

INTERNAÇÕES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIAS DE DROGAS: Um Desafio para o Campo da Saúde Mental Infantojuvenil

Rafaela Werneck Arenari Martins¹

Luana da Silveira²

Resumo

O presente artigo aposta na urgência das discussões e produções na direção dos entraves causados pelas internações de crianças e adolescentes, já que, no Brasil, ocorrem internações sem hospitais psiquiátricos, clínicas ou comunidades terapêuticas por decisões médicas, jurídicas ou familiares, principalmente pelo uso de drogas, envolvimento com atos infracionais e exclusão social. Partindo dessas reflexões, este trabalho busca compartilhar análises e discussões geradas a partir de uma pesquisa bibliográfica e da experiência de estágio na rede de atenção psicossocial. É possível afirmar que a institucionalização dessas crianças e adolescentes, que são desviantes de uma conduta dita adequada, em estabelecimentos que supostamente irão oferecer cuidado em saúde, acabam os excluindo do convívio familiar e comunitário, e vem se mostrando ineficaz, tendo como efeitos o início de um ciclo psiquiátrico/judicial. A internação, seja ela compulsória ou involuntária, é uma estratégia manicomial que desvela o descaso da sociedade e do poder público com essas crianças/adolescentes, em geral, pobres e negros.

Palavras-chave: Saúde Mental Infantojuvenil. Internação Compulsória. Uso de Drogas. Redução de Danos.

HOSPITALIZATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS DRUG USERS: A Challenge for the Field of Child and Adolescent Mental Health

¹Mestranda em Psicologia Institucional pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

²Professora adjunta de Psicologia da Universidade Fluminense (UFF)- Campos, psicóloga doutora em Psicologia Social, co-coordenadora do Programa Universidade Aberta à Loucura- UAL.

Abstract:

This article focuses on the urgency of discussions and productions towards the obstacles caused by the hospitalizations of children and adolescents, since in Brazil hospitalizations occur in psychiatric hospitals, clinics or therapeutic communities by medical, legal or family decisions, mainly by the use of drugs, involvement with infractions and social exclusion. Based on these reflections, this work seeks to share analyzes and discussions generated from a bibliographical research and the experience of internship in the psychosocial care network. It is possible to affirm that the institutionalization of these children and adolescents, who are deviants of an appropriate behavior in establishments that are supposed to offer health care, end up excluding them from family and community life, and it has proved to be ineffective, of the psychiatric / judicial career. The hospitalization, whether compulsory or involuntary, is a manicomial choice that reveals the neglect of society and public power with these children, usually poor and black.

Keywords: Mental Health Children and young people. Compulsory hospitalization. Use of drugs. Harm Reduction.

Introdução

No momento político atual, torna-se urgente a modulação de nossas produções na direção dos desafios provocados por questionamentos sobre os modos de viver e compreender as experiências ditas desviantes, de crianças adolescentes consideradas *loucas* e/ou usuários de substâncias ilícitas. Assim, mostra-se importante refletir de que maneira a infância, a adolescência e a loucura tem sido problematizados, representados e tratados, visto que ainda hoje existem no Brasil crianças e adolescentes que sofrem internações em instituições psiquiátricas (hospitais, clínicas ou comunidades terapêuticas) por decisões médicas, jurídicas ou familiares.

As investigações abordadas no presente trabalho são resultados da Pesquisa realizada no trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia. Deste modo, este artigo é fruto de análises e debates suscitados pela experiência de estágio com crianças e jovens, usuários da rede de saúde mental em um município do estado do Rio de Janeiro, que são encaminhados para estabelecimentos como hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, ressaltando-se nessas

trajetórias o encaminhamento à internação por determinação judicial, o uso abusivo de drogas, o conflito com a lei e a situação de marginalidade social.

