

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Gabriela Gramkow

Fronteiras psi-jurídicas na gestão da criminalidade juvenil:
o caso *Unidade Experimental de Saúde*

DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO

2011

Gabriela Gramkow

Fronteiras psi-jurídicas na gestão da criminalidade juvenil:
o caso *Unidade Experimental de Saúde*

DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

Tese apresentada à Banca
Examinadora da Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo,
como exigência parcial para obtenção
do título de Doutora em Psicologia
Social sob a orientação da Profª
Doutora Maria Cristina G. Vicentin.

SÃO PAULO

2011

Banca Examinadora

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura:_____Local e Data:_____

AGRADEÇO...

...à minha orientadora, Professora Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin, pelo apoio, parceria e construção compartilhada no percurso da tese.

...às professoras colaboradoras: Dra. Ana Lúcia Pastore Schritzmeyer, Dra. Heliana de Barros Conde Rodrigues e Dra. Mary Jane Paris Spink que, por ocasião do exame de qualificação, discutiram as implicações e os desdobramentos da pesquisa.

...aos professores, Dra. Ana Lúcia Pastore Schritzmeyer, Dr. Eduardo Dias de Souza Ferreira, Dra. Heliana de Barros Conde Rodrigues e Dra. Mary Jane Paris Spink por terem aceitado o convite para compor a banca examinadora.

...aos professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da PUC-SP e ao Professor Dr. Márcio Alves da Fonseca, do Programa de Estudos Pós-Graduados em Filosofia, pelas descobertas e instigações.

...aos colegas do NUPLIC – Núcleo de Estudo e Pesquisa Lógicas Institucionais e Coletivas da PUC-SP pelas reflexões teórico-metodológicas.

... à Marlene Camargo, secretária do Programa, pela assessoria contínua.

...à professora Jenny Cubells Serra (minha tutora do Estágio Sandwich), à pesquisadora Giazu Enciso, ao professor Lupicínio Iñiguez e aos estudantes do *L-IAPSE* do Departamento de Psicologia Social da Universidade Autònoma de Barcelona, pelas fomentações e apresentação do *Atlas-ti* na experiência do estágio.

...às professoras pareceristas da bolsa CAPES PDEE pela aposta na contribuição desse estudo.

... à CAPES e ao CNPq pelo financiamento da pesquisa.

...aos atores do cenário da UES por compor com a pesquisa, em primeiro lugar, aos jovens e suas famílias e, em especial, aos integrantes do *GI*, com quem pactuei nesse percurso.

...ao Andres Pelaez Artacho, educador de jovens, do *Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya*, aos adolescentes e à equipe da *Unidad Terapéutica de Justicia Juvenil* por articularem e possibilitarem outras experimentações.

...aos meus familiares: meu companheiro, meus pais, meus irmãos e sobrinhos pelo amor, suporte e parceria.

...à minha bela e quente rede de amigos pelo apoio, escuta e carinho no compartilhar da função-tese.

RESUMO

Gramkow, G. (2011). **Fronteiras psi-jurídicas na gestão da criminalidade juvenil: o caso *Unidade Experimental de Saúde***. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo.

O presente trabalho explicita e reorganiza as tramas que compõem a história da Unidade Experimental de Saúde do Estado de São Paulo (UES), equipamento público destinado a jovens autores de atos infracionais diagnosticados com Transtorno de personalidade anti-social (TPAS). Acompanhamos desvios, inflexões de rumos e estabilizações que foram se produzindo no período de 2002 a 2011 em torno do caso UES, de sua fase de “Projeto” à institucionalização. Rastreamos mais especificamente as relações psi-jurídicas que empreendem jogos de forças em um campo de luta, forjando posições e contraposições. Para tanto, nos valem de pesquisa documental, principalmente, de processos jurídicos de jovens internados na UES e de processo administrativo – constituído pelo poder judiciário. Esse processo administrativo monitora e incita a criação de respostas de tratamento aos jovens autores de ato infracional com demandas em saúde mental e que derivam na constituição dessa unidade experimental. A análise, orientada pelas obras de Foucault e Castel, buscou identificar as condições de possibilidade de produção do TPAS e da UES. Foram sistematizadas as enunciações produzidas pelos atores psi e os atores da justiça na configuração de uma estratégia de internamento compulsório – um CONTINUUM INTERNAMENTO - sustentado no argumento da periculosidade e da defesa social. As táticas psi-jurídicas da medida protetiva de tratamento psi em regime de contenção e da interdição civil cumulada com internação psiquiátrica compulsória regulam o circuito do internamento em nome da proteção social e da garantia do direito à saúde. Na problematização da emergência da UES com a prática do internamento de jovens autores de ato infracional e a experimentação do continuum psi-jurídico, colocamos em análise a articulação da tática psi-jurídica para a regulação da criminalidade juvenil pela biopolítica da população e suas estratégias de controle social pela via da patologização. Nessa análise, depreende-se uma lógica de controle a operar a fórmula UES. Duas linhas de argumentos se agenciam e se retroalimentam: a linha do perigo social e a linha do investimento no tratamento. A rede de relações de saber-poder na política de gestão da criminalidade juvenil brasileira se atualiza; configura-se um paradigma jurídico-político como solução para uma aparente nova demanda. A partir do exame de perfis humanos, a estratégia de controle dos desviantes opera uma gestão dos riscos dos *ineducáveis* como política de prevenção da *reincidência* do *indivíduo perigoso*. Na gestão dos riscos, a criminalidade é um risco não erradicável. O acontecimento UES põe em evidência relações de poder que dialogam com a concepção de *campo* como modelo político, forjado numa lógica de exceção. Entendendo o TPAS como “incurável” e “intratável”, a gestão da criminalidade juvenil isola o indivíduo perigoso por meio de tecnologias modernas e eficientes pelo argumento da ordem social. A FÓRMULA UES de conter o TPAS está vinculado ao modelo de exílio para purificação do *socius*. A UES simula processo de tratamento improvável que perdura por quatro anos; e seis jovens continuam sofrendo experimentações malogradas.

Palavras-chave: ato infracional; Transtorno de personalidade anti-social; criminalidade juvenil; patologização; periculosidade.

ABSTRACT

This study clarifies and reorganizes the story of the Experimental Health Unit at São Paulo (UES), a public facility that assists offending young people diagnosed with antisocial personality disorder (ASPD). All the process with reference to the UES between 2002 and 2011 was investigated, since the project to its institutionalization. More specifically, we analyzed the relation among psycho and legal forces that undertake battles in a field of struggle. For this purpose, we use documentary research, mainly the legal processes of the young admitted to the UES and administrative process, constituted by the judiciary. This administrative process monitors and encourages the creation of some treatment for young infractors with mental health demands, arising in the configuration of this experimental unit. The analysis, guided by Foucault and Castel's works, sought to identify the possibility of producing ASPD and UES. Psycho and justice utterances were systematized by a strategy for compulsory admission – a CONTINUUM ADMISSION – supported by the argument of dangerousness and social defense. The psycho-legal tactics of the protective measure of psycho treatment under restraint and civil interdiction combined with compulsory psychiatric hospitalization controls the admission circuit on behalf of social protection and guaranteeing the right to health. In questioning the materialization of the UES with the detention of offending young and trial psi-law continuum, we put focus in the analysis of the psycho-legal tactics for the regulation of juvenile crime by the biopolitics and its social control strategies through the pathological path. In this analysis, we understand the control that UES operates, showing two lines of argument: the line of social danger and the line of investment in treatment. The network of knowledge-power in the political management of juvenile crime in Brazil is updated, set up a legal-political paradigm as a solution to an apparent new demand. From the assessment of human profiles, the control strategy of the deviant operates a risk management policy of the *not teachable* as the prevention of recurrence of the dangerous individual. In risk management, crime is a risk not eradicable. The UES highlights power relations that dialogue with the design field as a political model, forged in the logic of exception. Understanding the ASPD as “incurable” and “untreatable”, the management of juvenile crime isolates the perilous individual through modern and efficient technologies by the argument of the social order. The way UES deals with the ASPD is linked to the model of exile for purification of the socius. UES simulates an unlikely treatment process that lasts for four years and six young individuals continue to suffer ineffective trials.

Keywords: infraction act; antisocial personality disorder; juvenile crime; pathologizing; hazardous.

Dedicatória

Dedico esta tese aos jovens internados
no PROTÓTIPO DA MÁQUINA UES

Sumário

Introdução	1
Capítulo 1 – O campo-tema da pesquisa e nossos procedimentos	9
1.1 O percurso da pesquisa	10
1.2 A pesquisa documental e seus procedimentos de análise	13
1.3 Uma pesquisa em meio à instituição do segredo	18
1.3.1 O processo jurídico, documento de domínio público ou privado?	19
1.3.2 A negativa dos prontuários pela SES	20
1.3.3 A pesquisa vai à audiência	22
Capítulo 2 – Dossiê UES: deslocamentos e negociações psi-jurídicas na gestão da criminalidade juvenil no Estado de SP	24
2.1 Aproximação dos saberes psi-jurídicos e a construção da demanda de saúde mental	27
2.2 O projeto de internamento em unidade especializada de saúde: negociação de uma nova regularidade	34
2.3 A remoção do mal do circuito da FEBEM	52
2.4 Os atos de resistência	81
2.5 Primeiras considerações	92
Capítulo 3 – A gestão psi-jurídica dos indivíduos TPAS e o “etiquetamento”	95
3.1 A etiqueta TPAS no circuito avaliativo	96
3.1.1 A defesa social frente aos crimes graves	97
3.1.2 A tecnologia exame e o circuito avaliativo	101

3.1.3 Os traços de anormalidade	106
3.1.4 O “selo” TPAS	110
3.1.5 Um caso emblemático	115
3.2 O processo de etiquetamento do TPAS	120
3.2.1 As táticas jurídicas do internamento contínuo: a solução para o “bem comum”	123
3.3 Os atores extra-jurídicos etiquetam: os juízes paralelos	137
3.4 A função do etiquetamento: a gestão do TPAS em nome da proteção	146
3.4.1 A linha do perigo em nome da defesa social	148
3.4.2 A linha do tratamento em nome da proteção integral	154
3.4.3 A gestão administrativa da etiqueta TPAS	157
3.4.4 A gestão de exceção do ineducável	160
3.5 As heranças das táticas da gestão	162
Capítulo 4 – Engrenagens da exceção: uma biopolítica protetiva	168
4.1 As engrenagens das exceções	168
O caso Fora da UES	171
O caso da tentativa de suicídio na prisão-hospital “atípica”	182
O caso “prisão perpétua”	185
4.2 Experimentações contemporâneas da gestão psi-jurídica da criminalidade	191
Da prisão perpétua da Argentina à Unidade Terapêutica da Espanha	191
Capítulo 5: Uma gestão atuarial da criminalidade juvenil no contemporâneo? Uma biopolítica da imunização?	206
Considerações Finais	213

Referências Bibliográficas	217
Anexos	1
Anexo 1 [Dossiê UES]: Glossário de atores institucionais envolvidos no caso UES	1
Anexo 2 [Dossiê UES]: Cronologia dos eventos da UES	8
Anexo 3: Lista de códigos e agrupamentos das cronologias dos processos dos jovens na análise do Atlas ti	29
Anexo 4: Projeto de desinternação do circuito FEBEM dos jovens internados na UES	30
Anexo 5: Avaliações produzidas no internamento da UES	37
Anexo 6: Propostas de emendas à CF(1988) sobre redução da maioria penal	39

Lista de figuras e quadros

Quadro 01: Primeira proposta da SES de fluxo de atenção especializada em saúde mental (08/02/02)	28
Quadro 02: Fluxo para casos com demanda de saúde mental acordado entre DEIJ-SES-SEADS (06/11/02)	32
Quadro 03: Acordo intersecretarial quanto às responsabilidades de atender às demandas de saúde mental dos jovens internos da FEBEM (01/07/03)	34
Figura 01: Estudo preliminar da Unidade de Atendimento de saúde para portadores de transtornos psiquiátricos em conflito com a lei (FEBEM, 14/10/04)	41
Figura 02: Centro de Atendimento de Tratamento e Recuperação de Jovens – 7046 m². Arquivo FEBEM-Saúde (SES, 07/03/05).....	45
Quadro 04: Argumentos do MP e Poder Judiciário para solicitação de exame.....	102
Quadro 05: O selo TPAS dos jovens internos da UES.....	111
Quadro 06: Evocação da categoria periculosidade nas perícias	114
Quadro 07: Trâmite do internamento na UES	124
Figura 03: Esquema de tratamento do pequeno psicopata no Século XX no Brasil.	165

Lista de abreviaturas e siglas

ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental
AMAR – Associação de mães e amigos de criança e adolescentes em risco
AME – Ambulatório médico de especialidades
APAE - Associação de pais e amigos dos excepcionais
BPC – Benefício de prestação continuada da assistência social
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantil
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas
CASA – Fundação CASA (nomenclatura da FEBEM desde 2006)
CEDECA – Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
CF – Constituição Federal
CIC Juventude – Centros de Integração e Cidadania da Juventude
CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças – 10ª versão
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde
CFP – Conselho Federal de Psicologia
Conanda – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CREMESP – Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CRESS – Conselho Regional do Serviço Social de São Paulo
CRP-SP – Conselho Regional de Psicologia de São Paulo
DEIJ – Departamento de Execuções da Infância e Juventude
DOE – Diário Oficial do Estado de São Paulo
DSM IV – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – 4ª versão
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ETJ – Equipe Técnica do Juízo
FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor
FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GI – Grupo Interinstitucional
GT – Grupo de Trabalho
HC – Hospital das Clínicas
HP – Hipótese Diagnóstica
IBCCRIM – Instituto Brasileiro de Ciências Criminais
IDDD – Instituto de Defesa do Direito de Defesa
ILANUD – Instituto Latino-americano das Nações Unidas
IMESC – Instituto de Medicina Social e de Criminologia
IML – Instituto Médico Legal
IP – Instituto de Psiquiatria
LA – Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
MP – Ministério Público
MS – Ministério da Saúde
NBSMDH – Núcleo Brasileiro de Saúde Mental e Direitos Humanos
NEVIS – Núcleo de Estudo e Pesquisa Violência: sujeito e política
NUFOR – Núcleo de Psiquiatria e Psicologia Forense
OEA – Organização dos Estados Americanos
ONU – Organização das Nações Unidas
PAIR – Programa de Ações Integradas e Referências de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro
PL – Projeto de Lei
PPCAM – Programa de Proteção à Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte
PSC – Medida socioeducativa de Prestação de Serviços à Comunidade

RENADE – Rede Nacional de Defesa de Adolescentes em Conflito com a Lei
SAP – Secretaria de Administração Penitenciária
SEADS - Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social
SEDH – Secretaria Especial de Direitos Humanos
SEE – Secretaria Estadual de Educação
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SJDC – Secretaria de Estado da Justiça e da Defesa da Cidadania
SMADS – Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
TJDFT – Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios
TJ-SP – Tribunal de Justiça de São Paulo
TPAS – Transtorno de Personalidade Anti Social
UAI – Unidade de Atendimento Inicial
UBS – Unidade Básica de Saúde
UES – Unidade Experimental de Saúde
UI – Unidade de Internação
UIP – Unidade de Internação Provisória UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo
UNICEF – Fundos das Nações Unidas para a Infância
USP – Universidade de São Paulo
VEIJ – Vara Especial da Infância e Juventude
VIJ – Vara da Infância e Juventude

Introdução

“O caso é brutal, reveste-se de especialíssima gravidade e chocou o país. Pelos atos praticados pelo adolescente infrator pessoas foram às ruas e pediram mudanças legislativas visando possibilitar aplicação de medidas mais severas para casos que tais. A violência, frieza, vilania de sentimento e ausência de ética nortearam a conduta do infrator, devendo, nesta quadra, também nortear a medida sócio-educativa a ser imposta. A única medida possível ao caso é a internação por tempo indeterminado. A propósito disso, este subscritor está absolutamente convencido que a correta medida a ser aplicada deveria de ser a morte do adolescente, se possível fosse, mesmo sendo menor irresponsável o autor dos estupros. Ocorre, todavia, que o Brasil ainda não se desenvolveu suficiente para aceitar a inexorável conclusão segundo a qual, para sancionar casos que tais, apenas pena de morte seria adequada”.

(Promotor de Justiça, Processo socioeducativo, caso ACAR¹, 21/06/04)

“Não existe uma pena indeterminada, não existe uma punição eterna. Então, estamos, de fato, diante de uma situação de impossibilidade. Nós devemos tomar, penso, como uma posição intelectual e ética, a ideia de que não sabemos o que fazer. [...]. Este diagnóstico de Transtorno de personalidade antissocial é histórico, sempre existiu. O esforço de um diagnóstico deste tipo existiu nos 200 anos de construção dos fundamentos da clínica psiquiátrica. Sempre foi algo que deixou os velhos alienistas e psiquiatras de cabelo em pé, e sempre foi uma demanda da ordem social, de que a Psiquiatria desse um pouco de cientificidade a algo que nós não conhecemos, que nos assusta. [...]. Porém, penso que o diálogo entre a Psiquiatria/Saúde Mental e a Justiça, o campo do Direito, está passando por um processo de grande mutação, por uma evolução importante. [...] o nosso desafio não é a questão da personalidade antissocial, conceito ao qual retornarei e sobre cujas limitações já enunciei minha visão crítica, mas o desafio está no fato de que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) afirma que as crianças e os adolescentes são seres em desenvolvimento, e por isto têm direito a uma proteção especial. Esta conquista jurídica e ética lhes confere um estatuto de proteção especial, que é da essência ou do projeto do Estado de Direito Democrático. [...] Como enfrentar esta contradição crucial, de uma sociedade que defende a proteção (e construiu leis para isto) e ao mesmo tempo apóia o confinamento, uma vez que a infração não retira da criança e do adolescente seu estatuto de cidadão sujeito à proteção? [...] há, neste momento, um campo propício para discutirmos soluções que não sejam as mesmas, isto é, ou a Psiquiatria colonizando a Justiça, ou a Justiça fazendo apelo à Psiquiatria para legitimar aquelas decisões que já queria realizar antes, dando uma cor de cientificidade a uma decisão que no limite é impossível (ou ilegítima). Ela será sempre uma decisão tomada num certo limite de enigma, de ser ou não ser a decisão correta. Mas há um cenário propício, enfatizo este argumento, de diálogo entre os dois campos, na direção de saídas institucionais menos rígidas, mais flexíveis. Terceiro ponto: penso que temos que colocar na agenda desta discussão o que produziu a biografia destes sete atuais internos do estabelecimento especial, cuja criação eu queria novamente dizer, reiterando o que já expressei no início, que considero um equívoco”.

(Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Seminário Políticas de saúde mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas em 2008 - CRP 6ª Região, no prelo)

¹ Em cumprimento à Resolução 196/96, aos participantes da pesquisa foi garantida a sua confidencialidade, portanto os atores envolvidos no estudo serão apresentados de modo genérico (com referência a sua vinculação institucional) ou quando referidos, faremos por meio de abreviações inventadas pela pesquisadora.

Apenas quatro anos separam as duas falas - do promotor e do psiquiatra - que abrem este trabalho. Elas distam, no entanto, em seus regimes de *verdade*, de *saber-poder*, quase duzentos anos.

A fala do promotor se refere ao primeiro jovem internado na Unidade Experimental de Saúde (UES). O caso ACAR teve grande repercussão pública e a população solicitou “mudança legislativa” visando medidas mais severas que foram consideradas e enunciadas pelo operador de direito: internação por tempo indeterminado, ainda com indicativo de “pena de morte”.

A segunda, é a fala do então coordenador de saúde mental, em seminário de 2008 sobre políticas de saúde mental e adolescentes, promovido por atores do campo psi-jurídico a fim de problematizar a emergência em São Paulo de políticas de gestão a criminalidade juvenil nos moldes da contenção por prazo indeterminado, como solicitou o promotor no caso ACAR. O psiquiatra, na época gestor nacional da política, afirmou: a prática ética é a do “não saber”. O caminho resolutivo passa, primeiramente, pelo estudo da biografia de cada indivíduo da UES, sabendo que o Transtorno de Personalidade Anti-Social (TPAS)² (crivo da UES) sempre existiu nos 200 anos da clínica psiquiátrica com

² O conceito de Transtornos de Personalidade Anti-Social (TPAS) foi construído ao longo dos anos da história da saúde mental. Cabe uma breve referência à produção de conhecimento francês, no século XIX, primeiramente, por meio das obras de Pinel, em seus estudos de casos, especificamente àqueles casos que não sofriam delírios cognitivos e tinham registro de autoria de violência. Pois a partir dessas experiências, Pinel construiu a nomenclatura “mania sem delírio” que focava o afeto e a vontade do sujeito. Posteriormente, Esquirol, que continuou suas investigações, contrapôs a esse conceito e criou a classificação de “monomania afetiva, intelectual e instintiva”. Essa última tipologia, a instintiva carregava a identificação dos quadros em que o crime seria o argumento fundante da alienação mental. Já Morel, um discípulo de Esquirol, confrontou essa proposição da “monomania” com a “loucura parcial”. Ele defendeu que essa sintomatologia não era vinculada à alienação mental, mas identifica uma causa biológica, a degeneração. Então passamos da mania sem delírio para a monomania instintiva e, por fim, para a loucura parcial com degeneração. Pela produção italiana, temos Lombroso, com sua produção conceitual de delinquente nato, outro autor fundamental nessa história conceitual da psicopatia, em que correlacionava a predisposição inata ao crime e o quadro de personalidade do indivíduo. Diferentemente dos franceses, para o italiano, ao criminoso nato que era tomado por um atavismo não se tinha possibilidade de tratamento à medida que sua herança biológica o definia e somente restava ou o controle de sua existência ou a sua extinção para a garantia da espécie. E já no século XX, temos que o conceito de TPAS será delimitado, investidamente pelo estadunidense Hervey Cleckley por meio de sua obra *A Máscara de Sanidade* (1941), considerado o marco da definição do conceito de psicopatia. Neste material, fica claro que a psicopatia seria uma doença mental sem os sintomas clássicos da psicose, como o delírio, portanto, podendo produzir um quadro de aparente normalidade, mas o seu déficit é na vivência afetiva e das emoções. Em 1952 foi criada a primeira edição do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) da *American Psychiatric Association*, como uma síntese dos diagnósticos utilizados. Na primeira versão o diagnóstico de psicopatia foi renomeado como Distúrbio de Personalidade Sociopática, considerando as relações sociais do indivíduo e o modo como o meio condicionava sua conduta anti-social. Já, a última versão do DSM, a quarta de 1994, o TPAS será nomeado como psicopatia, sociopatia ou transtorno dissocial de personalidade, que descreve um indivíduo com um padrão crônico de infrações legais e comportamentos anti-sociais iniciados desde a infância.

demanda da ordem social por “uma cor de cientificidade a uma decisão que no limite é impossível (ou ilegítima)”. Mas aposta no diálogo entre o campo da Saúde Mental e a Justiça, pois o desafio é a “contradição de uma sociedade que defende a proteção (e construiu leis para isto) e ao mesmo tempo apóia o confinamento”.

Este trabalho inscreve-se neste *curto tempo* em que alguns jovens em função de determinações judiciais de internação psiquiátrica³ em regime de contenção são levados a cumprir uma “quase prisão perpétua” num novo-velho equipamento para tal propósito: a UES, cuja história de constituição será objeto deste trabalho. Inscreve-se num tempo curto, este que vai de 2002 a 2010, no qual estas duas falas (2004/2008) são expressões que concentram e tornam visíveis a centralidade das questões que a UES e seus atores protagonizam.

Mas tal trabalho inscreve-se, como não poderia deixar de ser quando tomamos um campo de análise para pensá-lo, num *tempo longo*; o da emergência da periculosidade e da gestão medicalizada do perigo (Castel, 1987) na primeira metade do século XIX, o da ideologia da defesa social e sua teoria do desvio que tem sua emergência no século XIX (Baratta, 2002), mas, também, o das lógicas biopolíticas de poder (século XIX até hoje), conforme trabalhado por Foucault. Isto é gestão da vida da população – não dos indivíduos – enquanto espécie para sua produção com otimização das forças que se submete. Esse corpo tornou-se suporte de processos biológicos.

Nosso campo de análise reúne autores que pensaram as relações direito e sociedade (Anitua, 2008; Laurrari, 2000; Beiras, 2005) e mais especialmente os que fizeram uma genealogia da psiquiatria em suas relações com a justiça na Europa (Foucault e Castel) e no Brasil (Ferla, 2009; Fry, 1985; Zuquim, 2002).

Foucault, Agamben e Esposito, além de autores contemporâneos da criminologia crítica, formam nossos interlocutores para a análise das lógicas biopolíticas de poder.

Já os modos como sistematizamos, narramos e pensamos a emergência da UES e os modos de gestão da criminalidade juvenil valem-se fundamentalmente de algumas das ferramentas trabalhadas por M. Foucault.

Serão as linhas que tramam as alianças, disputas e tensionamentos entre saber

³ A partir da Lei nº 10.216, de 06/05/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, temos descritas três modalidades de internação, ou seja, a voluntária, proveniente do consentimento do usuário; involuntária, quando provém de pedido de terceiro e se dá sem o consentimento do usuário; e, por último, a internação psiquiátrica compulsória, quando determinada pela Justiça subsidiada por exame psi (cf. art. 6º, parágrafo único, incisos I a III).

psi e jurídico na gestão da criminalidade juvenil em São Paulo, por meio do acionamento de novas-velhas figuras da periculosidade e da configuração de um equipamento para seu tratamento, o objeto deste trabalho.

Esta tese investe na análise dos jogos de verdade, entendendo verdade como “conjunto de procedimentos que permitem a cada instante e cada um pronunciar enunciados que serão considerados verdadeiros” (Foucault, 2006f, p. 233). O jogo da verdade aqui anunciado põe em análise os saberes psi-jurídicos, domínios científicos historicamente e socialmente regulados e ordenados.

Os processos pelos quais podemos formar e operar *efeitos de verdade* são passíveis de codificação no cotidiano das relações, inclusive nas referidas e trabalhadas na tese: entre o juiz e o médico, o juiz e o adolescente transgressor, entre o examinando e o perito, entre a sociedade e o indivíduo etc. Entre essas relações pesquisamos os códigos que conformam as verdades e produzem “inflações de poder” (Foucault, 2006f). Pudemos compreender que a decisão do internamento indeterminado de jovens paulistas no Estado de São Paulo passam por fórmulas fabricadas no encontro dos saberes psi-jurídicos que quase não nos permitem questionar por que se deve exercer essa tática de poder de CONTINUUM INTERNAMENTO com jovens autores de atos infracionais “portadores” da “etiqueta” TPAS em nome da proteção e do direito à saúde.

A fim de decompor essa FÓRMULA UES, apresentaremos a UES como *acontecimento* para tatear caminhos de restituição a esse discurso tomado por relações de *saber-poder* que se valem de “*jogos de verdade*” que não podem ser analisados somente pelos princípios dos saberes psi, ou dos saberes jurídicos, ou ainda das regras de seus processos de modo independentes. Pois o *jogo* subentende um conjunto de procedimentos e táticas que produziram o *efeito de verdade*, por exemplo, no caso UES: da biopolítica preventiva.

Trabalhamos a emergência da UES à luz do conceito de acontecimentalização (Foucault, 2006d):

“Uma ruptura absolutamente evidente, em primeiro lugar. Ali onde se estaria bastante tentado a se referir a uma constante histórica, ou a um traço antropológico imediato, ou ainda a uma evidência se impondo da mesma maneira para todos, trata-se de fazer surgir uma ‘singularidade’. Mostrar que não era „tão necessário assim“; (...) não era tão evidente que a única coisa a fazer com um delinqüente fosse interná-lo; não era tão evidente que as causas da doença deversem ser buscadas no exame individual do corpo etc. Ruptura das evidências, essas evidências sobre as quais se apóiam nosso saber, nossos consentimentos, nossas práticas. Tal é a primeira função teórico-política do que chamaria de ‘acontecimentalização’. Além disso, ‘acontecimentalização’ consiste em

reencontrar as conexões, os encontros, os apoios, os bloqueios, os jogos de força, as estratégias etc., que, em um dado momento, formaram o que, em seguida, funcionará como evidência, universalidade, necessidade” (p. 339).

Entendendo que os objetos são forjados em certas redes de saberes, ordenando-os e condicionando-os a conexões específicas e contingentes (Foucault, 2002a), buscamos, em síntese, mapear a emergência do caso UES⁴, suas *condições de possibilidade*, principalmente pela inclusão e operação dos discursos científicos, no âmbito das lutas em termos de estratégia e táticas de poder (Foucault, 2006b).

Buscamos ainda rastrear a formação discursiva⁵ relativa ao Transtorno de Personalidade Anti-Social, identificando sua composição psi-jurídica e sua incidência na gestão da criminalidade juvenil. Via de regra, modos de reificação dos jovens na *carreira* (Goffman, 1974) de *indivíduo perigoso*.

O procedimento de análise visou questionar as regras do conhecimento *verdadeiro*, desconstruindo instâncias teóricas unitárias e hierarquizadas nos eixos das verdades científicas para “fixar os pontos de ancoragem de uma estratégia” (Foucault, 2006c, p. 328).

Pela emergência da UES e a objetivação do TPAS ali operada, pudemos delinear a gestão da justiça juvenil na interface com o campo da saúde mental, isto é, compreender as regras que articulam a periculosidade e a gestão do perigo ao direito, ao tratamento e à saúde do adolescente autor de ato infracional. Tal recorte, o da emergência da UES, do internamento de jovens autores de ato infracional e do *continuum psi-jurídico*, nos demandou pensar também sua articulação com a biopolítica protetiva e as estratégias de controle social pela via da patologização.

O eixo da tese é o da biopolítica protetiva que regula populações-espécie “FEBEM”⁶ por meio de engrenagens de máquinas psi-jurídicas de *saber-poder*.

⁴ O caso, aqui, como o conceitua Revel (2004), será aquilo que escapa à ordem, que na produção da investigação são disparadores analíticos. Os disparadores problematizam as posições rotineiras postas em jogo para a busca de uma apreensão da sua irrupção, no momento de sua indiscrição, apoiada por discursos e técnicas em relações sociais que se cultivaram, acumulando e permitindo seu funcionamento.

⁵ Uma formação discursiva comporta enunciados com semelhante sistema de dispersão em que os seus objetos, conceitos, escolhas temáticas e tipos de enunciação produzem certa regularidade (Foucault, 2008a).

⁶ Esclarecemos que usaremos a nomeação FEBEM porque o material analisado pela pesquisa contém documentos de período anterior à mudança da nomenclatura de Febem para Fundação CASA em 2006 e para facilitar a leitura usaremos as duas nomeações como sinônimos. Apenas em citações diretas manteremos a referência utilizada nos últimos anos, último nome proposto para a entidade responsável

O argumento desta tese é que políticas de gestão da vida compõem engrenagens de exceção que permitem o etiquetamento TPAS em nome da redução dos riscos e da proteção social.

A UES é uma máquina de exceção no campo da biopolítica protetiva. A UES está em uma zona ilocalizável entre lei e vida (Agamben, 2002) e, assim, permite operar por meio de procedimentos entre biologia e direito, entre norma biológica e norma jurídica, com a predição da “periculosidade latente”, intensificando atos de gestão de riscos.

A nossa hipótese é que a gestão da criminalidade juvenil implicada com uma biopolítica preventiva do *sujeito perigoso* não permite produzir uma máquina de cuidado, mas o jogo de CONTINUUM INTERNAMENTO, transformando uma provável demanda de assistência em gestão de redução de danos do “indivíduo perigoso” por meio de estratégias de exílio, inabilitação, imunização e aniquilamento.

Apostando na estratégia das biografias que reconhecem o indivíduo com suas histórias e singularidades a fim de discutir as políticas de saúde mental no âmbito socioeducativo para “proteger sem confinar”, nos propomos a estudar o caso UES, buscando conhecer a trajetória do equipamento e as múltiplas destinações dos jovens.

Talvez tal tática psi-jurídica não permita atos de resistência de escape aos corpo-espécie-população FEBEM das práticas de proteção do *socius*, mas permita aberturas e quem sabe novos pactos psi-jurídicos, pois apesar da história ser antiga, ter no mínimo 200 anos como anunciou o gestor do Ministério, ela sofreu pouca alteração de mérito. Assim, partimos desde o início desta tese do pressuposto de que o “cenário é propício” para questionar a reatualização dessas velhas/novas práticas de segregação.

A tese está dividida em cinco capítulos compostos por subdivisões argumentativas.

O primeiro capítulo da tese aborda o *campo-tema* da pesquisa e nossos procedimentos. Trabalhamos o percurso da investigação e os procedimentos da pesquisa documental executado para possibilitar a decomposição do equipamento UES. Apresentamos os caminhos percorridos nesse estudo e as escolhas-guias dessa trajetória com análise do processo de contratação da “pesquisa em meio à instituição do segredo”.

O segundo capítulo apresenta o DOSSIÊ UES, uma escolha política. Neste momento, narramos a construção do objeto desta tese, a MÁQUINA UES - de sua fase de PROJETO UES à sua institucionalização - tomada por negociações psi-jurídicas e por atos de resistência na gestão da criminalidade juvenil no Estado de São Paulo.

No terceiro capítulo operacionalizamos o relé da MÁQUINA UES: o diagnóstico de Transtorno de Personalidade anti-social (TPAS). O investimento nessa parte da tese é na descrição do processo de *etiquetamento* dos indivíduos “portadores” do TPAS pelo circuito avaliativo e pelas táticas jurídicas para a execução do internamento contínuo do jovem tipo TPAS. Nessa gestão psi-jurídica em nome da defesa social e do tratamento em prol da proteção integral, tratamos a função do *etiquetamento* e heranças táticas dessa gestão.

No quarto capítulo discutimos as engrenagens de exceção da MÁQUINA UES com sua biopolítica protetiva em funcionamento com regulações naquilo que ela nos fala do *grotesco*. Referimo-nos a três casos da UES, analisando as suas práticas por meio de seus rastros para mapear suas estranhezas e decompor essa política de exceção executada no campo da criminalidade juvenil paulista. Ainda evidenciamos a política de gestão de riscos da criminalidade juvenil paulista por meio de analogias a experiências contemporâneas do caso UES.

No último capítulo dispomos em análise o modo de gestão da criminalidade juvenil no contemporâneo ao discutir um tipo de gestão de riscos, o da gestão atuarial, que põe em questão a biopolítica protetiva operada no protótipo (aquilo que simula e testa o projeto) da MÁQUINA UES por meio da biopolítica da *imunização*.

Em nossas últimas considerações nos indagamos sobre as possibilidades de gestão da criminalidade juvenil tangenciada pela política de saúde mental frente às últimas notícias de “projetos de desinternação” dos seis “presos-pacientes” da UES que talvez possibilite ao menos mirar o cidadão *sujeitos de direitos* em seu corpo vivo por uma política do cuidado.

Orientamos ao leitor que, nesta tese constituída por pesquisa empírica, nos valem de três estratégias principais de apresentação dos seus dados: 1. o formato DOSSIÊ devido a uma estratégia autônoma que oferecemos ao segundo capítulo que comporta uma forma processual judicial de produção de *verdade* com apresentação significativa de dados-*provas* do caso UES, 2. o formato caixas sinópticas com extrato de informações da cronologia dos eventos da UES, como por exemplo, marcações

temporais do internamento dos jovens, até documentos e conceitos cruciais andarilhos dessa tese e 3. o formato anexo, como, por exemplo, o Anexo do Dossiê, que compõe andaimes, estruturas de dados construídos ao longo dessa investigação e dar acesso às questões analíticas produzidas ou apoiá-las.

