadania sem responsabilidade. **Então, acho que a internação ainda tem esse efeito pedagógico, ainda é o único medo que talvez eles tenham** (Sérgio, promotor).

E aí é uma crítica ferrenha que eu faço da política governamental federal, no sentido de querer que CRAS e CREAS façam um acompanhamento das medidas em meio aberto. Não teria problema nenhum desde que os CRAS, principalmente os CREAS, né, que devem ser especializados. Eles teriam de estar vinculados ao sistema de justiça, **no sentido de eles saberem que eles estão responsabilizando o adolescente pela prática do ato infracional, e não estão fazendo uma política de proteção** como é a origem do CREAS. Ele faz um atendimento protetivo à família, à mãe, ao adolescente, a quem seja. **O adolescente que está ali está tendo de transformar a realidade dele numa situação socioeducativa, também punitiva. Ele também está responsabilizado pelo ato que ele praticou, não só passando-se a mão na cabeça dele, digamos assim** (Abadia, promotora).

Essas significações põem em relevo a concepção que perpassa a atuação dos Operadores de Direito: o caráter punitivo do sistema de responsabilização é prioritário

ao caráter socioeducativo previsto na lei. São significados que traduzem as contradições que o ECA e, atualmente, a Lei do SINASE produzem na sociedade. Por um lado, tem reproduzido entre diversos segmentos sociais a compreensão de que os adolescentes autores não são responsabilizados pelo seu ato, gerando, assim, os diversos projetos de lei que têm defendido a redução da maioridade penal. Por outro lado, contraditoriamente, o adolescente em cumprimento de medida responde pelo ato cometido, podendo ficar inclusive privado de liberdade em unidades que se dizem socioeducativas, que deveriam promover a ressocialização e a educação, mas que reproduzem a punição e a coerção. A fala abaixo é mais um exemplo que indica que o sistema socioeducativo, principalmente na privação de liberdade, não tem conseguido contribuir com a transformação do adolescente.

A internação é quase uma prisão, não deveria, acho que não é o ideal. [...] Eu acho que a vantagem [da internação do adolescente] é social principalmente. **Para o adolescente, acaba sendo no aspecto de ele parar um pouco a vida dele, tentar refletir.** Porque eu falo, **não é a internação que vai mudar o adolescente, ele pode sair do mesmo jeito ou até pior**, né, se for uma escola de bandido, como falam que tem tantas prisões por aí. Mas **a privação de liberdade, seja do adolescente, seja do adulto ainda é uma necessidade social de preservação, de você ter uma punição drástica e muita rígida** de um mal que foi feito para uma pessoa ou para a sociedade. Então, é a pena máxima do adulto e a medida socioeducativa máxima do adolescente, mas ela é necessária (Abadia, promotora).

E complementa:

Porque **muitas vezes o adolescente entra em uma medida de meio aberto e não se sente responsabilizado.** Ele continua praticando ato infracional. Então, o **fundamental é ele introjetar na vida dele, e isso, do ponto de vista psicológico, é tudo, que ele fez um ato errado e que ele não vai mais praticar.** Se ele não conseguir isso, nós não vamos ter, não vamos ter uma recuperação, uma socioeducação e vamos ter uma reiteração ou a reincidência, né. A internação é exatamente, para mim, o final da linha, porque você não teve, muitas vezes, outra medida, ou porque não funcionou, porque você tem a internação pela reiteração, ou o adolescente que já de cara praticou um ato muito grave, porque aí não teve, no caso de um homicídio, no caso de latrocínio, de roubo, ou assim, esses de primeiro ato que vai originar uma internação com privação de liberdade (Abadia promotora).

Defender a priorização da socioeducação no sistema de responsabilização para o adolescente autor implica reconhecer, além dos direitos humanos do adolescente, sua

condição de sujeito em situação peculiar de desenvolvimento, ou seja, reconhecer que suas possibilidades de transformação estão afloradas. Essa transformação pode ocorrer de forma positiva ou negativa, dependendo do contexto social de cada sujeito e das suas possibilidades de enfrentamento às adversidades. As falas parecem não se apoiar nessa compreensão, já que reproduzem o modelo coercitivo do sistema prisional, que não conseguiu provocar mudanças significativas na sociedade, ao contrário, a violência está cada vez maior, e os presídios cada vez mais inflados.

Pelas significações apreendidas, evidencia-se uma concepção sobre o adolescente autor de ato infracional que o considera incapaz de autotransformação caso não sejam acionadas as técnicas coercitivas para o “adestramento” desses sujeitos. Assim, o único recurso significado pelos Operadores do Direito como passível de produzir mudança no comportamento dos adolescentes que praticam atos infracionais é o uso da coação, como possibilidade de suscitar o “medo” do adolescente. É uma compreensão de que a capacidade de “reflexão”, de “pensar sobre o ato cometido” só surgirá quando ele estiver privado de liberdade, sob a emoção do temor.

Vigotski (2010) é contundente ao realçar a importância da educação no desenvolvimento dos adolescentes, principalmente por serem seres em franco estado de transformação (biológica, física, psíquica e social). E cabe ao sujeito adulto mediar a relação do adolescente como seu ambiente social, organizando o seu espaço social e a ocupação desse espaço pelo adolescente, a fim de contribuir com o seu desenvolvimento. No entanto a educação não deve se restringir ao adestramento. Vigotski (2010) distingue no comportamento humano três classes de reações: o instinto, o adestramento, e o intelecto. Este último, o pensamento, é o que permite ao homem ser criativo, ousar e transformar o seu contexto.

Para Vigotski (2010), é na adolescência que se estabelece definitivamente a relação do sujeito com o meio de forma ativa, a familiarização e a integração da ação refletida. Tendo por base essas concepções, podemos afirmar que uma socioeducação efetiva deve se assentar na concepção de uma educação para a consciência¹⁶ e não de

¹⁶ Para Vigotski (1999, p. 186-187), “a consciência em seu conjunto tem uma estrutura semântica”. Ela (a consciência) é compreendida a partir de sua estrutura semântica. A estrutura da consciência, para o autor, são os sentidos que se constroem na experiência a partir dos significados. Os sentidos são, para Vigotski (1999), mais amplos que os significados por serem produtos destes. Vigotski argumenta que a atividade formativa de sentido leva a uma determinada estrutura semântica da própria consciência, ou seja, a consciência se constitui pelas relações interfuncionais que determinam os significados, os quais movidos pela “cooperação entre consciências”, pelo “processo de alteridade da consciência”.

uma educação moral, na qual princípios e regras são repassados com base em interesses de classe. Vigotski (2010, p. 305-306) expõe que

Comportamento moral será sempre aquele que estiver relacionado à livre escolha de formas especiais de comportamento. Espinoza dizia que se o homem evita alguma coisa baseado em que ela é nociva, ele age como um escravo. Segundo Espinoza, só é livre o homem que evita essa mesma coisa porque outra coisa é melhor.

Citando James (1912), Vigotski (2010, p. 306) assim se manifesta:

Procure fazer de seus alunos pessoas livres, ensine-os a fazer sempre que possível do ponto de vista do bem [...] em outras palavras, não devemos fazer com a educação moral como fazemos com as leis policiais, quando evitamos alguma atitude porque tememos dela a punição decorrente. Não devemos transformar a moralidade em polícia interior do espírito.

A socioeducação significada como possibilidade de manter o medo do adolescente acaba reproduzindo práticas que paradoxalmente não educam. Estando o adolescente em condição peculiar de desenvolvimento, é primordial essa educação, objeto do sistema socioeducativo, mas que não tem se constituído realidade.

Aproveitamos para retomar Foucault (2010, p. 278-275), que define o sistema carcerário pela “concentração de tecnologias coercitivas do comportamento”, em que se formam pequenos grupos fortemente hierarquizados, cujos chefes e subchefes são um pouco juízes, professores, suboficiais ou contramestres, que são “técnicos do comportamento: engenheiros da conduta e ortopedistas da individualidade”, e têm a tarefa de adestrar os corpos dos indivíduos. Para o autor, os chefes do sistema carcerário, que têm de aprender a disciplinar à força os comportamentos dos inadaptados, são submetidos à mesma disciplina que deverão impor aos seus encarcerados.

Foucault (2010), ao se remeter à prática histórica das técnicas de disciplinamento, apresenta uma análise crítica sobre a transformação do modelo reproduzido no século XVIII para a atenção dada àqueles que burlavam normas e regras sociais (em que prevalecia a lógica do “olho por olho, dente por dente”). Para o autor, essa lógica se transformou no modelo construído a partir do sistema de justiça, em que “os grandes códigos e as legislações afirmaram: não há encarceramento ‘fora da lei’, não há detenção que não seja decidida por uma instituição judiciária qualificada”.

Nessa análise, o autor argumenta que “o princípio do encarceramento extrapenal na realidade nunca foi abandonado” (FOUCAULT, 2010, p. 281-282, grifo do autor). Ao contrário, tem sido reproduzido nos diversos âmbitos sociais, não se configurando mais apenas pelo espaço físico que representa o cárcere (a existência de grades e a eterna vigilância sobre os detentos), mas também pelos elementos simbólicos que compõem as relações de poder em nossa sociedade, nas quais as técnicas da instituição penal transportam para o corpo social inteiro relativizando o delito e, ao mesmo tempo, multiplicando as instituições de controle e coação.

Dessa forma, para os adolescentes autores de ato infracional do século XXI, mesmo com a existência de regimentos legais que proíbem a coação como estratégia, ou que vedam a institucionalização e a privação de liberdade em instituições com características manicomial e carcerárias, são destinadas as mesmas técnicas de disciplinamento das instituições penais. Para elas, não importa mais apenas a punição ao delito cometido, mas o desvio, a anomalia, a indisciplina, a desobediência a uma ordem social imposta, como bem argumenta Foucault (2010, p. 284), a respeito dessa reprodução social das técnicas de disciplinamento:

A generalidade da função punitiva que no século XVIII procurava na técnica ideológica das representações e dos sinais tem agora por suporte a extensão, a armadura material, complexa, dispersa, mas coerente, dos diversos dispositivos carcerários. Por isso mesmo, um certo significado comum circula entre a primeira das irregularidades e o último dos crimes: não é mais a falta, não é mais tampouco o ataque ao interesse comum, é o desvio e anomalia; é a sombra que povoa a escola, o tribunal, o asilo ou a prisão.

Tendo por base esses argumentos de Foucault (2010), podemos verificar que os significados produzidos sobre o sistema socioeducativo e sobre a atenção que deve ser dada ao adolescente autor têm bases muito mais profundas do que apenas a presença da lei ou a existência do delito. Há em nossa sociedade uma prática histórica de produção de padrões e normatizações sociais que excluem os sujeitos inadaptados, sob a qual se assentam relações de poder que relativizam essa inadaptação e colocam o desfavorecido socialmente em uma condição mais suscetível para ser reconhecido como o desviante e o irrecuperável.

São significados erigidos do modelo de sociedade em que há pouca tolerância para os fracassos e inaptações sociais, também assentados na realidade de que a sociedade vivencia insegurança diante da grande violência que assola o país e

igualmente reproduz o modelo historicamente constituído. Antigamente, para se sentir protegida, a sociedade necessitava do “teatro do carrasco”, “da reprodução quase teatral do crime na execução do culpado” (FOUCAULT, 2010, p. 45), como ocorreu no século XVII. Na atualidade, há a necessidade de ver o infrator sofrer e pagar pelo seu erro.

As falas dos participantes deste estudo indicam que os Operadores do Direito atribuem ao sistema socioeducativo mais do que prover a socioeducação dos adolescentes, mas prioritariamente a função de dar respostas à sociedade, de punir o “delinquente”. Por um lado, compreendem que cabe ao sistema socioeducativo promover a reclusão dos adolescentes autores e proteger as comunidades; por outro lado, constroem significados de que cabe ao adolescente autor de ato infracional aproveitar a oportunidade que tem de “parar um pouco a sua vida para refletir” e transformar essa “realidade em uma situação socioeducativa”.

Tal significação parece imputar exclusivamente ao adolescente autor a responsabilidade pela transformação de sua vida, como se ele, ao ser privado de liberdade, ao ser punido pelo seu ato, tivesse automaticamente a capacidade de refletir e transformar o seu comportamento. Essa significação é semelhante a que rege o sistema prisional, que pune o sujeito e espera dele uma mudança, contrapondo-se ao proposto no ECA e no SINASE, que concebem o adolescente com sujeito em desenvolvimento, inimputável e que tem o direito de se inserir em unidades que possibilitem a ele o pleno desenvolvimento, por meio da socioeducação.

Essas significações não consideram questões relacionadas ao contexto em que os adolescentes vivem, à necessidade de que o sistema socioeducativo os auxilie na construção de sentidos de vida e não produzem transformação.

Mais uma vez, fazemos referência a Foucault (2010, p. 252), que argumenta que “a prisão não pode deixar de fabricar delinquentes. Fabrica-se pelo tipo de existência que faz os detentos levarem: que fiquem isolados nas celas, ou que lhes seja imposto um trabalho inútil, para o qual não encontrarão utilidade”. Querer que o adolescente privado de liberdade transforme sua prática delituosa “pensando sobre o que fez de errado” é reproduzir esse modelo prisional que, ao invés de produzir transformações, “fabrica delinquentes”.

Esses são significados que parecem estar ancorados na perspectiva autoritária de controle social, em que os mecanismos de educação acabam sendo acionados para a reprodução de um modelo de sociedade fundado na desigualdade social como mecanismo de dominação e, muitas vezes, de abuso do poder. A lógica desse modelo é

a manutenção da ordem social e do *status quo* dos grupos mais favorecidos. São significados assentados no modelo de sociedade capitalista, que atribui unicamente aos sujeitos a responsabilidade pelo seu sucesso ou seu fracasso.

Retomamos Guareschi (2010), que afirma que o sistema capitalista, fundado na ideologia liberal e neoliberal, provoca uma necessidade de que se mantenha o desemprego, a pobreza e a miséria humana, como forma de assegurar que haja a competitividade entre os sujeitos. Assim, uma minoria vai se sobressair na sociedade, e uma grande maioria ficará marginalizada. Em consequência, uma culpabilização psicológica será gerada, na qual sutilmente se legitima a atribuição do sucesso da minoria e do fracasso da maioria a uma condição individual de cada sujeito (GUARESCHI, 2010).

Citamos Vigotski (2010) para abordar uma importante questão: “como educar os adolescentes”, mais especificamente, como contribuir com a construção do caráter do adolescente, sujeito em pleno desenvolvimento biopsicossocial. Segundo o autor, o ato ético não é aquele em que se deixa de fazer algo ruim por temor, mas por valor pessoal. Eis as palavras de Vigotski (2010, p. 306-307):

A castidade, comprada a preço de temor, do ponto de vista psicológico emporcalha ainda mais a alma do que a depravação franca, porque não destrói no psiquismo da criança todas as inclinações e motivações, mas apenas cria nesse psiquismo uma luta constante e desprezível entre essas inclinações e sentimentos de medo não menos humilhantes e servis. Só tem valor aquela virtude paga com a relação positiva com a atitude e a compreensão de sua verdadeira essência.

Para Vigotski (2010, 307-308), esse tipo de pedagogia tem alguns defeitos: 1. não se tem certeza do êxito (pois “assusta o fraco, mas provoca resistência do forte”); 2. cria uma concepção totalmente errada do que são valores morais (pois engrandece o mérito moral e destitui de valor tudo o que é considerado amoral, “provoca narcisismo e atitude de desprezo” às diferenças); e 3. a busca pela explicação sem sentido do que é amoral desperta o interesse (pois, “prevenido os nossos discípulos daquilo que não devem fazer, fixamos ao mesmo tempo a sua atenção nessa atitude e assim os empurramos para realizá-la”).

A reprodução dessa lógica de um sistema educacional embasado no controle impede a formação de sujeitos autônomos e, ao invés de contribuir com a transformação

positiva de seus comportamentos, pode colaborar com a manutenção das mesmas práticas delituosas dentro da instituição ou quando dela sair.

A fala abaixo é mais um exemplo dessas significações produzidas entre esse grupo de participantes, os Operadores do Direito.

A questão de reconhecer o caráter retributivo da medida, que ela tem que ter a proporcionalidade entre o tempo de internação e a gravidade do ato praticado. Isso é **aquilo que o estatuto [ECA] nunca contemplou, a questão de que se trata efetivamente de responsabilização e não meramente de um atendimento social**, como equivocadamente tem sido visto por **grande parte do pessoal do serviço social, que olha o sistema socioeducativo com um olhar, eu acho que meio que míope**. Talvez seja essa, assim, **a melhor definição do olhar do serviço social hoje, que quer tratar o adolescente em conflito com a lei como se ele fosse um adolescente de colégio**. E está certo que o caráter socioeducativo das medidas ele tem que ser prioritário, ele tem que se sobrepor a qualquer outro, mas você não pode esquecer que a gravidade do fato não pode ser desprezada (Janete, juíza).

São significações que sugerem que a transformação dos programas (partindo de um modelo exclusivamente punitivo e autoritário, para um modelo mais participativo e que possibilite a construção de subjetividades solidárias e autônomas) ainda não ocorreu.

Responsabilizar e socioeducar caminham juntos. Vale fazer a ressalva de que o ato de educar, então, não está sendo compreendido em sua dimensão total, em que se devem superar a perspectiva pura de controle social, de adestramento e reprodução de ideologias, possibilitando a formação de sujeitos ativos e criativos, como bem argumenta Vigotski (2003 e 2010); e incrementando a emancipação dos sujeitos, como afirma Adorno (1995) ao se referir ao papel da educação. Adorno (1995) propõe à educação o desafio de superar a prática do controle social como meta e construir um modelo educacional que possa efetivamente emancipar os sujeitos, fazer com eles se reconheçam em sua vida social, superem a coletivização massificada do mundo globalizado (que reforça o individualismo) e se tornem sujeitos individuados, autônomos e conscientes de suas potencialidades e necessidades. Importante destacar que a autonomia é compreendida por Adorno (1995) não como autossuficiência, mas como reconhecimento das próprias potencialidades, bem como das fraquezas e das necessidades, entre as quais se inclui o outro, o reconhecimento de que somos seres sociais e de que, portanto, necessitamos do outro para nos subjetivarmos.

Vigotski (2010, p. 314) concebe a educação como coordenação social do comportamento do indivíduo com o comportamento do grupo, na qual a

[...] obediência deve ser substituída em todo o seu conjunto pela coordenação social livre. A regra que parte do grupo e é endereçada a todo o grupo, mantida pelo mecanismo efetivo de organização a regulamentação da vida escolar, deve substituir o dueto pedagógico que predominava entre o mestre e o aluno no sistema autoritário.

Para o autor, uma educação com essas bases produz um “germe natural do futuro comportamento ético”.

O olhar “míope” do serviço social sobre o adolescente autor, argumentado pela juíza, representa bem quais são as concepções a respeito da atenção que deve ser dada ao adolescente que comete um ato infracional: não são “adolescentes de colégio” sobre os quais o processo de educação como controle social ocorre com mais fluidez, são sujeitos “inadaptados” e que ameaçam a ordem, que necessitam ser punidos pelo seu ato para não continuar cometendo os delitos.

Tais significados se assentam na insegurança que a violência tem gerado em nossa sociedade, pois o ato infracional cometido por adolescente é fato, o seu envolvimento cada vez maior em atos mais graves também. Mas igualmente remetem à ideia de que os processos psicossociais de exclusão estão sendo reforçados e de que as possibilidades de transformação do adolescente se minimizam. Eles vão se inserir no sistema socioeducativo pela mesma lógica do sistema prisional, já falido. Retomamos as ideias de Sawaia (2010), que aborda a exclusão social pela perspectiva dialética, para reafirmar a inclusão marginalizada do adolescente autor na sociedade, sem que lhes sejam possibilitados processos de socialização fundados na lógica do cooperativismo, do exercício da participação social e autonomia como recursos prioritários para o desenvolvimento de atitudes solidárias.

Os representantes dos Operadores do Direito, ao significarem as medidas socioeducativas para os adolescentes como semelhantes ao sistema prisional dos adultos – se considerarmos a prevalência da sanção à educação propriamente dita, ou ainda se levarmos em conta que a educação é compreendida como reprodução de controle social (e não como emancipação) –, se embasam no fato de que o ato infracional cometido por adolescentes é uma realidade e de que a sociedade tem se sentido, cada vez mais, desprotegida e ameaçada. Mas, ao se ancorarem nessas significações, acabam por

contribuir com a não transformação da realidade social e com a reprodução da violência entre os adolescentes.

Compreendendo o entrelaçamento das condições objetivas, de desarticulação do sistema socioeducativo em todo o Brasil, e a prevalência do eixo subjetivo demarcando uma política pública não consolidada (retomando as discussões já feitas neste trabalho), argumentamos que a contradição emergida da sanção da Lei 12.594 pode ser o maior agente produtor de transformações sociais, pois desestabiliza o fazer de cada um e provoca ao menos a reflexão: condição necessária para a transformação do eixo subjetivo.

Os Operadores do Direito têm sido convocados a confrontar o clamor da sociedade pela proteção e a garantir aos adolescentes seus direitos assegurados pelo ECA e pelo SINASE. Todo esse entrelaçamento produz uma contradição no fazer que deve ser apropriada por cada agente da Política, para efetivamente trazer transformações. Do contrário, a poeira levantada pela sanção da Lei poderá se assentar, permitir que novos arranjos de poderes externos se articulem e manter o modelo ideológico de preservação social pelo disciplinamento.

Reconhecendo todas essas significações que estão sendo produzidas entre os Operadores do Direito, compreenderemos quais são os significados da desinstitucionalização do adolescente autor de ato infracional que têm permeado as falas dos Profissionais Executores (psicólogos e professores universitários).

2.2.2. Os significados construídos, entre os Profissionais Executores, a respeito da desinstitucionalização do adolescente autor de ato infracional

Assim como foi evidenciada a falta de interlocução entre as duas políticas de desinstitucionalização do adolescente, a partir da análise feita sobre a Política Nacional de Saúde Mental, como demarcamos no Capítulo 1, a análise sobre a política do SINASE também demonstra essa falta de diálogo intersetorial, principalmente entre o grupo de participantes que representa os Profissionais Executores: os psicólogos do CAPSad e das unidades socioeducativas e os professores universitários.

Esse grupo de participantes deixou explícita a existência de uma lacuna entre essas duas políticas de desinstitucionalização do adolescente e evidenciou o quanto essas políticas pouco têm dialogado no âmbito de sua execução. As significações são apresentadas nos tópicos que se seguem.

2.2.2.1. “SINASE é o quê? Eu não conheço o SINASE”

A partir das análises das falas dos Profissionais Executores, verificamos que o grau de conhecimento sobre a política socioeducativa tem uma relação intrínseca com a experiência e prática de cada sujeito, de forma que os profissionais que conhecem o SINASE são apenas aqueles que atuam no campo ou que tiveram a oportunidade de trabalhar com adolescentes autores de ato infracional. Aqueles que mantêm uma atuação específica à saúde mental demonstraram um distanciamento da política do SINASE, desconhecimento teórico sobre o assunto e, principalmente, revelam a grande falta de interlocução e desinteresse por parte desses importantes agentes executores de políticas que fazem interface com o ato infracional cometido por adolescentes.

Embora nas análises sobre a Política de Saúde Mental tenhamos verificado a falta de interlocução com o SINASE, pudemos observar que a política do SINASE produziu mais estranhamento entre esse grupo de participantes do que a Política de Saúde Mental produziu a quem não estava familiarizado com ela, como se evidencia nas seguintes falas:

SINASE é o quê? [explicação da pesquisadora sobre a política] Eu não conheço o SINASE, mas a gente sabe que... Eu sei assim, de ver jornal, artigo, alguma coisa que a gente lê assim, que tem alguma coisa nova, que é isso que você está dizendo, não é? Mas o que eu vejo? As coisas são fechadas lá no papel e demoram muito para serem efetivadas (Larissa, psicóloga).

É eu não conheço muito não. O que eu conheço é o que fala às vezes na televisão, dentro do jornal, porque eu tenho um interesse muito grande na educação, justamente por eu ter sido educadora, eu me considero educadora até hoje. Até hoje eu sou uma educadora de vida. Por exemplo, eu acho que o ensino educacional é muito perverso no sistema de alfabetização (Eliana, psicóloga).

As falas deixam claro o desconhecimento sobre as propostas do SINASE por parte dessas profissionais que não estão inseridas diretamente no sistema socioeducativo, embora elas trabalhem com adolescentes que, devido ao envolvimento com drogas ilícitas, podem estar em conflito com a lei ou inseridos no sistema socioeducativo.

Enquanto a Política de Saúde Mental parece permear com mais facilidade entre diversos segmentos sociais, já que ela foi comentada com certa familiaridade por todos os participantes deste estudo, a política do SINASE parece ser pauta apenas para quem

está trabalhando diretamente com o adolescente autor de ato infracional. Os profissionais de outros campos de atuação demonstraram um conhecimento praticamente inexistente sobre o que o SINASE propõe e até mesmo sobre os direitos que são assegurados aos adolescentes que cometem atos infracionais. Demonstram, inclusive, confusão conceitual, como ficou evidente na fala anterior, em que a profissional aborda a política do SINASE como se fosse uma política de educação.

Esses exemplos de falas sugerem ainda que pode haver uma suscetibilidade desse grupo, que desconhece as proposições políticas do SINASE, a adquirir um conhecimento sobre o assunto de perspectiva tendenciosa ou não fundada em concepções teóricas legítimas. Ao atribuir ao “jornal” ou à “televisão” as fontes de informações sobre o tema, põe-se em relevo o risco de se construir significados, sobre essa Política, ancorados apenas no que a mídia tem reproduzido, desarticulados de todo o processo histórico que gerou o SINASE, fundados em conflitos de interesse e, muitas vezes, em reprodução de ideias hegemônicas de grupos dominadores.

Sobre a mídia e seu papel na construção dos significados, reportamos ao que estudiosos do assunto têm argumentado, afirmando que a mídia não é imparcial e, em uma sociedade capitalista como a nossa, coloca-se a serviço da classe dominante. Segundo Chauí (2006), a mídia representa a classe dominante e reproduz facilmente as ideias dessa classe, principalmente porque em nossa sociedade são as ideias da classe dominante que têm prevalecido, e não as dos grupos minoritários de esquerda. A autora argumenta ainda que, no jornalismo de hoje, o poder do locutor se sobrepõe aos próprios fatos, a credibilidade do apresentador acaba se tornando maior do que o próprio fato em si.

Levando em conta os argumentos de Chauí (2006) sobre o papel da mídia em nossa sociedade, afirmamos que ela contribui para a disseminação de conceitos e compreensão de fenômenos assimilados de forma acrítica pela maior parte da população. Associando os argumentos da autora às falas dos participantes, expostas anteriormente, inferimos que a ausência de conhecimento técnico especializado sobre o SINASE pode fragilizar a implementação da política e produzir a aquisição de conhecimento sobre a lei não condizente à sua essência de garantia de direitos humanos e de proteção dos adolescentes. Esse conhecimento pode reduzir o poder desse grupo de fazer resistência ao modelo hegemônico segregador e de reprodução da violência. Isso pode ocorrer principalmente porque esse tem sido o debate midiático da atualidade: as propostas de redução da maioria para a imputabilidade penal e do aumento de tempo

para o adolescente em privação de liberdade têm permeado os espaços televisivos, a imprensa jornalística e até as redes sociais.

Por outro lado, este estudo evidenciou que os profissionais da Atenção Psicossocial têm significado a desinstitucionalização como uma forma adequada de atenção aos adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas. Essas significações parecem se estender às construídas sobre atenção que deve ser ofertada ao adolescente autor de ato infracional, pois a reprodução de significações condizentes com as práticas segregadoras não foi verificada entre os profissionais da Atenção Psicossocial.

Sugerimos que os profissionais do CAPSad, embora não conhecendo o SINASE, compreendem o sistema socioeducativo para além da repressão com base no conhecimento que já possuem sobre a Política de Saúde Mental e sobre todas as consequências que políticas institucionalizantes produzem nos sujeitos. A fala que se segue apresenta informações que indicam que, apesar de não conhecerem o SINASE, os profissionais de saúde mental tendem a reconhecer o sistema socioeducativo como opressor e reprodutor de violência.

E aí é uma coisa que **eu não sei como é que tem que ser, mas eu sei que não tem como o menino se recuperar, que é essa a intenção, num ambiente que não proporciona isso**, em relações que não proporcionam. Se são socioeducadores, eu não sei como denominam as pessoas que estão lá, mas geralmente são pessoas muito despreparadas. **A gente tem notícias de meninos que apanham lá, que sofrem uma série de abusos.** E que não deveria, porque, se você quer uma instituição que recupere, que está para recuperar, por que é que está lá nessa...? É impossível, é impossível recuperar nessas condições (Larissa, psicóloga).

Tal fala, vinda de uma profissional inserida na Política de Saúde Mental, representa um posicionamento sobre o sistema socioeducativo bem consonante à política do SINASE, embora realce o desconhecimento técnico sobre essa política. Esse é um posicionamento crítico ao modelo excludente reproduzido socialmente, que mantém as instituições de características manicomial. Essa crítica parece ser consequência de uma extensão da compreensão dos processos de desinstitucionalização preconizados pela Política de Saúde Mental. Argumentos como esses poderiam ser elementos de facilitação para produção de significações sobre a política do SINASE nos diversos âmbitos de discussão, inclusive no próprio sistema socioeducativo, caso houvesse articulação e diálogos interinstitucionais e intersetoriais.

No entanto este estudo revelou não existir essa interlocução, ou, quando existe, ela ainda ocorre de forma precária e personalista, a depender de quem está à frente da atuação. O avanço das proposições da Reforma Psiquiátrica e das capacitações dos profissionais que estão na atenção à saúde mental já possibilitou uma transformação conceitual sobre a desinstitucionalização que permite a esses profissionais compreender as outras propostas políticas pelo mesmo modelo de crítica ao enclausuramento que a Política de Saúde Mental preconiza. Esse passo adiante em que se encontram as equipes de profissionais de CAPS poderia ser um forte elemento de auxílio à transformação teórico-conceitual e sociocultural que o SINASE ainda necessita perpassar, já que as práticas nesse campo ainda são reprodutoras de violência, coercitivas e punitivas, sustentadas nas políticas anteriores e respaldadas pelo sistema de justiça.

Mesmo entre os professores de psicologia, que são os formadores dos profissionais que poderão vir a atuar diretamente no sistema socioeducativo, foi verificado que, a depender de sua experiência prática, o conhecimento sobre o SINASE também pode ser mínimo. Há falta de conhecimento, ou mesmo de familiaridade com o assunto, entre aqueles que não têm experiência de atuação na área e, em contrapartida, existe um conhecimento mais aprofundado entre aqueles que têm ou tiveram a oportunidade de trabalhar com o adolescente autor de ato infracional. Essa evidência pode ser representada nas seguintes falas:

Não, não, **eu prefiro nem comentar, eu conheço muito pouco**, sei da existência da Lei, mas nunca trabalhei diretamente com essa Lei, assim, prefiro nem comentar para não ficar muito, assim... (Valdir, professor).

Na verdade, parte da minha prática é na saúde mental e parte da minha prática é na assistência. [...] **Sem dúvida alguma, o SINASE é um avanço na política, acho que é um avanço** (Joel, professor).

E complementa:

O SINASE está começando agora, a política de saúde mental a gente já tem uma história um pouco maior. Então, **o que a gente pode ver é assim, agora, de uns anos para cá na verdade, o sucateamento da política, pouca capacitação de profissionais, eu acho que a dificuldade de atuar em rede**. São coisas que fazem com que uma lei que é muito boa não seja colocada em prática. Eu acho que no SINASE pode acontecer isso (Joel, professor).

As falas, que expressam as concepções de professores universitários do curso de psicologia, demarcam que há desconhecimento da política do SINASE, inclusive na academia. A depender da prática do professor, de sua familiaridade com a política pública, bem como de seu interesse, as questões relacionadas ao adolescente autor de ato infracional podem ou não ser palco de discussões e compartilhamento no espaço da sala de aula.

Essa falta de conhecimento sobre a política do SINASE, principalmente entre os profissionais e os professores de psicologia, pode acarretar ações fragmentadas, ausência de discussões sobre o tema e desinteresse pelo assunto, gerando consequências que afetam no trabalho de cada agente, já que muitas vezes o adolescente autor de ato infracional percorrerá os diversos campos de atuação dos psicólogos (CAPSAd, atendimentos psicológicos, escolas, entre outros). A fala a seguir é mais um exemplo de que o SINASE não tem sido foco de discussão e de interesse entre os profissionais que não estão diretamente envolvidos no sistema socioeducativo.

Eu fico prejudicado em te responder com mais propriedade por estar aqui [na unidade socioeducativa] desde novembro de 2012. **E a minha proximidade com essa temática poderia dizer que era praticamente nula, zero.** Nunca havia trabalhado com o sistema [socioeducativo] (Fernando, psicólogo).

Nesse grupo de participantes, alguns profissionais parecem não reconhecer o entrelaçamento do seu fazer com o sistema socioeducativo, quando não estão diretamente envolvidos nesse campo de atuação. Não conseguem visualizar que, mesmo não trabalhando diretamente com a responsabilização do adolescente autor de ato infracional, o seu trabalho o colocará muitas vezes diante dessas questões, seja por atender o adolescente que comete alguma infração, embora não esteja inserido no sistema socioeducativo, seja por contribuir com a formação de quem provavelmente vai trabalhar nesse campo.