A pesquisa utilizou como parte da sua composição metodológica uma revisão de literatura, buscando nas publicações nacionais e internacionais, algumas pistas que auxiliam na compreensão do complexo campo da saúde mental infanto-juvenil. Esse campo não é de modo algum homogêneo, mas composto por diversos elementos e aspectos: guerra às drogas e proibicionismo, descriminalização das drogas, redução de danos, judicialização, medicalização. Todos esses atravessamentos, apesar de muito complexos, devem ser problematizados e levados em consideração quando nos propomos a pensar esse campo.

Tendo em vista a escassez de estudos que consideram os cuidados voltados à população infanto-juvenil, especificamente as internações compulsórias desse público, houve certa dificuldade para a realização deste trabalho - o que justifica a necessidade do desenvolvimento de pesquisas e estudos com essa temática, na intenção de contribuir para a melhoria da atenção à essa população por meio da produção de conhecimento.

Ao entender que essa população de crianças e adolescentes, que sofre internação é, de certo modo, anônima, sobre quem pouco se fala e se produz e, principalmente, sobre quem não se cria condições de fala, emerge o interesse e a necessidade em pesquisar e apontar as características desses “desconhecidos” (BLIKSTEIN, 2012). Iniciamos esse artigo desenhando um plano de fundo, trazendo algumas discussões que impulsionaram as movimentações que envolvem a saúde mental na infância e juventude e seus complexos atravessamentos.

Adolescência e Uso de Drogas: Atravessamentos da Saúde e da Justiça

O pensamento manicomial ainda vigente no imaginário da sociedade dita “normal” e no modelo assistencial asilar para o “tratamento” das pessoas com sofrimento psíquico/transtornos mentais ou que fazem uso abusivo de substâncias

psicoativas, não tem incorporado algumas práticas que são direitos fundamentais das crianças e adolescentes, garantidos pelo Estatuto da criança e adolescente, como por exemplo, o direito à liberdade e o Direito à Convivência Familiar e Comunitária (BRASIL,1990).De acordo com um levantamento feito pelo site IG Saúde (2011), no banco de dados virtual do Ministério da Saúde, 3.142 casos de internações foram registradas em 2011, sendo que os meninos são maioria com 75,6% e a faixa etária mais vulnerável é a entre 15 e 18 anos.

A esses que são desviantes dos modos de ser “facilmente” governáveis e trazem caos a certa ordem instituída, são impostas medidas de controle, contenção, coerção, que objetivam sua transformação e/ou neutralização. Esses ditos anormais são colocados como ameaça, merecedores de medo, por isso, submetidos a instituições como clínicas de reabilitação, prisões, manicômios, que vão lidar com esse tipo de problema, isolando-os e, supostamente, protegendo parte da sociedade (FOUCAULT, 2010).

Assim, baseadas em um modelo terapêutico que tem como uma das principais referências o isolamento daqueles que podem representar alguma “ameaça” para a sociedade é uma medida do poder psiquiátrico (GIOVANELLA e AMARANTE, 1994). Esse processo tende a relacionar o louco e, mais atualmente, os usuários de drogas, ao asilo, à exclusão, à negatividade e ao perigo (SILVA, 2015).

O debate sobre saúde mental e direitos humanos, no Brasil, cresce a partir dos anos 70 com as denúncias de violação de direitos trazidas pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. O modelo privatizante e a lógica hospitalo cêntrica que eram adotados pelo Estado da época também foram denunciados pelos manifestantes que elaboraram propostas com o objetivo de uma mudança na assistência psiquiátrica. Foi a partir dessa movimentação que a luta antimanicomial se edificou, dando assim origem ao Movimento pela Reforma Psiquiátrica, que é encarnada enquanto Lei 10.2016 de 2001 (AMARANTE, 2014; CORREIA, 2007).

Assim é por meio das lutas que foi construída uma Política Nacional de Saúde Mental que busca consolidar um modelo de atenção que garanta a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela

cidade. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)³ ; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)⁴ ; os Centros de Convivência e Cultura⁵ , as Unidade de Acolhimento (UAs)⁶, e os Leitos de atenção integral⁷ (BRASIL, 2011).