Capítulo 1 – O *campo-tema* da pesquisa e nossos procedimentos

Neste capítulo, apresentaremos os caminhos percorridos e as escolhas-guias da trajetória de investigação, bem como alguns aspectos do percurso da pesquisa que se constituíram *analísadores* na experimentação do *campo-tema*⁷ (P. Spink, 2003). Analisador no sentido da análise institucional (Lourau, 2004): como “acontecimento condensador de forças sócio-políticas que possibilitam a reconstituição analítica de determinadas situações e a desconstrução de determinadas naturalizações” (Barros, Leitão & Rodrigues, 1992).

Para realizar a pesquisa foi preciso *habitar* intensamente os territórios do campo e, principalmente, *forjá-los*. *Habitar*, porque para conhecê-lo, conforme pontuam Alvarez e Passos (2009), foi necessário ter uma atenção desfocada, apreender os movimentos e ocupá-los aos poucos, numa ambientação com os espaços do campo, com atenção aos acontecimentos e sendo contagiada por suas experiências. *Forjar*, porque, ao pesquisarmos, ao *intervirmos* e habitarmos, fomos, também, criando novos contornos de análise e problematização do campo pesquisado.

Enfim, para mapear como, na constituição da Unidade Experimental de Saúde (UES), os saberes psi-jurídicos compõem alianças e empreendem *jogos de forças* em um campo de *luta* forjando posições e contraposições, não se tratava de coletar dados, mas de produzi-los. Foi necessário *intervir para conhecer* (Lourau, 1993).

O processo da pesquisa, já desde sua contratação, mostrou-se bastante complexo e implicou um extenso e trabalhoso mapeamento, envolvendo uma cuidadosa habitação do campo e a análise dos efeitos desta ocupação.

A seguir apresentaremos os primeiros passos da pesquisa, mais especialmente da **pesquisa documental** de que nos valem, bem como seu **percurso**; na sequência, adentraremos os **procedimentos de sistematização** e as **ferramentas de análise** para a construção do caso UES; e, por fim, fecharemos este capítulo com o momento de **contratação da pesquisa e seus analisadores**.

⁷ O campo-tema não é o lugar onde o tema pode ser visto e do qual o pesquisador faz parte, refere-se à processualidade de temas situados no argumento da pesquisa que constitui uma rede de causalidade que pretende ampliar saberes (P. Spink, 2003).

1.1 O percurso da pesquisa

Foi a partir de nossa inserção no Grupo Interinstitucional (GI) que pudemos começar a decifrar os atores, os elementos e as lógicas presentes na UES.

O GI é constituído por agentes atuantes na interface com a justiça e a saúde mental e foi criado em dezembro de 2007 com o objetivo de, por meio da sua articulação, analisar os efeitos disruptivos da violação de direitos e da patologização do adolescente autor de ato infracional, bem como tensionar essas velhas estratégias e novos arranjos de saber-poder no contemporâneo. As ações do GI se davam, na maioria das vezes, por meio de intervenções em espaços em que a pauta era a proposição de políticas públicas de saúde mental para o adolescente autor de ato infracional. Mas também se investiu na divulgação e análise da Unidade.

Uma rede de grupos e organizações heterogêneas⁸ articulada em uma ação ética política; um dispositivo. Como dispositivo, opera como “máquina de fazer ver e de fazer falar”. Num trabalho de desemaranhar as linhas dessa máquina traçamos um mapa (Deleuze, 1990). Com um mapa de muitas dimensões, passamos por terras desconhecidas e buscamos desembaraçar as linhas do dispositivo para acompanhar seus efeitos e delinear as invenções criadas por dimensões de poder-saber e suas linhas de subjetivação que inventam certos modos de existir (Kastrup e Barros, 2009). Nisso, encontramos um atalho que permitia a aproximação da discussão da temática de justiça juvenil e da saúde mental: os Fóruns de debates⁹.

⁸ O GI é composto por pessoas físicas atuantes no campo da interface psi-jurídica e membros das seguintes entidades: Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente de Interlagos (CEDECA Interlagos); Conectas DIREITOS HUMANOS, Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP SP); Curso Adolescência e Juventude na Contemporaneidade do Instituto Sedes Sapientiae; o Núcleo Especializado da Infância e Juventude (NEIJ) da Defensoria Pública do Estado de São Paulo; Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM); Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente (Ilanud), Instituto de Defesa do Direito de Defesa (IDDD), Mestrado Profissional Adolescente em Conflito com a Lei da UNIBAN; Núcleo de Pesquisa Lógicas Institucionais e coletivas do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da PUC-SP; Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME Núcleo São Paulo.

⁹ Durante o trajeto da pesquisa participamos de fóruns de debates, tais como: 1. Fórum Municipal de Saúde Mental de criança e adolescente coordenado pela Secretaria do Município de Saúde de SP, 2. Comissão de criança e adolescente do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo integrada por psicólogos membros efetivos e consultores atuantes na área da infância e juventude, 3. Fórum de debates sobre a atuação dos Psicólogos em Medida sócio-educativa, 4. Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil promovido pelo Ministério da Saúde e 5. “Grupo de Trabalho: Transtorno de Conduta”, proposto no Fórum Municipal de saúde mental de criança e adolescente de SP a partir do debate da situação da saúde mental dos jovens autores de atos infracionais. Os membros desse GT são atores da Justiça, Saúde e socioeducação – juízes e promotores do Departamento de Execução da Infância e Juventude e atores da antiga FEBEM/Fundação CASA, Projeto Quixote, CEDECA Interlagos, CRATOD (Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas) e das diversas secretarias do Estado e Município de São Paulo (saúde,

Identificamos os protagonistas da UES: o jovem em conflito com a lei com demanda de saúde; os responsáveis pelos jovens antes da transferência para a UES – a FEBEM-SP; os responsáveis pelo equipamento de saúde UES – profissionais e organizações da Saúde do Município e do Estado de São Paulo; e os costumeiros atores em um processo da justiça juvenil de SP – juízes e promotores do Departamento de Execuções da Infância e Juventude (DEIJ), advogados de defesa e as famílias dos adolescentes.

Na fórmula da UES, uma lógica já se apresenta. Seus elementos: 1. *sujeito perigoso* com história de ato infracional grave e/ou registro de transgressão no sistema socioeducativo; 2. articulação dos saberes psi-jurídicos com exames, avaliações e despachos de proteção para adolescentes, prevendo o cumprimento máximo da internação de três anos no sistema de justiça juvenil; e 3. produção do diagnóstico de TPAS.

Podemos dizer que esses elementos se conectam triangularmente. O centro de gravidade deste triângulo: o tratamento do adolescente, em regime de contenção, para “*defesa de si e dos outros*”.

Três sistemas se articulam nessa fórmula: Sistema de Justiça, Sistema Prisional e Sistema de Saúde. No nosso processo de aprendizado da fórmula UES, compreendemos que o Sistema de Justiça envolvia não apenas a justiça juvenil, mas também a justiça civil, em função da interdição civil¹⁰ que já vinha sendo acionada em alguns casos.

Para acessar os documentos referentes à Unidade, prontuários e processos dos jovens, foi necessário nos dirigirmos à Secretaria de Estado da Saúde (para os prontuários da UES) e às Varas de Justiça responsáveis pelos arquivos dos documentos da Unidade: os processos de execução dos jovens internados na UES no âmbito da Justiça Juvenil e seus processos de interdição civil (quando era o caso), nos Fóruns de cada Comarca.

Além dos documentos referentes aos jovens, outros documentos foram

educação, esporte e cultura, assistência social).

¹⁰ A interdição civil é regida pelo Código civil (2002). Ela pode ser promovida pelos pais ou tutores, pelo cônjuge ou qualquer parente, ou pelo MP (art. 1768). A interdição dos jovens da UES foi promovida pelo MP, neste caso, o MP, segundo art. 1769 do mesmo documento legal, só pode ocorrer em caso de “doença mental grave, ou se caso os outros possíveis solicitadores não promoverem o pedido ou caso os mesmos sejam incapazes”; e conforme o art. 1770 quando a interdição é promovida pelo MP, o juiz deve indicar um defensor para o suposto incapaz. O juiz antes da decisão sobre a interdição deve ser assistido por especialista

importantes nesta análise: um procedimento administrativo (sindicância) conduzido pelo DEIJ e outro processo administrativo conduzido pela Defensoria Pública, ambos explicativos da criação da UES.

Como havíamos decidido trabalhar com pesquisa documental, entendendo ser esta uma via potente de pesquisa neste caso (conforme discutiremos mais à frente), decidimos solicitar acesso a todos os processos dos jovens internos da UES, já que eram poucos (oito)¹¹ e tendo em vista que poderia haver recusas.

A despeito do acesso aos documentos poder ser feita junto aos responsáveis pela tutela dos mesmos, decidimos nos dirigir também aos jovens internados/interditados¹². Essa tomada de decisão não se deu por uma questão jurídica, pois os jovens em sua maioria haviam sofrido antecipações de tutela e os seus representantes legais eram seus familiares (os seus curadores) e os advogados de defesa, mas por uma escolha ético-política do pesquisador. Entendemos que a pesquisa não poderia repetir com o jovem o mesmo lugar de tutela do qual ele já era objeto.

Contudo, devido à dificuldade de acesso direto aos jovens¹³, solicitamos a seus advogados de defesa que intermediassem a autorização das famílias e dos próprios jovens para a realização da pesquisa.

Corroborando M. Spink e Menegon (2004), nos propusemos a uma pesquisa que debatesse seu próprio processo e que não se reduzisse ao estrito cumprimento das diretrizes formais dos códigos de ética. Para tanto, trabalhamos a pesquisa como prática social, analisando o processo de produção de conhecimento, assegurando a visibilidade dos procedimentos da investigação e de sua análise e observando a dialogia da relação entre pesquisadores e participantes.

e deve examinar pessoalmente o arguido da incapacidade (art. 1771). Consta na legislação que caso o interdito possa ser recuperado, o curador promoverá o tratamento em local apropriado (art. 1776).

¹¹Quando iniciamos o trâmite de solicitação de autorização da pesquisa, a UES mantinha oito jovens internados. Cabe ressaltar que, posteriormente, mais um jovem foi internado e logo liberado. No próximo capítulo apresentaremos, ao longo da narrativa do projeto da Unidade, uma síntese, em forma de notícias, de cada um dos processos dos jovens “internos”, os quais terão, depois, seus elementos decompostos e apresentados.

¹²A pesquisa cuidou também da relação com os participantes garantindo o seu anonimato, o direito de negativa à pesquisa em qualquer momento do estudo e de qualquer modo, pelo silêncio ou pela suspensão direta da participação, com solicitação do consentimento informado.

¹³O acesso à UES era restrito inclusive aos próprios advogados de defesa dos jovens. Segundo relato de certo defensor, o acesso não tinha regulação. No primeiro semestre da UES não havia regras estipuladas nem para as visitas dos familiares, ficando a critério de autorização do diretor. Outro defensor, em sua primeira visita, portando comprovante da sua defesa do jovem, não pôde ter acesso ao seu cliente. Também soubemos da dificuldade de conselho profissional em realizar fiscalização de profissional da categoria, mesmo sendo esta uma regra estipulada para além de normas internas das instituições, seja do sistema de

Nas idas e vindas de ofícios, cartas, telefonemas e emails com os responsáveis pelos documentos relativos ao equipamento UES¹⁴, foi se evidenciando que a pesquisa e o dito *objeto de pesquisa* eram produtores e atores do campo, ou seja, todo o processo da investigação estava tomado pelo jogo de questões ético-políticas.

1.2 A pesquisa documental e seus procedimentos de análise

Acompanhemos agora com mais detalhes como se realizou a pesquisa.

A escolha metodológica de trabalho documental baseia-se na concepção de que o documento tem o papel de escrita disciplinar que envolve indivíduos em circuitos institucionais específicos (P. Spink, 2004).

Conceituo a partir de P. Spink os documentos como “produtos *em tempo* e componentes significativos do cotidiano” em que “complementam, completam e competem com a narrativa e a memória” (P. Spink, 2004, p. 126).

Como observa Foucault (2008a), o documento não é uma “matéria inerte” (p. 7). Na análise da textura do documento é necessário pôr em questão conjuntos e relações com os jogos de diferença dos saberes envolvidos em sua produção nas relações de poder nas quais o discurso sofre transformações históricas com usos e repetições. A interpretação posta não tem a finalidade de descobertas de verdades, mas de análise das condições de possibilidade e da produção do solo positivo como “condição de realidade para enunciados” (Foucault, 2008a, p. 144), pois o “discurso não tem apenas um sentido ou uma verdade, mas uma história, e uma história específica que não reconduz às leis de um *devoir étranger*” (p. 144).

A pesquisa foi circunscrita aos processos jurídicos dos jovens da UES (sete processos do sistema de justiça juvenil e quatro processos da justiça cível), documentos do procedimento administrativo/sindicância 01/2002 do DEIJ (identificado pelo DEIJ como principal documento de narrativa do PROJETO UES), procedimento administrativo 22/2007 da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (instaurado para definir, registrar e acompanhar as situações da UES e seus respectivos internos), documentos oficiais sobre a

saúde ou do prisional.

¹⁴ A solicitação de acesso aos processos foi feita com o encaminhamento de fax e carta, com confirmação de recebimento por telefone, ao Departamento de Execução da Infância e Juventude – DEIJ (neste departamento existia o trâmite dos processos de medida socioeducativa) e aos fóruns das comarcas de interdição civil de cada jovem interditado na UES (dois deles em São Paulo capital e os outros cinco em cidades do interior do Estado de São Paulo). Quando não obtínhamos retorno, re-encaminhávamos o termo de consentimento por fax. Em algumas situações, foi solicitado ou oferecido o encontro das pesquisadoras com os juízes para esclarecimentos da pesquisa.

UES (publicados no diário oficial do Estado de SP), além de notícias na mídia em torno da UES. Um diário de campo com outros registros sobre a UES (participação nas atividades relacionadas à UES – fóruns; seminários; congressos; grupos de trabalho) foi uma ferramenta importante da pesquisa.

Esses documentos constituem significativamente a rede de discursos dos principais atores envolvidos no funcionamento da UES.

Cabe elucidar o formato dos documentos processo e sindicância.

O DOCUMENTO-PROCESSO

O *DOCUMENTO-PROCESSO* constitui-se de trâmites jurídicos, com suas decisões e investigações.

A dinâmica desses trâmites na justiça juvenil consta da representação do Promotor de Justiça com a solicitação de alguma intervenção no caso, do posicionamento da Defensoria Pública sobre a proposição do MP e da conclusão do magistrado com despachos para cada questão analisada.

Além do discurso jurídico, o material do processo é formado por vozes interlocutoras a pedido dos operadores do Direito. No caso do processo da justiça juvenil, encontramos os discursos das entidades de acompanhamento de atendimento do jovem durante o cumprimento da sanção (equipe técnica da FEBEM, constituída por psicólogo, assistente social, pedagogo e em alguns casos por psiquiatra) e os discursos de órgãos responsáveis por avaliações psicológicas e psiquiátricas (NUFOR-HC-FMUSP; Sociedade Rorschach de São Paulo; Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (IMESC) – autarquia da Secretaria de Estado da Justiça e da Defesa da Cidadania (SJDC); e Instituto Médico Legal (IML), que é subordinado à Polícia Técnico-Científica de São Paulo).

No caso do processo da justiça cível, foram pesquisadas cópias desses documentos dentro dos processos da justiça juvenil, como avaliações produzidas pelas instâncias parceiras e produções dos atores diretos da Unidade (FEBEM, SES, NUFOR e SAP).

O DOCUMENTO-SINDICÂNCIA

O *DOCUMENTO-SINDICÂNCIA* é instaurado como procedimento administrativo. No caso do DEIJ, para “apuração de irregularidades no sistema de atendimento de

adolescentes portadores de transtornos mentais”. No caso da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, para “definir, registrar e acompanhar as situações da UES e seus respectivos internos”.

A sindicância e/ou procedimento administrativo 22/2007 da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, instaurado em 2007, tem uma função de monitoramento da OPERAÇÃO UES e reúne documentos comprobatórios da situação da Unidade Experimental de Saúde e seus respectivos internos (dados da situação processual do interno, por exemplo, ofícios da Defensoria ao CES solicitando análise e posicionamento sobre a UES, diários oficiais sobre o funcionamento da UES etc.).

Já a sindicância do DEIJ 01/2002, instaurada em 21 de fevereiro de 2002 pela Corregedoria¹⁵, convoca os considerados responsáveis pela situação-problema *irregular* a explicarem os motivos da situação dos adolescentes *portadores de transtornos mentais* no sistema socioeducativo e apresentarem e implantarem soluções. O andamento da sindicância é acompanhado pela Corregedoria Permanente em Sindicância da Corregedoria Geral da Justiça do Estado de São Paulo.

Esta última sindicância é constituída de várias *provas* das irregularidades do atendimento da saúde mental dos adolescentes autores de atos infracionais e promove encaminhamentos resolutivos. Reúne posicionamentos e contra-posicionamentos dos diferentes setores do poder executivo vinculados à trama da UES.

Essas provas são compostas: 1. das principais peças extraídas dos autos dos processos de jovens que não tiveram a *demanda de saúde mental* atendida, com decisões dos próprios Magistrados e/ou pareceres psiquiátricos; 2. dos Termos de Audiências realizadas com dirigentes responsáveis pela política de saúde mental; 3. de documentos comprobatórios de soluções das questões postas pela sindicância, como, por exemplo, projetos da Unidade Experimental de Saúde, atas de Grupos de Trabalhos determinados pela sindicância como modo de articular respostas para o problema; e 4. de documentos dos atores envolvidos na questão, Decretos do Governador do Estado, Ofícios da Secretaria de Saúde etc.