Embora reconheçamos que a Lei do SINASE é recente, bem como os Parâmetros que foram publicados em 2006, se considerarmos a política da Reforma Psiquiátrica, esse não pode ser um fator que explicaria, ou naturalizaria o desconhecimento sobre o que propõe o SINASE por parte de alguns profissionais da execução, já que muito do que está expresso na política havia sido estabelecido pelo ECA desde 1990.

Argumentamos que o que sustenta esse desconhecimento sobre o SINASE parece ser o lugar que ocupa o adolescente autor de ato infracional nas políticas públicas. Parece não haver espaço para o adolescente autor nas políticas complementares de educação, cultura, saúde, trabalho e renda, lazer, entre outras. O adolescente autor de ato infracional torna-se invisível para essas outras políticas sociais, ganhando visibilidade apenas no “sistema de responsabilização” como o marginal, o bandido que deve morrer para pagar pelo que fez. Invisível a essas políticas de enorme interface com o sistema socioeducativo, o adolescente passa a ser objeto exclusivo do sistema de justiça, e o conhecimento sobre o SINASE passa a ser privilégio apenas de quem atua no campo.

É importante destacar que, mesmo entre quem atua no campo, há desarticulação e falta de interlocução, embora haja conhecimento sobre a política e a compreensão do que o projeto propõe. Há, por outro lado, uma confusão no fazer, resultante da desarticulação dentro do sistema, como se evidencia no tópico que se segue.

2.2.2.2. “A gente trabalha junto em parceria com a juíza, a gente emite relatório, só que falta aquela abertura do Judiciário”

A análise das falas dos Profissionais Executores indicou que, mesmo entre aqueles que estão inseridos na política do SINASE, a interlocução é precária. O sistema de justiça dialoga pouco com a execução, faltam diálogos intersetoriais e trocas interprofissionais mais horizontalizadas. Como o sistema socioeducativo parece ter assento apenas no sistema judiciário, a atuação dos programas de atendimento torna-se, assim, destituída de autonomia, subjugada ao poder emanado pela determinação do juiz, como se evidencia na seguinte fala:

Falta abertura do Judiciário com o pessoal da psicologia, ter certo respaldo mesmo, não tem aquela coisa, exemplo, nós não somos tratados... **a gente trabalha junto em parceria com a juíza. A gente emite relatório, só que falta aquela abertura do Judiciário**, tem aquele certo, como posso dizer a palavra, falta de abertura, seria a palavra. **Necessitam da gente e aí a gente tem que responder urgentemente. Mas, quando é a gente que necessita deles, falta aquela abertura** como profissional mesmo, a gente não tem isso. A questão é isso (Kátia, psicóloga).

Pela fala, podemos verificar a precariedade dos diálogos, a prevalência das decisões judiciais sobre as ações de outros profissionais envolvidos com a socioeducação e a falta de suporte técnico que, principalmente os profissionais de psicologia, parecem sentir diante da ausência de interlocução com o sistema de justiça.

Podemos inferir que a interlocução entre os próprios atores do sistema socioeducativo é falha devido à prática histórica do pouco exercício de diálogos entre aqueles que têm o poder de julgar e determinar o cumprimento da lei e aqueles que a executam, principalmente, os atores sociais que estão dentro das unidades socioeducativas, que parecem ser reconhecidos como objetos de manobra para a execução do que está determinado em lei.

Em consequência, o sistema socioeducativo se isola, de forma que as unidades e os programas de atendimento tornam-se apêndices do sistema judiciário, não constroem autonomia em seu fazer e, muitas vezes, não contribuem com a transformação da realidade dos adolescentes autores. Apenas reproduzem a violência e a perspectiva coercitiva do sistema prisional, não colaborando com a ampliação da participação social desses adolescentes e nem com a maior inserção social desse público quando egresso da medida de privação de liberdade.

Para essa compreensão, basta recorrermos à discussão premente no Sistema Conselhos de Psicologia a respeito do papel do psicólogo no sistema prisional ou socioeducativo. Esse debate tem emergido a partir da inserção prioritária desse profissional em exames criminológicos (EC), em Comissões Técnicas de Classificação (CTC) e em avaliações psicológicas, para verificar se o sentenciado tem ou não condições de progredir, como se esse fosse o único papel do trabalho da psicologia nessas instituições, que podem ser caracterizadas como asilares e manicomiais. Essa característica é inversa às propostas políticas da atualidade.

Os Profissionais Executores demonstraram que reconhecem a falta de interlocução e têm ciência de que, muitas vezes, o seu papel no sistema socioeducativo torna-se mera reprodução de determinações judiciais e exigências que nem sempre estão em conformidade com o seu campo de saber. Tal análise pode ser representada pela seguinte fala:

Por exemplo, nós somos contratados, todos aqui [unidade socioeducativa], se não me falha a memória, são contratados [do Estado]. **Aí a gente tem a nossa chefia imediata, mas a gente também recebe cobranças do Judiciário. E aí, a quem atender?**

Como? Para fazer o quê? Para quem? Então, tem que atender a cada solicitante, então assim, são coisas que a própria psicologia precisa fazer para a sociedade em geral. Quem é a psicologia? A que ela está a serviço? Quais são os critérios, assim, na linguagem popular, de cientificidade? **Esclarecer mais a população de que nós não somos adivinhos de que precisamos ter tempo para fazer determinados procedimentos técnicos, científicos, éticos, profissionais.** Ainda está muito assim “ah faz um documento”, pede hoje para entregar hoje. Nós não somos mágicos (Fernando, psicólogo).

A fala evidencia a dificuldade em articular um diálogo a respeito das competências da psicologia na execução do SINASE, em um ambiente marcado pela hierarquia. Realça também a pouca visibilidade das outras ações do psicólogo dentro dessas instituições, para além da avaliação psicológica, do mapeamento e esquadramento, como estratégia de controle social.

Mesmo entre os próprios psicólogos que atuam no sistema socioeducativo, às vezes, parece ser difícil vislumbrar condutas mais amplas do que a avaliação psicológica ou o mapeamento dos sujeitos. A fala abaixo evidencia essa dificuldade.

A partir de 2006 pra cá, por exemplo, 2008 que começou a melhorar a questão do profissional mesmo, de incluir equipe certa, porque antes era o quê? Tinha mais os socioeducadores, que as equipes que prestavam atendimento eram equipes do Estado e pegavam emprestado, funcionava assim. **Hoje em dia já tem a própria equipe, mas antes pegavam profissionais de outros órgãos, do Estado e município pra responder** (Kátia, psicóloga).

O que é destacado na fala acima é a atuação do psicólogo no sentido de “responder” à demanda judicial, como se fosse apenas essa atuação do profissional na unidade. O que se evidencia dentro do sistema socioeducativo é que os discursos e as práticas com os adolescentes autores de ato infracional necessitam extrapolar o âmbito do sistema de justiça e se entrelaçar aos discursos e às práticas de diversos outros saberes, que dialoguem intersetorialmente e atendam as reais necessidades do adolescente autor de ato infracional e de suas famílias. Os Profissionais Executores, muitas vezes, naturalizam a prevalência do sistema de justiça e acabam por assumir o papel de apoio nas classificações, mapeamentos e reprodução da exclusão e violência.

Os profissionais que estão inseridos no sistema socioeducativo precisam ter assegurados diálogos intersetoriais e horizontalizados, a fim de superar o legalismo que rege a execução da medida e aproveitar todo o seu repertório de conhecimento técnico-

científico para a produção de um fazer mais autônomo e colaborativo com a implementação do SINASE em toda a sua dimensão, para além do sistema de justiça.

Sair da marginalidade que ocupa no espaço social e tomar assento nas discussões relativas à educação, lazer, saúde, trabalho e renda, direitos humanos, e não apenas na segurança pública ou no sistema de justiça pode ser uma importante meta para o SINASE se estabelecer efetivamente como uma política pública de prevenção, proteção e promoção dos direitos dos adolescentes autores de ato infracional.

Schaefer (2010, p. 55), profissional da psicologia que atua no sistema prisional do Rio de Janeiro, faz referência a essa atuação, afirmando a contradição do fazer psicológico em instituições de características coercitivas. Para a autora, nesses espaços, se o psicólogo não estiver vigilante, ele poderá desviar seu fazer e se tornar mero agente de controle:

A CTC [Comissão Técnica de Classificação] nos coloca como profissionais de controle ou no lugar de juízes, pois temos de apurar e emitir pareceres sobre infrações disciplinares, opinando sobre a culpabilidade do apenado e propondo punições que vão desde advertência verbal, até restrição de direitos e isolamento, podendo este chegar a 30 dias sem sair da cela. Quanto ao EC [Exame Criminológico] exigido do psicólogo, pretende inferir sobre a periculosidade do sujeito, tendendo a naturalizar as determinações do crime, ocultando os processos de produção social da criminalidade.

Com discussões como essas, produzidas entre os profissionais inseridos no sistema socioeducativo ou no sistema prisional, a psicologia tem aos poucos tentado inverter seu papel e dialogar com o sistema de justiça, a fim de demarcar a função do psicólogo nessas instituições.

Podemos afirmar que a falta de interlocução intersetorial evidenciada neste estudo não é um problema específico do Tocantins, apenas ratifica todas discussões que têm sido produzidas nesse campo em todo o país. Além do mais, entendemos que, pelas falas apresentadas, os profissionais do Tocantins reconhecem que seu fazer precisa superar essa subjugação a determinações judiciais a que estão submetidos.

Embora essa perspectiva crítica sobre o fazer do psicólogo no sistema socioeducativo não seja uma condição permanente entre os profissionais envolvidos nessa prática, ela realça a contradição do exercício da psicologia nesses espaços. Pois as unidades socioeducativas de privação de liberdade têm como ação prioritária o isolamento do adolescente infrator e a conseqüente produção de sofrimento a essas

pessoas privadas de liberdade. Em contrapartida, a psicologia tem como mote auxiliar o sujeito na produção de recursos afetivos e pessoais para lidar e superar o sofrimento humano (SCHAEFER, 2010).

Nessa contradição do fazer do psicólogo, como profissional que se insere em instituições de privação de liberdade que produzem sofrimento, que tem de atender as demandas institucionais e, paradoxalmente, tem por objetivo minimizar o sofrimento humano, destacamos o quão fundamental é garantir diálogos que possam contribuir com o fazer psicológico no sistema socioeducativo.

Schaefer (2010, p. 56) argumenta que nessas instituições o psicólogo não pode participar de ações que têm como foco produzir a punição, esse não é o seu papel. Para a autora,

Os psicólogos são obrigados a reproduzir o estado penal dentro da prisão, quando este já puniu. Os psicólogos são usados nessa punição: alguns aceitam esse papel sem nenhuma crítica ou resistência; outros, a maioria, suporta muita angústia em sua subjetividade. A ética torna-se um desafio nessa instituição atravessada pela violência. É preciso muita afirmação do desejo para manter nosso compromisso com os direitos humanos e nossa identidade profissional.

Tendo por referência essas reflexões produzidas por uma profissional que atua no sistema prisional, verificamos que os participantes deste estudo também respondem da mesma forma a essas condições de inserção nas instituições socioeducativas: vivenciam sofrimentos semelhantes devido à falta de interlocução, ao desrespeito à conduta psicológica e à instrumentalização da profissão para manutenção da ordem e reprodução da punição e da coerção.

Os profissionais inseridos no sistema socioeducativo parecem vivenciar, em uma escala que poderíamos denominar de “efeito dominó”, as mesmas opressões e violências que vivenciam os adolescentes autores de ato infracional quando em cumprimento de medida socioeducativa, com o diferencial de que, pela sua legitimidade social, esse fenômeno ocorre de forma menos óbvia, mais camuflada e, em igual proporção, menos evidente aos olhos de quem está subjugado.

Nessa perspectiva, trazemos para a discussão a importância de abordar a questão da violência pela complexa dimensão dos aspectos que ela envolve. De maneira generalizada, a violência tem sido abordada em nossa sociedade de fora para dentro (como se fosse um fenômeno específico a quem a comete). No entanto devemos

compreendê-la pela perspectiva multifatorial da própria produção da violência nas relações sociais de poder, na presença do Estado como uma instância onipresente na vida de todos os cidadãos e trazer para a discussão a violência em sua dimensão multifatorial: física, psicológica, estrutural.

Para Boulding (1991, apud COSTA, 2005), a violência estrutural é aquela que perpassa as instituições, os sistemas econômicos, culturais e políticos que oprimem os sujeitos ou que negam vantagens da sociedade, tornando-os mais suscetíveis ao sofrimento. Segundo o autor, essas estruturas produzidas pelas instituições que regem a socialização levam as pessoas a se acomodarem ou a sofrer, de acordo com o papel que desempenham.

Assim, podemos inferir que a violência estrutural permeia todo o sistema de justiça e abate todos os que nele se inserem. A violência que vivenciam os adolescentes privados de liberdade pode se configurar como a mais evidente, já que na estrutura do sistema socioeducativo esses são os sujeitos mais vulneráveis, a quem a violência se dirige de diversas formas (física, psicológica e estrutural). No entanto não podemos ignorar a violência estrutural que constitui todo o sistema socioeducativo, da qual os profissionais executores (psicólogos das unidades de atendimento) têm sido vítimas e têm construído um fazer em que a contradição entre produzir sofrimento aos internos ou minimizá-lo tem trazido formas contraditórias de ajustamento psíquico, em que ora se acomodam (e aceitam as determinações) e ora se inquietam (questionam e sofrem em seu fazer).

O sistema socioeducativo tem produzido instituições de características manicomial, nas quais todos os que nelas se inserem acabam por sucumbir às mazelas das relações de dominação que imperam nesses lugares. Todos que estão inseridos no sistema socioeducativo sofrem e/ou cometem violência, em maior ou menor grau, a depender de sua posição social e da legitimidade que é conferida a cada sujeito.

Essas reflexões compõem a vivência dos profissionais do sistema socioeducativo na atualidade e demarcam a produção de sofrimento. Os profissionais sabem que falta diálogo e reconhecem que sem interlocução o trabalho do psicólogo não é compreendido em sua dimensão de intervenção e contribuição para a transformação de sujeitos, passando a ser concebido como atividade de controle, de apoio à justiça ou apenas de mera mediação. A fala que se segue ratifica essa análise.

Falta conhecimento dos que estão relacionados com essa prestação de serviços aos adolescentes, de eles entenderem uns aos outros. Institucionalmente falando, não só aqui [nome da unidade] e nem só entre os profissionais da equipe, mas o sistema como um todo. É o porteiro, o socioeducador que está lá na recepção, entender o papel do psicólogo. O que ele faz? Ah ele está lá na sala, ele está passando o tempo de lazer, não ele está trabalhando. **Para você ter uma ideia, eu já fui questionado, “puxa você passa muito tempo com o adolescente”. Como eu vou entender, compreender esse adolescente se eu não dou as condições para ele falar?** (Fernando, psicólogo).

E complementa:

Ainda está muito no processo de culpabilização, o bode expiatório, o boi de piranha. Não somente para com eles [os adolescente], mas, institucionalmente, quando as coisas acontecem, quem é o culpado? É fulano, é sicrano, é isso, é aquilo. **Então, não trabalha na cadeia de responsabilidade, mas de acusação. E nos coloca em situações muito delicadas do ponto de vista de equipe, de instituições, de clima organizacional.** Porque se pega muito nesse sentido, fulano é culpado, não foi entregue tal documento, ou não cumpriu tal atividade porque fulano ou sicrano não fez (Fernando, psicólogo).

Pela fala, verifica-se que os profissionais do sistema socioeducativo, ao mesmo tempo em que sofrem as demandas judiciais que, muitas vezes, impedem a atuação autônoma e os impelem a restringir o seu trabalho à avaliação psicológica, têm de enfrentar uma interação com os colegas de trabalho também restritiva do fazer psicológico, já que parece emergir nas trocas interprofissionais uma cobrança sobre a atuação do psicólogo que o pressiona, que gera conflitos e reproduz toda opressão e violência que assola essas instituições fechadas.

As dúvidas sobre o que faz o psicólogo nas unidades socioeducativas e as cobranças que decorrem dessa desconfiança compõem as nuances desse novo fazer em espaços ainda marcados pela rigidez e obediência a uma hierarquia. A fala que se segue é um exemplo dessas significações.

Mas o que cada profissional vai fazer? Para quantos e em que condições necessárias para realizar esses objetivos? Que não estão definidos ainda, assim, se você observar a realidade dos centros de atendimento socioeducativo, de internação provisória, semiliberdade, **você vai observar práticas diferentes, práticas que estão sendo construídas ainda, tem alguma direção básica, mas está muito incipiente ainda.** [...] Inclusive eu já escutei aqui “algumas vezes eu preciso ser psicólogo aqui dentro”, aí eu paro para esclarecer “não, você para pra escutar, pra conversar, aconselhar, o trabalho do

psicólogo é diferente”. [...] Precisa existir uma sensibilização maior para que algumas barreiras possam ser trabalhadas, arestas possam ser aparadas (Fernando, psicólogo).

A atuação do psicólogo, para além da avaliação psicológica, parece não ser reconhecida no sistema socioeducativo. A imprecisão metodológica e o subjugo a demandas judiciais, como práticas que se produzem nesses espaços institucionais inflexíveis e altamente hierarquizados da socioeducação, têm gerado indefinição sobre o que faz o psicólogo e sobre que contribuições ele pode trazer para o serviço. Em consequência, têm produzido no profissional de psicologia contradição e sofrimento.

Retomamos o já argumentado sobre o “efeito dominó” da violência no sistema socioeducativo para legitimar o sofrimento profissional sobre o fazer do psicólogo, principalmente quando o profissional está inserido nas instituições fechadas de privação de liberdade.

Com essas reflexões, podemos retomar as discussões de Costa (2005), que, ao abordar a violência estrutural, afirma que a violência, de um modo geral, é um fenômeno social gerado pelas relações, não restrito ao mundo contemporâneo, pois perpassa diversas épocas e vários modelos de sociedade. A violência não é ato específico a quem comete um crime ou a quem infringe uma lei, como se tenta reproduzir socialmente ao se abordar o ato infracional cometido por adolescentes.

Segundo Costa (2005, p. 1261), no mundo contemporâneo, a elite hegemônica instrumentalizou o senso comum, com o apoio da mídia, disseminando “a visão ideologizada de que a delinquência é a violência em si e não uma de suas manifestações”. Essa disseminação transformou a análise sobre a violência apenas pela perspectiva de fora para dentro (o crime, a marginalidade, a ameaça à ordem) e diluiu as outras formas de violência, naturalizando-as em nossa sociedade.

Para Costa (2005), essa compreensão da violência como se ela fosse externa, como se fosse algo de fora que se abate sobre a sociedade, postula a individualização do fenômeno e a responsabilização absoluta do criminoso, camuflando as diversas formas de violência e produzindo uma relação de causa e efeito, na qual se pode facilmente explicar esse fenômeno por análises unilaterais: é gerado pela pobreza, a repressão vai impedir a sua disseminação, é produzido pela falta de controle. Essa forma instrumentalizada da violência disseminada na sociedade camufla outras formas de violência e reforça o modelo falido de coerção como estratégia adequada para eliminar o fenômeno na sociedade.

É nessa estrutura de atenção ao adolescente autor, em que imperam as diversas formas de violência, que se inserem os profissionais, os quais em sua maioria têm vínculos empregatícios precários, como evidenciado no exemplo de fala apresentado, e tornam-se, assim, mais suscetíveis à imposição das determinações estruturais e ao sofrimento em seu fazer. Para essa reflexão, destacamos os argumentos de Lane (1984) que afirma que as pessoas, ao desempenharem os seus papéis, reproduzem a relação “dominador-dominado” e os conflitos de poder; e que é nesse nível que poderão emergir os processos de oposição, negação e contradição, inerentes à dialética. Para a autora, é no nível da emergência das contradições que as determinações concretas e ideológicas serão desmascaradas e poderão transformar a realidade.

Todo esse entrelaçamento de condições subjetivas (dos agentes executores) e objetivas (de práticas construídas em um sistema rigidamente hierarquizado) produz contradição. O Estado como poder de coerção e como agente de proteção atua sobre o fenômeno da violência reproduzindo o modelo hegemônico excludente e mantenedor da ordem, no qual se articulam forças de poder e sobre o qual as estratégias de dominação social insistem em se manter.

Essa contradição, se não desvelada, poderá impedir a compreensão crítica do fenômeno da violência e do ato infracional cometido por adolescentes e esmaecer o poder de resistência dos profissionais inseridos no sistema socioeducativo às forças externas mantenedoras da ordem, impelindo à reprodução das ideias hegemônicas dos grupos dominadores, restringindo seu fazer às demandas judiciais, como forma de minimizar o sofrimento advindo de sua condição do sujeito dominado em um cenário político rigidamente hierarquizado.

Com essas significações, a violência é o modelo social que tem sido mantido no sistema prisional e tem se replicado no sistema socioeducativo, sob o discurso da proteção da sociedade e do cuidado dos adolescentes autores. Reconhecendo a violência e o entrelaçamento das relações de poder que perpassam o sistema socioeducativo, apresentamos a seguir mais um significado apreendido, que tem como principal elemento de análise a reprodução dessa violência com o adolescente autor de ato infracional.

2.2.2.3. “É uma política que ela se quer para todos, mas ela é claramente segmentada, que é para pobres”

A análise crítica do fenômeno da violência em que se inserem os adolescentes autores de ato infracional pode contribuir com o cenário político da atenção ao adolescente autor, uma vez que permite o reconhecimento de diversas facetas da violência nesse cenário: a compreensão da reprodução institucional do modelo de dominação social por meio da violência; explicitação das dimensões ideológicas que insistem em manter legítimo o sistema socioeducativo como um modelo adequado de justiça, em que a política de responsabilização para o adolescente autor conflui com a reprodução e a produção da violência nos espaços institucionalizados.

A compreensão crítica sobre o autoritarismo e a violência reproduzida no sistema socioeducativo é uma significação que se manifestou em algumas falas dos Profissionais Executores, mas essa criticidade parece ser um fator ainda restrito às singularidades de cada sujeito e à sua experiência individual. No sistema socioeducativo, não foi possível identificar nos profissionais uma compreensão ou mesmo conhecimento da história da política de atenção aos adolescentes autores de ato infracional no Brasil, as mediações que a efetivaram, ou o reconhecimento da importância dos movimentos sociais, tal como ficou evidente com relação à saúde mental.

Nesse grupo de participantes, que representa os profissionais da execução das políticas da Reforma Psiquiátrica e do SINASE, parece haver uma distinção singular entre quem atua dentro da unidade de socioeducação e quem atua fora dela. Estar fora das instituições de socioeducação, caracterizadas como manicomiais (fechadas, opressoras e reprodutoras da violência), parece ser um fator que colabora com a produção de reflexões mais crítica, como ocorre com os professores e com os profissionais de CAPSad. A fala seguinte expressa crítica ao sistema socioeducativo e à reprodução do modelo social excludente:

As maiores dificuldades que eu vejo: primeiro é a questão da capacitação dos profissionais para atuarem na medida socioeducativa; segundo é o próprio financiamento; e outra coisa, é isso que eu te falei, é **uma política que ela se quer para todos, mas ela é claramente segmentada, que é para pobres**. Tu não vê o filho do juiz na medida socioeducativa, tu não vê o filho do promotor na medida socioeducativa. Então, assim, é para pobre, tanto que havia uma questão muito forte em relação, assim, que as medidas socioeducativas eram no CRAS, no CREAS. Por que isso? Porque não

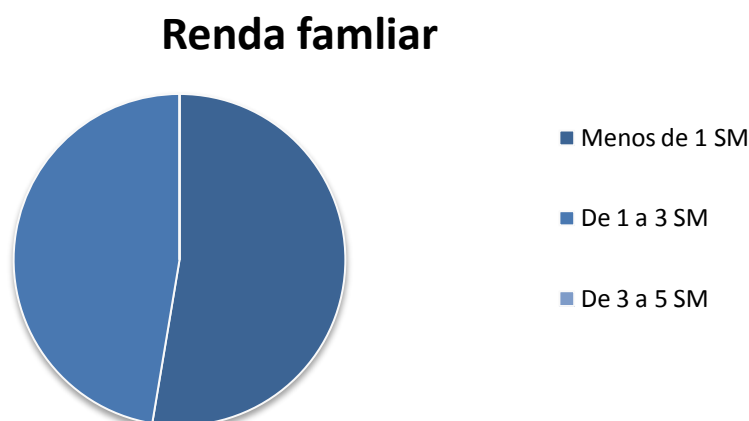
era à toa que era no CRAS, no CREAS, porque era para a galera de baixa renda, para a galera pobre, enfim (Joel, professor).

A fala, que representa alguém externo às unidades de privação de liberdade, expressa um dos aspectos da crítica que deve ser feita na análise do sistema socioeducativo. Esse é um posicionamento crítico importante que não está presente na maioria das discussões que têm sido produzidas na sociedade e nem nos questionamentos feitos pelos profissionais que estão inseridos nas unidades de socioeducação.

Questionamentos como esses são importantes por ratificar a desigualdade social no que se refere à aplicação da medida socioeducativa e por desequilibrar a concepção conservadora de que a violência é um fenômeno externo advindo da pobreza e mantenedora de um sistema que é pensado e planejado para pobre. Questionar o sistema socioeducativo como uma política elaborada para o pobre é confrontar as relações de poder que permeiam a sociedade e desestabilizar uma prática, que se mantém sob a égide da justiça.

Neste trabalho, observamos que todos os adolescentes pesquisados, em cumprimento de privação de liberdade no CASE ou na semiliberdade, são pobres, como se verifica no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Renda familiar dos adolescentes privados de liberdade em Palmas-TO



Fonte: Dados extraídos da pesquisa documental na unidades socioeducativas de Palmas-TO, realizada em novembro/2012 a março./2013.

Para este estudo, foram pesquisados os prontuários de todos os oito adolescentes que estavam em privação de liberdade na unidade de semiliberdade e mais 11 prontuários dos 41 adolescentes do CASE (selecionaram-se aleatoriamente os prontuários, como forma de estabelecer uma análise comparativa entre todos os 19

adolescentes que estavam em tratamento no CAPSad III de Palmas e 19 selecionados no sistema socioeducativo). Pelos dados, verificamos que nenhum dos prontuários pesquisados apontou uma renda familiar para os adolescentes do sistema socioeducativo que fosse superior a três salários mínimos.

Mais uma vez fazemos referência a Vigotski (2010, p. 313) para subsidiar a análise sobre as relações de poder que perpassam o sistema socioeducativo e nas quais os adolescentes pobres e suas famílias tornam-se os maiores lesados. Segundo o autor, “nas condições de moralidade burguesa do Direito, desviam-se para o crime aqueles que não se enquadram nos limites do padrão médio, que sentem em si força e não podem aceitar a ordem estabelecida da vida”. O autor argumenta que toda educação é uma educação de classe e que a moral burguesa pratica a hipocrisia, pois ensina uma coisa e faz outra. É esse o debate que deve ser construído: desvelar a hipocrisia e desestabilizar as práticas.

A compreensão sobre a ineficiência do sistema socioeducativo, a opressão e a violência que os adolescentes pobres vivenciam nesses ambientes, o mapeamento de quais os fatores que propiciarão a diminuição da violência estão sendo substituídas pelo debate exclusivamente legal do sistema socioeducativo. Esse debate está assentado na reprodução da exclusão social, da segregação e da análise unifatorial sobre o fenômeno da violência em nossa sociedade.

Toda essa confusa interação social entre os diversos agentes da execução do sistema socioeducativo mascara o entrelaçamento das forças poderosas de manutenção do poder e da ordem, realça a contradição que o SINASE faz emergir e produz entre os Profissionais Executores uma atuação também contraditória. Eles muitas vezes não percebem seus direitos violados nesses espaços, reproduzem os discursos hegemônicos e naturalizam as punições e coerções como estratégia de transformação dos sujeitos.

Para reforçar essa discussão, faremos referência ao fato de que, embora tenha sido bem clara a distinção entre o conhecimento da política do SINASE (por parte de quem está ou esteve envolvido nessa área de atuação) e o desconhecimento, ou mesmo estranhamento, por parte de quem não está diretamente envolvido, verificamos que mesmo entre aqueles que conhecem o SINASE, que estão envolvidos na atuação, não há uma significação consensual sobre o que representa essa Política de desinstitucionalização do adolescente autor de ato infracional. Para alguns profissionais que trabalham no sistema socioeducativo, o SINASE não é significado como uma

política de garantia de direitos, mas apenas como uma política de responsabilização, como se evidencia na fala seguinte:

Precisa mudar [a Lei], em questão até própria que fala do sistema penal, do código penal, que tem algumas coisas de lei: o menor de idade que faltando um dia pra completar 18 anos ele é inimputável, um dia para a pessoa, tipo, para comparar... É uma coisa que eu debato muito, a questão é isso: como que um dia determina se a pessoa é imputável ou não? É a questão do procedimento mesmo, do código penal, tinha que ser revisto isso. Mas a parte do amparo do adolescente do SINASE, de amparo mesmo funciona, mas a questão do código penal, tem algumas coisas que precisam ser melhoradas, que é a parte judicial (Kátia, psicóloga).

E complementa:

É isso, 29 dias. Então, no caso ele é inimputável perante a lei, ele matou uma pessoa hoje, mas amanhã ele é maior de idade, ele é inimputável, ele vai cumprir medida socioeducativa, que não deixa de ser uma forma de cumprir como se fosse outro crime de adulto, porque ele fica três anos privado, mas às vezes eu fico relutante em questão a isso (Kátia, psicóloga).

As falas, produzidas por uma profissional do sistema socioeducativo, realçam a contradição que o SINASE tem gerado, pois, embora reconheça que a privação de liberdade representa uma punição, já que o adolescente pode ficar três anos preso, a profissional questiona a inimputabilidade do menor de 18 anos. Mesmo entre quem está trabalhando no sistema socioeducativo não há uma constatação da importância dos direitos assegurados pelo ECA e nem da necessidade de que se garanta aos adolescentes autores uma atenção que priorize a socioeducação como forma de oportunizar a esses adolescentes a reflexão e produção de sentidos de vida.

Esses significados realçam a contradição do fazer do psicólogo nas unidades de internação, o posicionamento ainda carregado de uma ideologia dominante excludente demarca o longo caminho a ser percorrido para que se possa construir dentro das unidades de atendimento socioeducativo de privação de liberdade estratégias de ações que extrapolem a perspectiva meramente responsabilizadora ou punitiva. O extrato de fala anterior parece reproduzir o discurso hegemônico que tem sido disseminado na sociedade, que concebe os adolescentes autores de ato infracional como miniadultos que têm de ser punidos, sujeitos fixos, incapazes de se transformarem, irrecuperáveis.

Tal concepção, contraditoriamente, confronta o fazer do psicólogo que atua no sistema socioeducativo, já que, embora tenha de auxiliar o adolescente na construção de

um projeto de vida colaborativo na sociedade, muitas vezes, violado em seu direito de atuar, se rende ao modelo ideológico do julgamento moral e da punição sobre o delito, e “às vezes fica relutante” em entender a inimputabilidade para o menor de 18 anos, como regulamentada em lei.

Mais uma vez fazemos referência a Vigotski (2010) que afirma que todos sujeitos são passíveis de sofrer processos educativos e de modificar seu comportamento, ainda mais aqueles que estão em pleno desenvolvimento, como é o caso dos adolescentes. Segundo o autor, “o material humano possui uma infinita plasticidade em um meio social corretamente organizado. Tudo no homem pode ser educado e reeducado sob uma correspondente interferência social” (VIGOTSKI, 2010, p. 284). Assim, caberia ao profissional de psicologia que está no sistema socioeducativo contribuir com essa educação do adolescente. No entanto diversos fatores acabam por enfraquecer a atuação do profissional dentro do sistema, tais como: falta de capacitação, violência institucional, a reprodução da ideologia dominante que dissemina a ideia de que os adolescentes autores de ato infracional são irrecuperáveis, entre outros.

Falas como as expressas anteriormente não parecem compreender de forma crítica toda a complexidade do fenômeno do ato infracional cometido pelo adolescente e nem a garantia de seus direitos que deve ser assegurada, quando em cumprimento de medida socioeducativa.

A fala abaixo é mais um exemplo dessa significação acrítica sobre o complexo fenômeno do ato infracional cometido por adolescentes.

Ah, de vantajoso [a internação] eu penso assim, porque é uma forma de corrigir o adolescente, de corrigir não, **é uma forma de ele perceber que ele fez algo errado, e incluindo ele na medida socioeducativa** está retirando ele do... Ele está cumprindo e vendo que ele errou, que ele cometeu um ato infracional, para não dizer um crime, é um ato infracional, que ele cometeu um delito, um delito perante a sociedade que rege suas leis, isso é errado perante a sociedade. **Então, ele está cumprindo pelo erro, está pagando, uma forma de pagar pelo erro cometido dele** (Kátia, psicóloga).

A fala parece ser uma reprodução acrítica do modelo hegemônico de exclusão daqueles que não se adéquam, dos adolescentes pobres que estão no sistema socioeducativo, não contém qualquer menção sobre a complexa realidade do contexto em que vivem os adolescentes autores, nem reflexão sobre os motivos que o levaram a cometer o delito ou as condições em que vivem suas famílias. Parece ser um discurso

ancorado apenas no modelo hegemônico de manutenção de uma ordem social, no qual aqueles que a ameaçam devem ser punidos.