As ações relacionadas à saúde mental da infância e adolescência, no Brasil, eram historicamente responsabilidade dos setores da educação e da assistência social. É recente que esse cuidado passou a ser questão de saúde pública e de uma

³Os CAPS nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar. Essas modalidades são: CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes. CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. CAPS ad: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes. CAPS ad III Álcool e Drogas: Atendimento de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes (BRASIL, 2011).

⁴ O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não (BRASIL, 2004).

⁵ Os Centros de Convivência são unidades públicas, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade (BRASIL, 2011).

⁶A Unidade de Acolhimento tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. Possui duas modalidades: A Unidade de Acolhimento Adulto - destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos; e Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil - destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos (BRASIL, 2012).

⁷ Os leitos de atenção integral são todos os recursos de hospitalidade e de acolhimento noturno articulados à rede de atenção psicossocial: leitos de Hospitais Gerais, de CAPS III, das emergências gerais, dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas (BRASIL, 2011).

política de Estado (RIZZINI, THAPLIYAL, PEREIRA 2008). E é apenas em 2002 que o atendimento à criança e ao adolescente que sofre psicologicamente deve ser realizado preferencialmente nos dispositivos de atenção psicossocial, instituídos pela Portaria 336/2002, que estabelece, o Centro de Atenção Psicossocial infantil – CAPSi, como serviço direcionado à atenção da população infantil acometida por transtornos mentais (BRASIL, 2002).

O CAPSi tem sido apontado como um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A política de saúde mental infanto-juvenil tem como objetivo a tentativa de construir uma rede de cuidados capaz de arcar com as demandas efetivas dessa população. Além da ação do Sistema Único de Saúde- SUS de implantar novos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, como o CAPSi e a Unidade de acolhimento infanto-juvenil - UAI, outras ações como a construção de estratégias para uma maior articulação da saúde mental com setores já envolvidos na assistência desse público, como por exemplo a saúde geral, educação, assistência social, justiça e direitos, objetivando à integralidade do cuidado (COUTO, DUARTE e DELGADO, 2008; BRASIL, 2012).

Mesmo com esses avanços em termos legais é necessário pontuar o quanto a atenção à criança e ao adolescente neste modelo de atenção à saúde mental, é recente e ainda incipiente. E apesar da criação do CAPS infantil e, recentemente, da criação da UAI, ainda existem muitas crianças vivendo nos chamados “abrigos para deficientes” – que são de fato asilos à margem do proposto pela saúde mental brasileira -, Como destaca Couto (2001), eles estão entregues a toda sorte de banalização de seus direitos em nome de um suposto cuidado e proteção, ou ainda são enviados para hospitais psiquiátricos, clínicas especializadas ou para comunidades terapêuticas. O principal motivo responsável pelas internações é o uso de drogas.

A política nacional de drogas vigente é a baseada na redução de danos(RD) que é um conjunto de políticas e práticas que se propõem a reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas (lícitas e ilícitas). Por definição, o foco dessa abordagem se dá na prevenção aos danos; e não na prevenção do uso de drogas- (ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE REDUÇÃO DE DANOS, 2010). As

ações da RD podem ser individuais e/ou coletivas, como destaca Andrade (2002), elas são pautadas em alguns pressupostos que consideram a complexidade do fenômeno; o processo de adoecimento, como resultante da pluralidade de fatores biopsicossociais; a consideração das particularidades, diversidades culturais, direitos humanos e de cidadania de cada usuário; e o trabalho intersetorial, como modo de organização dos serviços de atenção.

A Redução de Danos parte de uma concepção na qual o usuário de drogas, é um cidadão detentor de direitos como seguridade social, ao trabalho e a usufruir do sistema público social de saúde e educação. Como sujeito de direitos, o indivíduo é considerado coautor de sua própria história, sendo responsável pelas escolhas advindas do uso indevido de drogas (PINTO, et al., 2014).