A Coordenadoria do DEIJ é responsável por operar a sindicância. Após certo acúmulo de resoluções, a sindicância é encaminhada ao Ministério Público para vistas e

¹⁵ Compete ao Juiz Coordenador do Departamento de Execuções da Infância e da Juventude – DEIJ a Corregedoria Permanente das entidades de atendimento estabelecidas na Comarca da Capital que mantenham programas sócio-educativos de internação, semiliberdade e liberdade assistida (art. 3º, I, do Provimento CSM nº 555/96).

posicionamento do andamento das soluções propostas. Em seguida, é levada à Conclusão da Diretoria do DEIJ. A Defensoria Pública, nessa sindicância analisada, participou em poucas situações.

A sindicância não segue a ritualística de um processo jurídico em que os três personagens posicionam-se subseqüentemente: Promotor, Defensor e Juiz.

Isso nos faz pensar que, diferentemente do processo jurídico, em que o defensor em garantido seu lugar político e técnico, no ato da sindicância isso não acontece, apontando para um funcionamento político específico desse dispositivo, tanto que a Defensoria instaurou seu procedimento exclusivo acerca desse objeto.

Até finalizarmos a pesquisa dos processos dos jovens da UES, haviam sido internados na Unidade nove jovens. Nesta tese, foram analisados sete casos, pois não foi autorizado o acesso ao processo jurídico de dois jovens¹⁶.

Dos outros documentos formais e informais sobre a UES que mencionamos, foram analisados os mais significativos, que marcavam mudanças na história da unidade, como, por exemplo, o decreto de criação e regulação do funcionamento do equipamento UES.

Sistematização e análise do material documental

Em relação aos *DOCUMENTOS-PROCESSO*¹⁷ e *SINDICÂNCIA*¹⁸, uma primeira forma de organização que encontramos foi a realização de uma cronologia assim composta: a marcação temporal do evento, os atores envolvidos e uma sinopse da situação.

Elaboramos três grupos de cronologias: 1. Cronologia dos eventos da UES apenas da sindicância do DEIJ; 2. Cronologia dos eventos da UES, com base no acompanhamento do GI, nos documentos da sindicância da Defensoria Pública e em investigações nos Diários Oficiais do Estado e nas notícias públicas - Anexo 2 [Dossiê UES]; e 3. Cronologia do processo de cada jovem internado.

Os eventos das duas cronologias da UES se complementavam. Em alguns, os documentos se repetiam, mas para uma primeira organização foi necessário separá-los,

¹⁶ As informações contidas na tese sobre esses dois jovens são referidas brevemente em alguns momentos de contextualização geral do funcionamento da máquina UES com fundamento em relatos e documentos compartilhados por atores do campo da socioeducação e do sistema de justiça juvenil nos encontros do GI.

¹⁷ Dos *DOCUMENTOS-PROCESSOS*, consultamos: 4338 páginas referentes aos processos de medida socioeducativa dos sete jovens e 2396 páginas referentes aos quatro processos de interdição civil.

¹⁸ Do *DOCUMENTO-SINDICÂNCIA*, foram consultadas 1722 páginas de nove volumes do procedimento do DEIJ e 142 páginas de um volume do procedimento da Defensoria Pública. As duas sindicâncias estavam em andamento até o término deste estudo e o material analisado foi pesquisado até junho de 2010.

de forma a compreender as interpelações entre o Judiciário, os defensores públicos e os atores da contraposição ao internamento UES.

O procedimento seguinte de análise foi a organização dos processos dos jovens e dos eventos da UES nos seguintes passos: a seleção de fragmentos dos documentos considerados significativos que foram codificados e depois aglutinados e articulados em redes de análises dos dados primários.

Dada a extensão das informações, utilizamos uma ferramenta informática para analisar as cronologias dos processos dos jovens, pois facilitava a análise qualitativa de grandes volumes de dados textuais: o Atlas ti¹⁹. Esse software integrou a informação que dispúnhamos, facilitando a organização, busca e recuperação dos dados. Não aplicamos a análise do Atlas ti nas duas cronologias dos eventos da UES, pois já tínhamos organizado o material manualmente, antes de conhecer essa tecnologia analítica, em um formato de tabelas, mas seguindo o mesmo trâmite executado pelo Atlas ti.

O Atlas ti possibilitou submeter os dados a uma rigorosa desfragmentação depois de um constante “ir e vir” pelos dados brutos, com destaques e caracterização dos trechos dos documentos.

Blocos de textos foram agrupados e codificados (por exemplo: TPAS em questão; História Familiar Delitiva e Continuidade do internamento) para posteriormente serem conectados em séries (Figuras da gestão da criminalidade, Produção do TPAS). As codificações e os agrupamentos encontram-se no Anexo 3.

O terceiro procedimento de análise, após as duas primeiras fases (elaboração das cronologias e codificação-aglutinação-articulação de redes analíticas) foi uma periodização dos principais movimentos da UES e dos momentos de tensionamentos/inflexões, sobretudo no que diz respeito aos intercruzamentos dos saberes psi-jurídicos.

Nessa última etapa passamos à busca de *séries* delimitando movimentos de repetição/consolidação/legitimação, bem como acontecimentos incomuns, “paradas” ou inflexões.

¹⁹ O Atlas ti nos foi apresentado durante o estágio de doutorado Sandwich em 2010 na Universidade Autônoma de Barcelona (UAB) pela Professora Dra. Jenny Cubells Serra. O material de subsídio foi o manual do Professor da UAB Juan Manuel Muñoz Justicia (2005) “Análisis cualitativo de datos textuales com Atlas ti 5”. O Software foi desenvolvido pelo alemão Thomas Muhr e para maiores informações indicamos o sítio do programa: www.atlasti.com.

As séries instauradas dispunham-se como sistemas verticais analíticos sobre a ordem das narrativas dos acontecimentos em periodizações, mas postas não como unidades classificatórias, mas como uma série de enunciados descritivos que condensam ligações ou relações assinaláveis. Analisamos, também, jogos de diferença e desvios que produzem comparações: correlações mais permanentes e também linhas divergentes desniveladas. Como nos ensina Foucault (2008a), a produção de *série* envolve:

“definir para cada uma seus elementos, fixar-lhes os limites, descobrir o tipo de relações que lhe é específico, formular-lhes a lei e, além disso, descrever as relações entre as diferentes séries, para constituir, assim, séries de séries, ou “quadros”: daí a multiplicação dos estratos, seu desligamento, a especificidade do tempo e das cronologias que lhes são próprias; daí a necessidade de distinguir não mais apenas acontecimentos importantes (com uma longa cadeia de consequências) e acontecimentos mínimos, mas sim tipos de acontecimentos de nível inteiramente diferente (alguns breves, outros de duração média, como a expansão de uma técnica, ou uma rarefação da moeda; outros, finalmente, de ritmo lento, como um equilíbrio demográfico ou o ajustamento progressivo de uma economia a uma modificação do clima); daí a possibilidade de fazer com que apareçam séries com limites amplos, constituídas de acontecimentos raros ou de acontecimentos repetitivos” (p. 8/9).

Foram privilegiados os conjuntos de enunciados que colocavam em pauta os discursos psi-jurídicos em meio à multiplicidade de discursos que se entrecruzavam. Como descreve Foucault (2008a),

“trata-se de compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites da forma mais justa, de estabelecer suas correlações com os outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui” (p. 31).

Partindo das cronologias e dos agrupamentos/séries, cruzamos informações/ações de documentos distintos (por exemplo, notícias jornalísticas e documentos oficiais da UES), buscando delinear as dimensões e *linhas de força* que operavam na constituição da máquina UES. Mapeamos os *bastidores* e as lutas travadas em relação à UES, buscando sinalizar os lugares institucionais e as posições dos atores envolvidos em seu cenário e enredo e a complexa trama de articulações, a rede de relações de saber-poder que ali se atualizava.

1.3 Uma pesquisa em meio à instituição do segredo

Elegemos três situações que emergiram no processo de contratação e que nos permitem apresentar um jogo de instituição do segredo. Elas falam da UES como “segredo de Estado”:

1. O processo jurídico, documento de domínio público ou privado?
2. A negativa dos prontuários pela SES.

3. A pesquisa vai à audiência.

O processo jurídico, documento de domínio público ou privado?

Sabe-se que, segundo Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, toda pesquisa que envolve seres humanos deve ter sua aprovação pelo comitê de ética da universidade ou do local onde será feito o estudo. De antemão, a proposta desta pesquisa era um estudo envolvendo seres humanos de modo indireto, porque manejaria informações sobre eles em documentos privativos.

No caso do prontuário, o entendimento de privacidade era explícito, pois o prontuário é um documento do usuário do serviço e de responsabilidade dos profissionais envolvidos com o usuário.

No caso do processo jurídico, uma questão se colocava, pois se, por um lado, abrange a vida das partes envolvidas na questão judicial, por outro, é um documento de domínio público que qualquer cidadão pode acessar no balcão do cartório dos fóruns para realizar uma pesquisa – com exceção dos processos que tramitam em “segredo de justiça”, caso apenas dos processos dos jovens da UES no âmbito da justiça juvenil. Essa restrição não se aplicava aos processos de interdição civil. Sabendo dessa disponibilidade pública dos processos de interdição civil dos jovens, entendia-se que a autorização deveria incidir apenas nos processos da socioeducação.

No entanto, o debate sobre o caráter público do processo civil se colocou quando solicitamos a autorização para a pesquisa, o que exigiu da pesquisadora um enorme investimento de articulações e produção de esclarecimentos aos responsáveis pelos documentos para conseguir o acesso a eles.

Das oito solicitações feitas, cinco fóruns autorizaram o acesso aos autos do processo; dois não autorizaram, com o argumento de que o processo tramitava em “segredo de justiça”, para proteção da imagem do jovem; e em um deles não obtivemos resposta (visto os limites temporais da pesquisa, decidimos desistir do acesso a esses autos). Pelo menos três demandaram encontros presenciais entre as pesquisadoras e juízes, bem como longas explicações.

Cabe lembrar que nos casos de interdição civil os jovens em questão são adultos e o ECA (1990) não é mais normativa de referência, tanto que acompanhávamos livremente o andamento processual dos jovens da UES no sítio do TJ/SP, com informações minuciosas do caso. Reforçando nosso entendimento de que esses

documentos são públicos, um episódio: em uma das sete solicitações de acesso aos processos de interdição civil, o responsável pelo cartório do fórum declarou que o processo era público e não demandava autorização de acesso.

Precisar de autorização para ter acesso a algo que é público provoca importantes indagações quanto aos *jogos de poder-saber* (Foucault, 2006e) que estão em questão nesse documento público-privado.

M. Spink e Menegon (2004) esclarecem que os documentos de domínio público são importantes na formulação e manutenção de estratégias de *governamentalidade*. “Sua (do documento) presença reflete o adensamento e ressignificação do tornar-se público e do manter-se privado; processo que tem como seu foco recente a própria construção social do espaço público” (P. Spink, 2004, p. 126).

O fato de os DOCUMENTOS-PROCESSOS das ações de interdição cíveis analisadas serem teoricamente públicos, mas protegidos por segredo de justiça, por determinação formal ou informal, põe em questão a finalidade dos mesmos e evidencia um movimento de blindagem. Impede a problematização de decisões de caráter público que incidem sobre a vida destes jovens.

O direito à análise dos documentos entendidos ou ditos públicos proporciona visibilidade para os sentidos e práticas construídos no debate em questão, os saberes e fazeres psi-jurídicos. Compreendemos que obscurecer a sua dinâmica e funcionamento sinaliza restrição de direitos e de liberdades.

A negativa dos prontuários pela SES.

A segunda situação analisadora ocorre quando solicitamos à SES-SP, responsável pelo “tratamento” de saúde na UES, documento privativo do jovem: o prontuário. Enviamos à SES, na figura do Secretário do Estado de Saúde de SP, ofício em conformidade com modelo de consentimento informado, explicando o objetivo da pesquisa e suas implicações, e com detalhamento do procedimento de acesso às informações de todas as etapas do estudo.

A resposta recebida foi negativa à realização de pesquisa e teve como justificativa o sigilo das informações. O Chefe de Gabinete da SES explica que: “Primeiramente, cabe destacar que a internação de todos os **pacientes** na Unidade Experimental de Saúde se deu por **determinação judicial**, proferida em processos cujo **Segredo de Justiça** foi instaurado pelo MM. Juiz das causas” (grifos nossos). Conclui

que o sigilo deve ser garantido porque as informações dos prontuários foram produzidas na relação médico/equipe-paciente e apenas para fins de cuidados médicos.

Esclarecendo que a pesquisa cumpriria esse critério de sigilo, exigência da legislação atual da pesquisa envolvendo seres humanos, enviamos novo ofício, em resposta ao argumento do sigilo. Nele, explicitamos que a pesquisa detinha tanto a aprovação para realização do estudo do Comitê de Ética da PUC-SP, como a autorização para realização da pesquisa do Poder Judiciário – DEIJ e de três Juízes Cíveis, garantindo, assim, o cumprimento das determinações de anonimato dos casos.

Porém, em segunda resposta, a SES, amparada por um parecer jurídico, nega novamente o acesso aos prontuários, citando o entendimento de que, como os jovens estavam internados por decisão do Poder Judiciário, a SES não poderia responder a essa demanda, sendo responsabilidade do Poder Judiciário autorizar ou não o acesso aos documentos solicitados.

Nessa resposta, a SES declara que cumpre ordens judiciais para manter os jovens internados: “Essas internações são decorrentes, cada uma delas, de uma relação que se estabeleceu entre a UES e o Poder Judiciário, vez que são internações compulsórias. A UES, nesses casos, é cumpridora de ordem judicial”. Ressalta, ainda, que a internação estaria fundamentada “nas disposições do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA e para fins de assistência em saúde mental – Lei 10216/01” (Procurador do Estado, Consultoria Jurídica, SES, 15/01/10).

Pelas informações do GI, soubemos que houve também a negativa do acesso aos prontuários aos responsáveis legais do jovem (advogado de defesa e curador/familiar), bem como ao próprio jovem. Ora, sabe-se que, segundo o Código de Ética Médica (Resolução 1931/2009), o usuário deve ter acesso livre ao seu prontuário.

“Pelo exposto, nesta esfera administrativa resta-nos vedado avaliar os poderes conferidos a Vossa Senhoria (representante legal-advogado de defesa) no processo judicial em questão, protegido pelo manto do Segredo de Justiça, bem como autorizar o pedido de vistas do Prontuário Médico em comento, o que é de competência do MM Juiz da Causa” (Resposta da SES/SP em 13/02/09 ao advogado defesa de um dos jovens custodiado na UES).

Nessa negativa de acesso ao prontuário, tanto para essa pesquisa como, principalmente, ao jovem, a SES contribui para um ocultamento do equipamento UES, levantando, para a pesquisadora, uma suspeita: estariam os prontuários fora das normativas de ética vigentes (Código de Ética Médica e Resolução 196/96)? A justificativa da SES foi fundamentada em argumentação jurídica da Procuradoria do

Estado sobre a relação da UES com os jovens a partir do crivo do Poder Judiciário:

“por se tratar de internações decorrentes de ordem judicial, a disposição de dados relativos a esses internos a pessoas e fins diversos daqueles voltados diretamente ao tratamento de cada um deles depende de autorização judicial específica, ainda mais em se tratando, como tudo leva a crer, de pessoas internadas com fundamento nas disposições do Estatuto da Criança e do Adolescente e para fins de assistência em saúde mental – Lei 10.216/01. Por conseguinte, ante a origem e natureza da relação da internação (UES e Poder Judiciário – internação compulsória/cumprimento de ordem judicial), assim como, por se tratar de pessoas sob o amparo do ECA, concluo a impossibilidade de, administrativamente, se permitir o manuseio do „prontuários médicos” dos internos arrolados à f. 3, sendo a autorização judicial requisito imprescindível para o caso” (Procurador do Estado, 15/01/10).

Posteriormente, identificamos nos processos dos jovens, juntados aos autos por determinação judicial, alguns registros das atividades e do tratamento ofertado na Unidade tais como: *relatório mensal do tratamento*, com descrição das atividades da rotina da unidade e com evolução clínica; *comunicados e termos de declarações* da SAP de situações do cotidiano do internamento; *autorização de saída e informações técnicas*.

Decidimos, ao invés de prosseguir com a solicitação de acesso aos prontuários, colocar em análise as cenas das negativas como pistas que orientam o percurso da pesquisa, com registro de seus efeitos e que dizem do seu *campo-tema*. Nosso material de análise estaria, então, no processo judicial.

A pesquisa vai à audiência

No âmbito do DEIJ, responsável pela guarda dos processos no período de cumprimento de medida socioeducativa²⁰ (fluxo da justiça juvenil), uma audiência foi

²⁰ A medida socioeducativa é regulada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente que dispõe em suas preliminares que: Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade. Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Os artigos específicos e fundamentais do ECA (2000) que tratam do ato infracional e das medidas aplicáveis ao adolescente com autoria de transgressão social-legal se seguem: Art. 103. Considera-se ato infracional a conduta descrita como crime ou contravenção penal. Art. 104. São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às medidas previstas nesta lei. Art. 112. Verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente

agendada pela Juíza em função do nosso pedido de autorização para a realização de pesquisa.

Essa audiência ocorreu com as pesquisadoras (em resposta a uma “convocação”), a promotoria e duas juízas do DEIJ. Iniciada de modo formal, apenas entre juíza e pesquisadoras, com registro da nossa identificação por escrevente, a audiência logo passa a outra sala, a da direção do DEIJ, agora de modo aparentemente mais informal, com a presença de promotor e outra juíza. O tom da discussão é o da responsabilidade sobre o fazer ciência e suas implicações políticas. Nesse diálogo, esclarecemos o objetivo do estudo, salientando nosso interesse quanto às políticas de saúde mental dos adolescentes em conflito com a lei e, a partir disso, os interlocutores do judiciário demandaram uma perspectiva “propositiva” do estudo, em contraponto ao tom analítico, crítico das pesquisas.