A fala produzida a seguir indica que, na contradição do discurso e do fazer, há ainda nas unidades socioeducativas uma compreensão que naturaliza o encarceramento dos adolescentes pobres e que reproduz a ideia de que eles vivem bem dentro dessas instituições:

A estrutura lá [unidade socioeducativa] é excelente, tanto de alimentação, do quarto, de transporte, de estudo para os adolescentes, e aqui também, só pela estrutura é excelente, tem alimentação, tem acompanhamento com nutricionista também. Não deixa a desejar em questão de estrutura, isso não deixa a desejar (Kátia, psicóloga).

Tal fala denota uma compreensão sobre o modo como se tem organizado o sistema socioeducativo, destituída de qualquer crítica ao que se tem realizado nas unidades. Em visita, percebemos inúmeras deficiências (ausência de móveis, pintura velha, ambientes pouco arejados, circulação dos adolescentes limitada, piscina suja, espaços frios e pouco acolhedores). No entanto nenhum desses elementos foi destacado, apenas o reforço sobre o quanto os adolescentes têm um espaço físico bem estruturado.

Por outro lado, algumas outras falas denotam uma crítica ao espaço físico das unidades, exaltam a contradição que permeia a execução no sistema socioeducativo e asseveram a discussão, já desenvolvida neste estudo, sobre o posicionamento crítico do profissional que não até dentro da unidade socioeducativa, como, por exemplo, a fala que se segue.

Porque que não são adequados [os espaços físicos]. Porque na verdade são prisões para adolescentes. Na verdade, é isso, é prisão para adolescente. Então, é a mesma coisa, com celas, a lei rígida que tu tem dentro do sistema prisional é a mesma coisa também, sistema socioeducativo é bem fechado, as condições péssimas de vida mesmo para os adolescentes. Eu acho que é um desrespeito muito grande com os adolescentes, um preconceito muito grande, uma estereotipia muito grande. **Todos eles lá são vistos como, “não, esses aqui vão sair daqui, vão para a cadeia”**. Então assim, quando tu já... E aí acho que isso diz muito, **quando tu vês a pessoa assim, tu vai tratar ela de acordo** (Joel, professor).

Os dois conjuntos de falas, que representam respectivamente a voz interna e a voz externa à instituição de socioeducação, são a evidência de que a significação sobre o sistema socioeducativo se diferencia entre quem está dentro e quem está fora da

unidade. A contradição que permeia as ações no sistema socioeducativo evidencia práticas que reproduzem as táticas autoritárias de controle social sobre os adolescentes privados de liberdade, compreendidas criticamente por quem está fora e, ao mesmo tempo, naturalizadas por parte de quem está dentro do sistema.

Ainda se reproduz dentro das unidades socioeducativas a ideia de que esses adolescentes têm tudo de que necessitam, como fica expresso na seguinte fala:

Até então, o **sistema ele está suprimindo as necessidades dos meninos, que algumas coisas que eles tinham em casa têm aqui, que não deixa a desejar, no sistema de semiliberdade**. Agora, no sistema fechado, é mais aquela coisa de, como posso falar, de exclusão mesmo, eles não têm contato com o social, com a sociedade, mas lá eles têm atividade de vídeo, teatro, têm atividade religiosa também, têm tudo isso (Kátia, psicóloga).

Embora a psicóloga Kátia reconheça a importância das atividades desenvolvidas com os adolescentes nas unidades, ela apenas representa o sistema socioeducativo como sendo uma composição de ações típicas do sistema prisional (“tem vídeo, teatro, atividade religiosa”). Não foram evidenciadas em nenhum momento da entrevista considerações sobre o papel do sistema socioeducativo na promoção de formação humana dos adolescentes autores de ato infracional. A fala parece se assentar na compreensão de que o sistema socioeducativo tem cumprido seu papel: fazer com que os adolescentes paguem pelo seu erro, reproduzindo o modelo naturalizado de educação como controle social, em que o adolescente naturalmente deve ser isolado para refletir sobre o que fez, castiga-se e o pune para que ele “pense sobre o que fez de errado”.

São significados que naturalizam todo o sofrimento vivenciado pelos adolescentes no enclausuramento e que os destituem das possibilidades de produção de vínculos afetivos e socializações participativas e solidárias. Por outro lado, nesse grupo de participantes, entre aqueles que estão fora do sistema socioeducativo, tais significações alarmam, pois eles consideram que esse tipo de relação que se produz nessa base de significados suscita um estabelecimento de trocas sociais, por partes dos adolescentes autores de ato infracional, que apenas reificam as interações, superficializam os vínculos e os transformam em exercício único de poder. A fala abaixo é um exemplo de que alguns representantes desse grupo de participantes reconhecem essa possibilidade.

Quando o cara vai lá e fica, sei lá, um ano, seis meses, então **ele acha que ele já pagou, que ele pagou por aquilo que ele fez e que ele tá zerado**. Isso é uma coisa, ele tá zerado, “**faço de novo, pago de novo**”, e aí é por essa lógica capitalista mesmo, “**eu faço, eu pago**”, enfim. Outra coisa é que não tem nenhum trabalho, no caso da medida socioeducativa em meio fechado, não tem nenhum trabalho para a pessoa pensar sobre aquilo que ela fez. Pensar sobre o porquê que ela está ali, pensar na vida dela, do que ela quer de projeto de vida e ter espaço para isso. **Então, é um lugar assim que eu acho que eles só fomentam o ressentimento, a raiva, o descaso, é um lugar que faz com que os adolescentes saiam de lá...** (Joel, professor).

A fala assinala as deficiências do sistema socioeducativo como espaço de formação humana para o adolescente pobre e demarca o prejuízo que a falta de interlocução sistemática entre os diversos segmentos sociais acarreta, já que nesse grupo de participantes há significações diversas que, ao serem compartilhadas, poderiam produzir novos significados a todos agentes envolvidos. A análise das falas tem como principal resultado a compreensão de quão rico pode ser um debate quando se tem tão distintas formas de significação sobre uma política recém-implantada e em fase de implementação.

Essas falas só demarcam a grande travessia do SINASE para que ele, ao se compor pelo sistema jurídico, ao se tornar regulamentado em Lei, possa expandir suas determinações legais e se afirmar como um conjunto de ações que garantam direitos humanos, impulsionem o desenvolvimento biopsicossocial dos adolescentes pobres e possibilitem a construção de socializações solidárias e colaborativas.

A análise das falas desse grupo de participantes – que representa os profissionais que atuam diretamente com os adolescentes ou os professores que formam esses profissionais – incrementa todas discussões já desenvolvidas neste capítulo a respeito da invisibilidade social do adolescente autor, da naturalização da violência sofrida e da falta de interlocução, demarcando o entrelaçamento de relações de poder que em todo o momento erigem, apesar do já regulamentado em lei, a partir da sanção da Lei 12.594.

Capítulo 3 – Os significados construídos entre os adolescentes e suas mães sobre as políticas da Reforma Psiquiátrica e do sistema socioeducativo

*Tivésseis carregado vossas armas de boas intenções,
por certo, o medo não rondaria nossos caminhos.
Não vos acuso pela loucura do mundo,
mas não posso admitir
que façais tombar a esperança
de campos floridos,
de crianças correndo brilhantemente pelos bosques,
de janelas abertas prenhes de um novo dia.
Há um grito em cada verso meu,
grito abafado, mas sereno,
um grito continental
de clamor e piedade pela humanidade*

(Francisco Perna Filho, poeta)

Até o momento neste trabalho, escutamos e analisamos as falas de importantes agentes da execução das duas políticas de desinstitucionalização do adolescente e as apresentamos em dois grupos distintos: os Operadores do Direito (juízes, promotores e defensor público) e os Profissionais Executores (psicólogos das unidades e professores universitários). Neste capítulo, traremos as falas dos sujeitos que são destinatários dessas políticas, exatamente aqueles a quem todas as ações se direcionam e a quem os direitos foram assegurados legalmente a partir da promulgação da CF, da sanção do ECA e das leis da Reforma Psiquiátrica e do SINASE.

São as falas desses sujeitos, denominados neste estudo Objeto da Lei, que demarcam o impacto das políticas de desinstitucionalização do adolescente. Esse grupo de participantes se compõe pelos adolescentes autores de ato infracional; os adolescentes que têm necessidades de saúde em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas; e suas respectivas famílias. Apresentaremos a compreensão que os adolescentes e suas famílias têm desse conjunto de estratégias e políticas públicas que são destinadas a eles.

Para esse fim, este capítulo foi dividido em duas partes. A primeira apresenta a concepção de desenvolvimento humano que orienta este estudo e das mediações necessárias para a formação humana, a fim de subsidiar a análise do contexto em que vivem os adolescentes que participaram da pesquisa e suas respectivas famílias. A segunda apresenta os significados apreendidos entre os adolescentes e seus familiares, suas concepções e dúvidas a respeito desse tão complexo contexto de políticas públicas, que se destinam a acolhê-los e auxiliá-los na condução de suas vidas, mas que, contraditoriamente, os excluem, os estigmatizam e os julgam.

3.1. Compreendendo o desenvolvimento humano e o processo de formação dos sujeitos

Como o presente estudo se referencia na perspectiva da Teoria Sócio-Histórica, de Vigotski (2001, 2003, 2010), compreendemos a adolescência tomando como referência os trabalhos e as obras que têm essa base teórica. Essa teoria estabelece que a adolescência é uma condição de desenvolvimento em que se entrelaçam importantes transformações físicas, biológicas e psíquicas, com as condições ambientais e culturais dos sujeitos e da sociedade em que vivem, como já foi argumentado no capítulo 1.

De acordo com Vigotski (2003, p. 40), “desde os primeiros dias do desenvolvimento da criança, suas atividades adquirem um significado próprio num sistema de comportamento social, e sendo dirigidas a objetivos definidos, são refratadas através do prisma do ambiente da criança”. É com essa visão que compreendemos a adolescência, como um período da vida em que surgem profundas mudanças (físicas, biológicas e psicológicas) que afetam e são afetadas por “toda a experiência social da humanidade e dos grupos particulares” (VIGOTSKI, 2010, p. 44).

Vigotski (2010, p. 44), para explicar o comportamento humano e o entrelaçamento das condições biológicas, culturais e sociais, expõe que as reações hereditárias, a experiência individual, a experiência histórica e social, bem como todas as composições semânticas de atribuição de sentidos e significados são as bases do comportamento das pessoas. Segundo o autor, “o fator decisivo do comportamento humano não é só biológico, mas também social”, e é a partir dessa base que abordaremos a adolescência neste estudo.

Carvalho (2011) realizou um levantamento sobre a concepção da adolescência na perspectiva sócio-histórica e concluiu que nessa perspectiva a adolescência é compreendida como um fenômeno constituído social e historicamente; como um momento marcado por ganhos e aquisições de novas habilidades; e como pluralidades, ou seja, não se fala de uma adolescência estanque, mas de adolescências, que a depender do contexto, da cultura e de cada história, há especificidades que compõem essa fase da vida.

Essa visão supera a concepção negativista da adolescência, embasada na perspectiva evolucionista, em que essa fase da vida é compreendida como um momento de conflitos e de rebeldia. Segundo León (2009), a perspectiva negativista da adolescência como uma fase de conflitos demarcou o início dos estudos sobre a

adolescência no campo da psicologia evolucionista, iniciada com o psicólogo norte-americano Stanley Hal, e ainda sustenta algumas perspectivas contemporâneas sobre o conceito (LEÓN, 2009).

O estudo de Carvalho (2011) demonstra que os diversos trabalhos, de abordagem sócio-histórica, concebem o desenvolvimento humano não apenas como transformações biológicas, físicas e psíquicas características de cada momento da vida, mas também vivenciado de acordo com o contexto histórico-social de cada sujeito, de cada grupo social, de cada sociedade. Essa perspectiva, em que as características biológicas do desenvolvimento são inerentemente relacionadas à cultura e ao contexto em que os adolescentes estão inseridos, superando a visão unicamente naturalista, permeia toda a discussão aqui empreendida a respeito das políticas públicas de desinstitucionalização destinadas aos adolescentes autores de ato infracional e ou àqueles que têm necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Segundo León (2009), as ações de políticas públicas que se dirigem aos adolescentes, na perspectiva de promoção, proteção e desenvolvimento, criaram a necessidade de pluralizar o conceito de adolescência, de forma que se tornou necessário “conceber as diferentes ‘adolescências’ e ‘juventudes’ em um amplo sentido das heterogeneidades que se podem apresentar” (LEÓN, 2009, p. 47, grifos do autor). Na perspectiva sócio-histórica, a visão puramente psicobiológica da fase é superada, considerando as adolescências como categorias construídas nos diversos contextos da sociedade e resultantes do entrelaçamento das condições biológicas do sujeito com diversas significações sociais que os processos de mediação produzem.

O desenvolvimento humano não é linear, mas dialético. Tal concepção implica, mais do que compreender o homem em seu percurso de estágios de desenvolvimento, apreender o processo dialético de suas interações, as irregularidades no desenvolvimento das diferentes funções, o entrelaçamento de fatores internos e externos e os processos adaptativos que são construídos ao longo da vida pelo sujeito (VIGOTSKI, 2003).

Vigotski (2003, p. 82) afirma que estudar o desenvolvimento humano sob esse ponto de vista não significa descrever um fenômeno com base nas aparências externas (nos comportamentos típicos da fase, por exemplo), mas “revelar a sua gênese e as suas bases dinâmico-causais”. Para ilustrar essa compreensão, o autor aborda o estudo biológico de uma baleia, no qual, se o pesquisador se basear apenas em sua aparência

externa, a classificará na espécie dos peixes; no entanto, se fizer um estudo mais explicativo e menos descritivo, compreenderá que, do ponto de vista de sua natureza biológica, a baleia está mais próxima dos mamíferos. Tal exemplo estabelece o ponto de análise da adolescência a partir da perspectiva sócio-histórica, ou seja, é compreender esse fenômeno como uma categoria constituída dialeticamente pelas transformações individuais (físicas, psíquicas e biológicas) e pela atividade mediada, em um processo contínuo de produção de sentidos e significados, em permanente mudança.

Assim, se trouxermos essa compreensão histórica da dinâmica do desenvolvimento humano para o âmbito do objeto deste estudo, podemos afirmar que não é possível abordar as questões relacionadas ao ato infracional cometido por adolescentes ou ao seu envolvimento com álcool e outras drogas sem conhecer as especificidades da história desses sujeitos. Mais que isso, não podemos compreender as adolescências dos sujeitos participantes deste estudo em uma perspectiva especificamente dual e causal, em que se tendem a reproduzir o modelo tradicional que concebe o adolescente como sendo por natureza “rebelde”, necessitando de limites e de imposição das famílias e essas, quando pobres, tendem a ser reconhecidas como vivendo em contextos de violência, como desestruturadas e não conseguindo impor limites a seus filhos. Compreender a adolescência pela perspectiva sócio-histórica é reconhecer que existe um conjunto de fatores implicados no cometimento de ato infracional por adolescentes, bem como em seu envolvimento com álcool e outras drogas, que deve ser desvelado para ser compreendido em sua essência, livres de pré-julgamentos ou preconceitos.

É, portanto, com essa perspectiva que pretendemos analisar os problemas relacionados à inserção dos adolescentes nas políticas públicas de saúde mental e das medidas socioeducativas. O foco para essas análises não é o olhar sobre o adolescente embasado na compreensão de que ele está em desenvolvimento como mero produto de uma maturação biopsicossocial, mas como estando em um processo de desenvolvimento em que ocorrem interações diversas que em todo momento produzirão novas formas de relação e novas significações.

Nessa perspectiva, o adolescente aqui representado supera a passividade atribuída a ele, como ocorre quando compreendido pela concepção exclusivamente biológica de passagem para a vida adulta, e adquire um caráter ativo, de sujeito, de alguém que tem direito a voz e vez, autor de sua história. Embora esteja em uma condição ainda fragilizada, em pleno desenvolvimento, vulnerável a diversas formas de

violação de direitos, necessitando, portanto, de proteção, o adolescente é reconhecido, neste estudo, como um sujeito que está implicado ativamente na realidade social, que necessita sentir-se fazendo parte da sociedade e dos grupos sociais diversos em que percorre. Essa é a perspectiva que orienta este estudo e que rompe com diversas outras concepções que foram e são reproduzidas sobre a adolescência em nossa sociedade.

Os diversos olhares sobre a adolescência, embasados em diferentes teorias, metodologias e instrumentais, se analisados individualmente, reduzem a compreensão do desenvolvimento humano e podem transformá-la em um conjunto de conceitos homogeneizantes desse processo. A homogeneização da adolescência, compreendendo-a como se ela fosse vivenciada do mesmo modo por todos os sujeitos, em todas as sociedades e em todas as classes sociais, desconsidera o fato de que nem todos os adolescentes vivenciam as mesmas condições de vida e de que, na trajetória do desenvolvimento humano, as vivências cotidianas subjetivas se constroem por meio de mediações concretas, históricas e sociais. Portanto, ser adolescente tem implicações de todo um conjunto de vivências, experiências e interações que foram construídas pelo sujeito ao longo de sua existência e que têm essencialidades próprias a depender da cultura, da tradição, da história individual, da classe social a que pertence, das oportunidades que tem ou teve, entre outras condições.

O modo como foi tratada a adolescência em nossa sociedade, ao longo do tempo, a coloca em um processo de transformação individual que implica continuidade de desenvolvimento progressivo. A adolescência se configurou como uma fase de transição, vista aos olhos do adulto, em que a total integração do indivíduo na comunidade fica sujeita à superação dessa fase. Assim, deixar de ser adolescente significaria se inserir na condição de ser capaz de assumir, de forma consciente, seus direitos e responsabilidades como cidadão, seria, então, sair da fase de transição e se inserir no mundo do adulto jovem (LEÓN, 2009).

Historicamente, a adolescência, no âmbito das políticas, sempre esteve na condição de ser “menor”. Inseriram-se nesse termo todas as significações contidas ao longo da história, em que a menoridade, como alvo para as políticas públicas, se associa à condição de pobreza, desadaptação e marginalidade, pois só se voltavam a essa parcela da população no sentido de produzir a ordem social: educar para serem cidadãos, na impossibilidade, institucionalizar para educar sob coerção (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

Podemos afirmar que na atualidade os adolescentes autores de ato infracional e aqueles que têm necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, embora se insiram em um contexto de políticas garantidoras de direitos a eles, vivenciam ainda mediações que estão imbuídas da prevalência das condições subjetivas dos agentes dessas políticas, demarcando a não consolidação dessas propostas como política pública. Assim, componentes ideológicos sustentam os processos excludentes e preconceituosos, nos quais o adolescente é concebido sob o olhar do Estado como um constante vir a ser, alguém ainda “não sujeito” que necessita ser interpelado pelo processo educativo e formador para ser efetivamente um sujeito de direitos.

A adolescência na perspectiva teórica deste estudo, para além de sua dimensão biológica (que implica vigor físico, vitalidade, predisposição para a aventura, criatividade e interesse pelo mundo), é compreendida como contendo diferenciações sociais e de classe que, ao mesmo tempo, determinam historicamente o adolescer em uma experiência geracional comum (RIZZINI et al., 2009).

Os adolescentes autores de ato infracional ou que têm necessidades de saúde em decorrência do uso de álcool e outras drogas são grupos que têm suas especificidades típicas de seu desenvolvimento e da condição social em que se inserem. Ao mesmo tempo, são sujeitos que têm singularidades próprias das mediações que foram e estão sendo construídas por cada um em sua vivência na família, na sociedade, nas instituições escolares e de saúde, no sistema socioeducativo, enfim, em todos espaços que ele percorre.

Para exemplificar essa singularidade das adolescências, demarcada pelas determinações históricas e sociais de cada sujeito, inclusive determinações de classe, apresentamos dados publicados pela Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente (2013). Esses dados realçam as regiões Norte e Nordeste como sendo as que têm os piores indicadores a respeito da escolarização dos adolescentes que estão inseridos no sistema socioeducativo (a média de idade em que os adolescentes interrompem os estudos é de 13,7 anos) e, coincidentemente, são essas mesmas regiões as que mais elevaram a quantidade de crianças e de adolescentes vítimas de homicídio. Esses dados apenas reforçam as discussões empreendidas neste estudo em relação à análise sócio-histórica da adolescência.

Segundo a CF e o ECA, educação é um direito de todas as crianças e todos os adolescentes, a ser garantido pelo poder público, mas, de acordo com os dados apresentados, não tem sido assegurado de forma igualitária e equitativa a todos. De

acordo com a Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente (2013, p. 12),

A garantia de direito humano à educação é decisiva no acesso a outros direitos. Porém para se alcançar uma transformação estrutural na sociedade, é necessário articular as políticas educacionais a um conjunto de outras políticas que promovam efetivamente a distribuição de recursos, poderes e conhecimento.

É com essas reflexões que pretendemos argumentar sobre o espaço social que tem sido ocupado pelos adolescentes autores de ato infracional ou pelos que fazem uso de drogas, bem como por suas famílias, já que ratificamos todas as possibilidades de compreensão desses fenômenos pela perspectiva histórico-social, em que os sujeitos são determinados e, ao mesmo tempo, determinantes de sua condição social.

É importante destacar que a Psicologia Sócio-Histórica, que tem um olhar especial para o desenvolvimento humano – assinalando a importância dos processos educativos no desenvolvimento das pessoas, bem como das mediações que se constroem na relação com os outros sujeitos (a utilização de instrumentos culturais, a internalização das ações, a atribuição de sentidos e significados) –, pode contribuir com um olhar crítico na compreensão dessas adolescências marcadas pelo envolvimento com atos infracionais e com o uso de drogas, e, ao mesmo tempo, pela vivência de inúmeros processos de exclusão social, principalmente os adolescentes pobres.

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), o perfil socioeconômico dos arranjos familiares brasileiro tem relação direta com raça/cor e escolaridade. Neste estudo, os dados sobre a escolaridade corroboram com os dados do IBGE, pois 95% dos adolescentes do sistema socioeducativo, cujos prontuários foram analisados, ainda estão no ensino fundamental ou no EJA – Educação de Jovens e Adultos (cuja característica é receber jovens e adultos que não completaram os anos de educação básica em idade apropriada). Apenas 5% dos adolescentes que fizeram parte deste estudo estão no ensino médio.

Destacamos que os adolescentes privados de liberdade em Palmas-TO ainda não tiveram seus direitos garantidos em sua integridade. Reconhecemos que os fatores para a defasagem em anos escolares podem ser diversos, mas ressaltamos que as medidas socioeducativas, como estratégias de promoção da socioeducação, devem se estruturar de forma a melhorar esses índices.

Para Vigotski (2010), a educação é fundamental para o adequado desenvolvimento e aprendizagem das crianças e dos adolescentes. Destacamos ainda que Vigotski (2010) dedicou muitos estudos buscando compreender o desenvolvimento humano, a partir de pesquisas realizadas com crianças e adolescentes, e estabelecer as mediações sociais que podem contribuir com a aprendizagem e com o desenvolvimento das pessoas. São os estudos de Vigotski (2001, 2003, 2010) que fundam a Psicologia Sócio-Histórica.

Pela Psicologia Sócio-Histórica, pode-se articular um conjunto de estratégias de educação social que poderiam ser acionadas nos trabalhos com os adolescentes autores de ato infracional ou que têm necessidades de saúde em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Vigotski (2010) argumenta que há duas perspectivas de educação, para as crianças e os adolescentes, que devem ser analisadas: 1. a educação moral (que, segundo ele, deve ser banida, por não produzir o comportamento ético, mas a hipocrisia); e 2. a educação estética (que, para o autor, se ela está a serviço da pedagogia, perde sua essência e torna-se também uma educação moral, aquela que diz o que não se deve fazer, que dissemina o temor, mas que não contribui para a compreensão do que fazer, para a produção de sentidos para a vida). O autor argumenta que a educação estética deve compor o conjunto de estratégias educacionais para que as crianças e os adolescentes, em sua experiência estética, recriem suas próprias vidas.

Como estamos abordando adolescências que têm se constituído por um conjunto de comportamentos que aumenta a vulnerabilidade dos sujeitos – como, por exemplo, o uso de drogas e o envolvimento com atos infracionais –, argumentamos sobre a importância de se retomar as ideias de Vigotski (2010) para refletir sobre como a Psicologia Sócio-Histórica pode contribuir com as políticas de desinstitucionalização do adolescente, tanto nas medidas socioeducativas quanto nas necessidades de saúde em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas. Destacamos que o foco para a construção de estratégias educacionais que deem conta dessa experiência estética seria uma boa contribuição, já que, além de garantir o assegurado em Lei (educação como direito), garantiria uma oportunidade aos adolescentes de exercer a própria capacidade de criar e recriar a sua existência.

Vigotski (2003, 2010) reafirma a importância da educação para o desenvolvimento humano, do mediador que organiza o meio para o sujeito em desenvolvimento e da Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) como a base para o estabelecimento das funções psicológicas superiores (consideradas pelo autor como

sendo a consciência, a criatividade e a atividade refletida). Para Vigotski (2003), a ZDP demarca as mediações, pois estabelece o que o sujeito em desenvolvimento já sabe fazer sem o auxílio do outro e aquilo que ele consegue fazer com a ajuda de um adulto, ou de alguém com mais experiência. Segundo o autor, é na ZDP que ocorre a aprendizagem e que o desenvolvimento avança para além da maturação biológica.

Compreendemos que o trabalho com o adolescente autor de ato infracional ou que tem necessidades de saúde em decorrência do uso de drogas deve partir deste princípio: trabalha-se com um sujeito em pleno desenvolvimento, para o qual o meio deve ser organizado, a fim de que o adolescente obtenha nesse meio tudo aquilo que ele busca nas drogas ou no ato infracional.

Retomamos mais uma vez Vigotski (2010, p. 310) que, ao repudiar a educação moral, afirmava que o “conceito de perfeição moral é um conceito social e não biológico”. Portanto, não existe índole ruim (falha do organismo e do comportamento), mas “falha de adaptação às condições do meio, uma falha de educação”. Para o autor, “é bem mais correto falar não de anormalidade moral, mas de insuficiência de educação social ou abandono da criança” (VIGOTSKI, 2010, p. 310).

Nesse sentido, reafirmamos as considerações de Vigotski (2010) a respeito da educação moral (para quem o comportamento ético não se impõe, mas se constrói por aquisição de valores positivos) e da educação estética (à qual o autor enfatiza como sendo fundamental para a formação de processos psicológicos, como sublimação, criatividade e atribuição de sentido à vida). Para o autor, a experiência estética possibilita ao sujeito, no contato com a arte pela apreciação e pela atividade, criar e recriar a sua vida. A esse respeito, Vigotski (2010, p. 352) assim se manifesta:

Aqui reside a chave para a tarefa mais importante da educação estética: introduzir a educação estética na própria vida. A arte transfigura a realidade não só na construção das fantasias, mas também na elaboração real dos objetos e situações. A casa e o vestiário, a conversa e a leitura, e a maneira de andar, tudo isso pode servir igualmente como o mais nobre material para a elaboração estética.

Em outras palavras, poderíamos resumir essas concepções ao seguinte pensamento: “não se muda uma paixão por ideias, mas por uma paixão mais forte”. Essa seria a principal contribuição da Psicologia Sócio-Histórica no trabalho com os adolescentes autores de ato infracional ou com aqueles que têm necessidades de saúde em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas. Por outro lado, apontamos que

uma educação com esse formato deveria romper com toda estrutura ideológica que busca manter a ordem pela segregação e pela coerção, a qual ainda impera nas unidades socioeducativas (como ficou demarcado neste estudo) e possui um viés que coloca a classe pobre em evidente condição de desvantagem.

Nas análises que são empreendidas neste capítulo, há pretensão de se fazer toda essa demarcação da concepção de adolescências e das (im)possibilidades desses sujeitos se desenvolverem. Buscamos apreender quais são as significações que estão sendo construídas entre os adolescentes e suas famílias a respeito das políticas de desinstitucionalização: a Reforma Psiquiátrica e o SINASE. A seguir, apresentamos essas análises a partir das falas desses importantes sujeitos, se não os principais atores das políticas de Saúde Mental e do SINASE, ao menos os principais indicadores de efetividade dessas propostas.

3.2. As falas de quem tem se calado diante dos mecanismos de poder que regem as políticas de desinstitucionalização: os adolescentes e suas mães

Neste momento do trabalho, pretendemos dialogar com tudo o que já foi exposto neste estudo, prioritariamente, trazer para a discussão a impossibilidade de os adolescentes pobres efetivamente atuarem nessas políticas. Atuar aqui está sendo compreendido pela perspectiva de autoria de sua história pessoal, de sujeito capaz de estabelecer formas de participação social sustentadas na criatividade do ser humano, no poder de contraturalidades, em uma modalidade de inserção social que o sentir-se fazendo parte seja o produto e a produção do fazer de cada um.

Apresentaremos as análises trazendo individualmente cada um dos adolescentes entrevistados, bem como trazendo os anseios e as dificuldades de suas mães em lidar com a condição vulnerável de seus filhos.

3.2.1. Danilo: “Rapaz, lá no CASE é um pedaço do inferno”

Danilo é um garoto de 17 anos, que está em cumprimento de medida socioeducativa na Unidade de Semiliberdade de Palmas (USL), desde 30 de junho de 2012. Na época da entrevista, fazia aproximadamente seis meses que o adolescente estava nessa medida, egresso da unidade de internação CASE, onde permaneceu também por seis meses. O motivo da aplicação da medida é “tentativa de homicídio qualificado, pelo motivo fútil e pela traição”.

De acordo com a doutrina penal, homicídio qualificado por motivo fútil significa eliminar a vida alheia, motivado por um fator insignificante, se comparado à gravidade do ato cometido, de forma que se torne desproporcional o motivo do delito e as consequências que ele produz. Homicídio pela traição significa que se utilizou de alguma emboscada ou que se dissimulou uma situação, a fim de dificultar ou impedir à vítima a sua defesa (NUCCI, 2009).

Danilo faz o 5º ano do ensino fundamental e estuda no período vespertino. Durante o período em que esteve internado no CASE, fez curso técnico de atendimento ao público, salgadeiro, pizzaiolo, mecânico de motos, informática básica e relações humanas. No entanto não podemos afirmar que todos esses cursos tenham sido feitos no período desses últimos seis meses em que o adolescente ficou internado no CASE, já que, como o próprio adolescente diz, ele já passou por várias internações no sistema socioeducativo, conforme se verifica na fala abaixo.

Rapaz, do CASE eu passei seis meses dessa vez, porque **já faz três vezes que eu já cai** [no sistema socioeducativo] [...]. No CASE, eu passei três vezes. Cada vez, rapaz, seis meses a um ano. [...] Vixe, assim, a segunda eu estava dependente químico, dependente, viciado de droga. Eu fui para o centro de recuperação do Pastor Maurício¹⁷ [instituição não governamental para tratamento de dependência química]. Assim, eu passei dez meses lá e voltei para o CASE de novo, aí eu vim para a semiliberdade. Da semiliberdade **eu fiz outro artigo e voltei para a cadeia** e voltei para a semiliberdade de novo (Danilo, 17 anos).

Pela fala de Danilo é evidente que o seu trânsito no sistema socioeducativo já tem um percurso significativo de idas e vindas. A fala denota ainda que a unidade socioeducativa de privação de liberdade, principalmente a de internação, é significada como “cadeia”. Inclusive, o discurso de Danilo é bem semelhante aos discursos dos sujeitos que estão encarcerados no sistema prisional: quando se refere ao ato infracional cometido, reproduz uma fala estigmatizada sobre o delito, que parece transformar a infração em um mero “signo destituído de significados”. O “outro artigo” a que o jovem se refere não contém nenhuma significação que possa remeter à reflexão sobre suas ações ou à atribuição de novos sentidos ao ato cometido.

Tal significado produzido pelo adolescente, que já passou por diversas internações no sistema socioeducativo, remete à grande distância sobre o que se realiza nas unidades de socioeducação e o que se tem estabelecido como proposição. Os

¹⁷ Todos os nomes utilizados neste trabalho são fictícios, a fim de resguardar a identificação dos sujeitos.

adolescentes internos reproduzem comportamentos semelhantes aos produzidos pelos sujeitos encarcerados no sistema prisional, utilizam linguagens parecidas e realçam a falta de sentido sobre o ato infracional cometido. Se o jovem tem 17 anos e passou três vezes pela internação socioeducativa, cada uma delas por seis meses a um ano, podemos afirmar que a função de socioeducar, ou de contribuir com a produção de novas significações sobre a realidade social em que vivem os adolescentes não produziu efeitos positivos. Ao contrário, se as internações anteriores estavam relacionadas à dependência química, como afirma o adolescente, essa última já ocorreu por um motivo mais grave: tentativa de homicídio.

Tal fato nos obriga a fazer uma reflexão sobre o papel do sistema socioeducativo na vida dos adolescentes autores de ato infracional. Parece que não tem contribuído para a construção de novas formas de socialização e tem produzido comportamentos estereotipados e destituídos de significados, como consequência direta da institucionalização em estruturas fechadas e opressoras, que pouco produzirão subjetividades criativas e autônomas, como bem argumentam Goffman (2001) e Vigotski (2010).