O modelo de atenção centrado na internação e na abstinência como meta terapêutica exclusiva ainda é dominante, mesmo que o setor saúde se alinhe ao discurso emergente da abordagem de redução de danos que, em conformidade com o processo de reforma psiquiátrica (ROTELLI; AMARANTE, 1992), preconiza um modelo de atenção à saúde do usuário de substâncias psicoativas de base comunitária. Porém, o que ocorre é a ênfase nas ações de repressão tanto na oferta quanto no consumo das drogas, principalmente quando os usuários são crianças e adolescentes (ALVES, 2009; MACHADO, 2006).

A vivência do estágio no CAPSi, foi crucial para o melhor entendimento da maneira como as internações aconteciam, as diferentes concepções e posições dos profissionais a esse respeito e os demais atravessamentos que contribuíam para essas práticas. Foi possível perceber que naquele contexto, ocorriam predominantemente internações compulsórias de adolescentes, usuários de drogas, ou com algum tipo de envolvimento com o tráfico de drogas em comunidades terapêuticas, por decisão judicial complementada pelo diagnóstico psiquiátrico de dependência química.

A infância e a adolescência ainda colocam questões e desafios no tocante aos cuidados em saúde mental, já que elas ainda estão sendo submetidas às produções asilares, excludentes e punitivas, por fazerem uso de drogas. Porém,

como trabalhar com a política da redução de danos na infância e adolescência quando a *guerra às drogas* está declarada? Como agir se perante a Lei que proíbe que se faça uso de certas substâncias nessa faixa etária?

Ao explicitar algumas das dimensões da enorme complexidade do campo da saúde mental e da atenção psicossocial infanto-juvenil, torna-se também necessária a problematização do modelo psiquiátrico asilar. Tal modelo se atualiza, na contemporaneidade, numa perversa aliança entre medicina e direito, através da internação compulsória, decidida judicialmente, que ocorre “em nome” do controle de um suposto risco ao próprio indivíduo e à sociedade que o cerca. Uma prática que é embasada em aspectos socioculturais, históricos, políticos, econômicos e morais-religiosos.

Essas informações geram uma necessidade de análise da figura do usuário (e a variação em torno do traficante) de drogas emergindo como novo perigoso. É, também importante, discutir sobre a internação compulsória e involuntária, que era até então destinada ao exílio do louco e hoje funciona como medida higienista para aqueles que infringem a normas sociais e é regulamentada pela lei 102016/2001. Segundo o artigo 6º desta lei, a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. A mesma lei ainda delimita que existem três tipos de internação psiquiátrica: A internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; a internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e a internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

A internação compulsória é “(...) aquela determinada pela Justiça”, restrita a ser realizada “mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos”, ocorrendo, como determina o Art. 9º “(...) de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”(BRASIL,2001).

Este tipo de internação vem se estendendo fortemente aos usuários de drogas, sustentada pela mesma lógica de proteção de si e da sociedade. Como apontam Salvatori e Ventura (2013), com a vinculação histórica da loucura e do

usuário de drogas com a periculosidade, se estabelece a internação compulsória como uma forma de proteção legal tanto do suposto enfermo, que tem direito a um tratamento digno, quanto aos indivíduos que o cercam que o direito deve proteger.

Foucault (2010) aponta que o discurso psiquiátrico relacionado à matéria penal inclina-se a ser pautado por algumas propriedades clássicas. Em primeiro lugar são discursos de poder, pois sentenciam sobre a vida, são também, discursos de verdade, pois são legitimados pela ciência. E por fim, são falas que fazem rir, já que são trazidos por um representante da ciência, porém são pautados em um caráter puramente moral.

Deste modo, o saber jurídico atribui status de poder à Psiquiatria quando compartilha sua autoridade de decisão com ela, que gera ou confirma a existência de periculosidade de um indivíduo. Assim, o parecer fundamentalmente moral da justiça se legitima quando disfarçado de discurso científico, através da construção de um medo atrelado à suposta periculosidade do “anormal” pela Psiquiatria, ostentando lugar de fonte de saber acerca da doença e da saúde mental, para dar respaldo às decisões jurídicas.