Nesse encontro, explanaram que a UES deveria ser um espaço de “experiência” e não de “depósito” como estava acontecendo; isso estava se dando, segundo eles, porque a SES-SP não se responsabilizava pelo tratamento dos adolescentes. Enfatizaram, ainda, que a audiência não tinha a finalidade de “censura”.

Pactuamos noticiar os resultados da investigação para o sistema de justiça juvenil e sugerimos que, caso eles quisessem trazer suas observações e testemunhos no âmbito da pesquisa sobre a constituição da UES, poderíamos ouvi-los.

Trazer para a análise essas cenas permite-nos visibilizar algumas redes de saber-poder postas na investigação. Nessa etapa da negociação da pesquisa, percebemos o Sistema de Saúde blindado, com a negativa da SES ao acesso dos prontuários, e repassando a responsabilidade sobre os documentos dos jovens aos juízes dos casos. A própria Justiça vale-se do argumento segredo de justiça, mesmo quando se trata de documento público. Por fim, uma espécie de alerta sobre o caráter crítico da pesquisa conforma-se na quase audiência de autorização. Nota-se, assim, um interesse no acobertamento do funcionamento e das responsabilidades relativas à UES; uma espécie de segredo de Estado.

poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas: I- advertência; II- obrigação de reparar o dano; III- prestação de serviços à comunidade; IV- liberdade assistida; V- inserção em regime de semi-liberdade; VI- **internação em estabelecimento educacional**; VII - **qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI. Cabe ressaltar que a** medida aplicada ao adolescente levará em conta a sua capacidade de cumpri-la, as circunstâncias e a gravidade da infração (parágrafo 1º do art 112) **e os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições** (parágrafo 3º do art 112).

Capítulo 2 – DOSSIÊ UES: deslocamentos e negociações psi-jurídicas na gestão da criminalidade juvenil no Estado de SP

Neste capítulo, traçaremos uma história da UES, a unidade de saúde do Estado de São Paulo destinada a adolescentes autores de atos infracionais com necessidade de tratamento em regime de contenção. A história que contaremos abarca o período de 2002 a 2010, mas a UES ainda segue seu percurso de existência enquanto equipamento público. Rastreamos e tateamos as negociações que deram ensejo a diferentes projetos até a escolha de um deles, sua implantação e sua operação. Para traçar esse percurso, organizaremos a narrativa, de um lado, cronologicamente e, de outro, acompanhando desvios, inflexões de rumos e definições/estabilizações que se foram produzindo.

Esta história delinea vetor central da política de gestão da criminalidade juvenil de São Paulo. Mesmo atingindo um número quantitativamente insignificante de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa no Estado, esse vetor evidenciará sua potência analisadora ao explicitarmos suas conexões com determinadas lógicas de poder.

Ao longo da tese, veremos como essa história se desdobra em um tempo mais longo e no contemporâneo. Neste primeiro momento, optamos pela forma DOSSIÊ – uma escolha política. Mimetizaremos a forma processual judicial de produção de verdade fazendo uma apresentação exaustiva de dados-*provas* que pontuam os PROJETOS UES e a inauguração da MÁQUINA UES. Ao longo do corpo do DOSSIÊ, o leitor se deparará com caixas de sínteses contendo um extrato dos movimentos da história a ser contada e sua marcação cronológica. Ainda, para que se possa situar no complexo emaranhado de vozes que compõem este DOSSIÊ, o leitor encontrará dentre os anexos da tese, o anexo do DOSSIÊ UES composto por: glossário dos atores institucionais desta história – Anexo 1 [Dossiê UES] e cronologia dos principais eventos vinculados à UES – Anexo 2 [Dossiê UES].

A estrutura do DOSSIÊ comporta ainda quadros sinóticos com marcações temporais do internamento de nove jovens internados nos primeiros quatro anos de funcionamento da UES, primeiro no sistema socioeducativo, na FEBEM, via Justiça Juvenil e, posteriormente, na UES, via Justiça Cível.

O DOSSIÊ é constituído de três grandes períodos que se conectam e às vezes se sobrepõem.

O primeiro período circunscreve-se ao primeiro ano de instauração do processo administrativo do DEIJ (2002). Nesse momento, foi estabelecido o objeto do PROJETO UES: atenção especializada com contenção ao sujeito perigoso “portador do Transtorno de Personalidade Anti-Social (TPAS)”. Esse período segue um movimento específico da elucidação da demanda de atendimento à construção de alianças dos saberes envolvidos na gestão do TPAS.

Nessa história da UES, gestores jurídicos, da saúde e da assistência, envolvidos indiretamente no atendimento aos jovens “incapazes” no serviço de atendimento socioeducativo, reconhecem uma situação de omissão e desarticulação governamental na política de atendimento nesse internamento. As soluções foram diversas: de criação de abrigo permanente (ofertada pelo Judiciário) à intervenção intersetorial, entre saúde e assistência social, no atendimento da rede de serviços já estabelecida (oferta da Secretaria de Saúde de SP). Diante desse impasse, o foco do TPAS é relatado e a teoria da periculosidade passa a ocupar o cenário em questão de modo explícito. A demanda é por investimento na política de contenção do “sujeito perigoso”, mas o executivo acusa a ausência de local adequado para esse tipo de tratamento. A fim de propor intervenções com adolescentes e jovens da FEBEM, foi criado em 2002 grupo de assistência das Secretarias Estaduais da Assistência (SEADS) e da Saúde (SES), que acorda construção de projeto intersecretarial de abrigo: PROJETO 01 – Lar Assistido para adolescentes da FEBEM. Contudo, o projeto não atende à demanda, pois o abrigo seria sem contenção e, como já anunciado, o objeto central da gestão psi-jurídica é o TPAS que conforma um “risco-perigo” “intratável”. Os gestores da SES e SEADS colocaram a periculosidade em questão, entretanto, outro ator, o Judiciário, reafirmou o conceito da periculosidade e, desse modo, clamou por intervenção urgente. O governo paulista cedeu e abriu exceção na oferta de tratamento no fluxo já estabelecido pelo SUS e se coloca aberto à criação de atendimento especial ou na FEBEM ou via SAP (Secretaria de Administração Penitenciária). Esses encontros psi-jurídicos de trocas de saberes e exigência de fazeres reformulam e inovam a parceria entre o Juiz e o Médico.

O segundo período tem duração de quatro anos (de 2003 a 2006). Com a definição do objeto do PROJETO UES, passamos à segunda fase: a negociação de uma nova regularidade no campo da saúde mental e do sistema socioeducativo para a criação

de unidade especializada de saúde com contenção de jovens TPAS.

Nessa fase tivemos o esboço de três projetos e a apresentação de duas plantas arquitetônicas. Realizam-se audiências entre executivo e Judiciário e é feito um acordo do abrigo. A SES, ao mesmo tempo que se disponibiliza a elaborar projeto prático para o TPAS, propõe medida de segurança para esses casos. O Judiciário nega o internamento do TPAS na rede de atendimento na SAP. A Assistência Social sai da cena política e se insere apenas no plano de trabalho para os casos ambulatoriais. Nisso, a SES defende novamente o atendimento extra-hospitalar e comunitário, e chega a ser intimada a responder por omissão. O direito à saúde é o novo mote para o “Moderníssimo hospital de atendimento psiquiátrico” para o TPAS (SES, 2004). A SES volta atrás e investe no PROJETO 03 – Centro de Tratamento e Recuperação de jovens portadores de desvio de personalidade (2005). Passa-se de Lar assistido a Centro de Tratamento, mas que ainda considera a autonomia do sujeito ao tratamento. Inicia-se o projeto com um PROGRAMA de saúde mental da FEBEM (2006) que estabelece um circuito avaliativo em parceria com NUFOR e IMESC. Com a seleção dos sujeitos TPAS, resta ainda o primordial: a edificação da MÁQUINA UES de “prevenção, tratamento e reabilitação”.

No terceiro período (de 2006 a 2010) acompanhamos o isolamento do TPAS do circuito FEBEM. Passamos do estatuto de PLANO DE TRABALHO da Unidade Experimental (2006), ato de “responsabilidade social” da UNIFESP e FEBEM (e de significativa inovação tecnológica – com modelo moderno de controle) à MÁQUINA UES inaugurada em 2007 (como PROJETO 04) e oficializada em 2008. Em 2007, a máquina inicia suas operações a partir do primeiro internamento na UES ainda da FEBEM. No entanto, mesmo com novos internamentos (mais oito jovens) até início de 2009, a SES, que assume a gestão geral da UES em 2007, resiste ao tratamento do TPAS, mas, ao mesmo tempo, cumpre as determinações de internação psiquiátrica compulsória. No caso do primeiro interno, com coação legal do Judiciário.

A FEBEM passou a auxiliar o internamento na UES e ajusta-se o fluxo UES. O PROJETO UES (2009) para casos raros alcança repercussão nacional. Ainda em 2009, apesar de a MÁQUINA UES sobreviver, o internamento de novos casos é interrompido e a rotina da UES demonstra ausência do tão esperado moderno tratamento especializado. A última notícia que finaliza o Dossiê UES é a abertura para novas roupagens da política de internamento do TPAS à “drogadição” com a criação de nova MÁQUINA UES para novo grupo pouco habitual que precisa ser controlado com práticas

humanitárias e modernas de tratamento.

Na última parte do Dossiê apresentamos os atos de resistência que mapeamos no período de 2007 a 2011. Nesse cenário apresentamos os marcos legais que regulam a perspectiva “garantista” dos atores do GI e os documentos que são subsídios desse movimento de contraposicionamento à política investida na UES.

Convidamos o leitor a se deixar afetar pelos documentos e mergulhar nesta história.

2.1 Aproximação dos saberes psi-jurídicos e a construção da demanda de saúde mental

A DEMANDA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL (2002) – CASOS DE ADOLESCENTES “INCAPAZES” NÃO ATENDIDOS NO CUMPRIMENTO DA MEDIDA SOCIOEDUCATIVA. OMISSÃO, DESARTICULAÇÃO GOVERNAMENTAL E RESISTÊNCIA À EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE ATENDIMENTO NO INTERNAMENTO. FEBEM AMEAÇADA DE OMISSÃO. PROPOSIÇÃO DE ABRIGAMENTO PERMANENTE POR PARTE DO JUDICIÁRIO. PROPOSTA DA SES PELA ARTICULAÇÃO DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL NO ATENDIMENTO PELA REDE DE SERVIÇOS.

O enredo da UES inicia-se pelas peças processuais de adolescentes internados na FEBEM. A situação-problema inaugural é relacionada ao adolescente que:

“acometido de deficiência mental moderada e sem qualquer capacidade para assimilar a medida socioeducativa, permaneceu indevidamente na FEBEM por mais de quatro meses à espera de um encaminhamento adequado”.

(Corregedoria do DEIJ, DOCUMENTO-SINDICÂNCIA, 19/02/02)²¹

A notícia de omissão frente à demanda de saúde mental de adolescente autor de ato infracional é a propulsora do PROCESSO SINDICÂNCIA. Segundo a Corregedoria do DEIJ (2002):

“situação essa decorrente não apenas de desarticulação entre as Secretarias de Governos envolvidas na questão (SES e SMS, SMADS, SEAS, Secretaria Especial da Juventude, Esporte e Lazer), mas também de comprovada resistência dos órgãos públicos no tocante a disponibilizar atendimentos e/ou equipamentos adequados a jovens em conflito com a lei”.

A mesma Corregedoria afirma que essa demanda “se arrasta por anos”, causando “nefasto prejuízo aos adolescentes envolvidos”, e resolve que “a FEBEM, como órgão

²¹ Cabe explicar que as citações diretas dos materiais analisados (trechos de resoluções, partes de processos do DEIJ, documento da sindicância do DEIJ ou da Defensoria etc) nessa tese quando referidas serão compostas apenas da autoria do documento, da identificação do documento e de sua data de publicação. Esclarecemos que essas citações não serão compostas da paginação do documento, pois elas estão nas cronologias com a referência da primeira página do documento e da última. Portanto, as citações estão resguardadas nas cronologias que não foram anexadas na tese, já que são materiais brutos de análise. De todo modo, está garantida a menção da informação direta de outra fonte.

da Administração indireta do Estado, incumbida da execução das políticas públicas para garantir atendimento eficiente aos jovens que tenham praticado atos infracionais”, “deve mobilizar-se para resolver a problemática”, “sob pena de ficar caracterizada a omissão da instituição e de seus dirigentes”.

Para a resolução desses casos, realiza audiência (08/02/2002) pela qual a Justiça Juvenil interpela o Executivo cobrando “o cumprimento do atendimento especializado e de prevenção para os adolescentes portadores de deficiência física e mental e os de transtorno mental”.

A SES²², em resposta ao Poder Judiciário, propõe diferentes fluxos para as diversas situações no âmbito dos serviços de assistência social e saúde, conforme podemos ver no Quadro 1. A situação, no entanto, permanece não-resolvida.

Quadro 01: Primeira proposta da SES de fluxo de atenção especializada em saúde mental (08/02/02)

Casos	Fluxos de atendimento
“deficiência mental leve ou moderada”.	A Assistência social abrigaria e a Saúde se ocuparia com o atendimento médico no território do adolescente.
casos “graves [‘psicose’]”.	A SES via ofício judicial encaminharia para hospital psiquiátrico para nova avaliação psiquiátrica.
“jovem portador de personalidade anti-social”, sem retaguarda familiar.	A assistência arcaria com o equipamento adequado para abrigar o jovem e cuidaria da reestruturação da família. A SES forneceria o equipamento ambulatorial médico e psiquiátrico necessários.

²² A SES é, nesta época, representada por assessor de saúde mental da coordenadoria de saúde da região metropolitana da grande São Paulo da SES. O qual, posteriormente, torna-se perito médico-psiquiatra credenciado no IMESC e integrante do convênio deste com a FEBEM, responsável por avaliações psiquiátricas de cinco dos sete casos analisados por esta pesquisa.

O FOCO NO TPAS (2002) – A PERICULOSIDADE OCUPA A AUDIÊNCIA. INVESTIMENTO NA POLÍTICA DE CONTENÇÃO DO SUJEITO PERIGOSO. O EXECUTIVO ACUSA AUSÊNCIA DE LOCAL ADEQUADO PARA TRATAMENTO COM CONTENÇÃO. CRIADO O GT SEADS E SES PARA PROPOSIÇÃO DE INTERVENÇÕES COM ADOLESCENTES E JOVENS DA FEBEM. A FEBEM MAPEIA OS CASOS DE RISCO-PERIGO. SEGUNDA AUDIÊNCIA COM ACORDO DE CONSTRUÇÃO DE PROJETO INTERSECRETARIAL DE ABRIGAMENTO. PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO DA REDE DE PARCEIROS NOS PROJETOS DE ABRIGAMENTO. PROJETO 01, LAR ASSISTIDO (SES, SMADS, UNIFESP E FEBEM) PARA ADOLESCENTES DA FEBEM.

Frente a tal demanda, a Corregedoria do DEIJ instaura o PROCESSO SINDICÂNCIA em 19/02/02 quando atua intensamente, criando dispositivos de comunicação e trabalho intersecretariais (Audiências via intimações, GTs, Reuniões) para encaminhar soluções para as demandas de saúde mental. Realiza a primeira audiência, em 08/03/02, com os atores do DEIJ (Corregedoria, MP, Defensoria Pública²³ e coordenação da Equipe Técnica do Juízo – ETJ), dos representantes gestores estaduais e municipais da Saúde e da Assistência Social (SES, SMS, SEADS e SMADS) e da FEBEM, executora da demanda da justiça juvenil (Diretoria técnica e de Saúde, e um Psiquiatra).

Nesse evento solene, retoma-se que alguns “jovens infratores sem retaguarda familiar” apresentam **periculosidade e**, pelo **risco** de voltarem a **delinquir**, necessitam de tratamento psiquiátrico prolongado. Entende que não podem progredir para o meio aberto e, quando desinternados da FEBEM, devem continuar sob **tratamento psiquiátrico** dotado de **contenção**.

As Secretarias de Saúde e Assistência Social, porém, asseguram que o Estado não dispõe de locais adequados para essa finalidade. Tal vácuo, por determinação do DEIJ, desemboca na criação de Grupo de Trabalho, entre a SES e SEADS. Nesse momento, a demanda inclui também o jovem adulto com mais de 18 anos. Determina-se que as secretarias deverão apresentar relatório dos debates travados e o psiquiatra da FEBEM apresentará dados estatísticos para fundamentar a demanda da FEBEM, com indicação de diagnósticos e tratamentos adequados.

Na segunda audiência da sindicância (12/04/02), as Secretarias acordam elaboração de projeto de abrigo nos serviços de assistência (SEADS) em parceria com a saúde (SES) para adolescentes autores de atos infracionais com *deficiência mental leve*

²³ A Defensoria Pública de SP, até 2006, era nomeada como Procuradoria de Assistência Judiciária (PAJ). Nessa pesquisa conceberemos essas nomenclaturas como sinônimas. Cabe explicar que a PAJ era um braço da Procuradoria do Estado. Ela existia devido ao dever institucional de oferta de serviço gratuito de defesa, portanto, apesar de nomeá-las como sinônimos, cabe uma ressalva que não ocorreu apenas uma mudança de nomes, mas a criação da Defensoria Pública se valeu de uma mudança mais complexa.

e moderada associada a distúrbio de conduta ou de comportamento e com psicoses que não demandam necessidade de contenção. Destaca-se, no entanto, que o debate ainda seria travado entre os Secretários a partir do projeto a ser apresentado, focalizando os casos de adolescentes (autores de ato infracional) *portadores de psicose crônica* (que dependem ou não de contenção) e de jovens com *personalidade anti-social*.