A fala de Danilo permite verificar também que, até mesmo para a atenção às necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a modalidade de atendimento prioritária ainda é a de institucionalização, já que o adolescente faz referência há dez meses em que esteve internado em uma instituição para o tratamento de dependência química. Tempo que excede ao disposto na Lei, principalmente para a população adolescente, que deve ter garantida a sua convivência familiar.

Nenhuma referência é feita à possibilidade de tratamento no CAPSad, nem pelo adolescente, nem por sua mãe e nem mesmo no prontuário do jovem havia registro de que ele já tivesse sido encaminhado alguma vez ao CAPSad da Palmas. Segundo consta em seu prontuário, Danilo tem ou teve envolvimento com drogas lícitas e ilícitas (maconha, crack e álcool), no entanto nunca fez tratamento no CAPSad, apenas na instituição em que foi internado por dez meses. A mãe de Danilo afirma que ele já tem um longo percurso no sistema socioeducativo e desde há muito faz uso de drogas. A fala que se segue expressa esse percurso do adolescente:

Ah, o Danilo ele... acho que **ele não tinha nem 11 anos direito, quando ele caiu lá**. E já tem de cinco... cinco anos e meio por aí, seis anos que ele foi para o CASE. Em primeiro lugar, ele foi para o CASE. Aí depois do CASE, ele foi para a [nome da clínica para

tratamento de dependência química]. De lá, ele voltou para o CASE de novo, depois do CASE, ele voltou para a semiliberdade. Aí da semiliberdade, ele voltou para o CASE de novo. Aí do CASE, ele voltou para a semi. Agora que ele saiu da semi. Porque foi na época... Ele já tinha furado um e depois nesse negócio de vir final de semana passar em casa e voltar no domingo à tarde, ele foi para uma festa, foi para a festa e lá arrumou uma confusão e cortou o outro de facão. **E aí eu fui obrigada a depor contra ele, porque senão eu ia ser morta bem aqui, porque o cara estava aqui já... Estava me ameaçando.** Aí eu fui obrigada (Geralda, mãe de Danilo).

A fala denota a complexa realidade dos adolescentes que vivem no cotidiano de idas e vindas às unidades de internação socioeducativa ou de saúde mental e a grande fragilidade que assola essas famílias. Um ir e vir entre os espaços em que se vivencia o aprisionamento, a reclusão e o distanciamento das famílias, por um lado; e, por outro, os espaços em que se experimenta a liberdade, a falta de proteção social e a insuficiência de educação social, como diria Vigotski (2010). São falhas ocorridas em um momento importante do desenvolvimento, no qual a figura do adulto (agente mediador) seria fundamental para a organização do ambiente e a consequente estruturação da subjetividade do adolescente como sujeito autônomo, criativo e atuante em sua história.

Diante dessas falhas, a interação passa a ser regida pelo estabelecimento de estratégias individuais na busca pela adaptação ao ambiente. Para Vigotski (2010, p. 68), todo processo de aprendizagem é uma busca de adaptação social, mas o autor ressalta que o contexto social pode tanto ser positivo quanto nocivo para o desenvolvimento da criança. Portanto, o processo educativo necessita das mediações do adulto para que a criança e o adolescente não sejam deixados “à mercê dos elementos da vida”.

O que realça na fala da mãe de Danilo, incapaz de se constituir agente de mediação para o adolescente, é a própria vulnerabilidade que ela também se encontra, o medo de “ser morta”, sentindo-se ameaçada devido às ações do filho. Impotente para proteger-se e para acolher as vulnerabilidades do adolescente, abandonada pelas políticas públicas, constituir-se agente de mediação para o desenvolvimento do filho torna-se difícil. Assim, Danilo e sua mãe acabam não conseguindo tornar-se agentes ativos na execução dessa política. Impossibilitados de exercer qualquer tipo de contratualidade social, constroem uma atuação menos ativa nesse cenário.

O termo *contratualidade social* é utilizado por Costa-Rosa, Luzio e Yassui (2003) como argumento de defesa dos sujeitos que têm algum transtorno mental e que são isolados da sociedade em instituições manicomiais. Segundo os autores, o

significado construído socialmente sobre as patologias da mente deve ser modificado, pois os “doentes mentais” são cidadãos que têm direitos e que desejam ter poder de estabelecer contratualidades sociais. Contratualidade social é entendida pelos autores como sendo a possibilidade de estabelecer contratos sociais de reciprocidade e de trocas, nos quais permeiam noção de responsabilização por escolhas, oportunidade de decidir e capacidade de enfrentar as adversidades da vida. Transpondo essas conceituações para a realidade dos adolescentes autores de ato infracional, podemos assegurar que uma importante estratégia para o sistema de responsabilização seria promover um modelo de educação social fundado na ampliação do poder de contratualidades dos adolescentes, a fim de garantir o reconhecimento de si na sociedade, o sentimento de pertença social, bem como as implicações geradas pelo seu agir e as possibilidades de se experimentar novas formas de socialização.

Diante do abandono por parte das políticas públicas de amparo às vulnerabilidades das crianças e dos adolescentes, as famílias não conseguem proteger seus filhos e gritam por socorro ao poder público. Este (o poder público) assume a responsabilidade de acolher/colher os adolescentes autores de ato infracional, mas não os auxilia a estabelecer novas formas de socialização.

Dessa forma, o percurso lar/sistema socioeducativo/lar não se constitui efetivamente, mas rua/sistema socioeducativo/rua. Esse percurso sustenta o próprio sistema, já que colabora com a reincidência dos adolescentes no envolvimento com ato infracional e não estabelece sua integração na família e na sociedade.

A fala que se segue representa o significado atribuído por Danilo a esse ir e vir no sistema socioeducativo.

É porque lá [no CASE] é uma estrutura bem assim fechada assim, tu **fica meio enjaulado, parece um animal dentro dum quarto**, assim só de quatro paredes, trancado e uma porta. Rapaz, para mim, assim, **é porque existe esse trem de, de menor, porque se fosse por mim não existia cadeia não**, porque tem esses trens aí que de menor que faz alguma coisa e tem que pagar, por isso que fez esse trem. [...] Rapaz, **para eu voltar [para o CASE], bem, assim, eu tenho que ser muito sem vergonha**, porque tanta coisa que eu já passei eu voltar para aquele mundo de novo? **Pode ver que eu não presto não** (Danilo, 17 anos).

E complementa:

Eu voltei [para o CASE] por causa de paciência. Uma pessoa fala

alguma coisa para você e não tem paciência. [...] **Eu estava aqui dentro, mas fui para visita domiciliar em casa e fiz outro artigo** [...] a pessoa me agrediu primeiro, assim, eu não pensei não, a cabeça estourou. [...] Porque eu estou cumprindo uma coisa que eu fiz errado e eu **estou cumprindo para depois eu pegar meu alvará e ir embora** (Danilo, 17 anos).

Pelos argumentos utilizados por Danilo, percebemos o quão sem sentido é para ele a internação no sistema socioeducativo, e o quanto esse sistema não tem contribuído em nada para sua transformação, ao contrário parece só colaborar com a produção de uma identidade social que o fixa na condição de autor de ato infracional, de incapaz de se transformar, de alguém que deve “ser muito sem vergonha” e que “pode ver que não presta, não”.

Ao argumentar que, para voltar à unidade de privação de liberdade, tem de ser “sem vergonha”, Danilo, que tem um longo percurso de ir e vir ao sistema socioeducativo, reproduz o significado que tem sido disseminado na sociedade e inclusive dentro do próprio sistema socioeducativo: de que a identidade do adolescente autor de ato infracional é fixa e de que as possibilidades de ele modificar o seu agir são mínimas. Tal significado contribui para a perpetuação do adolescente autor na condição de infrator e produz um esvaziamento de sentidos e significados sobre o percurso do adolescente quando ele “cai” no sistema socioeducativo.

Retomando as discussões já desenvolvidas neste estudo a respeito da significação construída entre os outros dois grupos de participantes (os Operadores do Direito e os Profissionais Executores), que afirmam a importância da internação para o adolescente “refletir sobre o que fez de errado”, ressaltamos a contradição: o sistema socioeducativo não proporciona ao adolescente a reflexão, ao contrário, fixa-o na condição de marginal, de alguém que “não presta” porque não consegue se adaptar ao meio com mais “paciência”.

Não conseguindo atribuir significado a esse ir e vir, o adolescente, então, tem dificuldade para construir novas formas de socialização, para recriar sua existência, para estabelecer contratualidades sociais que superem a falta de “paciência” no enfrentamento das adversidades geradas pelo convívio social e acaba por reproduzir um agir e interagir destituídos de reflexão.

O adolescente autor de ato infracional, pelo ECA e pelo SINASE, deve ter garantidos todos seus direitos e as condições necessárias para o desenvolvimento biopsicossocial. No entanto, pela análise das falas de Danilo e de sua mãe, podemos

argumentar que o garoto, muito cedo, passou a vivenciar uma experiência institucionalizada, cada vez mais distanciada de convivência familiar. As possibilidades de reconhecer-se como sujeito participante da sociedade e implicado nas interações sociais não lhe foram asseguradas. Muito menos lhe foram asseguradas as condições de adaptação ao ambiente de forma adequada, por meio das quais ele poderia apropriar-se dos instrumentos culturais, criar e atuar sobre o meio.

Vigotski (2010, p. 69) salienta que

Na nossa rua há tanta impureza e sujeira ao lado do belo e do sublime que deixar o desfecho da luta pelo campo motor da criança com o livre jogo dos estímulos seria tão louco quanto querer chegar à América lançando-se ao oceano e entregando-se ao jogo livre das ondas.

As falas de Danilo e de sua mãe expressam bem o quanto ele foi “entregue ao jogo livre das ondas” e o quanto sua mãe esteve impedida de auxiliá-lo em seu desenvolvimento, administrando racionalmente o meio para que ele pudesse se desenvolver, como bem recomenda Vigotski (2010). As idas e as vindas de Danilo pelo sistema socioeducativo o distanciaram de sua mãe e das possibilidades de que ela se constituísse um agente de mediação social e educação e também não possibilitaram a ele a aquisição da educação social dentro das unidades de privação de liberdade.

Ser auxiliado para que consiga produzir novas formas de participação social, de contratualidades, de subjetivação, a fim de promover o desenvolvimento de todas as suas potencialidades e a sua integração social é o que propõe o SINASE para o adolescente que comete ato infracional. No entanto o que parece estar presente no sistema socioeducativo ainda é apenas a “punição” pelo ato, disfarçada de responsabilização, mas significada pelo adolescente como “cadeia”.

Danilo, muito cedo, passou a conhecer todo conjunto de estratégias que são utilizadas pelo poder público para manter a ordem social, mas igualmente precocemente iniciou um percurso de uma vida esvaziada e sem sentido. Parece não ter conseguido compreender para que estudar, para que trabalhar, para que “ter paciência” com as pessoas, para que viver, para que conviver. A significação que se manifesta na expressão “eu estou cumprindo para depois eu pegar o meu alvará e ir embora” representa bem essa vida esvaziada de alguém que muito precocemente tem seus vínculos afetivos rompidos e não tem oportunidade de estabelecer novos vínculos. A fala que se segue exemplifica essa análise.

Porque **eu me sinto preso**. Eu não dou conta de ficar só num lugar, **mas já acostumei**. [...] **Rapaz, lá no CASE é um pedaço do inferno** [...] é ruim moço, **para a gente que está crescendo bem assim já passar por um sistema socioeducativo**, já saber como que é e muitos passando por aquele caminho. Tu fica sentido assim, o mesmo lugar que tu passou, **enjaulado, quatro paredes, só uma porta, não é trem de gente não**. [...] fui aprendendo para não fazer coisa errada **por causa que eu sou “de menor”, tem também cadeia para “de menor”**. [...] **Rapaz, eu já perdi muita coisa. Da minha vida? Minha família principalmente**. Já passei mais de dois Natais bem ali, aniversário, isso é ruim. [...] **Rapaz, eu podia ter amadurecido, mas se Deus escolheu esse caminho, vou passar por ele** (Danilo, 17 anos).

Preso em um “pedaço do inferno”, Danilo não pôde encontrar uma possibilidade de romper com todas as determinações sociais da condição de adolescente pobre autor de ato infracional. Os extratos de fala representam bem o quanto, para Danilo, é difícil compreender sua inserção no sistema socioeducativo como uma possibilidade de transformação de si como sujeito. Para Danilo, ficar “preso” é ruim, mas ele se “acostuma”, ficar “enjaulado” e viver no “pedaço do inferno” podem ser o “caminho que Deus quis”. Esse discurso, completamente vazio de projeto de vida, de esperança, de autoestima e de crença em si mesmo, reflete toda a experiência precoce de uma inserção institucionalizada no mundo, que Danilo vivenciou. A partir dela, a produção de significados sobre o seu fazer foi se constituindo assentada em uma reprodução dos significados excludentes que perpassam a sociedade. Perdeu muita coisa: “natais”, “aniversário”, “família principalmente”. Esse é o significado que Danilo atribui ao sistema socioeducativo.

Reconhecer-se como pertencente à sociedade é uma tarefa difícil, quando a vida não oportuniza vínculos afetivos estáveis. Para Danilo, o fato de estar “preso” parece significar apenas o pagamento pelo ato infracional cometido, e, ainda, paradoxalmente, parece ter uma significação de que, estando “preso”, distanciado da família, o seu relacionamento com a mãe melhora. A seguinte fala representa essa significação.

Para minha a família, foi bom porque eu fiquei tipo assim... **Antes eu usava droga, crack, assim, minha mãe já me viu muito assim jogado na rua, mendigando, os outros batendo**, mas tipo assim... **Graças a Deus que colocou eu dentro desse sistema**, e eu fui desenvolvendo minha mente, vendo o que que era bom, o que que era

ruim. Agora eu estou aí. [...] Rapaz, relacionamento com a minha família até aí melhorou, vixe, está de boa demais (Danilo, 17 anos).

Com essa fala, verificamos que a mediação da mãe de Danilo em sua vida sempre foi uma possibilidade remota, difícil retirar o adolescente da rua, difícil construir com ele outros sistemas de valores para além das drogas. Sugerimos que o fato de Danilo ter precocemente entrado no sistema socioeducativo, distanciando-se de sua família, pode ter sido um dos fatores que colaborou com a impossibilidade de a mãe constituir-se agente mediador.

Danilo pertence a uma família em que apenas a mãe é responsável por ele e tem um irmão mais novo. A mãe é a única cuidadora de Danilo e trabalha diariamente das 8 horas às 14 horas, de segunda a sábado. O filho caçula estuda pela manhã e depois fica sozinho em casa até que a mãe retorne do trabalho. Nessa rotina, a mãe afirma ter dificuldade de acompanhar o que os filhos fazem quando não estão em sua presença. As vulnerabilidades relacionadas à vivência na rua estão presentes nessa família, já que o ambiente em que vivem sugere pouca privacidade (são vários barracões em um mesmo lote) e, segundo a mãe informou, com muita oferta de drogas. O próprio adolescente reconhece essa situação, como se verifica na seguinte fala:

O que o mundo aprende o mundo ensina. Ensina muitas coisas, até você fica encabulada de tantas coisas que rolam no mundo. **Vixe, roubo, matando, assim, já vi muito, já vi muita coisa assim na minha frente** que eu ficava assim, vixe, até nesse mundo tem isso, droga, droga eu já vi muita, muita, muita, muita. Só coisa ruim, amigo ruim. Aqui dentro não, aqui dentro tu pode estar convivendo com o cara seis meses, mas tu está tendo aquele desenvolvimento, **tem que estar conhecendo umas pessoas novas, que você tem que conhecer alguma pessoa, que é de boa**. No mundo não, no mundo tu não pode ir num lugar que tu está pichado (Danilo, 17 anos).

Essa fala, ao mesmo tempo em que denota a importância do sistema socioeducativo para o adolescente, já que ele considera que dentro do sistema pode “estar convivendo com uma pessoa seis meses”, pode conhecer alguém que “é de boa”, demarca uma solidão de um sujeito que muito precocemente está exposto a uma série de situações impactantes e que ele não tem com quem compartilhar, como o próprio adolescente diz: lá fora ele “está pichado”. São significados que exaltam o quanto falta intersecção de políticas públicas complementares ao sistema socioeducativo e que, realmente, incluam o adolescente egresso. As famílias não conseguem proteger e educar seus filhos e, muitas vezes, elas próprias (os pais, as mães, os irmãos) encontram-se

igualmente vulneráveis. Essa vulnerabilidade erroneamente tem sustentado a disseminação de uma significação social de que o ato infracional cometido pelo adolescente é um fenômeno decorrente da pobreza e da desestruturação familiar, como se só os adolescentes pobres cometessem atos infracionais. Compreensão reduzida que camufla diversas outras fragilidades para a análise desse fenômeno e para a implementação do SINASE, já que impossibilita que seja deflagrada a ausência de políticas complementares de apoio às famílias (educação, trabalho e renda, lazer, esporte, cultura, entre outras), de uma política que seja efetivamente promotora, preventiva e reabilitadora.

Reconhecemos que diversas outras análises podem ser feitas para a compreensão do envolvimento dos adolescentes com atos infracionais e que muitas questões relacionadas a singularidades de cada família, de cada vínculo social construído, de cada experiência do sujeito em seu percurso de vida produzem formas diversas de enfrentar as adversidades da vida. Por outro lado, reafirmamos que o presente estudo não possui elementos para fazer uma análise dessa dimensão, até porque a proposta é fazer uma análise de contingência política e social. Com essa proposta, os elementos apreendidos realçaram as fragilidades de cada família, de cada adolescente, diante de um Estado que não se faz presente como proteção social.

Devido ao ato infracional cometido pelo adolescente, Danilo está ameaçado de morte no bairro em que mora. Para a mãe de Danilo, a sua internação no sistema socioeducativo acaba sendo a possibilidade de garantir a proteção que ela não consegue oferecer ao filho, já que trabalha diariamente e, quando o filho está “solto”, ela acredita que não conseguiria defendê-lo dessas ameaças. A seguinte fala representa essa significação:

Com certeza. Lá é uma proteção. Final de semana ele vinha depois das duas horas, depois que eu saía do serviço, porque eu entro oito, saio duas; aí vinha, deixavam ele aqui às duas, eu já estava em casa, aí às dezoito eles levavam de volta. No domingo, ele vinha de manhã, e às dezoito pegavam e levavam. **Eu sabia que ele estava guardado.** E agora? E agora ele está onde? Nem eu sei. Agora eu fico aqui com ele... **Claro que ele é adolescente, ele não vai querer ficar preso dentro de casa.** E se alguém chegar aqui quiser fazer alguma coisa com ele, eu vou entrar no meio, que qual é sua mãe que vê um matando seu filho que vai gostar? Não vai. Então, estou correndo risco de vida (Geralda, mãe de Danilo).

A fala foi produzida pela mãe devido ao fato de que, no dia em que foi realizada a entrevista com ela, Danilo havia obtido progressão na medida socioeducativa e, portanto, não estava mais na unidade de semiliberdade. No entanto, segundo a mãe, ela não foi informada dessa situação por ninguém. Chegou do trabalho e Danilo estava em casa. A mãe do adolescente reclama de falta de apoio que tem obtido e de pouca escuta que tem recebido por parte dos profissionais responsáveis pela execução da medida (juiz, promotor e até mesmo dos profissionais da unidade), já que, diante das ameaças que o filho tem sofrido, ela havia solicitado sua permanência na unidade de privação de liberdade até que ela se mudasse do bairro.

A liberdade do filho, associada à alta vulnerabilidade dele na comunidade e que a mãe não consegue eliminar, produz impotência e contradição. Pois a mãe de Danilo, ao mesmo tempo em que significa o sistema socioeducativo como um lugar para “guardar” o adolescente, compreende sua liberdade de forma contraditória, produz um significado de que fora do sistema ele, como adolescente, não vai querer “ficar preso em casa”. Assim, prefere vê-lo “guardado” na unidade de atendimento socioeducativo a estar livre, já que a vinda do adolescente para a casa exigirá dela uma proteção que ela não consegue oferecer. Estar livre acaba significando para ela estar preso à sua condição de vulnerável social, de impotente em um mundo tão ameaçador, em que faltam políticas públicas de prevenção, proteção e promoção social.

A fala da mãe de Danilo é o símbolo do desamparo, da incapacidade de conseguir sozinha dar conta de tantas ameaças: drogas, aliciamento dos adolescentes, formação dos filhos, educação, alimentação, saúde, enfim sobrevivência com dignidade. A fala de Geralda é a própria representação da ausência do Estado no que se refere a essas questões e, contraditoriamente, a fala demarca que, para “guardar” o seu filho, o Estado se faz presente.

Esta é a situação de Danilo e sua mãe: estão ameaçados devido ao ato infracional que o rapaz cometeu e não têm como se proteger. Ao ser perguntada se ela não fez denúncia dessa ameaça para a polícia, Geralda respondeu que não, pois, se o fizesse, ficaria pior, “aí bagunça tudo mesmo”. Ao que parece, Geralda compreende como legítima essa ameaça e não encontra na polícia o amparo e a proteção de que necessita.

A condição de estar ameaçada, de não conseguir proteger o filho, de não cuidar e não ter com quem compartilhar parece produzir na mãe de Danilo uma sensação de

impotência, que a amedronta e a paralisa. A fala que se segue representa bem essa significação.

Essa noite o cara seguiu mesmo. Seguiu mesmo até aqui, no pé do portão e falou, “e aí maluco, tu cortou fulano de tal e agora está aí tranquilo, aí rodando tranquilo, de boa”, falou bem assim, “e o que entrar no meio nós vamos cortar, nós vamos detonar tudo”. Aí como é que eu vou me sentir, se sou mãe? [...] **Se alguém não apagar ele antes dele conseguir um emprego... Isso aí eu estou com meu coração na mão, eu não sei nem o que fazer** (Geralda, mãe de Danilo).

Diante dessa dificuldade em retomar o caminho e tornar-se agente mediador no processo de educação de seu filho, Geralda acaba significando a permanência do filho no sistema socioeducativo como sendo a melhor alternativa para ele. Mas, paradoxalmente, essa significação acaba por minimizar as possibilidades de Danilo se desenvolver. Inserido no sistema socioeducativo, Danilo mantém-se com os vínculos familiares fragilizados e perde as possibilidades de autoconhecimento e construção de sentidos para sua vida, uma vez que as unidades socioeducativas não o têm auxiliado nisso. Essa afirmação se confirma pelo longo percurso do adolescente no sistema, já que tem 17 anos e “caiu” lá com “11 anos”, conforme afirmou a mãe.

Novamente retomamos Vigotski (2010), que argumenta que a criança só entende a si mesma quando aprende antes a entender os outros, ou seja, as interações afetivas em que se compartilham sentimentos, fantasias e desejos é que produzirão sentidos e significados ao viver de cada sujeito. Essa possibilidade não ocorre com Danilo quando ele se insere no sistema, ao contrário, seu processo de autoconhecimento pode ficar desvirtuado devido à vida institucionalizada.

As significações produzidas por Geralda trazem como consequência direta uma ausência de autoria sobre o fazer, uma aceitação passiva da perda do pátrio poder sobre o filho e uma reprodução de um significado sobre o sistema socioeducativo desprovida de crítica. As falas que se seguem exemplificam o exposto.

O CASE antigamente, assim que o Danilo caiu lá, ele foi preso lá, estava assim meio bagunçado, porque não tinha uma câmera. Lá se matavam, se batiam, não tinha nada. Aí depois que botou a câmera, eu acho que melhorou mais. [...] Na semiliberdade, lá é bom. **Na semiliberdade, é igual o Big Brother, lá é muito bom, tranquilo o ambiente.** Os socioeducadores tudo educados, as educadoras também. Eu não tenho nada que falar da semiliberdade não (Geralda, mãe de Danilo).

E complementa:

Com certeza, com certeza. E se ele não estivesse lá, ou no CASE ou na semi, ele não era vivo mais, ele já tinha morrido. É da proteção dele e também sobre as drogas também. **Lá ele está guardado, lá eu sei que ele está vivo.** Não é igual ele... Ele, agora, liberto aí, liberto aí e eu não sei, eu deito ali na minha cama e fico quietinha, só tremendo ali, qualquer hora pode chegar alguém... **Na hora que você chamou, eu já levantei doida, falei, “aconteceu alguma coisa, mataram ele”,** porque eu já liguei pra ele, ele não atende ao telefone, até agora não atendeu (Geralda, mãe de Danilo).

As falas apresentam a angústia de uma mãe diante de uma situação de impotência, de falta de controle sobre a vida do filho; e, ao mesmo tempo, realçam que a integração social do jovem não faz parte do conjunto de estratégias que o sistema socioeducativo tem ofertado a ele. O percurso de idas e vindas de Danilo no sistema socioeducativo parece ter se tornado naturalizado e a busca de sua integração social sem sentido, como se o regresso de Danilo à unidade de internação fosse uma certeza.

A fala realça ainda o quanto as falas de Danilo quando ele esteve internado (momento em que realizamos a entrevista com o adolescente) são destituídas de sentidos para ele, já que mal saiu do sistema e já estava solto no mundo, sem atender os telefonemas da mãe e passando o dia inteiro na rua. Esse comportamento ratifica a manutenção do percurso rua/sistema socioeducativo/rua e a ausência de uma educação social realmente formadora no sistema socioeducativo.

Dessa forma, na ausência de políticas que possibilitem a integração social de Danilo à família e à sociedade e na disseminação de uma concepção que o fixa na condição marginalizada de adolescente autor de ato infracional, que fatalmente sempre retornará ao sistema, os profissionais do sistema socioeducativo e a própria mãe reconhecem legítima a falta de políticas públicas que possibilitem a integração social do rapaz e reproduzem os discursos de que a transformação do adolescente dependerá única e exclusivamente dele próprio. Geralda assim se manifesta sobre essa condição do filho:

Não porque a partir da hora que o adolescente cai lá, **eu acho que ele que tem que se consertar, se melhorar, modificar, se transformar, ele mesmo.** Que lá tem carro que leva para o colégio, tem carro que... Eles saem com os adolescentes, tem o socioeducador que fica sempre atento, sempre cuidando à noite, o dia. Então para mim eu acho... **Tem medicamento lá também, eles têm tratamento médico. O**

coordenador é assim meio bruto, mas tem hora que eu não tiro a razão dele não, que tem adolescente que é muito agressivo. E aí eu não tenho nada que falar não (Geralda, mãe de Danilo).

Esses significados acabam por produzir uma compreensão desprovida de crítica sobre o sistema socioeducativo, que pode limitar o controle social sobre ações que são desenvolvidas pelas unidades. A compreensão de que a internação dizima todas as ameaças sobre o filho pode impedir que sejam percebidas situações de vulnerabilidade ou de violação de direitos quando o adolescente está internado. Por exemplo, quando a mãe fala sobre os medicamentos que o sistema socioeducativo oferece fica uma questão: em que medida esses medicamentos são para atender as necessidades dos adolescentes internos e em que medida eles apenas reforçam as técnicas de disciplinamento e são utilizados como “sossega leão”?

Destacamos que o uso de medicações psicotrópicas no sistema socioeducativo tem composto estudos e esses têm reconhecido que essa estratégia é muitas vezes utilizada para contenção, como se evidencia no trabalho de Castro e Guarechi (2008, p. 205). Eles mencionam a existência dentro das unidades de internamento de “práticas do uso de medicação psiquiátrica como forma de contenção, isolamento como punições a comportamentos considerados inadequados, bem como a falta de atividades e de atendimentos técnicos”.

Essa significação sobre o sistema socioeducativo reforça o distanciamento de Danilo com a família, bem como incrementa sua institucionalização e todos fatores dela decorrentes, como já foi argumentado neste estudo a respeito das consequências do processo de institucionalização do adolescente. A partir desse processo, os vínculos afetivos tornam-se frágeis e as possibilidades de constituição de uma subjetividade criativa e autônoma minimizadas. A mãe de Danilo, ao atribuir ao sistema socioeducativo a significação de salvamento e proteção do filho, consente passivamente a retirada de seu pátrio poder sobre o filho e até sente-se aliviada pelo fato de o Estado assumir esse papel.

Tais significados, ao invés de impulsionarem a desinstitucionalização proposta pelo SINASE, reforçam os processos excludentes e institucionalizantes sustentados no modelo punitivo do sistema prisional. A fala abaixo é um exemplo que comprova essa contradição do sistema socioeducativo, que oscila entre a oferta de cuidado e a opressão, mas que é compreendido pelas famílias como sendo proteção e amparo aos seus anseios.

Ah, na minha vida mudou muita coisa, **me deu mais sossego, me deu mais assim, tipo assim, uma segurança que eu sei que ele estava lá, estava preso, mas estava vivo.** Eu levantava domingo de manhã, ia lá ver ele, eu sei que eu chegava lá, **quando abriam a porta eu era revistada, era aquela humilhação, mas eu sabia que eu chegava, ele estava me esperando, na revista,** estava bem cuidado, limpinho, não andava imundo, sujo velho, aí fedendo, aí apanhado, espancado pelos outros. Pra mim, foi bom. [...] É por causa da educação mesmo que eles dão lá. Os socioeducadores eles estão lá, eles educam eles, eles cuidam mesmo (Geralda, mãe de Danilo).

Ratificando e reproduzindo essa mesma significação da mãe, Danilo assim se manifesta:

Aprendi a ter paciência, não tinha paciência. Respeito, não tinha respeito com a minha mãe. E também orgulho, minha mãe está tendo orgulho de mim. **Porque eu nunca tive, que eu nunca fiz isso para ela. Dar orgulho para ela, só fiz coisa que não presta** (Danilo, 17 anos).

A fala de Geralda demonstra o alívio sentido quando o Estado assume o papel de “cuidar” de Danilo. O fato de não precisar mais se preocupar com os cuidados do filho em um ambiente ameaçador, no qual ela não tem recursos para protegê-lo, mantém a mãe em uma relação de aceitação passiva com o conjunto de ações do sistema socioeducativo, que pode reproduzir ausência de crítica ao sistema. Quando diz que lá eles “cuidam”, eles “educam”, a mãe de Danilo deixa explícita sua impossibilidade de produzir esses cuidados para o filho e ratifica que o Estado tem feito por ela sem fazer qualquer crítica à constante ida e vinda de Danilo ao sistema. Parece atribuir esse percurso a um problema individual do filho. Em nenhum momento, fez menção ao fato de ter tido que se distanciar obrigatoriamente do filho quando ele ainda era muito pequeno, à ausência de apoio do Estado para auxiliá-la a cuidar do filho quando egresso, entre outras ações que poderiam estar presentes no sistema socioeducativo, de forma a evitar o retorno do adolescente ao sistema.

Tais significações contribuem para que Danilo reproduza as concepções disseminadas na sociedade que culpabilizam individualmente o adolescente autor e suas famílias, sem reconhecer a complexidade dos diversos fatores que envolvem esse fenômeno. Assim, o sistema socioeducativo contribui para que Danilo dê “orgulho” para sua mãe, quando em sua vida só fez “coisa que não presta”.

Esses significados coadunam com as reflexões e discussões que têm permeado os estudos sobre a realidade do sistema prisional, nos quais se tem discutido a ineficácia do sistema em produzir uma Atenção Psicossocial aos encarcerados e aos egressos, que possa garantir a sua completa integração na sociedade. A Lei de Execução Penal prevê a assistência ao egresso como ação que deve ser ofertada aos encarcerados. No entanto o Estado não tem cumprido esse papel, e muitos egressos do sistema prisional retornam ao convívio social sem recurso mínimo para sua reintegração. Em documento elaborado pelo CRP (2008, p. 32), é ressaltado o contraste que existe dessa ausência de recursos para a reintegração dos egressos no Brasil com outros países mais desenvolvidos, principalmente da Europa ocidental, os quais “mantêm há décadas projeto consistente de apoio aos egressos”.

A comparação do que tem sido desenvolvido no sistema socioeducativo com o sistema prisional tem neste estudo a pretensão de expressar a enorme consonância desses dois modelos de atenção. Os estudos desenvolvidos nesta pesquisa denotam que a realidade do sistema socioeducativo se aproxima da realidade do sistema prisional. Fazemos a ressalva de que este último tem o diferencial de estar direcionado a uma população em condição biopsicossocial menos vulnerável, enquanto que o público-alvo do sistema socioeducativo encontra-se em condição de grande vulnerabilidade e, por isso, necessitaria de maior proteção por parte do Estado e da sociedade em geral.

O que se tem constituído como significação social é uma compreensão do adolescente autor de ato infracional que o estigmatiza e uma concepção de que o sistema socioeducativo não representa responsabilização, formando uma falsa ideia de que os adolescentes que estão no sistema socioeducativo estão impunes. No entanto o que este estudo evidencia é que o sistema socioeducativo tem funcionado de modo muito semelhante ao sistema prisional, portanto, punitivo, e tem produzido entre os adolescentes e suas famílias uma significação sobre essa realidade consonante às significações resultantes do modelo de encarceramento prisional, das “cadeias” e das “prisões”.

As falas produzidas por Danilo e por sua mãe revelam o quanto tem sido difícil transitar socialmente, com autoria, participação social e atividade criativa, quando a inserção na sociedade está fundada em uma condição subjugada nessa complexa relação de poder que se estabelece no sistema socioeducativo e na qual eles são os mais vulneráveis.