Os loucos, pobres, negros, usuários de drogas, crianças e adolescentes abandonados, todos aqueles que se desviam de uma norma social, são muitas vezes institucionalizados e lá sofrem um processo de medicalização e criminalização, baseadas nessa periculosidade que é criada na integração de práticas e discursos científicos de psiquiatras e juristas. Essa periculosidade pretende assumir o risco que a sociedade sofre por conta desses “desviantes”, e a fim de protegê-la de possíveis perigos, mantém essas pessoas em reclusão (SILVA, 2015).

A institucionalização da infância e da adolescência, em locais que objetivam a “terapêutica” desses sujeitos que são desviantes da conduta que postula-se como adequada, como os usuários de álcool e drogas, psicóticos e em conflito com a lei, é muitas vezes a resposta dada pelas famílias, instituições de saúde e justiça. Jucá e Fernandes (2015), apontam que esse processo de exclusão do convívio familiar e comunitário vem se mostrando ineficaz em todas as pesquisas que propuseram

estudar essa temática, e acaba criminalizando esses sujeitos que, na maioria das vezes, vivem em situação de vulnerabilidade social.

A disputa de interesses acaba por levar a situações de internações que vão afastá-las do convívio social e, conseqüentemente, ao aumento dos problemas desses indivíduos e não à sua superação. Na realidade, em parte significativa dos casos, a escolha pela alternativa manicomial ou asilar é analisador de uma realidade social básica, um descaso absoluto da sociedade por essas crianças/adolescentes, em geral, pobres e negras. Consideram enquanto patologia a situação de vulnerabilidade social da criança/adolescente de comportamento desviante, torna evidente a precariedade da rede de atenção e cuidado que deveria lhes ser estendida e, também, a insuficiente articulação entre as políticas públicas nos campos da educação, saúde, habitação e lazer (COIMBRA, BOCCO NASCIMENTO, 2005).

Além disso, existe uma patologização de atos infracionais. Vicentin, Gramkow e Matsumoto (2010), destacam que o encaminhamento de adolescentes autores de ato infracional para tratamento como dependentes de álcool e drogas em clínicas especializadas, tem-se dado através do Poder Judiciário. Este passa a aplicar medida socioeducativa em meio aberto, com a determinação de medida protetora juntamente com a internação do adolescente, como justificativa de tratamento para dependência química, geralmente realizadas em casas de recuperação e comunidades terapêuticas. Isso se aplica enquanto “um modelo de atendimento compulsório em que o adolescente, para cumprir a sanção pela sua transgressão, fica sujeito a tratamento imposto como dever e não como um direito à saúde (p. 270)”. O que compromete a relação e dificulta e/ou inviabiliza laços terapêuticos.

Couto (2001) ainda fala da necessidade de se colocar em análise a tradição naturalizada do exercício da tutela sobre as crianças e jovens, mas de um modo no qual não deixe de se considerar a responsabilidade de proteger que cabe ao poder público. Porém, é preciso tensioná-la permanentemente para que ela não se confunda ou se reduza a uma tutela integral de controle dos corpos, da palavra, do pensamento e do desejo. Por isso, antes de construir novas modalidades de serviços para o cuidado de crianças e jovens no campo da atenção psicossocial, é

fundamental rever e reescrever as fundações conceituais do exercício da tutela, repensar e questionar o seu exercício. Assim, é urgente que façamos a diferenciação entre cuidado necessário e tutela que invalida essas pessoas. Essa linha entre o que é cuidado e controle é tênue e com implicações perigosas.