Em agosto de 2002, o Grupo de Trabalho se subdivide em dois e, especificamente, o GT 2 investe em abrigo como solução para a problemática da saúde mental de adolescentes autores de ato infracional, incluindo aqueles com diagnóstico de “**personalidade anti-social**”.

Conforme informação conjunta – SES e SEADS (2002) – o atendimento desse recorte *delinquencial* estaria fragmentado em diversas atuações pontuais das secretarias de estado, portanto, as discussões deveriam ser ampliadas, possibilitando a entrada de novos atores e de outros setores, sejam eles governamentais ou sociais, para resposta definitiva a essa demanda.

Após articulações, as Secretarias da Assistência, Saúde e Justiça (SES, SMADS, SJDC/FEBEM) conjuntamente com a Universidade (UNIFESP), no final do primeiro ano da Sindicância (2002), apresentam o Projeto LAR ASSISTIDO (PROJETO 01).

O PROJETO 01, apesar de amplamente divulgado, teve sua etapa de implementação suspensa pela ausência de consenso entre os seus responsáveis. Estes demandavam discussão e aprofundamento de certos nós problemáticos, como o do “adolescente portador de personalidade anti-social”. O TPAS é questão em debate desde o primeiro projeto.

O PROJETO 01 é justificado pela situação contemporânea da violência urbana, com reconhecimento da correlação entre o aparecimento de comportamentos anti-sociais e certas características da história de vida dos sujeitos autores da violência. Afirma-se, no entanto, que estas correlações não podem ser analisadas de modo simplificado, bem como as propostas devem fazer jus a sua complexidade.

Resumidamente, a proposta é de um lar substituto para “meninos e meninas com condutas delinquentes”, através de uma ampla articulação entre os poderes Executivo e Judiciário. Baseia-se em pressupostos teóricos psicodinâmicos – da formação de personalidade do indivíduo, e nos marcos legais nacionais e internacionais dos direitos dos adolescentes autores de atos infracionais.

Propõe-se a uma experiência terapêutica, “restauradora de vínculos e de

reinserção social”, elucidando que “não é abrigo, nem internação, nem residência terapêutica, seria um lugar, com características de lar, para atender jovens com perfil delinqüencial, mas que possa ter a garantia de ir e vir”. Trata-se de reproduzir

“as condições de convivência de uma família comum, cerca de oito adolescentes junto com um casal, selecionado, contratado e supervisionado continuamente especificamente para esta tarefa, que assume a função de cuidar deste grupo, recebendo o apoio técnico e a supervisão de um assistente social e de um psiquiatra ou psicólogo que acompanham regularmente o desenrolar da experiência. Deverão ser desenvolvidas, de comum acordo entre as instâncias participantes do projeto, atividades que visem à reintegração social dos adolescentes, bem como a possibilidade de acesso a escolas, serviços de saúde, etc ...” (projeto Lar Assistido, 2002).

A PERICULOSIDADE COMO NÚCLEO DAS GESTÕES PSI-JURÍDICAS (2002/2003) – SAÚDE E A ASSISTÊNCIA SOCIAL PROPÕEM ATENDIMENTO SEM CONTENÇÃO. FEBEM REFERENCIA A PERICULOSIDADE DO TPAS E SUA INTRATABILIDADE. SES E SEADS COLOCAM A PERICULOSIDADE EM QUESTÃO. PRESSÃO DO JUDICIÁRIO PARA ATENDIMENTO DA DEMANDA DE SAÚDE MENTAL. ATENDIMENTOS NA REDE SUS, MAS COM ABERTURA DE CRIAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL NA REDE FEBEM OU SAP. PRESSÃO DA FEBEM POR PARCERIA. REFORMULAÇÃO DE CONTRATO ENTRE JUIZ E MÉDICO.

Após a apresentação do projeto voltado ao perfil TPAS e delineamento do fluxo de atendimento de situações de emergência/crises de adolescente em medida socioeducativa, o Judiciário pontua que a demanda de contenção não estaria solucionada.

As Secretarias de Saúde e Assistência Social (SES e SEADS), em informação conjunta ao DEIJ, de 06/11/02 (nº 01/2002), explicitam que, para a FEBEM, a “periculosidade” dos casos TPAS impede a assimilação da medida socioeducativa:

“A FEBEM vem entendendo que os transtornos de conduta, denominados por ela de “personalidade psicopática”, sobrepõe-se a outros transtornos, uma vez que o “menor” não consegue assimilar a medida socioeducativa e necessita de ambiente de contenção, e desse modo subsiste uma periculosidade”.

(PROCESSO-SINDICÂNCIA, 2002).

Segundo a mesma informação conjunta da SES e da SEADS, a FEBEM manteve unidade de internação para “menores com transtorno mental”. Essa experiência é subsidiada pelo art. 112 §3 do ECA (1990) que exige para casos de “transtornos mentais” o atendimento especializado e, se necessário, em ambiente específico para o cumprimento da medida socioeducativa. No entanto, essa primeira experiência foi avaliada como “malograda” (o documento não detalha sobre a unidade exclusiva, portanto, não temos informações desse malogro).

As Secretarias justificam que as medidas socioeducativa e de contenção não são atividades de saúde e posicionam-se contrárias ao controle do perigo social:

“O conceito de periculosidade é controverso. Não cabe ao órgão executor de ações de saúde a vigilância de pessoas que apresentem perigo social, ainda que apresentem transtorno mental associado” (SES e SEADS, 2002, grifos nossos).

Em audiência com o DEIJ, as Secretarias (SES e SEADS) resistem à oferta de qualquer estabelecimento para estes casos.

Assim mesmo, sob pressão do Judiciário, pela obrigatoriedade de “atendimento de saúde mental adequado, conforme preconiza o artigo 112, §3 do ECA”, apresentam os encaminhamentos específicos para as seguintes situações:

Quadro 02: Fluxo para casos com demanda de saúde mental acordado entre DEIJ-SES-SEADS (06/11/02)

Situação do Adolescente/Jovem	Proposta de atendimento
Jovens internos da FEBEM que necessitam de atendimento ambulatorial.	A FEBEM atenderia em sua própria estrutura de atendimento ambulatorial, mas fora dos limites de suas unidades para evitar os riscos da instituição totalitária.
Jovens internos na FEBEM “que entram em surto psicótico”.	Haveria atendimento em intervenções de crises em ala do Pinel ou em internações provisórias em Hospitais Gerais .
Jovens internos na FEBEM com “deficiência mental leve ou moderada”.	A SEADS abrigaria e seria capacitada pela SES com projeto de inclusão social envolvendo a SEE.
Jovens internados na FEBEM com “deficiência mental leve ou moderada associada a transtorno de conduta”.	Aceitando a periculosidade de determinado indivíduo, sua reclusão deveria ser assumida pela Secretaria de Justiça , seguindo o exemplo das Casas de Custódia e Tratamento (SAP) . Alternativamente, a FEBEM organizaria sua própria estrutura de atendimento de internação (tratamento) específica para estes casos, preferencialmente fora dos limites de suas habituais unidades de internação.
Pessoa desinternada com “deficiência mental sem amparo familiar”.	Haveria Abrigo e CAPS de acordo com SUS.
Pessoa desinternada da FEBEM com “transtorno mental sem retaguarda familiar”.	Haveria Abrigo e CAPS de acordo com SUS.
Pessoa desinternada da FEBEM com TPAS e demanda “estrutura de contenção”.	Ausência de instituição, seja pública ou privada, especializada no atendimento deste tipo de demanda, estando o atendimento fragmentado em diversas atuações pontuais das Secretarias do Estado.

Em síntese, a partir das discussões efetuadas, os dois GTs Intersecretariais (em 2003) propõem diferentes ações para distintos usuários do serviço de saúde e da assistência social: 1. o usuário em cumprimento de medida socioeducativa regulado sob a égide do internamento e 2. o usuário desinternado da rede de atendimento FEBEM. Esse último subdividido em dois tipos: 2.1 o tipo desinternado sem “retaguarda familiar” e 2.2 o tipo desinternado com “demanda de contenção”.

Os tipos desinternados sem retaguarda familiar (2.1) poderiam ser os com diagnósticos de “deficiência mental” e os com “transtorno mental” sem necessidade de contenção. Esses seriam atendidos via políticas públicas de São Paulo para *reinserção social* (abrigo e CAPS e/ou hospital psiquiátrico).

Para os tipos desinternados com diagnósticos de TPAS e, segundo análise, subsequentemente, com “demanda de contenção” não havia fluxo especializado. Analisou-se que o atendimento ocorria “fragmentado” na rede de serviços públicos da saúde e assistência.

O grupo em período de internação era classificado como “**população da FEBEM**” e, por isso, deveria ser tratado por ela. Nos casos de necessidade de **contenção**, a **internação** aconteceria em entidade exclusiva para adolescente (em local distinto daquele destinado ao abrigo), com novo modelo de atendimento, que obedeceria à rigorosa separação por critérios de idade, compleição física e gravidade de infração. Para os casos diagnosticados com “transtorno de conduta”, caso se aceitasse a periculosidade individual, a demanda seria da pasta da Secretaria de Justiça por meio do dispositivo de medida de segurança.

Contudo, a presidência da FEBEM, em 01/06/03, requereu parceria nos casos com demanda de abrigamento ou de internação hospitalar para tratamento psiquiátrico e serviços especializados de saúde:

“a FEBEM necessita, respectivamente, dos serviços das **SEADS e SES**, visto que as situações que requerem **esses serviços estão além da missão da Fundação**, que é executar medida socioeducativa e se inserem nas áreas de competências destas pastas, disso resultando a **necessidade de estabelecimento de interfaces**, ações integradas entre todos os órgãos envolvidos, que constituem-se objetivos do atual governo”.

(Presidência da FEBEM, 2003, grifos nossos)

Coloca-se em jogo a demanda de contenção na oferta dos serviços de saúde.

A assistência social se posiciona e defende suas políticas. A saúde se aproxima mais da sugestão da justiça, questiona o TPAS, mas reelabora a oferta e produz o

PROJETO 01 Lar Assistido com carimbo de autoridade do discurso acadêmico (UNIFESP).

O Judiciário, a Saúde e a UNIFESP não estabelecem consenso ainda sobre a metodologia a ser implantada e o tempo de internação. Contudo, alcança-se a reformulação de contrato entre Juízes e Médicos: o PROJETO 01 resiste à idéia de internação indeterminada, mas se concorda que há algo de espetacular e novo em que investir – **os atos anti-sociais**.

2.2 O projeto de internamento em unidade especializada de saúde: negociação de uma nova regularidade

O ACORDO DO ABRIGAMENTO (2003) – NOVA AUDIÊNCIA ENTRE EXECUTIVO E JUDICIÁRIO. SES ACORDA ABRIGAMENTO E ELABORAÇÃO DE PROJETO PRÁTICO PARA O TPAS E PROPÕE MEDIDA DE SEGURANÇA PARA OS TPAS. ASSISTÊNCIA SOCIAL SAI DA CENA POLÍTICA E SE INSERE NO PLANO DE TRABALHO PARA OS CASOS AMBULATORIAIS. PUBLICAÇÃO DE RESOLUÇÃO INTERSECRETARIAL Nº1 (SEADS, SEE, SES E SJDC), COM ACORDO DOS CASOS AMBULATORIAIS. CRIAÇÃO DE GT PROPOSITIVO DE FORMAS ALTERNATIVAS DE ATENÇÃO INTEGRAL.

Diante desse impasse de responsabilidades com o adolescente autor de ato infracional diagnosticado com demanda de saúde, realiza-se nova audiência, em 01/07/03, com os atores do DEIJ (Corregedoria, MP, Defensoria Pública e ETJ), as Secretarias da Educação, Saúde e Assistência Social (SEE, SES, SEADS, SMADS, SMS) e a SJDC-FEBEM (Presidência da FEBEM, representante do NASCA e Psiquiatra).

Nesse encontro, atinge-se novo acordo intersecretarial das respectivas ações e responsabilidades com as demandas de saúde mental nos casos dos jovens internos da FEBEM.

Quadro 03: Acordo intersecretarial quanto às responsabilidades de atender às demandas de saúde mental dos jovens internos da FEBEM (01/07/03)

Situação do Adolescente/Jovem	Proposta de atendimento
Adolescentes diagnosticados como “psicóticos” pela FEBEM.	SES disponibilizaria local adequado no interior do Pinel para atender os casos encaminhados pelo Juízo.
Adolescente diagnosticados pela FEBEM com “deficiência mental leve e moderada”.	SES disponibilizaria abrigo no Lar São Francisco/Jaci/São José do Rio Preto.
	FEBEM se encarregaria do transporte do adolescente para o abrigo e das visitas familiares.
	Assistência Social se articulava com sua rede

	conveniada e eventualmente proporia novas formas de convênio a fim de que sejam inseridos em sua rede de abrigo (prazo 30 dias).
Adolescentes diagnosticados pela FEBEM com “personalidade anti-social”.	SES apresentaria projeto prático (prazo 60 dias).

Todas as secretarias se comprometem a formular uma resolução intersetorial que defina as diretrizes básicas de política de saúde mental para os adolescentes autores de ato infracional e acometidos de “transtorno mental”.

No processo de conciliação das responsabilidades, a Saúde assume verificar, dentre os prédios governamentais, quais podem ser adaptados ou modificados para “abrigar adolescentes com transtornos mentais que exijam contenção”. Mas como não possui estrutura física para atender à demanda com contenção e como o motivo é administrativo e não técnico-ético, sugere que os jovens maiores de 18 anos de idade em cumprimento de medida socioeducativa sejam atendidos nos Hospitais de Tratamento e Custódia da SAP (com a anuência da SAP): “em ambientes que atendem tanto a necessidade de contenção quanto o atendimento de cuidados em saúde e desde que seja atestada a necessidade de cumprimento de **medida de segurança**” (Esclarecimentos da SES à Corregedoria do DEIJ, DOCUMENTO-SINDICÂNCIA, 24/10/03, grifo nosso).

A SES corrobora o posicionamento do Judiciário: “O nosso entendimento é que, os autores de atos infracionais, diagnosticados com **TPAS dissociativa**, deverão estar submetidos a atendimentos em **loais apropriados, com segurança**, em particular os transgressores anti-sociais mais severos” (Esclarecimentos da SES à Corregedoria do DEIJ, DOCUMENTO-SINDICÂNCIA, 24/10/03, grifos nossos).

A controvérsia do conceito de periculosidade não é mais tomada como questão a ser enfrentada e problematizada. O foco passa a ser o diagnóstico do TPAS, o qual, apesar de possuir, em alguns momentos, referenciais distintos de intervenção (tempo cronológico de ocorrência, prognóstico, tipo de tratamento), segundo o Poder Judiciário necessita, indiscutivelmente, de oferta de serviços especializados.

Já a Assistência Social, em ofício posterior à audiência, informa que os abrigos se destinam a crianças e adolescentes em situações de **risco** pessoal e social atendendo aos princípios do ECA. Não dispõe de local adequado, nem quadro de funcionários treinados para a garantia da contenção e do atendimento especial, bem como não tem

recursos materiais para a implantação de atendimento direto ou indireto (convênio) às pessoas com “deficiência mental” com comprometimento psiquiátrico.

Em 18/09/03, foi publicada a Resolução Intersecretarial nº1 SEADS, SEE, SES e SJDC. Este documento expressa o compromisso com as demandas de saúde mental dos adolescentes autores de ato infracional. Porém, o único posicionamento negociado é o seguinte fluxo de atendimento: a FEBEM faria a **seleção** (identificação e avaliação) dos adolescentes por meio de equipe multidisciplinar e a SES atenderia os familiares e adolescentes em intervenções breves na rede de serviços hospitalares no âmbito do SUS do Estado de SP sem contenção (enfermarias de hospitais gerais).

Para discussão dos nós problemáticos, a resolução formaliza o grupo intersecretarial e instituiu Grupo de Trabalho, com a atribuição de avaliar, definir, acompanhar e coordenar a interface das ações intersecretariais. O objetivo: propor formas alternativas de atenção integral aos adolescentes autores de ato infracional; portadores de “personalidade anti-social”, “transtornos mentais” e/ou “deficiência mental”; e em cumprimento de medida socioeducativa.

O MONITORAMENTO DA CORREGEDORIA DO DEIJ DO ATENDIMENTO AOS CASOS TPAS (2003) – NEGATIVA DO INTERNAMENTO NO HCTP. EMBARAÇO DO JUDICIÁRIO NOS CASOS TPAS. INTIMAÇÃO DA SES. DEFESA DA SES PELO ATENDIMENTO EXTRA-HOSPITALAR E COMUNITÁRIO. COBRANÇO DEIJ POR ABRIGAMENTO COM CONTENÇÃO. IMPASSE DO DIREITO À SAÚDE.

Especificamente nos casos de TPAS, a Corregedoria explana que “a hipótese até então cogitada pelos Secretários de Governo envolvidos (transferência dos portadores de psicopatias para alas especiais dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado) foi indeferida pela Corregedoria dos Presídios da Capital²⁴”.

A Corregedoria do DEIJ, em outubro de 2003, cobra manifestação da SES-SP sobre os casos de “personalidade anti-social”. Reitera que vários processos tramitam no

²⁴ Cabe lembrar que a Corregedoria dos Presídios tem a importante função de fiscalizar as unidades prisionais, apurar suas irregularidades e ainda monitorar os procedimentos administrativos, assegurando “qualidade na prestação do serviço público”. Resumidamente, na sindicância, a Corregedoria do DEIJ informa que ensejaram várias requisições judiciais dirigidas à SES com vistas à retirada dos jovens com TPAS do circuito da FEBEM, mas nenhuma foi atendida. A SES como saída para essas requisições propôs internamento alternativo fora do seu fluxo e sugeriu transferência para o HCTP, com a anuência da SAP. A proposta foi negada pela Corregedoria de Presídios. A estratégia de internação no HCTP por meio de execução de medida de segurança continuou ainda por três anos e foi investida também junto aos dois primeiros internos da UES.