É nessa situação que Danilo tem construído sua subjetividade, é em seu ir e vir pelo sistema socioeducativo, pela rua, pelo seu lar que o rapaz tem construído uma vida esvaziada de perspectivas e tem naturalizado sua permanência no sistema, compreendendo, paradoxalmente, sua institucionalização (seu isolamento e afastamento da família) como integradora e fortalecedora dos vínculos afetivos.

Esta é a realidade da vida de Danilo: um garoto que precocemente foi obrigado a construir uma integração social marginalizada e que, nessa frágil interação, teve e tem de fazer enfrentamentos que cada vez mais o marginalizam. Distanciado da convivência familiar, Danilo naturaliza a pouca proteção que tem obtido por parte da sociedade e das políticas públicas, não consegue vislumbrar um projeto de vida e passivamente atribui ao seu viver a seguinte condição:

Rapaz, ao todo assim, **Deus teve compaixão de mim. Porque já me livrou de muitas coisas. Porque eu estaria morto ou noiado ainda** [noiado é explicado pelo jovem como sendo “quem fuma pedra”] (Danilo, 17 anos).

3.2.2 Henrique: “*porque desde que eu entrei aqui eu falei que não iria parar de beber, eu queria aprender a controlar isso*”

Henrique é um rapaz de 17 anos, de classe média, que é usuário do CAPSad III de Palmas, devido a problemas relacionados ao uso abusivo de álcool. Estuda o 2º ano do ensino médio, mora com a mãe, o pai e um irmão. Estuda pela manhã e à tarde trabalha na empresa da família. O adolescente chegou à unidade juntamente com a mãe, a fim de obter ajuda para se livrar do vício de ingerir bebida alcoólica quase diariamente em casa sozinho.

O rapaz começou a beber com 14 anos de idade e, desde que está sendo atendido no CAPSad, faz uso de medicamento antidepressivo, não consegue se relacionar com os colegas na escola e tem dificuldade de ter amizades. Segundo relata a mãe, Henrique nunca bebeu fora de casa, sempre bebe à noite em seu quarto sozinho. A mãe diz ter descoberto esse envolvimento do garoto com bebida alcoólica porque encontrou diversas garrafas abertas em seu guarda-roupa e resolveu perguntar a ele se estava bebendo, pois, segundo ela, o comportamento do adolescente era normal, apenas estava aparentando ter mais sono em seu cotidiano. A seguinte fala expressa essa descoberta:

Foi quando eu vi os litros aí eu perguntei, não, quando eu vi, eu não perguntei, eu achei que ele estava guardando, colecionando, eu não imaginei que ele estivesse bebendo porque nem passou pela minha cabeça. Aí depois eu vi outros litros, depois eu vi outro litro, assim, fora da gaveta outro dia, aí eu perguntei, falei “será que esse menino está bebendo?”. Comentei com meu marido, e o meu marido disse “não, deve estar bebendo não, deve ser alguma coleção”. **Aí eu perguntei, e ele contou, “mãe, eu estou bebendo”. Porque o Henrique ele é muito sincero, tudo que você perguntar para ele... Ele é muito fácil de você lidar com ele, de você conseguir descobrir as coisas dele porque ele fala, ele fala o que ele acha, o que ele pensa,** o que ele quer ser, o que ele não quer ser. Ele gosta de falar, ele fala tudo, ele é igual a mim, entendeu? (Marlene, mãe de Henrique).

A fala sugere que Henrique parece vivenciar uma condição ativa de participação social em sua família. Ao argumentar sobre a capacidade do filho em dizer o que pensa e o que quer, a mãe demonstra que há em seu âmbito familiar uma ocupação de espaço social pelo adolescente que o permite interagir, falar e ser ouvido. Além do mais, é uma fala que parece demarcar um acompanhamento por parte da mãe sobre as ações do filho, de forma que ela conseguiu intervir, já que sua busca de atendimento no CAPSad III de Palmas ocorreu de forma espontânea e com o consentimento de Henrique, antes que ele começasse a manifestar outros problemas de comportamento que afetassem o seu relacionamento social, a escola ou o seu trabalho.

Segundo o CEBRID (2010), a adolescência tem sido o alvo da maioria de estudos e programas de prevenção sobre drogas devido ao fato de que esse é um período do desenvolvimento humano em que tendem a ocorrer os primeiros usos de álcool e outras drogas. Portanto, quanto mais precocemente ocorrer a detecção do uso, mais facilitada pode se tornar a intervenção. Certamente, Henrique pôde contar com esse cuidado, já que está inserido em um serviço de Atenção Psicossocial antes mesmo de apresentar maiores problemas relacionados ao uso abusivo, já que a mãe argumenta que o adolescente não tinha outras alterações em seu comportamento, apenas sonolência.

A análise do perfil psicossocial de Henrique permite verificar que ele é um rapaz de classe média e que parece ter uma inserção na família de forma ativa, bem como o cuidado sobre o jovem parece ser sistemático. Essa condição de conseguir ocupar ativamente seu espaço social e de ser cuidado sistematicamente pela família é um diferencial na adolescência de Henrique. Demarca diferenças individuais de sua família (respeito mútuo, cuidado com o adolescente, proximidade física e afetiva no cotidiano, acesso à informação, entre outras) e, principalmente, aponta uma demarcação

da classe social. Como empresária, a mãe de Henrique tem mais condição física e estrutural de estar presente, tem mais acesso a informações, bem como a outras políticas complementares.

Os anos de estudo de Henrique são condizentes ao que se espera para sua idade, pois, segundo Novellino (2011), é esperado para adolescentes entre 15 e 17 anos de 8 a 10 anos de estudo (ensino fundamental completo e ensino médio), e Henrique está cursando o 11º ano de estudo. Para o IBGE (2013), a idade adequada para se cursar o ensino médio é entre 15 e 17 anos, idade em que se encontra o adolescente. Todos esses fatores parecem ser de extrema importância na análise do envolvimento do adolescente com o álcool e do modo como a família tem lidado com esse fenômeno.

Henrique não faz uso de drogas ilícitas, não tem o hábito de beber nas ruas e ainda não teve suas atividades sociais prejudicadas pelo uso do álcool (frequenta a escola, tem boas notas, trabalha e tem uma namorada). No entanto já é um usuário do CAPSad III de Palmas e tem sido acompanhado sistematicamente pela sua família. Ressaltamos aqui o quanto as condições sociais de Henrique o colocam em uma situação privilegiada de acesso à atenção às necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, já que está precocemente inserido em um serviço que o auxiliará na administração e no controle sobre sua vida. A procura pelo CAPSad realça uma compreensão dessa família sobre a Política de Saúde Mental e uma aprovação sobre o que esta propõe.

Essas informações permitem compreender que existe um diferencial importante na vida de Henrique, que pode ser apontado pela sua condição de classe social. Reconhecemos que há diversos outros elementos de análise para esse diferencial que também poderiam ser apontados, já que nem todos os adolescentes que têm necessidades de saúde em decorrência do uso de álcool e outras drogas, que são de classes mais favorecidas se inserem em serviços de tratamento precocemente, como ocorreu com Henrique. No entanto ressaltamos que, para o presente estudo, que se pretende uma análise de políticas públicas, o foco abordado serão as significações que perpassam as práticas em seu conjunto, as quais têm como principal fator a indissociabilidade entre indivíduo e sociedade, subjetividade e objetividade, concreto e abstrato. Para as análises, partimos de todos esses elementos, aos quais as condições de classe social trazem importantes diversidades nas formas de inserção social de cada indivíduo e grupo, foco prioritário no presente trabalho.

Dessa forma, compreendemos que Henrique, ao contrário de Danilo – que era usuário de álcool e outras drogas desde a tenra idade, que já havia passado por diversas modalidades de políticas de atenção devido a esse problema e não teve nenhum encaminhamento ao CAPSad –, pôde se inserir no serviço e obter o auxílio para aprender a lidar com o uso de álcool, sem que necessitasse se afastar de sua família ou se institucionalizar em alguma instituição de atenção à saúde mental. E consideramos essa inserção precoce uma vantagem demarcada por inúmeros fatores, entre os quais destacamos: classe social, acesso à informação, cuidado e apoio familiar, acesso à educação. Todos os fatores se entrelaçam de forma que a classe social se destaca por possibilitar todas as outras vantagens (informação, educação, tempo disponível para cuidar, entre outras).

A descoberta do envolvimento do filho com o álcool sugere que foi um evento importante na família de Henrique para suscitar o diálogo sobre esse assunto, de forma a esclarecer e desmistificar as questões relacionadas ao envolvimento com as drogas. A mãe de Henrique, que inicialmente tentou evitar o contato com esse problema (já que pensou que as garrafas de bebidas fossem “coleção”), parece ter tido de rever sua postura e buscar elementos para auxiliar o filho. Assim, demonstra atualmente possuir informações sobre o uso de substâncias entorpecentes e subsidiam os diálogos com o filho. O próprio adolescente reconhece a importância desse diálogo, ao argumentar sobre o papel da família, como na fala que se segue.

O papel da minha família é me acompanhar sempre, me aconselhar e abrir meus olhos para... eu ter a consciência que eu tenho que parar de... Ajudar a ter a consciência que eu tenho que parar de beber, de abusar da bebida (Henrique, 17 anos).

Embora Henrique reconheça esse acompanhamento da família e certifique a sua importância para o tratamento, o adolescente não vislumbra nenhuma ação do CAPSad no sentido de auxiliar as famílias nesse acompanhamento, como ele mesmo se refere:

O CAPSad ajudou no meu crescimento pessoal sim, mas da minha família nem tanto. [...] Até agora não vi nada disso não [trabalho com a família]. Só para mim mesmo (Henrique, 17 anos).

Retomamos as discussões já empreendidas neste estudo, em que apresentamos algumas evidências de que o trabalho do CAPSad tem sido deficitário no que se refere à atenção ao adolescente em seu território social, no contato com a família ou na comunidade em que ele convive, devido ao fato de o CAPSad de Palmas não ser um serviço específico à população adolescente, e a inserção desse público na unidade se dá precariamente, apenas uma vez por semana. Argumentamos que a colaboração da família no tratamento de Henrique tem sido garantida por outras condições, que não a atuação do CAPSad. Sugerimos que, entre os fatores que têm facilitado a essa família intervir positivamente no envolvimento do adolescente com o álcool, há o favorecimento socioeconômico e todas as oportunidades dele decorrentes, como educação, trabalho, acesso a bens e serviços, entre outras condições, que auxiliaram a família na compreensão dessa complexa relação do adolescente com o álcool. Todas as condições de classe social favorecida da família de Henrique possibilitaram a ele uma família presente, participativa, informada, mediadora.

A inserção do adolescente nas atividades do CAPSad pode ser um dos fatores que têm colaborado para que Henrique construa um agir participativo, as interações que ele tem estabelecido na unidade e os medicamentos que lhes são ofertados têm lhe dado suporte para enfrentar o envolvimento com o álcool e para obter o controle sobre o seu corpo, como bem afirma o adolescente.

O tratamento aqui tem me ajudado bastante. **Os medicamentos me deixam melhor, me ajudam a controlar o consumo de álcool.** Ah, **aprendi que a gente deve sempre se cuidar**, que as drogas não levam a nada nem o alcoolismo, nem isso vai levar a gente nunca a nada, que a gente tem que aprender a controlar, **mesmo se a gente for continuar usando [...].** **Porque, desde que eu entrei aqui, eu falei que não ia parar de beber, eu queria aprender a controlar isso**, porque quando eu bebia, eu bebia demais, até perder a consciência. Aí ia o primeiro copo e aí não queria parar mais. Aí vim para cá para aprender a controlar isso (Henrique, 17 anos).

A fala permite que verifiquemos que o adolescente consegue expor suas ideias e busca estabelecer contratualidades sociais para o seu tratamento no CAPSad, já que parece ter negociado que não iria parar de beber, mas que queria se controlar. Tais condições o inserem na execução da Política de Saúde Mental como um sujeito que tem maior autonomia de pensamento e que espera que as suas ideias sejam respeitadas. Essa fala deixa explícita o quanto o CAPSad está sendo consonante com a proposta da Reforma Psiquiátrica e o quanto a oferta de uma atenção que preza a vontade do sujeito

permite a sua inserção na política com mais autonomia de pensamento e com maior poder de decisão e escolhas. Retomamos as discussões já realizadas neste estudo a respeito das internações compulsórias para o tratamento da dependência química, que tem sido acionada com frequência para os adolescentes pobres, e as consequências dessas medidas, que destituem do sujeito o seu poder de decisão e as possibilidades de criar e recriar a própria vida.

Embora Henrique explicita em sua fala apenas o recurso técnico-assistencial medicamentoso na atenção que tem recebido no CAPSad, a fala do adolescente permite perceber que há ações na unidade, para além da medicação, que o têm auxiliado na compreensão de seu envolvimento com o álcool. Como, por exemplo, há nessa fala a nuance de que o CAPSad III de Palmas tem sido efetivo na construção de ações fundadas nas estratégias de Redução de Danos, já argumentadas neste estudo como sendo a referência para a atenção que deve ser ofertada aos sujeitos que têm necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de acordo com a política da Reforma Psiquiátrica.

Ao remeter ao controle que pretende adquirir em sua relação com o álcool e ao cuidado consigo, Henrique demonstra uma compreensão sobre o uso de substâncias entorpecentes que supera a perspectiva tradicional que tende a disseminar na sociedade uma significação sobre esse fenômeno em que o sujeito torna-se diminuído ou impotente, e as drogas adquirem uma existência própria. Quando o adolescente relata sobre o que aprendeu no CAPSad, ele ratifica todas as concepções que orientam as estratégias de Redução de Danos.

Parece que Henrique tem tido a oportunidade de refletir sobre seu comportamento e de exercer um controle sobre a própria vida com maior autoria. Esse recurso tem sido efetivo na relação do adolescente com o álcool, já que tanto ele quanto sua mãe argumentam sobre as transformações já ocorridas, tal como se pode verificar nas seguintes falas:

Ah, antes lá, a quantidade de vezes que eu ficava muito, perdia muito a consciência era tipo todo final de semana. Agora é muito raro isso acontecer de ficar, beber muito assim, **eu estou começando a me controlar mais agora** com isso (Henrique, 17 anos).

Está melhorando, está melhorando muito mesmo, inclusive fomos almoçar semana passada fora, ele foi de maior boa vontade, coisa que ele não fazia há muito tempo, foi na maior boa vontade, tipo assim,

antes eu tinha que adular, insistir, implorar pra ele ir [...]. **Aqui [no CAPSad] está sendo muito bom pra ele.** E eu tenho visto que ele tem parado, porque ele bebia no quarto, e eu estou sempre prestando atenção, sempre olhando e **eu não vi mais ele beber, depois que ele está fazendo o tratamento mesmo ele só bebeu duas vezes** (Marlene, mãe de Henrique).

A partir dessas falas, verifica-se que ambos os sujeitos (mãe e filho) demonstram uma interação ativa e uma compreensão crítica de toda a realidade que envolve os problemas relacionados com o uso de substâncias entorpecentes em nossa sociedade.

Há, inclusive, no prontuário de Henrique relatos de algumas vezes em que a mãe do adolescente esteve na unidade para se informar sobre o tipo de medicação que ele estava tomando. Essa ação ratifica o papel ativo e presente da família na avaliação e no acompanhamento do tratamento que Henrique tem recebido no CAPSad e a não aceitação passiva dos procedimentos utilizados pela equipe de saúde com o adolescente. Argumentamos que todas essas determinações de inserção social, em que se mantém um cuidado sistemático sobre o adolescente, garantindo-lhe, ao mesmo tempo, proteção e seu direito de atuação como sujeito, acabam por proporcionar a Henrique uma ocupação privilegiada do espaço social, se levarmos em conta histórias com a de Danilo, cuja realidade social é bastante divergente.

A garantia de uma inserção menos sujeitada na sociedade, devido às oportunidades de participação social decorrentes de sua classe social e das condições subsequentes desse lugar que o adolescente ocupa, tem sido um elemento facilitador de todo esse processo, que poderá lhe oportunizar autonomia e possibilidades criativas em seu viver.

Retomando Vigotski (2003), reconhecemos o quanto Henrique tem sido acessado em sua ZDP, a partir das mediações construídas no ambiente familiar e no CAPSad, e tem podido aumentar suas possibilidades criativas de atuar em seu meio. A mãe de Henrique, ao se deparar com o envolvimento do filho com o álcool, pôde se reestruturar (buscando obter mais informações, acompanhando mais sistematicamente as ações do filho e o inserindo em um serviço de Atenção Psicossocial). Essas condições aumentam as possibilidades de trabalhar com adolescente em sua ZDP e promover seu pleno desenvolvimento como sujeito. A seguinte fala representa essa avaliação:

Sim, porque **ele melhorou muito, muito mesmo**, porque quando ele veio pra cá ele estava com depressão, estava com depressão mesmo séria, séria, séria. Até hoje, a gente não conseguiu diagnosticar a causa, até mesmo porque eles falam que não tem uma causa para a depressão. **E, assim, ele melhorou muito nessa questão da depressão, era muito desanimado, não queria sair para lugar nenhum, só queria ficar no quarto, ele estava com depressão fortíssima, fortíssima**, chegou a falar pra mim, “mãe, eu estou com depressão”. E aí tudo isso ele melhorou em todos os aspectos assim, nem de tomar banho ele não queria, ele não tinha ânimo pra nada, a gente chamava para... Coisa que ele mais gosta é de sair para almoçar fora, jantar, nem isso ele queria. [...] Aí, ele começou a ficar sem sair para almoçar em casa também, ele não queria comer, ele fazia o prato e ia para o quarto, e nós fomos acostumados a comer todo mundo na mesa. **E eu comecei a achar muito estranho, ele não queria sentar à mesa mais. E esse monte de coisa que foi acontecendo com ele, que depois foi melhorando, depois que ele começou a fazer o tratamento aqui, sabe?** (Marlene, mãe de Henrique).

Pela fala, fica evidente que o papel ativo na execução da Política de Saúde Mental tem permeado a vivência de Henrique e sua mãe, pois conseguem fazer avaliação do tratamento, associar às questões individuais dos sujeitos e acompanhar as transformações. A mãe de Henrique, que inicialmente disse que o adolescente não tinha tido nenhuma alteração de comportamento ao começar a usar bebida alcoólica (apenas ficava “sonolento” no dia a dia), tem oportunidade de repensar o comportamento do filho e compreender o isolamento social em que o adolescente se encontrava. Avalia de forma ampla todo o processo de envolvimento do garoto com álcool e sua inserção na política, considerando-a positiva.

Henrique teve mais oportunidade de ser acompanhado pela mãe, de ter o apoio familiar e as condições necessárias ao tratamento, como se verifica na seguinte fala:

Nossa, o Henrique melhorou muito, muito, muito mesmo. Acho ótimas essas atividades, até mesmo para eles estarem em contato um com o outro, porque o Henrique é muito calado. Você vê, ele chega aqui pra fazer o tratamento ele senta naquele sofá lá, **eu fico com ele duas, três horas sentada ali, se for o caso, ele não conversa com ninguém, não se interage com ninguém. Com as atividades é bom porque ele se interage**, eles jogam bola, tem as brincadeiras, tem vários tipos de brincadeira que eles fazem aqui que acaba ele interagindo com esses outros jovens. E eu acho excelente, porque até **então ele ficava o tempo todo sentadinho ali** (Marlene, mãe de Henrique).

Pela fala da mãe de Henrique, podemos verificar que ela tem acompanhado sistematicamente a atenção que o adolescente tem recebido pela unidade e avalia como

positivas as ações que estão sendo desenvolvidas. Tendo por base todas as falas apresentadas pela mãe e por Henrique, argumentamos que a inserção desses sujeitos no CAPSad III tem se dado de forma ativa e tem contribuído para a vinculação do adolescente ao tratamento.

Não podemos deixar de fazer comparação, já que o que tem sido ofertado a Henrique como oportunidades e possibilidades de transformação é extremamente diferente do que verificamos que foi ofertado a Danilo, o qual não teve a oportunidade de obter uma atenção preventiva sobre seu envolvimento com as drogas, não foi encaminhado adequadamente a um serviço de Atenção Psicossocial de desinstitucionalização, não pôde contar com uma mediação de um adulto em sua ZDP para promover seu pleno desenvolvimento e teve como consequência uma prevalência da institucionalização, cujos resultados dessa situação já foram discutidos neste estudo.

O CEBRID (2010) afirma que o álcool e o tabaco são as drogas mais utilizadas por adolescentes. Ainda, apresenta uma pesquisa realizada em 2010, cujo objetivo era fazer um levantamento nacional sobre o consumo de drogas entre estudantes de 27 capitais brasileiras. Aponta que o início do uso de álcool entre os jovens ocorre na fase inicial da adolescência, idade média de 13 anos, e o envolvimento com drogas ilícitas ocorrendo um pouco mais tardiamente (entre 14 e 15 anos). Na cidade de Palmas-TO, o referido relatório demarca que aproximadamente 60% dos estudantes relataram ter feito uso de álcool alguma vez na vida.

Tais dados nos permitem sugerir que a intervenção precoce com relação ao uso de álcool pelo adolescente pode ter um caráter preventivo sobre o envolvimento do jovem com drogas ilícitas. Nesse sentido, podemos afirmar que Henrique encontra-se em boas condições para o cuidado preventivo, pois está inserido em um serviço de Atenção Psicossocial e conta com o apoio da família que o acompanha, o informa e o orienta.

Todas as falas apresentadas por Henrique e sua mãe trazem para este estudo a confirmação de que, quando se tem uma condição social mais favorecida e quando ela se associa a uma série de outras oportunidades, as intervenções necessárias à proteção social do adolescente e à diminuição de sua vulnerabilidade acabam por ser garantidas mais facilmente. Ressaltamos que essa condição fica assegurada ao adolescente mais em decorrência das especificidades da família de classe média (que tem mais anos de estudo, que consegue amparar melhor os adolescentes, que tem maior acesso a bens e serviços) do que pela ação do Estado.

A partir dos significados empreendidos nas falas de Henrique e de sua mãe, há ainda outra análise a ser empreendida: as famílias de classe média, distantes das “políticas públicas”, parecem estar menos suscetíveis a intervenções autoritárias do Estado e têm maior oportunidade de poder escolher a modalidade de atenção à saúde mental de que necessitam.

Em contrapartida, as famílias pobres, carentes de políticas públicas, têm menos oportunidades de escolher a modalidade de atendimento em saúde mental e estão mais suscetíveis à intervenção autoritária do Estado e, quando as políticas não estão consolidadas, estão sujeitas às condições subjetivas dos agentes executores (que atuam com base em valores pessoais e no personalismo).

Na ocupação menos passiva do seu espaço social e na menor intervenção do Estado sobre os seus direitos, Henrique e sua mãe conseguem estabelecer uma análise mais crítica da realidade e utilizar as políticas públicas com mais poder de articulação. Avaliam o serviço como positivamente e conseguem reconhecer os estigmas sociais que a inserção do adolescente na unidade pode gerar, no entanto não evitam esse enfrentamento. A seguinte fala representa essa significação:

É tipo assim, eu falo para as minhas amigas que ele está no CAPS, um exemplo, “ah, eu estou fazendo tratamento com o Henrique lá no CAPS”, “mas como assim?”. As pessoas se assustam, “uai, o Henrique estava bebendo e eu levei ele pra fazer um tratamento”. Enfim, as pessoas elas acham isso assim muito estranho, porque eu não tinha que falar, “ah, mas se meu filho estivesse bebendo e eu tivesse que fazer um tratamento eu jamais iria ficar falando” [...]. Então, eu vejo isso, assim, **que as pessoas se assustam com isso, eles não têm uma naturalidade a respeito disso. Eu acho que as pessoas eles maquiam assim a vida, as coisas que acontecem na sua vida,** de uma forma que fica abafando muito o que está acontecendo, eles se envergonham de dizer que o filho está bebendo, que o filho está usando uma droga, **porque eu não iria me envergonhar se meu filho tivesse usando droga, de forma alguma, eu ia falar, por que não falar?** Você tem um problema, não é? Eu ia ver isso de boa, não que eu esteja achando isso bom, isso é terrível, mas **para ficar bom eu preciso aceitar que isso está existindo na vida dele e na nossa, não é?** (Marlene, mãe de Henrique).

E complementa:

Eu aceitei, aceitei que existe o problema e eu preciso cuidar dele antes que ele se torne um problema mais grave, porque começa com álcool, depois é que vai para as outras drogas. **É igual eu falei para ele, “filho, ninguém dorme bom e acorda viciado, as pessoas**

se tornam viciadas”. E como que elas se tornam viciadas? Com o cigarro, ela começa fumar, do cigarro ela começa ir para a maconha, da maconha ela vai para a outra coisa que eu não sei o nome, depois vai para o crack, vai não sei para onde mais... Foi um processo. A questão do álcool é o mesmo processo, entendeu? Para que isso não aconteça com ele, eu tenho que tratar para ontem, porque senão amanhã ele pode estar no crack, entendeu? (Marlene, mãe de Henrique).

O que se pode verificar com essas falas é que a família de Henrique tem se constituído efetivamente instrumento de mediação para o desenvolvimento do adolescente, promovendo diálogos, informando-se e informando o adolescente, cuidando.

A entrada espontânea na unidade do CAPSad III de Palmas, associada com o acompanhamento sistemático da mãe às atividades que Henrique desenvolve, é fator que fortalece o vínculo do adolescente com o tratamento e que permite circunscrever sua inserção social na política de forma nitidamente diferenciada, relativa às condições sócio-históricas de classe social, de oportunidades de participação e de empoderamento para o enfrentamento das adversidades. Contrariamente às condições percebidas em relação às famílias de classe social pobre, como a de Danilo, a situação de Henrique o coloca em uma condição mais reflexiva e, conseqüentemente, mais propiciadora de atividade criativa e transformação da própria realidade social.

Em entrevista, Henrique manifesta-se introspectivo, monossilábico e responde apenas ao perguntado. Essas descrições são também ratificadas nas informações contidas em seu prontuário, cujos relatos dos atendimentos psicológicos falam de um garoto que “conversa pouco e pensa bastante nas respostas que vai dar”. São exemplos do quanto sua singularidade tem sido observada e acolhida no CAPSad.

Embora seja um rapaz que converse pouco e seja introspectivo, ao descrevermos a vida de Henrique, temos uma representação de um sujeito que tem possibilidades de ocupação de seu espaço social com maior autoria, já que argumenta e emite suas opiniões, bem como parece ter tido a oportunidade de ser ouvido e de estabelecer acordos em seu tratamento.

Fazemos a ressalva de que as falas de Henrique e de sua mãe evidenciaram também algumas falhas com relação ao atendimento do CAPSad III, como, por exemplo, a falta do trabalho com as famílias, já assinalada, e algumas reclamações feitas pelo adolescente a respeito do longo tempo de espera para ser atendido na unidade, como se evidencia na seguinte fala:

O CAPSad tem melhorar só em questão do horário mesmo. Marca uma hora e atrasa muito (Henrique, 17 anos).

E complementa:

Eles [O CAPSad] deveriam fazer palestras nas escolas. Isso ajudaria sim (Henrique, 17 anos).

As falas sugerem que atendimento ambulatorial, em que há a espera do usuário, parece prevalecer às outras ações, já que o tempo de espera poderia ser significado de forma diferente pelo adolescente, caso ele, no dia de consulta médica, tivesse a oportunidade de participar de outras atividades (grupos de discussão, oficinas, entre outras). No entanto, devido a todas as condições sociais que favorecem a inserção de Henrique nos serviços vinculados à Política de Saúde Mental, os déficits da Atenção Psicossocial ofertada pelo CAPSad parecem não ter muita significação para ele, já que o adolescente tem uma família presente, afetiva e informada sobre as consequências do uso abusivo de álcool.

Por outro lado, argumentamos que, ao assinalar a necessidade de palestras nas escolas, Henrique evidencia a ausência de um trabalho em rede do CAPSad e de outros setores que pudessem atuar nas escolas com foco na prevenção ao uso de álcool e outras drogas pelos adolescentes. A mãe de Henrique, em entrevista, relatou que o adolescente argumentou que tinha insônia e iniciou o uso do álcool em casa porque havia sido informado pelos colegas que o álcool o ajudaria na eliminação desse sintoma. Portanto, reafirmamos a importância de que o fenômeno da dependência química e o uso de substâncias entorpecentes pelos adolescentes sejam amplamente debatidos nos ambientes escolares, a fim de auxiliar os adolescentes a compreender os efeitos de seus usos, a compartilhar e esclarecer suas dúvidas.

Destacamos que estudos assinalam que a dependência química pode estar associada a outros transtornos psiquiátricos ou psicológicos, como no caso de Henrique que parece ter associação com a depressão e que essa comorbidade pode aumentar a gravidade dos sintomas (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010). Se associada à comorbidade houver falta de informações sobre o uso de substâncias entorpecentes, as vulnerabilidades podem se ampliar mais ainda. Portanto, consideramos pertinente a sugestão de Henrique sobre a necessidade de palestras em escolas e afirmamos a

importância de que as diversas políticas (educação, saúde, cultura, esporte e lazer) se interconectem, a fim de atuar preventivamente.

É de suma relevância ratificar, neste estudo, a grande desigualdade que impera sobre as vidas dos adolescentes em nossa sociedade, demarcando condições diferenciadas de acesso às políticas públicas e à proteção de que necessitam, a depender da classe social a que pertencem. Principalmente porque estamos desprovidos de políticas públicas amplas, intersetoriais e que efetivamente promovam socialmente as famílias, as crianças e os adolescentes pobres.

As oportunidades que Henrique tem obtido e as transformações positivas que têm ocorrido em seu comportamento, evidenciadas neste estudo, bem como a ausência de oportunidades e a permanência de uma construção de identidade social negativa manifestas nas falas de Danilo ratificam as considerações de Vigotski (2010), que parte do princípio de que a educação promove o desenvolvimento humano e de que ela deve se dar pela perspectiva do sujeito que aprende (de seus interesses, de sua atenção, de suas potencialidades), mediada pelo adulto ou por aquele que tem mais experiência. Será o exercício da participação social mediada que proporcionará ao adolescente o reconhecimento de si como alguém que tem alguma contribuição social, alguém que afetará os espaços em que percorre e que será afetado por eles.

Compreender que, nessa fase da vida (a adolescência), os sujeitos têm autonomia, mas, ao mesmo tempo, necessitam ser protegidos é aceitar as subjetividades que se constroem nas interações sociais e, ao mesmo tempo, reconhecer o dever de garantir ao adolescente as condições necessárias para a satisfação de todas suas carências. Ressaltamos que as carências devem ser concebidas como necessidades que se expressam para além do subsídio material, mas prioritariamente afetivo, psicológico, cognitivo e social.

3.2.3. Leandro: *eu não conquisto nada aqui dentro não, você está preso, conquistar o quê?*

Leandro tem 17 anos, cursa o sétimo ano do ensino fundamental e está em privação de liberdade no CASE pelo motivo de “roubo a mão armada”. Pertence a uma família numerosa e tem como sua principal cuidadora a mãe, que é feirante e trabalha vendendo verduras e legumes em várias feiras da cidade. O rapaz faz uso de drogas e já foi atendido no CAPSad III de Palmas. No entanto seu prontuário na unidade tem registro de apenas poucos atendimentos realizados pelo médico quando o adolescente já

estava no sistema socioeducativo, que parecem ter se configurado apenas como consulta médica para obtenção de medicamento.

O adolescente tem um percurso recente no sistema socioeducativo, se compararmos com o de Danilo, uma vez que está inserido no sistema há aproximadamente um ano: ficou 32 dias no Centro de Internação Provisória (CEIP), foi para a semiliberdade, ficou cinco meses lá e fugiu, retornou para o CEIP, ficou mais três meses e foi para o CASE há aproximadamente três meses. Segundo relata a mãe de Leandro, durante os cinco meses em que o adolescente ficou na unidade de semiliberdade, ele fugiu de lá por três vezes e em todas as vezes foi ela quem o “devolveu” ao sistema socioeducativo.

Na última vez em que a mãe de Leandro o levou de volta à unidade de semiliberdade, após uma fuga, o adolescente foi para o CEIP e de lá foi sentenciado para ficar privado de liberdade no CASE. No dia da realização da entrevista com a mãe, o adolescente ainda estava no CEIP, mas, quando fizemos a entrevista com Leandro, já havia sido definida sua sentença judicial e ele estava na unidade de internação, CASE, e não na semiliberdade, como a mãe esperava que acontecesse. A mãe de Leandro assim justifica a sua atitude de devolver o filho nas vezes em que ele fugiu da unidade:

Já que ele errou, então ele tinha que pagar pelo erro. Errou novamente **tem que voltar, para acabar com isso, para parar com isso.** Já está... Assim, já está bom, pelo jeito que aconteceu já está bom. Por que ele foi inventar uma coisa dessas de sair, para poder demorar mais? Porque aí ele vai tornar a demorar outro tanto de novo lá na semiliberdade. [...] É justa sim [a medida aplicada] porque ele errou. Porque fui eu mesma que entreguei ele para a justiça, pelo erro dele, não foi alguém que pegou ele lá e levou não, foi eu mesma. [...] Eu só fiz isso porque ele fez isso aí, esse erro, e eu não podia guardar o erro dele. Eu não podia mesmo **porque se eu guardasse o erro dele ele ia fazer coisas piores, um tempo desses, se não já tivesse morrido** (Elza, mãe de Leandro).