A sociedade hoje não é mais apenas uma sociedade disciplinar, constituída por estratégias de confinamento e disciplina. O modelo dominante implica o observador estar de corpo presente e em tempo real a observar e vigiar, como ainda fazem as prisões e hospitais. O confinamento vem dando espaço para um controle mais contínuo e uma comunicação que ocorre de uma maneira instantânea. Esta vigilância torna-se rarefeita e virtual. Novos tipos de sanções, educação e tratamento estão surgindo, um controle contínuo sendo implantado (DELEUZE, 1992). Essas formas de funcionamento social coexistem simultaneamente. No caso dos adolescentes pobres a quem nos referimos há caminhos já delineados a extinção ou a captura por instituições de enclausuramento (COIMBRA e NASCIMENTO, 2008).

Considerações Finais

Assim, tomamos a saúde mental na infância e na adolescência como um campo complexo, composto por múltiplos atravessamentos e a medida de internação enquanto um dos maiores desafios no cuidado com essa população. Consideramos que para uma atenção psicossocial de qualidade é preciso principalmente abrir mão de uma compreensão de discursos universais presentes na ideia de adolescência como uma suposta fase da vida em que os sujeitos, de forma generalizada, teriam atitudes impulsivas e inconsequentes e, portanto, necessitariam ser controlados. Essa tendência de postular um modelo normativo para a infância e adolescência, gera uma resposta social, legitimada pela justiça e pela medicina, levando aos que fogem à norma, os desviantes, destinos de institucionalização (COIMBRA, BOCCO, NASCIMENTO, 2005; GUARESCHI, LARA, ECKER, 2016). Compreender essas questões é apostar na inexistência de um modelo único de

infância e de adolescência, os atravessamentos históricos, sociais, políticas e econômicas, envolvidas nesse processo (JUCÁ, FERNANDES, 2015).

Apesar de mudanças significativas ocorridas nas políticas sociais dirigidas às crianças e aos adolescentes ao longo da história do Brasil, identificam-se ainda processos de medicalização, patologização e exclusão de crianças e adolescentes. Nota-se que, a partir de composições dos saberes psi e da justiça, são produzidos discursos de cuidado e proteção das crianças e dos adolescentes valendo-se de práticas orientadas por lógica tutelar.

A multiplicidade de infâncias e adolescências, colocam questões e desafios no tocante aos cuidados em Saúde Mental. Desse modo, concluímos que existe uma tentativa de apropriação dos modos diferentes de estar na vida, propondo normatizações, de medicalização dos corpos, de controle e de contenção. Assim, essas crianças e jovens passam a ser prisioneiros de um desejo de normatização, que se apropriam dessas vidas num controle que se dá à céu aberto.

O que ocorre é que, muitas vezes, essas práticas fantasiadas de cuidado acabam condenando esses jovens a processos de mortificação em instituições totais que são utilizadas, para uma suposta proteção dos ditos normais. Essa situação tão presente em nossos dias, em nada contribui para romper com o circuito da violência que se perpetua. A inclusão social, a busca pela autonomia, o protagonismo e a possibilidade de fazer escolhas, deve ser a base do tratamento desses cidadãos e não a exclusão (JUCÁ e FERNANDES, 2015).

Apontamos para a necessidade de analisar as instituições em sua vida cotidiana, onde se tecem práticas e discursos, incorporar nos debates a necessidade de uma visibilidade maior no que se refere à saúde mental infanto-juvenil e mais do que isso, a imprescindível luta pelos direitos das crianças e adolescentes, luta essa em que eles estejam na linha de frente. Isso engloba mais que a criação de espaços de fala e atuação, mas também a valorização da diferença assim como da potência de cada um. Por fim, é importante reafirmar que a luta antimanicomial não deve caminhar na tentativa de normatização dessas crianças e jovens. Que seja uma luta pela possibilidade de ser um desviante, pela afirmação de uma existência potente e

criativa, por uma infância e juventude que não seja silenciada, domesticada, nem trancafiada e com possibilidades de existir, resistir e ser cuidada, quando necessário, em territórios vivos, desejantes e livres.

Referências

ALVES, V. S. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas**. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.

AMARANTE, P. (1998). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2014.

ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma? In: Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas. Ministério da Saúde; **ACODESS**, 2002.