DEIJ envolvendo esses jovens. Assegura que eles estão mantidos indevidamente na FEBEM. Relata que os magistrados responsáveis por esses processos não obtêm resolução da SES quando cobram o lugar adequado à sua problemática, estabelecido pelo artigo 112, §3º, da Lei 8.069/90. Explica que esses jovens produzem “desdobramentos desfavoráveis” e “desestabilizam por completo o ambiente de tranquilidades das unidades” (rebeliões e tumultos). Conclui que a falta de solução da SES estaria “em tese embaraçando a ação da autoridade judiciária” (artigo 236 do ECA²⁵) e determina intimação pessoal ao Secretário.

O Secretário da SES SP²⁶, em resposta à intimação do DEIJ, argumenta que a política atual de saúde mental prima pela readequação da atenção/assistência nos moldes da Lei nº 10.216/01, com investimento em serviços extra-hospitalares e comunitários, com redução significativa do número de leitos psiquiátricos de sanatórios clássicos, e deve “Promover a inclusão social daqueles que durante anos permaneceram esquecidos, silenciados, isolados e asilados”.

Em contraponto, o DEIJ alega que as propostas elaboradas não foram atendidas e determina a indicação emergencial de “local adequado”:

- para os jovens “portadores de TPAS”, novamente sugere a proposta de residências terapêuticas (lares abrigados), acrescentando contenção externa e estrutura médica e de pessoal necessários para a terapêutica exigida; e

- para os adolescentes diagnosticados como “psicóticos”. O “Estado não pode circunscrever-se a casos emergenciais, mas deve estender-se também àqueles que, sem respaldo familiar, necessitam de abrigo em instituições adequadas, distintas da FEBEM”.

No entender do DEIJ, sem contenção, configura-se omissão do Estado em atender ao direito do adolescente de receber tratamento adequado à sua problemática. Violam-se princípios constitucionais e da legislação ordinária.

²⁵ Art. 236: Impedir ou embaraçar a ação de autoridade judiciária, membro do Conselho Tutelar ou representante do Ministério Público no exercício de função prevista nesta Lei: Pena - detenção de seis meses a dois anos.

²⁶ O Secretário de Saúde do Estado de São Paulo citado nesta sindicância é o mesmo a partir deste momento da sindicância, 2003, até 2010 – período analisado pela pesquisa. Exatamente neste momento é a primeira vez que ele se pronuncia diretamente ao DEIJ. Antes, vinha sendo representado.

"MODERNÍSSIMO HOSPITAL DE ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO" PARA O TPAS (2004) – LIBERAÇÃO DE VERBA E APOIO DA SES PARA TRATAMENTO DOS CASOS TPAS. PROPOSTA DE CONVÊNIO COM SES, SEE, FEBEM E USP COMO RESPOSTA À OMISSÃO DO ECA E INCIDÊNCIA POLÍTICA. INTIMAÇÃO DA SES E A SOLUÇÃO DO INTERNAMENTO POR SES, SAP E FEBEM – CONFLITO DO TPAS "INCURÁVEL". PROPOSTA DE AÇÃO CIVIL PÚBLICA E PRESSÃO DO GOVERNADOR. NOVA AUDIÊNCIA DE NEGOCIAÇÃO COM PROPOSTA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DOS "PSICOPATAS".

Em 2004, o argumento jurídico da negativa dada à estratégia de internamento em Casa de Custódia regulada pela Justiça Penal foi o limite jurídico entre as duas justiças: a juvenil e a penal (dos adultos), pois os atos infracionais de adolescentes estão circunscritos à justiça juvenil.

A resolução do “assunto unidade terapêutica – personalidade anti-social” recebe novas conformações em 20/01/04, subsidiado por documento incomum: email/Fax anexado na sindicância sem qualquer texto introdutório.

O documento, envolvendo a FEBEM, SES, SEE e Palácio do Governo de SP, evoca que a Chefia de Gabinete da SES apresentou solução para o adolescente da FEBEM com TPAS.

O texto inicial da Presidência da FEBEM retoma que a SES, por insistência da Corregedoria do DEIJ, buscou vagas com a SAP para “disponibilizar espaço adequado para recepção de tais jovens no sistema penitenciário”, mas o Juiz Corregedor dos Presídios indeferiu. Considerando essas intempéries, a SES ofertaria “disponibilidade financeira e pretendia investir em convênio com a FEBEM e a Secretaria da Educação num ambiente da mais alta tecnologia médica (convênio com a USP) para o atendimento de tais adolescentes”.

A proposta “surtirá resultado prático e político ao Governo, uma vez que só o Estado de São Paulo teria uma unidade do gênero”. Indica uma das unidades da Vila Maria, a ser transformada pela SES em “um moderníssimo hospital de atendimento psiquiátrico”. Conclui que “diminuiríamos os **riscos de rebeliões** patrocinadas por tais jovens e daríamos uma rápida e eficaz resposta a uma omissão do próprio Estatuto da Criança e do Adolescente”.

O efeito do discurso psiquiátrico de alta tecnologia médica de atendimento especializado em psicopatia, citado pela Chefia de Gabinete da SES, modifica o cenário anteriormente vigente em que tínhamos, ao menos inicialmente, o questionamento do **crivo da periculosidade**.

Como vimos, após dois anos de negociações, foi proposta uma primeira resolução do impasse entre o Judiciário e Estado de São Paulo pela estratégia de

transferência do adolescente autor de ato infracional para a justiça penal (por intermédio da SAP), ou seja, para o HCTP, que oferece certa tecnologia médica. A proposta foi indeferida por Juízes do TJ-SP, por Juiz do DEIJ e pela Corregedoria dos Presídios do Estado de SP. Depois, foi deslocada para a criação alternativa de equipamento de saúde, no âmbito do sistema socioeducativo, ou seja, da justiça juvenil.

Em 19/04/04, como resposta ao mandato de intimação, a SES propõe o moderníssimo hospital para os casos TPAS. A SES, a FEBEM e a SAP divulgam a proposta de criação de “um lugar específico para atendimento de menores com desvio de personalidade”, que não incluiria a proposta do DEIJ de residência terapêutica com contenção²⁷.

A SES ressalta que, seguindo o pensamento da ciência nacional e internacional, como a maior parte dos TPAS **não tem cura**, não seria possível solucionar toda a problemática.

Para os outros casos de demandas emergenciais (casos de “psicóticos”), compreende que a internação não favorece o prognóstico e é contrário ao internamento. Nesse caso, o abrigamento dos casos de ausência de respaldo familiar e sem necessidade de tratamento médico seria de responsabilidade da SEADS.

Até que o projeto fosse concluído, a SES insere no fluxo o atendimento aos “pacientes” no Hospital Psiquiátrico Pinel ou Lar São Francisco.

O MP, após dois meses decorridos da notícia do novo projeto, manifesta-se por proposição de Ação Civil Pública e incita a oficiar o Governador do Estado para relato das intercorrências e da falta de entendimento entre os órgãos para:

“solução da problemática de adolescentes infratores portadores de problemas de saúde mental (máxime, os transtornos de personalidade) distando a determinar aos órgãos da administração pública envolvidos que apresentem efetiva solução à questão, nos termos do art. 112, §3º do ECA²⁸”. (MP do DEIJ, 2004)

Como “última tentativa” de solucionar a questão, realiza-se audiência em 02/07/04 com: Corregedoria do DEIJ, juiz do DEIJ e da VEIJ, Psiquiatra do HC/FMUSP, Presidente da FEBEM, Psiquiatra da FEBEM e Psiquiatra do Instituto Bairral de Psiquiatria.

²⁷ A SES explica que o conceito da Residência Terapêutica se presta a reinserir na sociedade os pacientes acometidos de problemas mentais transitórios, entre a institucionalização propriamente dita e o convívio social.

²⁸ Art. 112 §3º: Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições.

Nesse encontro, o HC/FMUSP sugere nova proposta de projeto: fluxo de tratamento ambulatorial para os adolescentes portadores de “psicopatia” (personalidade anti-social) na FEBEM.

O Presidente da FEBEM explica que esse atendimento ambulatorial do HC não exclui o projeto em desenvolvimento da parceria com a SES: “**unidade específica de permanência para os adolescentes psicopatas**”. A proposta é de retirá-los do circuito da FEBEM quando diagnosticado que não assimilam a medida socioeducativa. Acrescentou que o tratamento nessa nova unidade será administrado pela SES e a FEBEM se responsabilizará somente pelas questões relativas à contenção e segurança.

Em 2004, emerge uma ação mais concreta na direção da construção da UES. O Secretário de Justiça encaminha cópia de estudo preliminar do projeto arquitetônico da futura *Unidade de Atendimento de Saúde para Adolescentes em conflito com a lei*, elaborado pelos técnicos da SES. A primeira planta da UES segue lógica implantada nos serviços socioeducativos da FEBEM, sem considerar em seu desenho a proposta do projeto Lar Assistido (PROJETO 01) supervisionado pela UNIFESP.

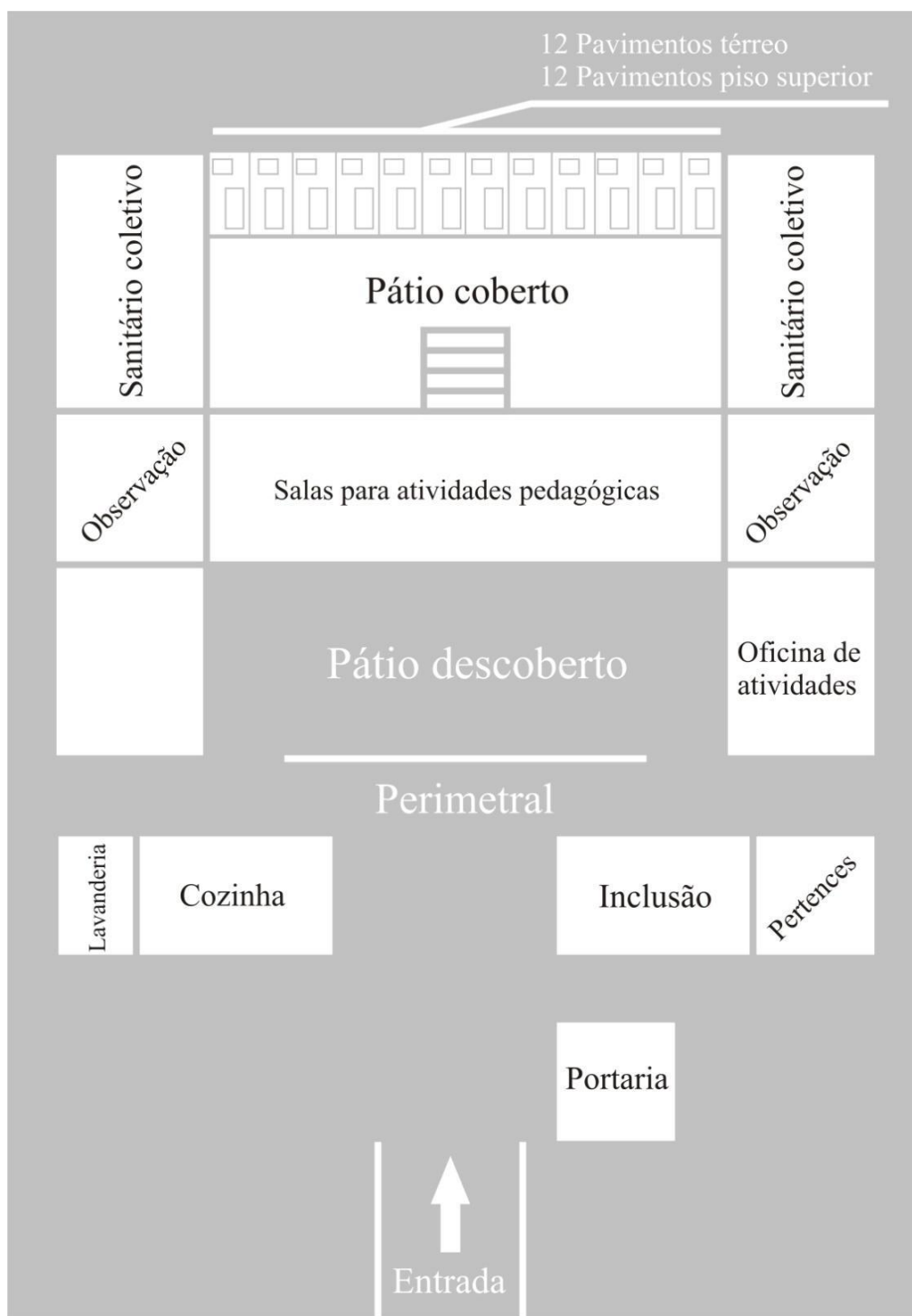


Figura 01: Estudo preliminar da Unidade de Atendimento de Saúde para portadores de transtornos psiquiátricos em conflito com a lei (FEBEM, 14/10/04)

O outro projeto paralelo à construção da Unidade de Atendimento de Saúde, o Projeto Reconhecer e Tratar (PROJETO 02) foi encaminhado em 22/11/04 por psiquiatra do HC/FMUSP. O projeto é de autoria da FEBEM/SJDC e da empresa Toronto Representação e Assessoria Médica (detentora do ProMental Gestão em Saúde Mental²⁹).

Conforme a psiquiatra do HC/FMUSP (médica colaborada da empresa), o projeto tinha por finalidade planejar, implementar e gerenciar um programa que objetiva a identificação, o tratamento e o acompanhamento dos *menores infratores* e dos egressos da Fundação com “transtornos graves de personalidade”, em todo o Estado de SP. O projeto buscava *eliminar*, por meio de abordagem técnico-científica de ponta e efetivo tratamento, as condições que levam à “delinquência infantil” e à “reincidência criminal”.

A primeira fase prevista era de capacitação dos psicólogos da FEBEM para manejo do instrumento de avaliação da psicopatia. Após a identificação dos “verdadeiros psicopatas”, passar-se-ia para a segunda etapa do projeto: implantação do ambulatório especializado. O instrumento de avaliação seria a Escala HARE PCL-R³⁰ que permite “identificar os psicopatas no contexto forense” e foi desenvolvida pelo

²⁹ A equipe do projeto seria da ProMental com quatro Psiquiatras Forenses do HC/FMUSP, um professor psiquiatra da Faculdade de Medicina da UFRJ e os três diretores da empresa: um médico com formação em Medicina Legal e Consultor em Sistemas de Saúde; um psiquiatra do Instituto Bairral de Psiquiatria e um professor Titular de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. A proposta era de um contrato de prestação de serviços celebrado entre a FEBEM e a empresa Toronto RAM por um período de dois anos.

³⁰ Segundo o IMESC (2006), “o PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) é uma escala criada para servir como instrumento de pesquisa de psicopatia. Nessa perspectiva, é considerado comportamento psicopático aquele que revela tendência a práticas criminais, com padrão recidivante, sendo encontrado em indivíduos que apresentam uma personalidade transtornada. Vários estudos demonstraram a utilidade do PCL-R como instrumento de avaliação de risco de violência, incluindo a identificação de prováveis recidivas. Trata-se de um checklist de 30 itens, recentemente validado no Brasil (Morana, 2004), com pontuação de zero a dois para cada item, como no HCR 20, perfazendo um total de 40 pontos. O ponto de corte não é rigidamente estabelecido, mas um resultado acima de 30 pontos traduziria um psicopata típico. O valor de 30 pontos é o recomendado como limite para um diagnóstico de psicopatia, apesar de relatarem estudos que consideraram valores inferiores, tais como 25 e 26. Dois fatores, que apresentam uma imbricada relação e tênues diferenças, permeiam os 20 itens. O fator 1 relaciona-se aos traços afetivos e interpessoais do examinando, enquanto o fator 2 analisa o aspecto comportamental da psicopatia. No entanto, eles não são discriminados em todos os aspectos considerados. Os 20 elementos que compõem a escala PCL-R são os seguintes: 1. Loquacidade/charme superficial (1); 2. Auto-estima inflada (1); 3. Necessidade de estimulação/tendência ao tédio (2); 4. Mentira patológica (1); 5. Controlador/manipulador (1); 6. Falta de remorso ou culpa (1); 7. Afeto superficial (1); 8. Insensibilidade ou falta de empatia (1); 9. Estilo de vida parasitário (2); 10. Frágil controle comportamental (2); Comportamento sexual prosmícuo; 12. Problemas comportamentais precoces (2); 13. Falta de metas realísticas em longo prazo (2); 14. Impulsividade (2); Irresponsabilidade (2); 16. Falha em assumir responsabilidade; 17. Muitos relacionamentos conjugais de curta duração; 18. Delinquência juvenil (2); 19. Revogação de liberdade condicional (2); 20. Versatilidade criminal” (caso ACAR).

psicólogo canadense Robert Hare em 1991 e depois traduzida e validada pela psiquiatra Hilda Morana (Morana, 2004; 2003).

Após apresentação do projeto, o Ambulatório especializado do HC em Transtorno de Personalidade volta a se manifestar no PROCESSO SINDICÂNCIA para concluir pela sua inviabilidade. O motivo é a falta de verbas alegada pela SJDC e a contraproposta de trabalhar apenas com 200 menores considerados psicopatas a serem encaminhados pelo DEIJ. Segundo o HC, os objetivos do projeto foram descaracterizados, pois não seria possível avaliar todos os *menores infratores* e resolver o problema da FEBEM das constantes “rebeliões”.