Pela fala, podemos verificar que a mãe de Leandro reconhece o sistema socioeducativo como de responsabilização para o adolescente e ratifica a importância dessa responsabilização, pois acredita que o filho precisa “pagar pelo erro”. E que será pagando que ele vai repensar o seu comportamento, que ele não vai mais cometer ato infracional e vai “parar com isso”. O sistema socioeducativo parece ser compreendido pela mãe como um auxílio educativo e protetivo para o filho.

O argumento de que, se ela “tivesse guardado o erro”, o adolescente poderia já “ter morrido” reforça a compreensão de que o sistema socioeducativo é também significado por ela como proteção.

Por outro lado, a mãe de Leandro, ao ratificar a responsabilização do adolescente com sendo um processo educativo o faz sustentada no que se propõe a unidade de semiliberdade, em que o adolescente tem maiores possibilidades de transitar livremente, sai para estudar e trabalhar durante o dia e vive em uma unidade que se assemelha a uma residência. No momento da entrevista, Dona Elza, mãe de Leandro, deixou explícito que acreditava que seria para a unidade de semiliberdade que o adolescente retornaria, como aconteceu nas outras vezes em que o garoto fugiu e ela o levou de volta. No entanto não foi o que não ocorreu, pois o jovem foi sentenciado para ficar privado de liberdade na unidade de internação CASE, talvez pelas várias fugas já realizadas pelo adolescente.

Na época da entrevista com a mãe de Leandro, ela conhecia apenas unidade de semiliberdade e o Centro de Internação Provisória (CEIP), que era onde o adolescente estava aguardando a sentença judicial. Tendo por referência essas duas unidades, Dona Elza expressa significações diferentes sobre ambas. A unidade de semiliberdade parece produzir uma significação de acolhimento e auxílio para o filho “pensar” no que fez, enquanto o CEIP parece representar, para Dona Elza, um lugar em que ela tem de se manter vigilante para garantir o cuidado e a proteção do filho, como podemos verificar nas falas que se seguem.

Lá na semiliberdade, eu sabia que ele fazia o curso, ele estudava e trabalhava também, porque ele é lanterneiro de primeira. Aí ele... Só que o curso, acho que era duas vezes por semana, e aí ele estudava a semana toda, trabalhava também a semana toda, aí o curso duas vezes por semana. [...] Ah, **a semi eu achei lá muito bom, viu? Eu falei, “rapaz, desse jeito que está aqui vai ser bom”**, porque, se ele for uma pessoa que ele agradecer mesmo, vai ficar pouco tempo, vai sair. **Eu gostei de lá, muito bem acomodado, bem tranquilo, gostei de lá** (Elza, mãe de Leandro).

E complementa:

Agora o CEIP aí eu achei... A gente fala o que convém, porque o CEIP lá eu não achei muito... Eu achei o lugar lá muito pequeno, sei lá assim, não é bem acomodado não. **Eu não gostei muito não, mas não é pelo gosto da gente, é pelo gosto deles lá.** [...] Esse coordenador que tem lá agora, eu achei muito bom já do jeito que ele fez, ajudou

muito eles lá, porque ele arrumou lá um cinema, arrumou lá um joguinho daquelas bolinhas para eles jogarem. Para mim, foi uma ajuda para eles, **porque eles ficam lá naquele quartinho sem conversar com...** Só aqueles mesmos, **não vêm nada, só naquele quarto lá.** E aí ele arrumou essas duas coisas e arrumou também um monitoramento para ver eles lá dentro também no local onde eles ficam. Eu achei muito importante aquilo ali, muito bom (Elza, mãe de Leandro).

Essas falas representam bem o que significa cada uma das unidades para a mãe de Leandro, de forma que a USL impulsiona o desenvolvimento do adolescente e auxilia no processo formativo do filho, enquanto a unidade de internamento, no caso o CEIP, apenas isola o garoto e limita suas possibilidades. Ressaltamos que, segundo Dona Elza, na última vez em que o adolescente ficou no CEIP, ele permaneceu por três meses até sair a sentença, o que contraria o disposto legalmente, que prevê um tempo máximo e improrrogável de internação provisória de 45 dias, conforme consta na seção V (“Da Apuração do Ato Infracional Atribuído ao Adolescente”), art. 183 do ECA (BRASIL, 2012d).

Ao reforçar a atuação do coordenador e ao considerar positivo o monitoramento pelas câmeras, Dona Elza deixa explícita sua presença marcante na vida de Leandro, mesmo estando ele privado de liberdade, e sua preocupação com a segurança do filho na unidade de internamento. O que realça sua resistência em se render ao poder do Estado e em ratificar o poder familiar sobre o filho. A seguinte fala representa bem esse acompanhamento da mãe de Leandro sobre as condições do filho internado:

Todo final de semana eu vou [visitar o adolescente]. Quando eu não vou, meus meninos vão, os outros filhos meus. Mas sempre tem que ir alguém (Elza, mãe de Leandro).

Pela fala, podemos verificar que Leandro, mesmo estando em internamento, conta com a presença e o cuidado da mãe, que parece se manter atuante em seu papel de educar e proteger o filho e de contribuir com a formação do adolescente. Como o CEIP não produz na mãe a mesma tranquilidade que a unidade de semiliberdade produzia, está implícita no papel materno a necessidade de se manter vigilante para garantir a proteção e o cuidado de Leandro quando ele está sob o poder do Estado, como fica expresso na fala que se segue.

Porque eu falei para ele, **sempre falei para ele, “olha, qualquer coisa que acontecer com você, você me fala, aí dentro, porque eu**

tomo minhas providências. Você não vai ficar aí dentro sendo massacrado dos outros aí não, qualquer coisa você me fala que eu corro atrás, você não fica calado aí não” (Elza, mãe de Leandro).

A fala denota a preocupação da mãe com o que acontece com o filho quando ele está internado e realça que a tranquilidade que a semiliberdade lhe proporcionava não é a mesma que o CEIP está lhe trazendo. Nessa unidade, ela não consegue acompanhar o que o filho faz lá dentro, acredita que tem de se manter vigilante às vulnerabilidades do filho quando institucionalizado. Não concorda com o tipo de atenção ofertada ao adolescente, como verificamos na fala expressa anteriormente em que afirma não ter gostado do CEIP: “não gostei muito não, mas não é pelo gosto da gente, é pelo gosto deles lá”.

Apesar de compreender o sistema socioeducativo como uma medida auxiliar na educação do filho e de reconhecer a importância de uma política de responsabilização para a formação do adolescente, como evidenciado, a mãe de Leandro não concorda com algumas modalidades de atendimento. Preocupa-se com as possíveis vulnerabilidades do filho e se mantém presente em seu papel de cuidadora.

Ao contrário do que ocorreu com a mãe de Danilo, a mãe de Leandro permanece resistente em deixar o filho exclusivamente aos “cuidados” do Estado e argumenta que deve permanecer ativa na formação, na orientação e na proteção do filho, como se evidencia na seguinte fala:

[O papel da família] É contribuir, ajudar ele, não deixar ele sozinho, sempre estar com ele na hora que precisar (Elza, mãe de Leandro).

E complementa:

Eu não posso dar mais contribuição porque eu trabalho, mas o momento que tenho eu estou lá junto com ele, conversando com ele e explicando para ele as coisas que estão acontecendo e tudo direitinho. Falo o que está acontecendo aqui fora, dos amigos dele que já morreram. Falo um monte de coisa para ele lá dentro (Elza, mãe de Leandro).

Podemos verificar que o fato de Leandro estar privado de liberdade, sob responsabilidade do Estado, em uma unidade de internamento não a destitui de seu papel de mãe e nem das mediações que podem ser construídas com o adolescente. Essa significação justifica o esforço da mãe de Leandro em se manter presente na vida do

filho. O próprio Leandro reconhece essa atitude da mãe e ratifica a importância da família em seu desenvolvimento quando está na unidade de internamento, como fica expresso na fala que se segue.

A família vem, dá conselho direto, para eu sair dessa, não aprontar mais... Ela dá mais conselho para eu mudar. [...] Ah, a família é tudo, né, é muito importante para mim (Leandro, 17 anos).

Ao ser questionado sobre a qualidade de sua relação com a família depois de estar internado no sistema socioeducativo, Leandro fala da diminuição do convívio e se ressentido do distanciamento, como se evidencia na seguinte fala:

Ela vem aqui só final de semana [...] lá eu não estava preso, eles me davam outros tipos de conselhos, conversavam e agora eles dão outros conselhos, para eu ficar quieto, já vou fazer 18 anos. [...] Eu errei, né. O certo é o certo, e o errado é o errado [...]. Rapaz, **eu acho muito é ruim isso aqui, a gente aqui não conquista nada, está preso, só tranca mesmo.** É cadeia (Leandro, 17 anos).

As falas reproduzidas por Leandro demarcam um diferencial na qualidade dos vínculos afetivos do rapaz, os quais se mantêm preservados e, inclusive, são reforçadores para que o adolescente consiga atribuir sentido à sua permanência na unidade de internamento. Ao argumentar que errou e ao falar sobre os conselhos da mãe, bem como ao lamentar sobre a impossibilidade de conquistas enquanto está internado, Leandro põe em evidência a relação com a família, apesar de resumida aos finais de semana, como sendo um dos principais fatores que têm influenciado na atribuição de sentidos e significados à medida socioeducativa. Essa pode ser a principal diferença entre a situação de Leandro e a de Danilo: a mãe que se constitui afetivo agente mediador.

Retomando as significações apreendidas nas falas de Danilo e de sua mãe, sentimo-nos na obrigação de demarcar esse diferencial: Danilo precocemente se inseriu no sistema socioeducativo e precocemente foi distanciado de sua família, de forma que ela não conseguiu produzir nele significações valorativas, ao contrário, gerou a contradição de que internado a relação é mais sólida, melhora.

Em entrevista, Leandro não fez nenhuma referência positiva ao atendimento proposto pela unidade de internamento, à intervenção multiprofissional ou às atividades desenvolvidas. A seguinte fala representa bem quais são as significações de Leandro a respeito dessas questões.

Esse povo quase não me chama para atendimento, só de vez em quando mesmo. Só para essas coisas assim... mas, conversar com psicólogo para ver se melhora alguma coisa, eu quero conversar [...] porque tem **hora que eu fico é... igual cobra, só guardando veneno** [...] porque lá dentro, lá, ninguém fica conversando sobre as coisas lá fora não, **lá dentro só... só fala do errado mesmo** (Leandro, 17 anos).

Ressaltamos que, como já observado anteriormente, Leandro foi entrevistado pela pesquisadora quando já estava cumprindo medida de privação de liberdade no CASE, não estava mais no CEIP. Portanto, a partir dessa fala do garoto, podemos destacar que as atividades desenvolvidas no CASE não têm tido significações positivas que possam incrementar a produção de reflexões ou construção de novos projetos de vida.

Leandro (que está há pouco tempo no sistema socioeducativo) mantém uma mãe presente e que o auxilia na significação de sua inserção social, bem como na construção de um projeto de vida, como fica expresso na seguinte fala:

Essa vida aqui é muito é paia, eu gosto é de tramar, trabalhar. Aqui o cara fica, assim, mesmo estudando, o cara fica com a cabeça muito é vazia, não pensa em tramar, trabalhar. Aqui o cara não fica preocupado é com nada, se desenvolver, trabalhar, **eu era trabalhador, moça. Trabalhava na oficina de automóvel, lanternagem, eu entrei nessa aí só de embalo mesmo.** Quando eu vi, eu estava lá, não foi planejado (Leandro, 17 anos).

Fazendo uma análise comparativa da fala de Leandro com as significações produzidas por Danilo, podemos argumentar que o pouco tempo do rapaz no sistema socioeducativo, bem como a resistência de sua mãe em se manter presente são diferenciais importantes para que o adolescente produza uma significação sobre sua vida de forma mais reflexiva, com mais presença de autoria em seu fazer e na construção de um projeto de vida. Por outro lado, essas significações produzidas por Leandro associada à vida esvaziada produzida por Danilo nos permitem refletir sobre o papel do sistema socioeducativo na vida dos adolescentes internos. A maior permanência no sistema contribui para o enfraquecimento dos vínculos familiares e a ausência de projetos de vida, enquanto, inversamente, o fortalecimento dos vínculos afetivos produz mais reflexão e reconstrução dos projetos de vida.

Retomamos Vigotski (2010) para ratificar a educação social produzida pelas famílias e para afirmar a importância da manutenção desses vínculos, já que, conforme

o autor assinala, a educação que se faz efetiva, que realmente transforma, é aquela que se dá pelo interesse, quando há afeto e emoção.

Com essas reflexões, asseveramos que a existência de um sistema de responsabilização para o adolescente é de fundamental importância para seu adequado desenvolvimento biopsicossocial, como bem ratifica a mãe de Leandro, que atribui a essa política o papel de contribuição com as famílias na formação de seus adolescentes. Por outro lado, testemunhamos que o sistema socioeducativo, tal como ele tem se configurado, pouco tem contribuído com as famílias na formação de seus jovens. Ao contrário, como já argumentado ao apresentarmos Danilo, só tem dificultado a socialização dos adolescentes egressos e fortalecido o próprio sistema socioeducativo na perspectiva da institucionalização dos adolescentes.

Leandro, cujo diferencial de pouco tempo de permanência associado à constante presença da família, pode vir a se desenvolver plenamente e transformar sua vida, não como efeito de uma política pública integradora, mas pela insistência de sua mãe em manter o pátrio poder sobre seu filho e, efetivamente, constituir-se agente de mediação. Ressaltamos que essas possibilidades decorrem muito mais da singularidade de sua família do que de um possível favorecimento de sua inserção no sistema socioeducativo como política pública, do apoio multiprofissional ou do cuidado ofertado pelo Estado. Ao contrário, pelo que se evidenciou a partir da análise das falas, as famílias têm de resistir insistentemente para se manterem presentes na vida dos filhos quando em internamento. A fala que se segue expressa um aspecto dessa resistência.

[...] porque eu levei meu netinho que nasceu agora lá [no CEIP] para meu menino ver, eles ficaram com a fralda, disse que era para analisar a fralda que eu levei, nem deixou eu trazer a fralda. Porque disse que levavam droga dentro das fraldas do bebê para o pessoal que estava lá dentro. Eu falei, “**não, pode deixar a fralda aí que eu, Deus me livre, eu sou serva de Deus, eu não faço isso não**”. [...] Assim, por exemplo, não precisava, assim no meu caso, não precisava aquelas senhoras lá, pegar sua roupa e fazer aquela massagem [na hora da revista], não precisava. Então, no caso pegava você mesmo, tirava, sacudia aquela roupa, você mesmo vestia, não precisava ninguém fazer aquele tipo de revista. Mas é o papel deles lá, eu não posso fazer nada, que é o papel deles. Mas **para mim eu acho humilhante demais, eu só vou porque é meu filho, se não fosse eu não ia não** (Elza, mãe de Leandro).

Pela fala, podemos verificar que a resistência para a manutenção do pátrio poder sobre o filho tem de se manifestar em todo momento, a começar pela hora das

visitas, em que a família fica destituída de dignidade, tendo de se expor de uma forma muitas vezes significada como humilhante, para simplesmente poder visitar o filho. São famílias pobres, que muitas vezes tentam se manter dignas na vida, trabalhando exaustivamente para sobreviver e criando diversas estratégias para se constituir bons exemplos aos filhos, para ser “servas de Deus”. Os filhos estão vulneráveis aos aliciamentos à droga, ao tráfico e à promessa de vida fácil e estão abandonados pelas políticas públicas de proteção social. Esses fatores representam a complexa dimensão de relação Estado-sociedade no caso do ato infracional cometido por adolescentes e da integração família-sistema socioeducativo.

Com essa análise, ressaltamos a contradição que se mantém no sistema socioeducativo, o qual tem o papel de socioeducar os adolescentes autores de ato infracional e contribuir com as famílias, mas acaba se confrontando com elas. As famílias, paradoxalmente, saem da condição de parceira e promotora do desenvolvimento do adolescente e passam a ser alvo de estratégias de coerção, assim como os adolescentes. A felicidade do encontro se confronta com a humilhação do confronto institucional. É nessa contradição que as famílias em todo momento têm de resistir para se fazerem presentes na vida dos filhos institucionalizados no sistema socioeducativo.

Retomamos o já disposto neste estudo, quando apresentamos a metodologia da pesquisa a respeito das dificuldades encontradas para o desenvolvimento das entrevistas com os adolescentes, já que a manifestação da unidade de internação (profissionais técnicos) era de que a autorização para que o adolescente participasse da pesquisa deveria ser dada exclusivamente pelo juiz, não sendo necessário o consentimento das famílias. Reconhecemos que o adolescente interno está sob responsabilidade do Estado, mas igualmente temos ciência de que essa condição não pode destituir as famílias de seu pátrio poder, pois, se assim ocorrer, elas ficarão, cada vez mais, impossibilitadas de acolher o adolescente egresso e de compor mediações importantes para o desenvolvimento do adolescente. E o adolescente, cada vez mais, sentindo-se abandonado, com vínculos afetivos fragilizados e produzindo uma vida esvaziada de sentidos, como ocorreu com Danilo.

O pouco tempo de permanência de Leandro no sistema socioeducativo tem mantido sua família resistente e essa situação tem sido compreendida pelo adolescente como positiva, sendo considerado neste estudo o principal fator de promoção de educação social. Se retomarmos as concepções de Vigotski (2010), que explicita a

importância das emoções no comportamento social e as considera ativa em toda e qualquer ação/reação do sujeito, compreendemos que, reconhecendo o amor da mãe, o afeto, sentindo-se cuidado, o adolescente pode agir/reagir de forma diferente, daquela ação/reação que teria caso se sentisse abandonado às práticas de coerção que a internação provoca.

A resistência de sua mãe é reconhecida por Leandro e produz nele uma compreensão de ter quem olha por ele, como se evidencia na seguinte fala:

Eu pego mais punição por causa disso mesmo, **eu não faço nada não, só boto pilha nos caras mesmo** [...] mas eles não são crianças, sabem o que estão fazendo. Eu só falo para fazer, eu não faço não [...]. Eu tento sair de banda, mas aí sobra para mim. [...] Tem mais pessoas [que recebem punição], **ainda mais uns caras que não têm visita. Aí, eu acho muito errado**, é o que eu falo [...] eu falo, “rapaz, se você me quebrar, tem que ficar ligado, porque eu tenho visita. Vocês fazem isso porque ele não tem visita. **Eu posso não ter condição, nem nada, mas eu tenho a minha mãe que corre atrás para mim.** Porque tem os direitos humanos, **nós estamos aqui, mas a gente não é bicho não**” [...] **eles não triscam em mim porque eu falo.** Quando eles começam a falar alto, eu falo “pode bater, pode bater, eu tenho família, bicho”. **Os outros também têm, só que o negócio é que a visita não vem [...] mas direto minha mãe vem,** direto e eu falo (Leandro, 17 anos).

Pela fala do adolescente, fica evidente que Leandro se sente amparado pela família e cuidado pela mãe, embora institucionalizado e reproduzindo o modelo de violência, como se evidenciou na fala em que destaca o seu papel de incitar o grupo, de “botar pilha” para provocar conflitos. Ao que parece, o adolescente significa toda a violência que sofre dentro da unidade de internamento de forma diversa daqueles que “não têm visita”. Essa significação o faz um sujeito mais ativo e que, inclusive, confronta quando está ameaçado de apanhar. Os extratos de fala produzidos por Leandro, como “nós estamos aqui, mas a gente não é bicho não”, “ninguém trisca a mão em mim porque eu falo”, “eu tenho minha mãe que corre atrás para mim”, produzido por Leandro, realçam a manutenção dos vínculos afetivos e suas possibilidades de se manter ativo no sistema socioeducativo, apesar de todos os mecanismos de poder que destituiu sua autonomia.

A mãe, por sua vez, tenta contribuir para que Leandro tenha sentimentos positivos no sistema socioeducativo que possam auxiliar o adolescente em seu desenvolvimento, como podemos verificar na seguinte fala:

Com certeza, **ele é uma pessoa assim que não precisava de estar lá nesse local, eu já conversei com ele muito**, falei, **“meu filho, você é tão estudante, tão inteligente”**. Pensa numa pessoa que passava uma semana, duas, sem ir na escola. Se caía uma prova assim para ele fazer, chegava, fazia aquela prova, tirava mais que os outros. Aí tem hora que eu fico meditando, “meu Deus, o que que aconteceu com ele?”. **Eu não sei mesmo, tem hora que eu fico sem saber mesmo o que aconteceu com ele**, paro para meditar, fico pensando porque... [...] **Foi amizade, porque ele é muito trabalhador, responsável pelo serviço dele e de repente aconteceu uma coisa dessas**. Pra mim, acabou, de uma hora para outra, assim, acabou. [...] Ele precisa conscientizar mais um pouco, que ele está assim: a mente dele está mais, assim, para as amizades, ele não está assim muito ligado no... **é ele largar as amizades dele que tudo dá certo**. Tudo dá certo (Elza, mãe de Leandro).

A fala é mais um exemplo de que Dona Elza, mãe de Leandro, tem uma representação da medida socioeducativa como sendo uma oportunidade para que o filho modifique seu comportamento, para que ele reflita sobre o que tem feito e para que retome o caminho de um sujeito “estudante”, “inteligente” e “trabalhador”. Destacamos que essas significações contribuem para a autoestima positiva do adolescente e para sua motivação em novos projetos de vida.

Por outro lado, destacamos que, embora a mãe de Leandro o reconheça como “inteligente”, “estudante” e “trabalhador”, a análise das falas e do prontuário do adolescente traz algumas determinações de classe social que devem ser consideradas ao compreendermos a inserção social de Leandro: ele possui uma escolaridade abaixo do esperado para sua idade (NOVELLINO, 2011); a própria mãe destaca absenteísmo às aulas de até duas semanas, que talvez pode estar associado ao trabalho precoce, já que ela também destaca essa qualidade de trabalhador responsável com seu serviço. Todos esses elementos são compreendidos neste estudo como fatores de maior vulnerabilidade do adolescente ao cometimento de ato infracional ou ao uso de drogas, corroborando com diversos outros estudos que demarcam essas condições como fatores de risco (CARLINI-MARLATT, 2005; SCISLESKI; MARASCHIN, 2008; MOSQUEDA-DÍAZ; FERRIANI, 2011; CNJ, 2012).

A partir das falas produzidas por Leandro, podemos sugerir que o adolescente reproduz significações sobre o sistema socioeducativo e sobre sua permanência na unidade de internamento semelhantes às produzidas por sua mãe, como podemos verificar na seguinte fala:

Eu fico pensando o que eu fiz, para quando sair lá fora... o que é certo e o que é errado, né. [...] Rapaz, esse negócio de crime não compensa não. [...] Tem hora que eu vejo esse negócio dos caras que andavam mais, eu lá fora, e tem um bocado que já foi embora, para não voltar mais [...] igual dizem, né, Deus tem um cada... nada é por acaso, tudo tem um propósito. Se eu estou aqui, não é por acaso não (Leandro, 17 anos).

Podemos assinalar a importância, a partir da análise das falas de Leandro e de sua mãe, da presença e da participação ativa da família em todo o processo de socioeducação do adolescente que está privado de liberdade, cumprindo medida socioeducativa. Além do mais, advertimos para a contradição que o sistema tem provocado: na busca de socioeducar e integrar o adolescente na sociedade tem-se ampliado seu distanciamento da família e da comunidade em que ele vive, bem como se tem retardado o pleno desenvolvimento biopsicossocial do adolescente. Leandro é um bom exemplo dessa contradição – um rapaz “inteligente”, “estudante” e “trabalhador” – que vivencia uma institucionalização que só tem reduzido suas potencialidades, como ele mesmo argumentou: “não conquisto nada aqui dentro não, você está preso, conquistar o quê?”.

A análise das falas demarca a mãe como principal agente com poder de intervenção sobre o comportamento do adolescente interno. Além do mais, não podemos deixar de assinalar que as falas de Leandro evidenciam que ainda permanece na unidade socioeducativa o modelo punitivo e violador de direitos humanos, já que têm implícitas ações de punições voltadas para os adolescentes internos, principalmente aqueles que “não têm visita”.

Reconhecendo a importância das famílias para o desenvolvimento do adolescente, bem como para seu acolhimento quando egresso do sistema socioeducativo, e enfatizando as análises empreendidas neste estudo, nas quais se destacam o enfraquecimento dos vínculos familiares em decorrência da institucionalização dos adolescentes no sistema socioeducativo, reafirmamos a necessidade premente de se rever a execução das medidas socioeducativas e de romper definitivamente com a reprodução do modelo prisional na execução de uma política gerada pelo modelo de proteção social do adolescente autor de ato infracional.

Considerações finais

Há muito tempo ele andava doente; mas não eram os horrores da vida de galé, nem o trabalho, nem a comida, nem a cabeça raspada, nem o uniforme de retalhos que o quebrava: oh! Que lhe importavam todos esses sofrimentos e torturas! Ao contrário, ele estava até contente com o trabalho, ao menos conseguia algumas horas de sono tranquilo. [...] Os grilhões ele nem chegava a sentir em seu corpo. Iria envergonhar-se da cabeça raspada e da meia jaqueta? Diante de quem? [...] Mas não era da cabeça raspada e dos grilhões que se envergonhava: seu orgulho estava fortemente ferido; era de orgulho ferido que estava doente.

(Fiódor Dostoiévski, sobre o personagem Raskólnikov, em *Crime e castigo*)

Este estudo buscou compreender os significados da desinstitucionalização do adolescente que perpassam as políticas da Reforma Psiquiátrica e do SINASE. Com essa finalidade, entrevistamos juízes, promotores e defensor público; psicólogos que atuam no Sistema Socioeducativo do Tocantins e em CAPSad; professores universitários dos cursos de Direito e de Psicologia; adolescentes autores de ato infracional ou que fazem tratamento no CAPSad e respectivas mães. Dessa forma, pudemos conhecer o que essas pessoas pensam sobre as políticas de desinstitucionalização e apreender quais são as significações que têm permeado suas práticas.

O referencial teórico que orientou todo o processo de análise foi a Teoria Sócio-Histórica de Vigotski (1999, 2001, 2003, 2010). Abordamos as concepções do autor, tanto para subsidiar a compreensão das subjetividades dos adolescentes e para apreender as possibilidades de atuação com essa população, quanto para verificar as significações que permeiam as falas dos diversos sujeitos, em diversos espaços sociais, compondo diversas estruturas de classe. Aproveitamos para destacar que, para Vigotski (2010, p. 286), as determinações do contexto social, são determinações também de classe. Segundo o autor,

O meio não influencia o homem direta e imediatamente, mas de forma indireta, através de sua ideologia, chamamos de ideologia todos os estímulos sociais que se estabeleceram no processo de desenvolvimento histórico que se consolidaram sob a forma de normas jurídicas, regras morais, gostos estéticos etc. As normas são perpassadas inteiramente pela estrutura de classe da sociedade que a gerou e servem de organização da classe de produção.

É com essa perspectiva que, a partir de todo o trabalho e ao longo das análises, o presente estudo defende a seguinte tese central: os significados da

desinstitucionalização do adolescente autor de ato infracional ou que tem necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas são marcados pela lógica excludente da institucionalização e pelas relações de poder do Estado sobre a condição do adolescente pobre. Os adolescentes autores de ato infracional, ou que têm necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas são invisíveis socialmente, não têm participação social e são considerados na sociedade como aqueles que não deveriam existir. O Estado toma para si a responsabilidade de mantê-los sob o tapete, até que sejam reformados.

Nesta parte do trabalho, temos a necessidade de fazer algumas considerações importantes a respeito dos resultados a que este estudo chegou, mas não temos nenhuma pretensão de estabelecer um modelo, ou parâmetros, sobre qualquer uma das políticas destinadas aos adolescentes que foram abordadas neste estudo: a política da Reforma Psiquiátrica e a política do SINASE.

Ao contrário, pretendemos deixar registrado que este estudo, embora não se configure uma investigação de sujeitos em sua individualidade, mas de políticas públicas, causa-nos um impacto e produz reflexões muito singulares sobre como se compõem as subjetividades na sociedade contemporânea. Sobre o quanto, como sujeitos sócio-históricos, estamos imbricados de uma condição concreta, em que a objetividade da lei (com toda sua materialidade instituída) se entrelaça com as subjetividades (com toda dimensão de sujeitos implicados sócio-historicamente que confrontam e são confrontados, em todo momento, por componentes ideológicos de classe). Essa condição produz sentidos e significados impossíveis de serem compreendidos na abstração das vivências subjetivas individuais, e muito menos na objetividade pura das leis praticadas nos atos, mas no emaranhado de contradições que erigem desse intenso entrelaçamento, no qual forças externas poderosas insistem em manter os processos de dominação social.

Dessa forma, a sanção de leis implica, necessariamente, aumento de contradições, não se configura uma resolução de determinado fenômeno, mas se reafirma em novas configurações de forças de poder que, no afã de se manterem, estabelecem novos arranjos e produzem novas formas de dominação social. A Lei sancionada consolida a ilusão de um problema resolvido, mas na prática o que produz é apenas uma redução das forças de poder dos grupos de resistência e expansão de novas articulações de forças externas que visam à manutenção da ordem e do controle social.

O momento social atual tem sido muito fértil para as discussões na sociedade sobre os adolescentes que, por algum motivo, estão inadaptados socialmente. Longe das escolas, nas ruas, em atividades delituosas, fazendo uso de crack, álcool e outras drogas, os adolescentes alarmam a sociedade por expressar a ineficiência das políticas públicas de direitos sociais e por escancarar o fracasso do Estado em manter a ordem. Longe dos contextos que poderiam ser considerados “próprios à sua idade”, os adolescentes pobres se inserem no mundo adulto em uma condição de marginalidade. Nessa condição, destacam-se os processos de exclusão que vivenciam, e sempre vivenciaram, e as formas que encontraram para participar socialmente, mesmo que elas reproduzam os modelos de violência sofridos.

Nessa situação, a sociedade se divide e o debate se instala: querem contestar/reformular a lei e reduzir idade para a maioria penal, querem internar à força ou compulsoriamente quem está com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Enfim, são inúmeras propostas e ações que visam transformar essa realidade “tão trágica” e que confrontam o já estabelecido legalmente.

Nossos adolescentes estão se comportando como adultos criminosos, como adultos cheios de dificuldades e problemas, desesperançosos e sem projetos de vida. Esses adolescentes não estão sendo cuidados para viver sua juventude e para se desenvolver plenamente. Muitos deles não estão podendo reconhecer seus potenciais e não estão estabelecendo mediações sociais que os permitam tornar-se sujeitos ativos e criativos na consolidação dos laços sociais, como bem recomenda Vigotski (2010).

Mas o que preocupa a sociedade? Este estudo revelou que o debate instalado se assenta em significações contraditórias que em todo momento realçam o modelo social excludente já estabelecido socialmente. Nesse modelo, aqueles desadaptados devem ser isolados para serem “tratados”, para serem adestrados a fim de se adaptarem às regras e aos modelos de comportamentos esperados. Não têm se construído socialmente produções de significações que demarquem o fato lamentável de que os adolescentes pobres na contemporaneidade estão cada vez mais e cada vez mais cedo vivendo como adultos, e o pior: como adultos marginalizados. Ao contrário, o que tem se constituído é um debate contraditório em que impera a seguinte significação: se vivem como adultos, devem ser tratados como tal. Compreender esse processo pela lógica inversa: se vivem como adultos deve lhes ser assegurado um ambiente que os permita viver como adolescentes não parece ser o significado que compõe as práticas de alguns importantes agentes executores dessas políticas, como se evidenciou neste estudo.

É exatamente nesse ponto de reflexão que insistimos em nos deter mais, pois as leis (CF, ECA, Reforma Psiquiátrica e SINASE) ratificam a condição do adolescente como sujeito de direitos (que tem poder de participação social, de voz, que tem garantia de direitos sociais e humanos) e, ao mesmo tempo, como estando em pleno desenvolvimento biopsicossocial. Esse direito deve ser garantido em toda sua dimensão pelo Estado e pela sociedade em geral. No entanto, socialmente, os significados que estão sendo construídos ora os consideram adultos (que devem ser punidos pelos atos, sem qualquer preocupação ou cuidado com a condição de sujeito em desenvolvimento) e ora os consideram “menores” (que devem ser interpelados pelo Estado, principalmente os adolescentes pobres), como ficou evidente nas falas apresentadas neste estudo, para se tornarem sujeitos transformados.

Os adolescentes de classe social pobre muito cedo têm de fazer os enfrentamentos das adversidades produzidas na vida urbana, da ocupação de espaços na rua, da vulnerabilidade à violência, do excesso de oferta de drogas, da ausência de políticas de proteção, do abandono. As crianças e os adolescentes pobres, ainda em tenra condição biológica para enfrentamentos da vida, têm de muito cedo conseguir circular pelos espaços de produção da vida urbana e aprender a utilizar mecanismos de proteção e de inserção social em um mundo de confrontação de poder, principalmente porque todo eu arranjo familiar encontra-se abandonado pelas políticas públicas: falta trabalho digno, falta acesso à educação, cultura e lazer. Enfim, falta uma gama de políticas intersetoriais que possam auxiliar as famílias a proteger seus adolescentes dos ambientes que muitas vezes são prejudiciais ao desenvolvimento. Citamos Vigotski (2010, p. 73) para ratificar essa condição de abandono, já que o autor destaca a grande importância do adulto mediador e dos processos educativos no desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, como fica expresso a seguir.