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE REDUÇÃO DE DANOS. **O que é redução de danos? uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos**. Londres, 2010. Disponível em: http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf. Acesso em: 17 abr.2018.

BLIKSTEIN, Flávia. Destinos de crianças: Estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico. 2012. 95 f. **Dissertação (Mestrado)** - Curso de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

BRASIL. **Lei nº 8069**: Estatuto da Criança e do Adolescente, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: 1990.

_____. **Lei nº10.216**, de 6 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 21 de novembro de 2017.

_____. **Portaria nº 336**, 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 28 de novembro de 2017.

_____. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Portaria nº 3088**, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> . Acesso em: 21 de novembro de 2017.

COIMBRA, C.; BOCCO, F.; NASCIMENTO, M. L. Subvertendo o Conceito de Adolescência. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 57, 2005.

COIMBRA, C.; NASCIMENTO, M. L. Ser jovem, Ser pobre é ser Perigoso? **JOVENes-Revista de Estudios sobre Juventud**, v. 9, p. 338-355, 2008.

CORREIA, L. C. AVANÇOS E IMPASSES NA GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS. **Dissertação (Mestrado)** – Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, Concentração em Direitos Humanos., João Pessoa - PB, p. 174 p., 2007.

COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. **A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política.**, Belo Horizonte, p. 61-74., 2001.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 390-398, Agosto 2008.

DELEUZE, G. **Conversações**. 1. ed. São Paulo: editora 34, 1992.

FOUCAULT, M. **Os Anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, Cap. 6, p. 113-148.1994.

GUARESCHI, N. M. F.; LARA, L. ; ECKER, D. D. A internação compulsória como estratégia de governamentalização de adolescentes usuários de drogas. **Estudos de psicologia** (Natal). Vol. 21, n. 1 (jan./mar. 2016), p. 25-35, 2016.

JUCÁ, V ; FERNANDES, C. M. A puberdade e a adolescência somam motivos contra a redução da maioridade penal. **Estadão**, 2015. Disponível em: <http://vida-estilo.estadao.com.br/blogs/crianca-em-desenvolvimento/a-puberdade-e-a-adolescencia-somam-motivos-contr-a-reducao-da-maioridade-penal/>. Acesso em: 25 novembro 2016.

MACHADO, A. R. Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006.151f.

Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

PINTO, D. O. et al. Redução de danos com crianças e adolescentes em situação de abrigo. In: TAVARES, L. A.; JANE CRESUS, J. C. **A ADOLESCÊNCIA E O CONSUMO DE DROGAS: UMA REDE INFORMAL DE SABERES E PRÁTICAS**. Salvador: EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA- CETAD/UFBA, p. 93-117.2014.

RIZZINI, I.; THAPLIYAL, N.; PEREIRA, . Percepções e experiências de participação cidadã de crianças e adolescentes no Rio de Janeiro. **Katál**, Florianópolis, v. 10, p. 164-177, julho/dezembro 2008.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 41-55, 1992.

SALVATORI, R. T., & VENTURA, C. A. A. Internamentos não voluntários civis por razão de transtorno psíquico na Catalunha: uma análise das decisões judiciais à luz da bioética. **Physis**, Rio de Janeiro: v. 23, n. 2, p. 531-552. 2013.

SAÚDE, I. Saúde, Minha saúde. **iG Saúde**, 2011. Disponível em: <<http://saude.ig.com.br/minhasaude/por-dia-21-jovens-sao-internados-por-uso-de-alcool-e-droga/n1597111606737.html>>. Acesso em: 6 novembro 2016.

SILVA, A. A. Das vidas que não (se) contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará. 2015. 345 f. **Tese (Doutorado em Psicologia Social)** – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2015.

VICENTIN, M. C. G.; GRAMKOW, G. ; MATSUMOTO, A. E. **Patologização da adolescência e alianças psi-jurídicas**: algumas considerações sobre a internação psiquiátrica involuntária. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)* [online]. 2010, vol.12, n.3, pp. 268-272.