No processo de educação também cabe ao mestre um papel ativo: o de cortar, talhar, esculpir os elementos do meio, combiná-los pelos mais variados modos, para que eles realizem a tarefa de que ele o mestre necessita. Deste modo, o processo educativo se torna trilateralmente ativo: é ativo o aluno, é ativo o mestre, é ativo o meio criado entre eles. [...] é um processo dinâmico, ativo e dialético, que não lembra um processo de crescimento lento e evolutivo, mas um processo movido a saltos, revolucionário de embates contínuos entre o homem e o mundo.

E fica reiterada a importância do “mestre” no desenvolvimento do adolescente. Na ausência de um “mestre” que o auxilie a realizar a “tarefa necessária” e na presença de um ambiente social nocivo a seu desenvolvimento, prevalece no adolescente o mundo interno e instintivo, seus desejos, seus medos, seus conflitos, sua fúria e a necessidade de se preservar e se manter sujeito. Para Vigotski (2010, p. 94), os instintos são objeto, mecanismo e instrumento de educação, pois são formas de adaptação social que devem ser consideradas nos processos educativos, como fica expresso no argumento a seguir.

Os instintos como forma de adaptação, elaborados em determinadas condições, só podem ter utilidades para essas condições; já em condições modificadas eles podem entrar em desarmonia com o meio, e então a tarefa da educação seria eliminar essa desarmonia, repor os instintos em acordo com as condições do meio. Toda a cultura humana, que diz respeito ao próprio homem e ao seu comportamento, não é senão essa adaptação do instinto ao meio.

Complementando essa visão, segue mais um trecho em que Vigotski (2010, p. 99) reafirma a importância do processo educativo para o desenvolvimento pleno dos adolescentes e explica o entrelaçamento dos aspectos instintivos/biológicos do sujeito com contexto social/cultural:

O amor na fase adolescente é a forma mais natural e inevitável de sublimação do instinto sexual. E o objetivo final da educação consiste apenas em ensinar o amor ao homem. Outra discrepância do instinto com o meio é desarmonia entre a sua real falta de uso e a enorme tensão que ele comunica; também nesse sentido a tarefa da educação não consiste em orientar o instinto pela linha da menos resistência nem pelo caminho mais curto e mais fácil de atingir a satisfação mais próxima e sim pelo caminho longo, difícil e belo. É necessário vencer a cegueira do instinto, introduzi-lo no campo geral da consciência, vinculá-lo ao todo resto do comportamento e ligá-lo ao fim e à função a que se destina.

Essa seria a tarefa do adulto que tem o papel de mediador no desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. No caso daqueles cujos instintos estejam em desarmonia com o ambiente seria necessário auxiliá-los na restauração da harmonia, mas antes é necessário organizar o espaço social para que o adolescente sinta-se menos ameaçado, mais integrado e mais participante.

Ao dar essa importância ao contexto social, afirmando a relevância dos processos educativos como sendo produção de cuidados, reafirmamos o abandono dos

adolescentes que foram alvo deste estudo. Mas, em nenhum momento, pretendemos retirar desses sujeitos sua autoria sobre o fazer e a experiência de sua existência. Não pretendemos classificar o ambiente como o principal fator de causalidade para o envolvimento do adolescente com o ato infracional ou com as drogas. Ao contrário, a proposta é incitar a reflexão sobre esse tão complexo fenômeno e ressaltar que um contexto social, organizado pelo adulto mediador, fará enorme diferença a essas subjetividades.

Não foi proposta deste estudo investigar causalidades, até porque foge à concepção teórica que orienta este trabalho. Acreditamos que o princípio de causalidade, como causa/efeito, não existe, mas teias que se formam no espaço social, se entrelaçando com a “natureza” dos indivíduos e com a história dos povos, cujas existências se compõem pela experiência de sua ação no mundo. Assim, são diversos os fatores que devem ser desvelados para a compreensão de um fenômeno, o qual é apreendido apenas parcialmente, dada a faceta da investigação. Apesar de não ter a intenção de apontar causalidade, demarcamos que infâncias abandonadas, como a de Danilo, podem produzir sujeitos esvaziados (desinteressados da vida, sem projetos ou perspectivas). Aproveitamos mais uma vez para buscar em Vigotski (2010, p. 420-422) os argumentos para a nossa defesa:

nenhum fato da vida dos ancestrais do homem e dos animais ou das influências experimentadas pela mãe e pelo feto passa sem deixar vestígios pelo organismo do recém-nascido, e isso incorpora os longos resultados da experiência ancestral acumulada cujos últimos elos são para ele o pai e a mãe. [...] É tão verdadeira quanto a anterior a nossa segunda afirmação de que nenhum dos movimentos de que dispõe a criança no berço permanece ao longo de sua vida posterior na mesma forma e com a mesma exatidão com que ela o recebeu como herança. O mecanismo de educação dos reflexos condicionados revela as leis sob cuja interferência a experiência hereditária se adapta às condições individuais do meio e se o comportamento do adulto é tão diferente do comportamento da criança é apenas porque, através da interferência educativa sistemática do meio, introduzem-se organização, sentido, ordem e sequência no caos dos movimentos descoordenados e desorganizados do recém-nascido.

É com esse referencial que apreendemos os resultados deste estudo e que demarcamos a invisibilidade social dos adolescentes pobres e o abandono desses sujeitos às experiências cotidianas inadequadas para seu pleno desenvolvimento, em um momento da vida ainda marcado por profundas transformações. As famílias pobres são entendidas aqui na mesma perspectiva do abandono, já que estão deixadas à mercê dos

merecimentos de esforços individuais, em um mundo que não os integrará, por falta de políticas de apoio: educação, saúde, trabalho e renda, moradia, entre outras.

O adolescente, como sujeito em pleno desenvolvimento biopsicossocial tem reconhecida essa condição nos instrumentos jurídicos produzidos a partir das mobilizações sociais que ocorreram no período de abertura política no Brasil (a partir dos anos de 1980). No entanto esses instrumentos jurídicos não têm se constituído apenas garantia de direitos, mas também instrumento de reprodução ideológica de dominação social.

A vulnerabilidade do adolescente pobre ao envolvimento com as drogas e à inserção no mundo da violência está diretamente associada à falta de proteção e à ausência de políticas públicas que possam lhe garantir seus direitos. Por sua vez, o aparato jurídico de garantia de direitos, que possibilita implantar políticas e implementar serviços, acaba por reproduzir o modelo já fracassado de higienização social e processos de dominação, que impedem que os adolescentes pobres e suas famílias constituam-se protagonistas de seu fazer.

Aproveitamos para retomar uma discussão já feita neste estudo e reafirmar a importância de analisar esse processo tendo por base os quatro eixos destacados por Amarante (2001) – jurídico, técnico-assistencial, teórico-conceitual e sociocultural – e acrescentando mais um, proposto neste estudo, que é o eixo subjetivo. Destaca-se que os dois últimos (teórico-conceitual e sociocultural) ainda não sofreram as transformações necessárias para a consolidação dessa política. Neste estudo, apontamos o eixo subjetivo como sendo o principal indicador de consolidação das políticas da Reforma Psiquiátrica e do SINASE.

Nossa proposta é considerar a transformação do eixo subjetivo como principal fator de resistência aos diversos rearranjos de poderes externos que a implantação das políticas produz. Pretendemos apontar que, na implementação da Reforma Psiquiátrica e do SINASE, o eixo subjetivo transformado indicaria que os agentes de execução da política se conservam resistentes aos poderes instituídos, mantendo-se na contraforça da lógica da institucionalização que o sistema social produziu. Assim, o eixo subjetivo transformado traria como certeza, se não a realização das ações como prevê a lei, ao menos a manutenção da luta de forças como possibilidades de transformação.

Acreditamos que uma política, cujo eixo subjetivo não está transformado, indica que sua implementação não está consolidada e que é regida por práticas personalistas entre os agentes executores, como se evidenciou neste estudo o

personalismo entre os Operadores do Direito. Compreendemos por eixo subjetivo aquele que está no nível das tomadas de decisão e da atuação dos agentes de execução das políticas. Ou seja, aquele eixo que é embrenhado de sentidos e significados que compõem as práticas sociais de cada sujeito e que estão em todo momento sendo interpelados por processos de dominação social, que as ideologias dominantes constroem.

Assim, acreditamos que o eixo subjetivo, torna-se o principal indicador de consolidação da política: 1. quanto mais consolidada, maior será a transformação do eixo subjetivo, que se constituirá poder de resistência aos poderes instituídos, 2. quanto menos consolidada menor será a transformação do eixo subjetivo e maior será sua interferência na prática, se transformando em ações personalistas.

Em nossa defesa, o eixo subjetivo é parte essencial na execução de toda política, pois é ele que dá o tom ao processo de implementação. Aproveitamos para ressaltar que esse eixo pode ser prescindido de algumas análises de instrumentos jurídicos. Por exemplo, quando uma lei se consolida por meio de normas bem definidas, com todas as possibilidades apontadas e todos os protocolos previstos, de forma que ela prescinda da transformação do eixo subjetivo nos agentes executores, já que estão apontadas todas as regras e estruturadas e todas as formas de controle para que não sejam burladas. Mas essa é uma condição presente apenas em leis que surgem com uma única finalidade: ser cumpridas e não deixar margens às produções das práticas sociais, como, por exemplo, os decretos, que são autoritários, determinam proibições e sanções, para os casos de descumprimento.

Acreditamos que é exatamente essa possibilidade que trouxe aos Operadores do Direito significações como as que foram apreendidas neste estudo: “agora temos parâmetros”, “antes era um limbo jurídico”, “a gente trabalhava no achismo”. Essas significações alimentam uma falsa ideia de que a lei por si só garantirá o que ela propõe. Este estudo evidenciou que não é isso o que acontece, ao contrário, podem-se utilizar mecanismos previstos na lei com objetivos diversos do que a lei intenciona, como tem ocorrido com as práticas de internações compulsórias no estado do Tocantins. Políticas de Direitos Sociais, como a da Reforma Psiquiátrica e a do SINASE, não se incluem naquelas autoritárias que apenas regulam as práticas, são complexas e possuem uma diversidade de significações que fatalmente afetarão a execução.

O próprio ECA, que já existe desde 1990, é o retrato da não garantia automática do que preconiza a lei apenas com sua sanção. Ainda hoje o que

regulamenta o ECA encontra percalços para sua garantia. Prova disso é a acirrada segmentação social a respeito da imputabilidade ou inimputabilidade penal do adolescente autor de ato infracional, a qual gera ações contraditórias entre os agentes executores.

Aproveitamos para fazer referência a uma publicação do CFP (CASTRO, 2002, p. 127), a respeito dos adolescentes autores de ato infracional, em que a autora argumenta que:

Talvez a grande mudança proposta pelo ECA seja a ideia de que, sem uma rede articulada e solidária entre todos os envolvidos (judiciário, governos, conselhos de direitos, sociedade etc.), tornam-se improváveis intervenções bem sucedidas com os adolescentes que cometem atos infracionais.

Na época dessa publicação, datada de 2002, não existia o SINASE (2006) e muito menos a Lei 12.594 (2012). Assim, o parâmetro que havia era apenas o ECA (que já estava vigorando há 12 anos), e que previa a rede articulada. Essa rede nunca se consolidou, demarcando que mais do que a existência das leis é preciso construir estratégias para transformar o eixo subjetivo que compõe o conjunto de normas e regras apontadas na lei. Na publicação mencionada, podemos encontrar algumas recomendações, como fica expresso:

O psicólogo deve, junto a outros profissionais que atuam com essa população, conhecer mais profundamente o ECA para poder participar mais diretamente, tanto nos Órgãos de Controle Social, nos Conselhos de Direitos e Tutelares, na efetiva construção e implementação das políticas públicas de atendimento à infância e à adolescência, como as da Educação e da Saúde, como nas políticas sociais inclusivas que possam responder de imediato à miséria e ao abandono a que estão submetidos a grande maioria dos nossos jovens (CASTRO, 2002, p. 128).

Essas recomendações apontavam a necessidade de algumas condições para a efetivação do ECA na atenção ao adolescente autor de ato infracional, como: conhecimento da política, interação entre os profissionais, articulação intersetorial com outras políticas complementares e, principalmente, participação dos profissionais executores nos organismos responsáveis pelo controle social (participação da psicologia nos Conselhos de Direito e Tutelares). Essas recomendações, publicadas em 2002 (quando ainda nem existia o SINASE), mas que preconiza o conhecimento de uma lei

que já estava em vigor há 12 anos, o ECA, ratifica as discussões empreendidas neste estudo. Recomendar, legislar e sancionar é apenas um pequeno passo para a garantia de direitos. Outras estratégias são fundamentais, já que entendemos que o principal alvo para a consolidação será a transformação do eixo subjetivo. Quando este não se transforma, a lei torna-se o próprio mecanismo de rearranjos de poderes e de produção de processos de exclusão.

Acreditamos que será o eixo subjetivo transformado que poderá constituir-se resistência e será capaz de exercer o controle social recomendado por Castro (2002). Mas como transformar o eixo subjetivo? O que faz com que esse eixo se modifique? Não podemos conhecer quais são os elementos que proporcionarão a transformação desse eixo. No referido documento, alguns elementos são apontados. Este estudo apreendeu pontos nevrálgicos da política que se assemelham aos apontados, bem como pontos que podem ser considerados de sustentação para a transformação que a política requer. Trazemos algumas evidências, a partir deste estudo, que merecem destaque.

1. Os trabalhadores de saúde mental demonstraram maior transformação do eixo subjetivo na compreensão das políticas de desinstitucionalização e ao, mesmo tempo, mais conhecimento dos processos de mediação que resultaram na lei da Reforma Psiquiátrica (das mobilizações sociais e das evidentes violências sofridas nas instituições manicomiais). Para esses sujeitos, as concepções consonantes com a desinstitucionalização tenderam a se estender até para aquela política desconhecida como a do SINASE. Esse fato pode indicar que o conhecimento da lei e do processo histórico de implementação pode ser uma importante estratégia de transformação do eixo subjetivo.
2. A inexistência ou a insuficiência de serviços de atendimentos na perspectiva da política preconizada geram significados de que a política é ineficiente, em um *continuum*. Esses significados mantêm o eixo subjetivo rígido e sem possibilidades de transformação. Esse fato pode sugerir que a consolidação de uma política necessita prioritariamente de serviço para a execução da proposta.
3. Os mecanismos de poder do sistema de justiça não são confrontados no fazer dos profissionais que atendem, ao contrário, são os desencadeadores de sofrimento no trabalho ou mantenedores de um eixo subjetivo dissonante do que propõe o projeto político de desinstitucionalização. Esse

fato indica a necessidade de uma interlocução, para que haja outras vozes no sistema de justiça compondo o conjunto das ações. Argumentamos que a formação de equipes técnicas de apoio permanente ao sistema de justiça pode auxiliar a romper com os muros da internação.

4. Os mecanismos de poder do sistema de justiça resvalam em todos os outros níveis de atuação, de forma que vai se construindo uma teia social em que há prevalência e manutenção da institucionalização do adolescente pobre em todos os espaços que ele percorre, sua diminuição a um objeto que deve ser eliminado e a naturalização da violência sofrida. Devido a essa análise, sugerimos que, para essas políticas, a categoria dos Operadores do Direito seria o principal alvo para a transformação do eixo subjetivo, já que é nesse segmento que ocorrem as maiores decisões sobre o adolescente.
5. Embora a academia não se isente de discursos contraditórios que reproduzem a institucionalização, como se evidenciou neste estudo, a depender do lugar dos sujeitos da fala, verificamos alguns professores com o eixo subjetivo transformado e reconhecedores da importância das práticas de desinstitucionalização dos adolescentes. Esse fato sugere que a integração da academia com os agentes de execução, para além da mera formação profissional, pode contribuir com a transformação do eixo. Os professores podem se tornar agentes de produção de novas significações sobre a institucionalização e a desinstitucionalização, já que esses opostos ainda mantêm bastante tensão na atualidade.

Assim, a compreensão de que o eixo subjetivo da execução das Políticas da Reforma Psiquiátrica e do SINASE não está transformado, como foi apreendido neste estudo, realça os elementos que necessitam ser transformados, como: faltam serviços de desinstitucionalização; faltam políticas intersetoriais de apoio; faltam intersecção e interlocução entre as duas políticas alvo deste estudo; há desarticulação entre as academias com os serviços de execução; há invisibilidade social do adolescente e de suas famílias; há abandono dos adolescentes pobres em um período de desenvolvimento que exige proteção e interação; o poder institucional prevalente nas unidades socioeducativas, do qual todos ficam subjugados (gestores, profissionais técnicos, adolescentes e familiares), ocorre em uma escala que deixa o adolescente na condição de maior vulnerabilidade ao uso/abuso desses poderes; entre outras não captadas.

Enfim, todas as significações apreendidas, ao mesmo tempo em que demarcam os pontos nevrálgicos da execução dessas duas políticas (os elementos que indicam a prevalência de ações subjetivas, não pautadas no que propõe a lei, mas no que se concebe ou se acredita a respeito do fenômeno), apontam que esses são os elementos que necessitam ser transformados, aqueles sobre os quais as ações em prol da consolidação da política devem se pautar.

Para finalizar, reconhecemos que a inserção do eixo subjetivo na análise das políticas não elimina o emaranhado de dimensões sócio-históricas que compõem a execução, ao contrário, aumenta a complexidade. No entanto argumentamos que olhar para eixo subjetivo na análise dessas duas políticas pode contribuir com a possibilidade do desvelamento de pequenas linhas presentes, mas não evidentes, na teia da atenção ao adolescente autor de ato infracional e àqueles que têm necessidades de saúde em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas. Argumentamos que este estudo revelou que as famílias são os principais agentes de mediação dos adolescentes autores de ato infracional e daqueles que têm necessidades de saúde em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas e que, portanto, devem ser consideradas nas políticas como instrumento de intervenção.

A partir dos resultados obtidos, bem como das discussões empreendidas, esperamos que este estudo tenha contribuído para melhor compreensão acerca das políticas de desinstitucionalização do adolescente autor de ato infracional ou que tem necessidade de saúde em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Reconhecemos que essas temáticas têm sido alvo de muitas discussões e que o presente trabalho representa apenas uma faceta desse tão complexo campo. Portanto, esperamos que este estudo possa estimular novas pesquisas na área, a fim de colaborar com a efetiva garantia de direitos sociais aos adolescentes pobres e às suas famílias.

Conhecedores das limitações do presente estudo e reconhecedores de que as significações apreendidas realçam a necessidade urgente de mudanças, lançamos alguns questionamentos que podem suscitar novas pesquisas, como: o que tem acontecido com os adolescentes de classe média que cometem atos infracionais? Quais são as estratégias e as metodologias que podem ser sistematizadas com os adolescentes autores de ato infracional ou que fazem uso de álcool e outras drogas? Qual é o valor da educação estética, recomendada por Vigotski (2010), na produção de subjetividades e atribuição de sentido à vida, ou mesmo na transformação do eixo subjetivo?

Referências

- ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G. **Drogas nas escolas**: versão resumida. Brasília: UNESCO; Rede Pitágoras, 2005.
- ADORNO, T. W. **Educação e emancipação**. Trad. Wolfgang Leo Maar. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicologia ciência e profissão**, v. 26, n. 2 p. 222-245, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: mar. 2014.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- _____. (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- _____. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- ANDRADE, J. E. **Conselhos Tutelares**: sem ou cem caminhos? São Paulo: Veras, 2000.
- BORGES, N. A Doutrina de Segurança Nacional e os governos militares. In: FERREIRA, J.; DELGADO, L. A. N. (Orgs.). **O tempo da ditadura**: regime militar e movimentos sociais em fins do século XX. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p.13-42. (Col. O Brasil Republicano, v.4).
- BRASIL. Conselho Nacional Antidrogas. **Resolução 3/GSIPR/CH/CONAD**, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2005.
- _____. **Constituição (1988)**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. **Lei 6.697**, de 10 de outubro de 1979. Revogada em 1990 pela Lei 8.069 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília: Senado Federal, 1989. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/l6697.htm>. Acesso em: dez. 2012.
- _____. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Senado Federal, 1990a.
- _____. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Senado Federal, 1990b.
- _____. **Lei 10.216**, de 6 de abril de 2001. Brasília: Senado Federal, 2001.

_____. **Lei 10.792**, de 1 de dezembro de 2003. Altera a Lei 7.210, de 11 de junho de 1984 – Lei de Execução Penal – e o Decreto-Lei 3.689, de 3 de outubro de 1941 – Código de Processo Penal – e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.792.htm#art112>. Acesso em: abr. 2013.

_____. **Lei 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Brasília: Senado Federal, 2006a.

_____. **Lei 12.594**, de 18 de janeiro de 2012. Brasília: Senado Federal, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_de_ad.pdf>. Acesso em: out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental (1990-2004)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 130**, de janeiro de 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 131**, de janeiro de 2012c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em: dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 333**, de dezembro de 2003a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_11.htm>. Acesso em: out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004c. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/ct/spdca/sinase/sinase.pdf>>. Acesso em: nov. 2010.

_____. Secretaria de Direitos Humanos – Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Levantamento nacional do atendimento socioeducativo ao adolescente em conflito com a Lei 2.009**. Brasília, 2010.

_____. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei Federal 8.069, de 13 de junho de 1990**. Versão atualizada 2012. 7. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2012d.

_____. Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente – SPDCA /SEDH e Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente –

CONANDA. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE**. Brasília, 2006b.

CARLINNI-MARLAT, B. Jovens e drogas: saúde, política neoliberal e identidade jovem. In: ABRAMO, H. W.; BRANCO, P. P. M. (Org.). **Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2005. p. 303.

CARVALHO, A. Crianças institucionalizadas e desenvolvimento: possibilidades e desafios. In: LORDELO, E.; CARVALHO, A.; KOLLER, S. H. (Ed.). **Infância brasileira e contextos de desenvolvimento**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2002. p. 19-44. v. I.

CARVALHO, R. M. **Relações entre irmãos adolescentes, sentidos e significados**. 2011. 240 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2011.

CASTRO, A. L. S.; GUARESCHI, P. Da privação da dignidade social à privação da liberdade individual. **Psicologia & Sociedade**, 20(2): 200-207, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a07v20n2.pdf>>. Acesso em: nov. 2010.

CASTRO, A. L. S. O adolescente em conflito com a lei. In: **Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas** / Coordenação Maria de Lourdes Jeffery Contini; organização Sílvia Helena Koller. - Rio de Janeiro. Conselho Federal de Psicologia (CFP): 2002. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wpcontent/ploads/2008/01/adolescencia1.pdf> > Acesso em: Jan. 2014.

CAVALCANTE, L. P. et al. Rede de apoio social ao dependente químico: Ecomapa como instrumental na assistência em saúde. **Rev. Rene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, p. 321-331, 2012.

CEBRID – CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. **VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2010**. E. A. Carlini et al. (supervisão). São Paulo: UNIFESP; Brasília: SENAD, 2010.

CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Atuação do psicólogo no sistema prisional**. Brasília: CFP, 2010a.

_____. **Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras**. Brasília: CFP, 2010b.

CHAUI, M. **Simulacro e poder uma análise da mídia**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2006.

CINTRA, A. L.; SOUZA, M. de. Institucionalização de crianças: leituras sobre a produção da exclusão infantil, da instituição de acolhimento e da prática de atendimento. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. X, n. 3, p. 809-833, 2010.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Panorama nacional**: a exceção das medidas socioeducativas de internação. Brasília: CNJ, 2012.

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 4. ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

COSTA, M. M. M. da. Políticas públicas e violência estrutural. In: LEAL, R. G.; REIS, J. R. (Org.). **Direitos sociais & políticas públicas**: desafios contemporâneos. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005. p. 1261-1277.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. D. (Coord.). **Archivos de saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. P. 13-44.

DAVID, M. Les besoins psycho-affectifs des enfants privés de famille. **L'information Psychologique**, v. 45, p. 43-50, 1972.

DELGADO, P. Palestra. In: CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras**. Brasília: CFP, 2010. p. 35-45.

FEITOSA, J. B. **A Internação do adolescente em conflito com a Lei como “Única Alternativa”**: reedição do ideário higienista. 2011. 243 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011. Disponível em: <http://www.ppi.uem.br/Dissert/PPI-UEM_2011_JulianaBiazze.PDF>. Acesso em: jan. 2013.

FREITAS, F. F. P. de. A história da psiquiatria não contada por Foucault. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 11, p. 75-91, jan./abr. 2004.

_____. As lógicas de controle das drogas, subjetividade e direitos humanos. In: XIV ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 2007, Rio de Janeiro, **Anais...** Rio de Janeiro: UERJ, 2007. p. 1-10 Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_38.pdf>. Acesso em: jan. 2013.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Trad. Raquel Ramallete. 38 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

FUNDAÇÃO ABRINQ PELOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **Porque dizemos não à redução da maioridade penal**. São Paulo, 2013. Disponível em: < http://sistemas.fundabrinq.org.br/biblioteca/acervo/NotaTecnica_Web.pdf> Acesso em dez. 2013.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. V **Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras - 2004**. São Paulo: SENAD/CEBRID, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Trad. Dante Moreira Leite. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

GUARESCHI, P. Pressupostos psicossociais da exclusão: competitividade e culpabilização. In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 143-157.

GUIRADO, M. **Instituição e relações afetivas: o vínculo com o abandono**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sala de imprensa: educação melhora, mas ainda enfrenta desafios**. 2013. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1233>>. Acesso em: maio 2013.

LANE, S. M. Avanços da psicologia social na América Latina. In: _____; SAWAIA, B. (Org.). **Novas veredas da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

_____. O processo grupal. In: LANE, S. T.; CODO, W. (Org.). **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1984. p. 78-98.

LARANJEIRA, R. O tratamento da dependência do crack – as bases e os mitos. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento de usuário de crack: avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco. Terapias psicológicas, farmacoterapia e reabilitação. Ambientes de tratamento**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. Disponível em: <http://portal.cnm.org.br/sites/9700/9797/docBibliotecaVirtual/O_Tratamento_do_Usuario_de_crack.pdf> Acesso em: mar. 2013.

LEÓN, O. D. Uma revisão das categorias de adolescência e juventude. In: GUIMARÃES, M. T. C.; SOUSA, S. M. G. (Org.). **Juventude e contemporaneidade: desafios e perspectivas**. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos; Goiânia: UFG; Cânone Editorial, 2009. p. 47-76.

LIMA, M. L. **Conferências nacionais dos direitos da criança e do adolescente: os significados da redução da idade penal.** 2009. 190 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2009. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=633>. Acesso em: nov. 2010.

MANSUR, M. C. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 90.** 2001. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://portaldesicict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2001/mansurmcm/capa.pdf>>. Acesso em: out. 2010.

MARTIN-BARÓ, I. **Poder, ideología y violencia.** Madrid: Trotta, 2003.

_____. **Sistema, grupo y poder.** El Salvador: UCA Editores, 1989.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MOSQUEDA-DÍAZ, A.; FERRIANI, M. das G. C. Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2011.

NIDA – NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, U. S. Department of health and human services. **Principles of drug addiction treatment: a research-based guide.** 3. ed. 2012. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment>>. Acesso em: jan. 2012.

_____. **Preventing drug use among children and adolescents: a research-based guide for parents, educators and community leaders.** 2. ed. EUA: NIH Publication, 2003. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-abuse-among-children-adolescents>>. Acesso em: jan. 2012.

NOVELLINO, M. S. F. Um estudo sobre as mães adolescentes brasileiras. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 21(1), p. 299-318, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312011000100018&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0103-73312011000100018>. Acesso em: abr. 2013.

NUCCI, G. S. de. **Manual de Direito Penal: parte geral e parte especial.** 6. ed. São Paulo: RT, 2009.

PULCHERIO, G. et al. Crack – da pedra ao tratamento. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, p. 337-343, 2010. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/54-03/018-610_crack_NOVO.pdf>. Acesso em: jan. 2013.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B. (Des)construção do modelo assistencial em Saúde Mental na composição das práticas e dos serviços. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 569-583, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/09.pdf>>. Acesso em: out. 2010.

RIBEIRO, M.; DUAILIBI, L. Avaliação dos fatores de proteção e de risco. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento de usuário de crack:** avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco. Terapias psicológicas, farmacoterapia e reabilitação. Ambientes de Tratamento. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. Disponível em: <http://portal.cnm.org.br/sites/9700/9797/docBibliotecaVirtual/O_Tratamento_do_Usuario_de_crack.pdf> Acesso em: mar. 2013.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. O plano de tratamento. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento de usuário de crack:** avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco. Terapias psicológicas, farmacoterapia e reabilitação. Ambientes de tratamento. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. Disponível em: <http://portal.cnm.org.br/sites/9700/9797/docBibliotecaVirtual/O_Tratamento_do_Usuario_de_crack.pdf> Acesso em: mar. 2013.

RIBEIRO, W. **Drogas na escola:** prevenir educando. São Paulo: Annablume, 2005.

RIZZINI, I. et al. Percepções dos jovens sobre as influências dos adultos em seus processos de engajamento político social. In: GUIMARÃES, M. T. C.; SOUSA, S. M. G. **Juventude e contemporaneidade:** desafios e perspectivas. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos; Goiânia: UFG, Cãnone Editorial, 2009. p. 101-117.

RIZZINI, I. O surgimento das instituições especializadas na internação de menores delinquentes. In: ZAMORA, Maria Helena (Org.). **Para além das grades:** elementos para a transformação do sistema socioeducativo. São Paulo: Loyola, 2005. p. 13-34.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização das crianças no Brasil:** percurso histórico e desafios do presente. São Paulo: Loyola, 2004.

RODRIGUES, A.; ASSMAR, E. M. L.; JABLONSKI, B. Psicologia social. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.89-99.

SAWAIA, B. B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética inclusão/exclusão. In: _____ (Org.). **As artimanhas da exclusão:** análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 99-119.

SCHAEFER, P. Painel – cenários e desafios da práxis psicológica no sistema prisional: ética e compromisso social. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Atuação do psicólogo no sistema prisional.** Brasília: CFP, 2010. p. 55-60. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2010/09/Atuacao_dos_Psicologos_no_Sistema_Prisional.pdf> Acesso em: fev. 2013.

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/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000300006>. Acesso em: fev. 2013.

SILVA, L. H. A. **A marca da violência e a reincidência na medida socioeducativa**. 2007. 177 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5832>. Acesso em: dez. 2010.

SOUSA, S. M. G.; TAVARES, R. C. As contribuições da psicologia sócio-histórica para as políticas públicas da área da infância adolescência e juventude. In: CHAVES, J. C. (Org.). **Psicologia social e políticas públicas: contribuições e controvérsias**. Goiânia: PUC Goiás, 2012. p. 83-97.

TAVARES, R. C. **A Reforma Psiquiátrica e relações de poder: significados apreendidos entre os trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Goiânia**. 2007. 174 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2007.

_____; SOUSA, S. M. G. Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em Saúde Mental. **Saúde em Debate**, v. 33, p. 252-263, 2009a.

_____. O usuário de CAPS: quem é esse sujeito? **Revista Psicologia e Saúde**, v. 1 (1), p. 40-49, 2009b.

VASCONCELOS, E. M. Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e a dispersão política. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 57-67, 2012.

_____. Serviço social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. **Rev. Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 54 (XVIII), p. 132-157, 1997.

VERONA, H. Abertura. In: CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras**. Brasília: CFP, 2010. p. 19-22. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2010/06/AlcoolDrogas_novas_alteracoes.pdf>. Acesso em: mai. 2013.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento), p. 225-264, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>>. Acesso em: jun. 2012.

VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. Trad. Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **A formação social da mente**. Trad. José Cipola Neto. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

_____. **Psicologia pedagógica**. Trad. Paulo Bezerra. 3. ed. São Paulo: WMF, 2010.

_____. **Teoria e método em psicologia**. Trad. Cláudia Berliner. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

VOLPI, M. **Adolescente e ato infracional**. São Paulo: Cortez, 1997.

ZIMMER, F. **Internação compulsória uma nova porta de entrada legal para o asilo**. 2011. 98 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santos, 2011. Disponível em: <http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_5262_Fernanda%20Zimmer.pdf>. Acesso em: out. 2013.

Apêndices

APÊNDICE A

Formulário para avaliar os prontuários dos adolescentes vinculados ao CAPSad III e às unidades socioeducativas

1. O sexo do usuário:

() Masculino () Feminino

2. A idade do adolescente:

() 12 a 14 anos e 11 meses

() 15 a 16 anos e 11 meses

() 17 anos ou mais

3. Escolaridade:

4. Composição Familiar:

5. Responsável legal do adolescente:

() Pai e a Mãe () outros _____

() Somente o pai () Somente a mãe

() Avô () Avó

6. Renda Familiar:

() Menos de um salário mínimo

() Entre um a três salários mínimos

() Entre três e cinco salários mínimos

() Mais de cinco salários mínimos

7. Formações complementares do adolescente: trabalho ou cursos realizados

8. Qual o profissional é referência para o adolescente na unidade

9. Existe projeto terapêutico individualizado ou PIA, se sim quais atividades compõem?
Existem atividades externas?

10. Se usuário de CAPSad, qual é o regime de atendimento (Port. 336):

() intensivo () semi-intensivo () não intensivo

11. Análise dos tipos de registros de cada profissional:

11.1. Avaliação médica: frequência, prescrições e informações fornecidas.

11.2. Avaliação do profissional de referência: frequência e tipos de registros.

11.3. Avaliação do psicólogo: frequência e tipos de registros.

11.4. Avaliação do assistente social: frequência e tipos de registros.

11.5. Avaliação de outros profissionais da equipe interdisciplinar: profissão, frequência e tipos de registros.

12. Como o adolescente chegou ao CAPS ou por que motivo está cumprindo medida socioeducativa

13. Há quanto tempo está vinculado à unidade:

14. Se usuário do CAPSad, há registro de busca ativa? () Sim () Não:

14. 1. Se sim, como é feita a busca ativa: () Telefone () visita domiciliar

Outras: _____

15. Há registro de atendimento ou visita às famílias? () Sim () Não

15. 1. Se sim, com qual é a frequência ocorre?

APÊNDICE B

Formulário para coletar informações em documentos institucionais do CAPSad III de Palmas, do CASE e da Unidade de Semiliberdade

1. Quais documentos de regulação do serviço (municipal, estadual e nacional) existentes na unidade?

2. Frequência dos relatórios e informações contidas (se existir, análise dos dois últimos relatórios: número de adolescentes vinculados, atividades realizadas, acompanhamento escolar e familiar):

3. O número de adolescentes vinculados à unidade na data da coleta de informações:

4. Quais regulamentos internos existem? (regimentos e/ou assembleias)

5. Como é programado o acompanhamento familiar? Existem visitas domiciliares, tem atendimentos individuais de equipes multiprofissionais, existem atividades programadas em grupo de famílias?

6. Existe um cronograma de atividade da unidade pré-elaborado, se sim, descreva:

6.1. Segunda- feira:

6.2. Terça-feira:

6.3. Quarta-feira:

6.4. Quinta-feira:

6.5. Sexta-feira:

6.6. Sábado:

6.7. Domingo:

7. Atividades planejadas:

7.1. **Unidade Socioeducativa:** existe projeto pedagógico? Como ocorre a elaboração do PIA? Há reuniões de equipe, com que frequência? Qual é a frequência de atividades externas planejadas? Existe regimento sobre as sanções para o adolescente? Existe planejamento para acompanhamento das visitas das famílias à unidade?

7.2. **CAPSad III:** Existe planejamento das atividades específico para os adolescentes? Há reuniões de equipe, com que frequência? Como está planejado o cotidiano da unidade para acolher o adolescente? A família dos adolescentes está incluída no planejamento das atividades?

8. Os documentos que regulamenta em geral o CAPS

9. Quais profissionais compõem a equipe, coordenação ou administração da unidade:

APÊNDICE C

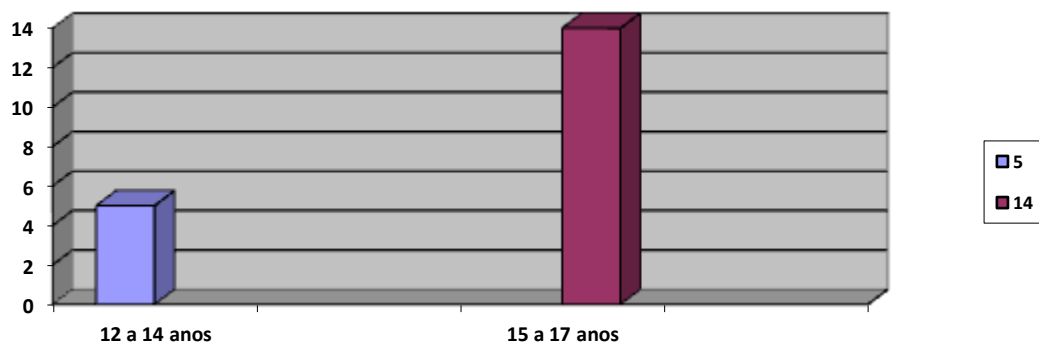
Exemplo do modo de sistematização da pesquisa em documentos (Prontuários dos adolescentes)

Quadro 1- Relação dos Adolescentes ativos no CAPSad de Palmas no período de outubro a dezembro de 2012.

Adolescentes	Idade dos Adolescentes
João	17 anos
Mariana	16 anos
Carla	17 anos
Mauricio	15 anos
Pedro	17 anos
Vitor	17 anos
Paulo	13 anos
Caio	17 anos
Henrique	17 anos
Carlos	16 anos
Camila	12 anos
Flavia	16 anos
Paula	14 anos
Isaac	13 anos
Hugo	17 anos
Pablo	15 anos
Jorge	17 anos

Fonte: Prontuários ativos do CAPSad de Palmas (Nomes fictícios).

Gráfico 1- Quantidade de Adolescentes em tratamento no CAPSad de Palmas, por faixa etária.



APÊNDICE D

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS TÉCNICOS DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO, DO CAPSad, PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS E PROFISSIONAIS DO JUDICIÁRIO E DO SGD

Data da entrevista ____/____/____

Unidade Vinculada: _____

Formação: _____

Pós-Graduação? Se sim, qual? _____

Tempo que exerce esta função na instituição (em meses): _____

Município: _____

UF: _____

e-mail: _____

SISTEMA SOCIOEDUCATIVO

1. Como o(a) Sr(a) avalia, juridicamente, a lei que regulamenta o SINASE?
2. Do campo da lei para a prática, Quais são as maiores dificuldades práticas para a execução das medidas socioeducativas?
3. Quais os principais avanços para o atendimento socioeducativo, a partir da lei que regulamenta o SINASE?
4. O(a) Sr(a) acha que as acomodações e o ambiente que os adolescentes encontram nas unidades de internação para o cumprimento de medidas socioeducativas são adequados para o atendimento a que elas se propõem? Por quê?
5. Em caso de internação para o cumprimento de medidas, o que o(a) Sr(a) acha das atividades que são desenvolvidas com os adolescentes internados?
6. Para o(a) Sr(a), quais as vantagens da internação do adolescente no caso do ato infracional? E quais as desvantagens?
7. O que o(a) Sr(a) acha da segurança para os adolescentes nas unidades de internação?
8. Com relação à avaliação do desenvolvimento do adolescente, quando em privação de liberdade, como o(a) Sr(a) considera que deve ser procedida? Quem é o principal responsável por essa avaliação?
9. O(a) Sr(a) considera que o atendimento socioeducativo prestado no Estado do Tocantins está em conformidade com os parâmetros do SINASE? Comente/justifique.
10. Quais as principais deficiências do atendimento socioeducativo no Estado do Tocantins?

SAÚDE MENTAL

11. E com relação à Reforma Psiquiátrica (lei 10216), como o(a) Sr(a) a avalia, no campo jurídico?
12. Do campo da lei para a prática, Quais são as maiores dificuldades práticas para a execução da Política de Saúde Mental para o adolescente com transtorno ou usuário abusivo de álcool e outras drogas?
13. Quais os principais avanços para o tratamento da saúde mental do adolescente, a partir da lei da Reforma Psiquiátrica?
14. Para o tratamento de saúde mental, como o Sr(a) avalia as acomodações das instituições que tratam os adolescentes (seja da dependência química ou outro transtorno)?
15. Quanto ao tratamento para a saúde mental, como o(a) Sr(a) avalia o papel dos CAPSad? E das unidades de internação (hospitais ou comunidades terapêuticas)?
16. No caso do tratamento de saúde mental (seja por transtorno ou por dependência ou uso abusivo de álcool ou outras drogas), quais as vantagens da internação para o adolescente? E, se houver, quais as desvantagens?
17. Com relação à avaliação do desenvolvimento do adolescente, quando em internação para o tratamento da saúde mental, como o(a) Sr(a) considera que deve ser procedida? Quem é o principal responsável por essa avaliação?
18. O(a) Sr(a) considera que o tratamento à saúde mental do adolescente no Estado do Tocantins está em conformidade com a Política da Reforma Psiquiátrica? Comente/justifique
19. Quais as principais deficiências do tratamento de saúde mental do adolescente (seja dependência química ou outro transtorno mental), no Estado do Tocantins?

GERAL

20. Qual é o papel da instituição em que o(a) Sr(a) trabalha, para o desenvolvimento dos adolescentes que estão em unidades de internação?
21. Como o(a) Sr(a) considera que as unidades de internação devem agir, com os adolescentes, diante dos tumultos ou conflitos que eventualmente possam ocorrer na instituição?
22. Para o(a) Sr(a), qual deve ser o perfil do profissional que trabalha com esse público?
23. Em sua experiência de trabalho nessa área (infância e adolescência) o(a) Sr(a) já vivenciou, ou ouviu falar, de alguma ação em que universidades tenham trabalhado articuladas com as

unidades de atendimento e/ou com a execução dessas políticas? Se sim, como foi a experiência?

24. Para o(a) Sr(a), no Estado do Tocantins, existe alguma especificidade para a execução dessas duas políticas? Se sim, qual é?

Data da entrevista _____ / _____ / _____

APÊNDICE E

ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM OS ADOLESCENTES

Iniciais do nome do adolescente: _____ D.N.: ____/____/____

Unidade de Atendimento: _____

Município da Unidade: _____ Data da entrevista: ____/____/____

Nome do familiar: _____

Grau de Parentesco: _____

1. O que você acha que poderia ser diferente na unidade em que você é atendido?
2. O seu relacionamento com a sua família mudou depois que você entrou na unidade?
3. Você acha justa a medida (ou o tratamento) que está recebendo? Se não, o que você acha que merecia?
4. O que você acha das atividades que são desenvolvidas aqui na unidade?
5. O que você acha das acomodações e do ambiente da unidade?
6. Você recebe punições abusivas (por parte dos colegas e/ou dos educadores, ou dos profissionais de saúde)?
7. Você já sofreu violência durante o cumprimento da medida socioeducativa (ou durante o atendimento em unidade de internação de saúde mental)?
8. Você acha que a sua permanência nessa unidade está sendo importante para a sua vida? Por quê?
9. Qual a principal lição de vida que você está aprendendo com o atendimento realizado nessa unidade?
10. O que mudou na sua vida, a partir da vinda para a unidade?
11. O atendimento dado pela unidade tem contribuído para o seu desenvolvimento e para a sua relação com a família? Como?
12. Na sua opinião, qual o papel da família na medida socioeducativa e no tratamento do transtorno mental?
13. O que você acha que precisa melhorar no atendimento que você recebe? Você tem sugestões para melhoria do programa de atendimento desenvolvido aqui?

Data da entrevista _____ / _____ / _____

APÊNDICE F

ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM OS FAMILIARES

Iniciais do nome do adolescente: _____ D.N.: ____/____/____

Unidade de Atendimento: _____

Município da Unidade: _____ Data da entrevista: ____/____/____

Nome do familiar: _____

Grau de Parentesco: _____

1. O que você (Sra ou Sr) acha que poderia ser diferente na unidade em que o seu filho é atendido?
2. O seu relacionamento com o seu filho mudou depois que ele entrou na unidade?
3. Você (Sra ou Sr) acha justa a medida (ou o tratamento) que seu filho está recebendo? Se não, o que você acha que ele merecia?
4. O que você acha (Sra ou Sr) das atividades que são desenvolvidas na unidade de atendimento?
5. O que você (Sra ou Sr) acha das acomodações e do ambiente da unidade?
6. Você (Sra ou Sr) sabe se o seu filho recebe punições abusivas (por parte dos colegas e/ou dos educadores, ou dos profissionais de saúde)?
7. O seu filho já sofreu violência durante o internamento (no cumprimento da medida socioeducativa ou durante tratamento de saúde mental)?
8. Você (Sra ou Sr) acha que a permanência do seu filho nessa unidade está sendo importante para a vida dele? Por quê?
9. Qual a principal lição de vida que você está aprendendo com o atendimento realizado pela unidade?
10. O que mudou na sua vida, ou na vida do seu filho, a partir da vinda dele para a unidade?
11. O atendimento dado pela unidade tem contribuído para o desenvolvimento do seu filho e para a relação dele com a família? Como?
12. Na sua opinião, qual o papel da família na medida socioeducativa (ou no tratamento do transtorno mental)?
13. O que você (Sra ou Sr) acha que pode melhorar no atendimento que o seu filho recebe? Você tem sugestões para melhoria do programa de atendimento desenvolvido pela unidade em que o seu filho está?

Data da entrevista _____ / _____ / _____

APÊNDICE G

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS PPSSP – DOUTORADO EM PSICOLOGIA

PSICOLOGIA SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS TÉCNICOS DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO, DO CAPSad, E PROFISSIONAIS DO SISTEMA JUDICIÁRIO

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TÉCNICO/PROFISSIONAL

- 1 – Nome do técnico/profissional:.....
Documento de identidade nº:..... Sexo () M () F
Data de nascimento:.....
Endereço:.....
Quadra:.....Lote:.....Bairro:.....
Cidade:.....Estado:.....CEP:.....
Telefones:.....

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1 - Título da Pesquisa: Os significados da desinstitucionalização do adolescente que perpassam as políticas públicas de saúde mental e das medidas socioeducativas.

2 - Pesquisadora Responsável: Prof.^a Ma. Rosana Carneiro Tavares (sob a orientação da Prof.^a Dra. Sonia M. Gomes Sousa).

Inscrição no Conselho Regional de Psicologia: CRP: 09/1250

Telefones para contato: **(63) 3216 1448 / (63) 9227 7866**

3 - Avaliação do risco da pesquisa (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo):

- () sem risco (X) risco mínimo () risco médio
() risco baixo () risco alto

4 – Duração da pesquisa: 02 anos.

5 – A participação dos sujeitos na pesquisa será no máximo de 3 encontros.

III – EXPLICAÇÕES DA PESQUISADORA AOS TÉCNICOS/PROFISSIONAIS

O(A) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, de uma pesquisa de doutorado em psicologia, que está sendo desenvolvida na Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte deste estudo, por favor, assine ao final deste documento, que está em duas vias: uma dela é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, o(a) senhor(a) não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida, procure o Comitê de Ética em pesquisa, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, pelo telefone: (62) 39461512

Esta pesquisa tem como principal objetivo fazer uma análise crítica da implementação de duas políticas nacionais de desinstitucionalização do adolescente, no Estado do Tocantins: a Política de Saúde Mental; e as Diretrizes do SINASE (Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo). O foco é investigar os significados da desinstitucionalização dos adolescentes, autores de atos infracionais e/ou com transtorno mental, que perpassam as políticas destinadas a eles, mais especificamente, a Política da Reforma Psiquiátrica e as diretrizes do SINASE. A intenção é apreender as dificuldades e facilidades na implementação dessas duas políticas, ao mesmo tempo garantidoras de direitos humanos e de tradição histórica de uso de práticas coercitivas e punitivas, como possibilidade de contribuir com a implementação e avaliação de políticas destinadas a esse público.

O trabalho será realizado exclusivamente pela pesquisadora, aluna de doutorado na PUC-GO, Rosana Carneiro Tavares. Serão desenvolvidas 02 entrevistas individuais com cada participante, baseadas em um pré-roteiro com questões previamente elaboradas, mas não fechadas. O teor das entrevistas será pré-estruturado, mas a sua condução será livre, a depender do contexto, da situação e da disponibilidade de cada entrevistado. A segunda entrevista será estruturada, a partir da pré-análise da primeira, objetivando melhorar a compreensão das informações obtidas nas primeiras entrevistas e/ou esclarecer dúvidas. As duas entrevistas serão gravadas e transcritas, para posterior análise, no entanto, os nomes dos participantes não serão revelados, serão utilizados nomes fictícios.

Sua participação não trará qualquer benefício direto ao senhor(a), mas poderá proporcionar um melhor conhecimento a respeito do assunto em estudo, o qual em momentos futuros poderá beneficiar outras pessoas.

Com relação aos riscos, esta pesquisa é considerada, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/CEP), de **Risco Mínimo**, pois sua participação nesta pesquisa foi planejada para que essa experiência não lhe traga nenhum problema de qualquer natureza, seja de ordem legal, trabalhista, previdenciária, situação vergonhosa ou constrangedora, que possa lhe prejudicar como sujeito colaborador da pesquisa. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em pesquisa com Seres Humanos, conforme resolução nº 196/96, e tem como referência o respeito à dignidade humana como sujeito diretamente envolvido. No entanto, no caso de qualquer situação de desconforto, mal estar, ou imprevistos no decorrer da sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) será encaminhado(a) a Atendimento Psicológico com a psicóloga Raquel Castilho Souza, CRP 09/003324, sem qualquer ônus ao senhor(a). Caso o(a) senhor(a) se sinta prejudicado(a) com a sua participação na pesquisa, poderá solicitar indenização, nos termos da lei, e o que for decidido pela justiça será acatado pela pesquisadora. No que se refere ao ressarcimento, todos os gastos e custos desta pesquisa são por conta da pesquisadora.

Informo que o(a) senhor(a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas.

É assegurado a todos o caráter sigiloso das informações individualmente prestadas; a elas só terão acesso à pesquisadora executora e a orientadora; manter-se-á o absoluto anonimato de todos aqueles que participaram das entrevistas.

Também é garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento e o(a) senhor(a) pode deixar de participar deste estudo, sem qualquer prejuízo financeiro, trabalhista ou de qualquer natureza.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para nenhum participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à participação na pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à profissional responsável pela pesquisa, para esclarecimentos de eventuais dúvidas. A pesquisadora poderá ser encontrada pelos telefones: (63) 32161448 e (63) 92277866.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados deverão ser veiculados por meio de apresentação de tese de doutorado e elaboração de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação.

Anexo está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida.

IV – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o projeto “Os significados da desinstitucionalização do adolescente que perpassam as políticas públicas de saúde mental e das medidas socioeducativas”.

Eu tirei todas as minhas dúvidas sobre o estudo e minha forma de participação com a pesquisadora responsável pelo mesmo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos deste estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas em qualquer tempo.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido anteriormente ao estudo.

Assinatura do entrevistado

Data ____/____/____

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Data ____/____/____

APÊNDICE H

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS PPSSP – DOUTORADO EM PSICOLOGIA

PSICOLOGIA SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O FAMILIAR DO ADOLESCENTE

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS ADULTOS (FAMILIARES)

- 1 – Nome do participante:.....
Documento de identidade nº:..... Sexo: () M () F
Data de nascimento:/...../.....
Endereço:.....nº:.....
Quadra:.....Lote:.....Bairro:.....
Cidade:.....Estado:.....
CEP:.....Telefones:

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1 - Título da Pesquisa: Os significados da desinstitucionalização do adolescente que perpassam as políticas públicas de saúde mental e das medidas socioeducativas.

2 - Pesquisadora Responsável: Prof.^a Ma. Rosana Carneiro Tavares (sob a orientação da Prof.^a Dra. Sonia M. Gomes Sousa).

Inscrição no Conselho Regional de Psicologia: CRP: 09/1250

Telefones para contato: **(63) 3216 1448 / (63) 9227 7866**

3 - Avaliação do risco da pesquisa (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo):

- () Sem risco (X) risco mínimo () risco médio
() risco baixo () risco alto

4 – Duração da pesquisa: 02 anos.

5 – A participação dos sujeitos na pesquisa será no máximo de 3 encontros.

III – EXPLICAÇÕES DA PESQUISADORA À FAMÍLIA DOS ADOLESCENTES (MEMBROS ADULTOS)

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa de Doutorado de uma aluna da Pontifícia Universidade Católica de Goiás sobre as Políticas destinadas aos adolescentes autores de ato infracional e/ou com transtorno mental, no Estado do Tocantins.

Você será entrevistado(a) em dois momentos, para informar o que pensa e como avalia a execução das medidas socioeducativas aplicadas ao adolescente autor de ato infracional; e/ou o que pensa e como avalia a execução da Política de Saúde Mental a que o adolescente com transtorno tem acesso no Estado do Tocantins. A segunda

entrevista será desenvolvida a partir das informações dadas no primeiro encontro, o objetivo é esclarecer dúvidas e melhorar a compreensão da pesquisadora sobre as informações colhidas durante a primeira entrevista. Essas duas entrevistas serão gravadas.

A pesquisa está baseada no respeito às pessoas, ela foi avaliada pelo Comitê de Ética da PUC-GO, que fiscaliza a aplicação da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e você poderá livremente escolher participar ou não do estudo. Caso você concorde em participar, ao final desta leitura você poderá assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Serão necessários somente dois (2) encontros com você. Todas as suas respostas serão confidenciais (segredo) e não poderão ser utilizadas contra ou a seu favor. Seu nome não será vinculado às informações prestadas e você terá o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, interrompendo assim sua participação, caso não queira mais participar da pesquisa.

Sua participação não lhe trará nenhum risco em termos jurídicos ou médicos, mas, caso sinta-se desconfortável durante a sua participação, poderá interrompê-la a qualquer momento. Toda a pesquisa será realizada exclusivamente pela pesquisadora responsável, Rosana Carneiro Tavares. Se necessário, e em qualquer época, a pesquisadora poderá esclarecer dúvidas, podendo ser encontrada nos seguintes telefones: (63) 3216 1448; (63) 9227 7866.

Sua participação nesta pesquisa é muito importante, pois nos ajudará a conhecer um pouco mais as condições de vida dos adolescentes autores de atos infracionais e/ou com transtorno mental e os impactos das políticas de desinstitucionalização na vida familiar.

Após todas estas informações, se você concordar em participar, é necessário que você assine este consentimento, declarando estar informado do projeto de pesquisa acima descrito que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de qualquer dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás pelo telefone (62) 39461512 e ou a pesquisadora responsável por este projeto de pesquisa, pelos telefones (63) 3216 1448 e (63)9227 7866.

IV – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ser esclarecido(a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

Palmas, / / .

Assinatura do entrevistado

Assinatura do(a) pesquisador(a)

APÊNDICE I

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS PPSSP – DOUTORADO EM PSICOLOGIA PSICOLOGIA SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O RESPONSÁVEL LEGAL E ADOLESCENTE

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA E RESPONSÁVEL LEGAL.

- 1 – Nome do adolescente/participante:.....
Documento de identidade nº:..... Sexo: () M () F
Data de nascimento:/...../.....
Endereço:.....nº:.....
Quadra:.....Lote:.....Bairro:.....
Cidade:.....Estado:.....
CEP:.....Telefones:
.....
- 2 – Responsável legal:.....
Natureza (grau de parentesco).....
Documento de identidade nº:.....Sexo () M () F
Data de nascimento:.....
Endereço:.....
Quadra:.....Lote:.....Bairro:.....
Cidade:.....Estado:.....CEP:.....
Telefones:.....

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

- 1 - Título da Pesquisa: Os significados da desinstitucionalização do adolescente que perpassam as políticas públicas de saúde mental e das medidas socioeducativas.
- 2 - Pesquisadora Responsável: Prof.^a Ma. Rosana Carneiro Tavares (sob a orientação da Prof.^a Dra. Sonia M. Gomes Sousa).
Inscrição no Conselho Regional de Psicologia: CRP: 09/1250
Telefones para contato: **(63) 3216 1448 / (63) 9227 7866**
- 3 - Avaliação do risco da pesquisa (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo):
() Sem risco (X) risco mínimo () risco médio
() risco baixo () risco alto
- 4 – Duração da pesquisa: 02 anos.

5 – A participação dos sujeitos na pesquisa será no máximo de 3 encontros.

III – EXPLICAÇÕES DA PESQUISADORA AO PARTICIPANTE E SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA.

O adolescente está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa de uma aluna de Doutorado da Pontifícia Universidade Católica de Goiás com o objetivo de conhecer o que os adolescentes pensam sobre as Unidades de Internação, de semiliberdade e/ou de saúde mental em que estão sendo atendidos, no Estado do Tocantins.

O adolescente será entrevistado individualmente em dois momentos, pela pesquisadora responsável, Rosana Carneiro Tavares, e estas entrevistas serão gravadas. Esta participação se resumirá a dois encontros previamente marcados e informados. Nada do que o adolescente disser será repassado para outras pessoas. O nome dele não aparecerá em nenhum lugar e ele terá o direito de retirar o seu consentimento a qualquer tempo, interrompendo assim sua participação, caso não queira mais participar da pesquisa.

A pesquisa está baseada no respeito às pessoas, ela foi avaliada pelo Comitê de Ética da UCG que fiscaliza a aplicação da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e você poderá livremente permitir que o adolescente participe ou não. Ele também tem assegurado o seu direito de não querer participar. Caso você concorde com a participação dele e ele próprio também concorde em participar, ao final desta leitura vocês poderão assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

A participação do adolescente não lhe trará nenhum problema em termos jurídicos ou médicos, mas caso ele sinta-se desconfortável durante a participação poderá interrompê-la a qualquer momento. Se necessário e em qualquer época a pesquisadora responsável poderá ser encontrada nos telefones (63)3216 1448 e (63)9227 7866.

Após ser esclarecido sobre a pesquisa, **se você concordar com a participação do adolescente (do qual é responsável legal) e se o próprio adolescente também concordar é necessário que os dois assinem este consentimento**, declarando estarem informados do projeto de pesquisa acima descrito que está em duas vias: uma delas é de vocês e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, pelo telefone (62) 394615 e ou a pesquisadora responsável por este projeto de pesquisa, professora Rosana Carneiro Tavares, pelos telefones (63)3216 1448 e (63) 92277866.

IV – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após esclarecimentos prestados pela pesquisadora e ter entendido o que nos foi explicado, consentimos em participar da presente pesquisa.

Goiânia, / / .

Assinatura do adolescente

Assinatura do responsável

Assinatura do(a) pesquisador(a)

APÊNDICE J

1ª SISTEMATIZAÇÃO BÁSICA DAS ENTREVISTAS – CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Grupo de investigação:

- () Adolescentes
() Familiares

- () Professores de Psicologia e Direito
() Profissionais do SINASE
() Profissionais do CAPS

(X) Juízes, defensores e MP

Foco de Investigação	Resposta em Consonância com a Lei	Respostas em Dissonância da Lei	Contradições reveladas	Observações da pesquisadora
<p>Campo Jurídico da RP – Internação/Leitos psiquiátricos</p>	<p>1. Crack virou uma avalanche. Então eu sou direto procurado por pais e mães que precisam que os filhos sejam tratados (Sérgio).</p> <p>2. Eu uso muito dessa lei para os adolescentes e eu sou muito procurado por mães, pais desesperados hoje em dia com o negócio do crack (Sérgio).</p> <p>3. Quando se trata de um portador de transtornos mental você tem imensa dificuldade (...) porque o atendimento para adolescente ele não é igual ao tratamento de um adulto, ele demanda um atendimento especializado e nós não temos dentro do estado nenhuma clínica, nenhum hospital e nem profissionais preparados pra dar esse atendimento diferenciado (Janete).</p>	<p>1. E depois de muito avanço e retrocesso, conseguimos montar o CAPS ADIII e já está funcionando (...) mas é muito pequeno, são apenas seis leitos (Sérgio).</p> <p>2. Aqui também [município tocantinense] é o único local que tem uma clínica psiquiátrica, ela é privada, é de um psiquiatra, só que nós também pressionamos e conseguimos vinte leitos públicos (...) a juíza está acatando quase todas lá, são 100%, e internando na clínica particular com ônus para a prefeitura.</p> <p>3. E aqui, quando a gente tem adolescente interno portador de transtorno mental, só está oferecendo mesmo um tratamento ambulatorial com o psiquiatra e a medicação que ele indica (Janete)</p> <p>3. E aí acho que a única forma mesmo seria o estado ou investir na criação de centro de tratamento mesmo especializado ou então fazer um convênio com clínicas que pudessem dar esse atendimento, porque... (Janete)</p>	<p>1. CAPSad ainda com poucos leitos – visão de que é a internação o tratamento adequado</p> <p>2. Considera os leitos do SUS em hospital privado como sendo semelhante aos públicos em HG como sendo semelhantes. Falta visão crítica a respeito da política da reforma psiquiátrica.</p> <p>3. A medicação ofertada ao adolescente interno. Há controle sobre isso?</p> <p>3. Falta de atendimento especializado tendo a significação do modelo tradicional de clínicas específicas e não dos CAPS específicos para adolescentes.</p>	<p>O Tratamento é entendido como sendo apenas a internação.</p> <p>Portaria 336 prevê internação em HG</p> <p>Estudos comprovam que os adolescentes internos no sistema socioeducativo são alvos do uso de medicação como técnicas de disciplinamento.</p> <p>Defesa das clínicas especializadas se contrapõe ao modelo de atenção psicossocial</p>

<p>Execução Prática da RP</p>	<p>1. Eu acho que realmente usar a internação deve ser mesmo para os últimos casos, porque realmente tem casos que o próprio médico diz “não, acho que esse caso aqui o ambulatorial resolve” (Sérgio)</p> <p>2. Os espaços de atendimento são além de reduzidos, muitas vezes mal estruturados e assim, no caso do CAPS mesmo ele tem evoluído, mas ainda ta deixando muito a desejar, o atendimento é demorado pra começar, ele acaba não tendo a continuidade como seria necessário (Janete).</p>	<p>1. Para o crack, pelo que eu estou vendo na prática, infelizmente, se não for internação não consegue sair não. Então, da teoria pra prática, o que eu vejo é que... A lei é de 2001, então já são onze anos que se passaram, e nesses onze anos o crack só aumentou, e em 2001 não tinha a demanda que hoje (Sérgio)</p> <p>1. Agora, quando o médico fala que precisa, você tem que ter onde colocar. Agora, se você me perguntar, então tem que aumentar? Sim, eu acho que tem que aumentar o número de leitos para, quando for necessário, ter.</p> <p>1. Pelo o que eu entendo da internação, ele tem que ser vigiado. Como que um hospital vai conseguir vigiar com tanta gente? Ele vai fugir (Sérgio).</p> <p>2. Porque a tendência do tratamento ambulatorial mesmo é o paciente se evadir desse tratamento e não é tomado nenhuma providência pra resgatar o paciente.</p>	<p>1. Defesa da internação como melhor estratégia de tratamento.</p> <p>Tratamento eficaz significado pela disponibilidade de leitos para internação.</p> <p>1. Legitima as estratégias coercitivas na internação.</p> <p>2. O “paciente se evadir” e “providência para resgatar o paciente” indicam deficiências do CAPSad</p>	<p>Tratamento ambulatorial ou psicossocial do CAPSad III só é significado eficaz para os casos considerados menos graves? Portaria 336 preconiza que o CAPS é para pacientes de moderado a grave.</p> <p>Falta de compreensão da Política não fala sobre a importância dos vínculos afetivos e familiares, sobre os diversos recursos terapêuticos.</p> <p>CAPS deve ser porta aberta, mas o atendimento é demorado.</p>
<p>Avanços da RP</p>	<p>1. Hoje tem mais controle, a lei trouxe mais controle e trouxe uma garantia mínima de que uma pessoa saudável não vai ficar presa lá porque os familiares não gostam dele (Sérgio)</p>	<p>1. Acho que houve aumento do número de leitos. Araguaína é a prova que está aí, não tinha nenhum, agora nós temos, somando com o particular, quarenta e seis (Sérgio).</p>	<p>1. Avanço da RP significado pelo aumento do número de leitos. O controle que Lei proporciona parece estar associado à não violação de direitos de “pessoas saudáveis”</p>	<p>Política de Desinstitucionalização melhora as estratégias para a institucionalização</p>
	<p>1. A gente espera que eles consigam deixar o vício (Sérgio)</p>	<p>1. Porque eu entrei com muita ação nesse</p>	<p>1. Se o único resultado esperado for a abstinência total, está desconsiderando</p>	<p>Internação significada como salvamento da morte.</p>

<p>Vantagens da internação na SM</p>	<p>1. A vantagem é evitar mais mortes, evitar mais vidas despedaçadas. Pelo menos isso (Sérgio).</p> <p>2. Então é um momento difícil [abstinência], alguns adolescentes têm alucinações, outros adolescentes passam mal, sentem taquicardia, aqueles efeitos normais de quem é dependente já assim dependente crônico mesmo. Então o efeito... a vantagem da internação é você afastar ele do contexto que leva ele para esse consumo (Vânia).</p>	<p>sentido pra garantir vaga na clínica particular pra adolescente.</p> <p>2. Porque a maioria das vezes a Defensoria consegue um laudo psiquiátrico, ou um laudo particular, que os próprios pais conseguem pelo estado e a justiça entende que tem que fazer um novo laudo, e até aí já passou um mês, dois meses e não há decisão e o menino continua internado sem tratamento. Não tem, ambulatorial... [se refere aos adolescentes internados privados de liberdade] (Vânia).</p>	<p>a disposição legal e as Estratégias de RD. Garantir tratamento é vaga em clínica particular</p> <p>2. Adolescente privado de liberdade sem atendimento em saúde mental vai ser internado em instituição psiquiátrica.</p>	<p>2. Rede Psicossocial deficitária, não consegue atender os adolescentes internos no sistema socioeducativo.</p>
<p>Desvantagens da internação na SM</p>		<p>Não vejo desvantagem nenhuma para quem está viciado e jogado às traças, só vejo vantagem (Sérgio).</p>		

Obs: Este é apenas um exemplo dos vários quadros de pré-sistematização que foram formados.