O HC informa ao DEIJ que o ambulatório de Transtorno de Personalidade já atende cerca de 50 “menores infratores”, triados pelos Juízes. Porém, o HC entende que: “nem todos seriam psicopatas e por isso muitos dos verdadeiros psicopatas estão entre os outros menores, a instigar violência e rebeliões sem serem identificados”. Argumenta que

“a importância de identificar o verdadeiro psicopata em toda a instituição é da máxima relevância devido ao potencial de dano desses sujeitos para o sucesso da reabilitação dos demais”. (Psiquiatra do HC/FMUAP, 2004).

(PROJETO 03) “CENTRO DE TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO DE JOVENS PORTADORES DE DESVIO DE PERSONALIDADE”: FEBEM, SES E UNIFESP (2005) – LAR COM TRATAMENTO E CONTENÇÃO. JUDICIÁRIO VOLTA A COBRAR OFERTA DE TRATAMENTO AOS CASOS TPAS. JUDICIÁRIO RECONHECE A COMPLEXIDADE DAS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL. INTERLOCUÇÕES INTERSECRETARIAS E CONTROLE DO “RISCO-PERIGO” PELA SAÚDE.

Após a suspensão do projeto “Reconhecer e Tratar”, a SES propõe em 2005 o terceiro Projeto para a UES: o “Centro de Tratamento e Recuperação de jovens portadores de desvio de personalidade” – parceria entre SES e FEBEM com apoio da UNIFESP (PROJETO 03). O PROJETO 03 está em sintonia com o PROJETO 01 e celebra acordo de Cooperação para:

“**ampliar os cuidados** que se deve prestar a esses „menores”, de modo a poder simultaneamente empreender ações transformadoras que permitam **recuperá-los para a sociedade, assisti-los** em suas necessidades evitando incidentes indesejáveis a todos durante essa recuperação, com a construção de edificações adequadas e específicas”.

(SES, FEBEM e UNIFESP, 2005, grifos nossos)

A proposta é de uma “unidade de abrigo” para crianças e adolescentes com características de “tendências anti-social e delinqüenciais” que funcionaria como um

lar substituto pelo tempo que for necessário para cada caso. O lar permitiria o desenvolvimento de inter-relações cotidianas trabalhadas pelos profissionais para estimular vínculos de confiança e reeducação. O objetivo final é “reintegrar o indivíduo à sua família e à sociedade”.

O projeto prevê abrigar no máximo 40 “menores” divididos em 5 células com 8 lugares cada (como a segunda planta desenhada a seguir). As células comportariam dependências de residência, mas com sistema de segurança com controles eletrônicos e físicos. A segunda planta do PROJETO UES é bem diferente da primeira, que cumpria o modelo FEBEM. Passou-se das celas individuais a células coletivas, mas o eixo da contenção se intensificou com a junção dos dispositivos físicos de controle ao sistema sutil eletrônico de segurança.

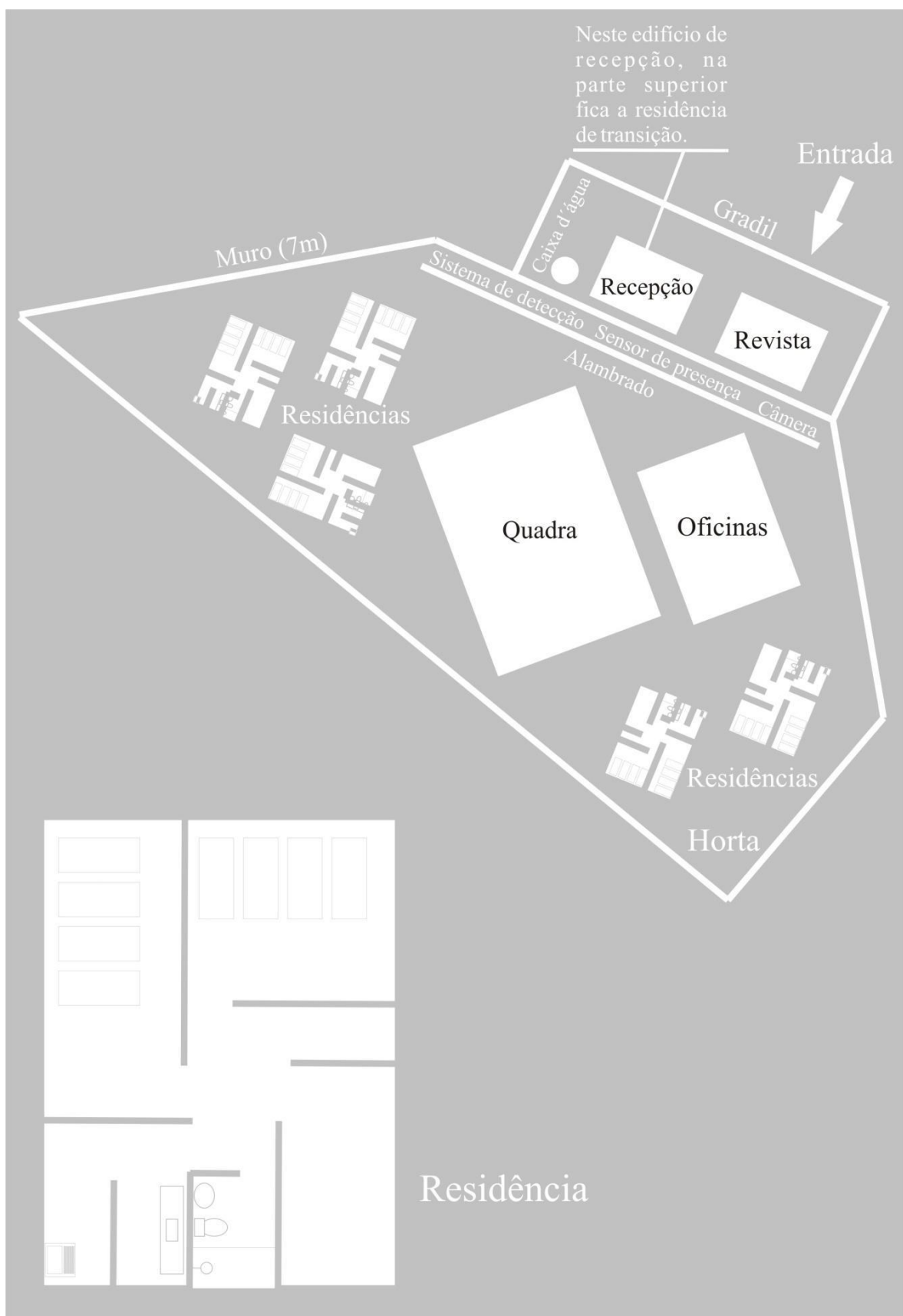


Figura 02: Centro de Atendimento de Tratamento e Recuperação de Jovens – 7.046 m². Arquivo FEBEM-Saúde (SES, 07/03/05).

A Corregedoria do DEIJ, no segundo semestre de 2005, aponta que internações determinadas não foram cumpridas e realça a recorrente negação do Estado no tratamento com contenção/abrigamento. Argumenta que: “Muitos acabam indevidamente retornando para a FEBEM, pondo em **risco a segurança** própria, de outros internos e funcionários”. E considera com relação à “problemática dos adolescentes portadores de **psicopatia**”, o **TPAS/dissocial**, que:

“já é questão incontroversa **o mal** que a permanência destes jovens na unidade de internação causa à FEBEM. Muitos são **fontes de desestabilidade** nas unidades, **incitadores de tumultos e líderes negativos**, como tem sido visto diuturnamente pelos magistrados do DEIJ nas periódicas inspeções na FEBEM. É preciso **removê-los do circuito da FEBEM** e criar o tão esperado local adequado para os psicopatas, sob administração da SES”.

(PROCESSO-SINDICÂNCIA, Corregedoria DEIJ, 2005, grifos nossos)

Porém, reconhece que:

“a **questão de saúde mental dos jovens inseridos em medida socioeducativa é multifacetária**. É preciso ter noção global do problema para enfrentá-lo corretamente, mas afirma que **o Judiciário está apontando o caminho há anos**, o que torna inescusável a omissão do Executivo”. (grifos nossos)

(PROCESSO-SINDICÂNCIA, Corregedoria FEBEM, 2005, grifos nossos)

Como última oportunidade antes de se ajuizar uma Ação Civil Pública ou comunicação direta ao Governador do Estado, convoca mais uma audiência.

Exemplificando a situação de “omissão do Estado”, cita caso de adolescente com diagnóstico de TPAS, que completaria três anos de internação, com tratamento negado pela direção do IP/HC/FMUSP. O HC justifica que, por hierarquização do SUS, entende que não poderia atender à população penitenciária:

“O IP dentro do SUS é ser um centro de referência para atendimento de alta complexidade, de nível terciário e quaternário. O HC não assiste de rotina à população carcerária, não só por motivos de segurança, mas também em observância à hierarquização do SUS, aditado das deliberações aprovadas pelo Conselho Deliberativo desta Autarquia, em sessão de 3 de maio de 1988. Ou seja, só atende preso em caso de emergência e em alta complexidade referenciado pelo SUS”. (Direção do IP em resposta ao DEIJ, 30/06/05).

Em resposta, uma juíza do DEIJ se pronuncia: “o Estado não disponibiliza local adequado para que jovens com esta problemática sejam tratados como também não oferece qualquer opção. Quando o juízo lança mão de uma alternativa o Estado fecha as portas”.

Em continuadas interlocuções, cada secretaria apresenta suas ações e

posicionamentos. Um argumento, porém, se repete em todos os posicionamentos: a demanda de tratamento do TPAS e sua caracterização de situação de **risco** e de **perigo** para a sociedade, remetendo-se à Saúde a tarefa de controlá-lo.

1. A SES responde sobre andamento dos encaminhamentos formalizados e pontua as responsabilidades de cada envolvido (2005): **“Abrigamento não é questão de saúde, como já dito, e esta pasta não pode permitir que jovens sem família sejam acolhidos em hospitais”** (grifo nosso). “Não seria minimamente justo institucionalizar um paciente por conta de sua falta de apoio social, o que, sem dúvida, o condenaria a viver à margem da sociedade, perdendo sua liberdade de ir e vir, embotando seu psiquismo”.

Quanto ao atendimento necessário ambulatorial – ainda que de responsabilidade do município – a SES vem cumprindo, inclusive, o atendimento hospitalar nos casos de surtos e da constatação da necessidade de atendimento de urgência e mesmo de internações.

Sobre o projeto de um local para atendimento dos jovens com desvio de personalidade, justifica a demora pela constante mudança da direção da FEBEM, que a cada nova administração tinha que ser cientificada de todo o acordo e dar cumprimento às providências de sua responsabilidade. “Neste momento, no entanto, avançamos muito nas discussões e estamos bastante próximos de publicar a licitação (que será feita pela FEBEM com recursos desta Secretaria) das obras do empreendimento, sendo que já há reserva de recursos financeiros nesta Pasta, para tal finalidade”.

Conclui que é do interesse da SES cooperar com o DEIJ, entendendo que “somente a potencialização dos esforços de todas as esferas envolvidas, minimizará essa problemática, **não sendo plausível que a Pasta de saúde possua todos os determinantes para a solução desse sério problema que aflige a sociedade** como um todo” (grifo nosso).

2. A Chefia de Gabinete da FEBEM anuncia: **em 100 dias estaria instalada a Unidade de saúde**, de acordo com projeto básico publicado de 14/10/05.
3. A SJDC (2005) reforça o anúncio da FEBEM e justifica que esta está passando por profunda reformulação estrutural **“visando implantar um moderno projeto pedagógico destinado ao eficiente atendimento aos adolescentes em situação de conflito com a lei”** (grifo nosso), mas ressalta que a consulta psicológica ou psiquiátrica especializada não deve ser prestada pela FEBEM, pois não possui quadro de profissionais especializados e inclusive estes poderiam incorrer em infração ética.

Notícia, ainda, que a SMS vem cuidando dos adolescentes custodiados na FEBEM. Ademais o “Plano Nacional de Atenção de Saúde para adolescente em conflito com a lei”, criado pela portaria interministerial 1426³¹ será implantado, e, para tanto, já se assinou o “Plano Operativo Estadual” com a SES-SP. Com fins específicos de aprimoramento dos diagnósticos, está se efetivando protocolo de intenções n. 01/2004 com o IMESC³² para a realização de avaliações psiquiátricas.

4. A SEADS (2005) esclarece: em cumprimento à LOAS, **não executa nenhuma ação direta. “Desvios de personalidade”** e demais transtornos mentais não são de sua competência e apesar de não estar alheio a essa situação, medida de contenção e “problema mental” não são suas atribuições. Entretanto, anteriormente, mencionou a necessidade de criação de “serviço terapêutico inovador, que possibilite assistência adequada à reabilitação psicossocial”. Ademais, cita que o GT intersecretarial avaliou essas demandas frequentes e defende a inclusão social do “adolescente infrator, portador de transtorno mental e/ou deficiência mental”, em um modelo especial de atendimento. Caberia, porém, à FEBEM criar este modelo de atenção com ação multiprofissional em um processo de transição durante a criação do novo modelo.

³¹ Portaria interministerial nº 1426 (2004) - Aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e dá outras providências, oferecendo uma abordagem educativa, integral, humanizada e de qualidade.

³² Vide Glossário do Instituto IMESC.

Pressupõe ser o problema diverso e multifacetado e entende que as competências de “quem deve fazer o que” na saúde mental se misturam e por isto ações integradoras são mais efetivas e produtivas. Mesmo assim, cabe à Saúde garantir atendimento e tratamento destes adolescentes, enquanto que compete à Assistência Social auxiliar na inclusão social e no acesso aos serviços da rede de proteção sócio assistencial, encaminhando para serviços de saúde e quando necessário apoio às famílias e ou adolescente para possibilitar o tratamento e a inclusão social.

Lembra que, apesar de a literatura científica médica atual afirmar que o **isolamento do doente mental só contribui para o agravamento da doença**, não se tem coesão sobre as significações de “anomalias psíquicas” e do tipo de tratamento mais adequado.

No entanto, a criação de espaços que dificultem sua inserção social estaria contra a prerrogativa do próprio tratamento e promoveria a política manicomial sob outro rótulo, não respeitando os direitos garantidos pelo ECA. Mesmo sabendo que “não é possível uma única solução para o problema, o internamento” menciona experiências de criação de espaços ou comunidades alternativas como forma de tratamento e atendimento e, portanto, uma ação não mais social e sim da saúde.

A SEADS chama a atenção: “Um passo é promover interação e integração entre os diferentes órgãos responsáveis tanto ao executivo como do judiciário. Mas de maior importância é reconhecer as próprias limitações e, portanto, a necessidade do diálogo”

5. A **SMADS (2005) defende a política municipal de assistência social na garantia da convivência familiar e comunitária** e conta da criação do Fórum Municipal de Saúde Mental de criança e adolescente para discutir essas demandas. Comunica a tentativa de execução de programas para acolher essa demanda, como convênio com Projeto Quixote para capacitação dos técnicos dos serviços para atendimentos destas questões, mas alega carência de recurso. Acusa outro problema: **as determinações judiciais de tratamentos médicos e psicológicos que, por vezes, se tornam ineficazes já que não contemplam o parecer de uma equipe multidisciplinar.**
6. A **SMS (2005)** apresenta o fluxo das demandas emergentes de saúde mental: os adolescentes em surto psicótico **serão atendidos de urgência pelas emergências psiquiátricas** dos hospitais do município. Caso necessitem de internação, a FEBEM solicitará a autorização judiciária e na sua alta a FEBEM se responsabilizará pela retirada do paciente do hospital e retorno para FEBEM. Esses adolescentes serão acompanhados posteriormente nas **unidades de saúde especializada (CAPS)** do município, sem necessidade de autorização judiciária. Compete à Saúde a assistência ambulatorial e hospitalar, a prevenção e promoção da saúde e à área Social encaminhar as questões de inserção na sociedade. A FEBEM, como acordado, seria o intermediador da inserção social dos jovens abrigados.

Com a conclusão do acordo de internamento com contenção para *tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar* (medida protetiva, art. 101, ECA -1990)³³, a FEBEM formaliza o investimento do Estado de São Paulo em

³³ Conforme o ECA (1990). A medida protetiva está prevista no artigo 99, e poderá ser aplicada isolada ou cumulativamente, bem como substituída a qualquer tempo. Na aplicação das medidas protetivas levar-se-ão em conta as necessidades pedagógicas, preferindo-se aquelas que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Detalhadamente são as seguintes medidas: I - encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade; II - orientação, apoio e acompanhamento temporários; III - matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental; IV - inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente; V - requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial; VI - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; VII - abrigo em entidade; VIII - colocação em família substituta.

procedimentos de avaliação de adolescentes em conflito com a lei para mapeamento e planejamento de sua *recuperação*.

O PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DA FEBEM (2006) – EXAMES OBJETIVOS DA SOCIEDADE DE RORSCHACH DE DIAGNÓSTICOS DAS CONDIÇÕES PSÍQUICAS E EXISTENCIAIS DOS “MENORES INFRATORES”. PROJETO DO NUFOR: PREVENÇÃO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS. CONVÊNIO COM IMESC PARA REALIZAÇÃO DE LAUDOS PSIQUIÁTRICOS. CONSTRUÇÃO DA UES PARA OS PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO. DESABAFO DO GOVERNO: A COMPLEXIDADE DA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA.

No final do quarto ano da sindicância, a Sociedade de Rorschach³⁴, para contribuir com “o esclarecimento das razões da escalada da violência que nos assola atualmente” e com “novas e mais eficazes estratégias de tratamento”, ocupa a cena, rememorando a sua parceria com o “Juizado de Menores” desde 1968.

A negociação da parceria entre a Sociedade de Rorschach, FEBEM e SES foi intermediada pelo DEIJ entre 2005 e 2007, com interferência em diversas fases administrativas (apresentação de projeto e detalhamento da proposta) e políticas (mudanças dos gestores do sistema socioeducativo). Esse processo foi incluído em outro convênio, HC/FMUSP e FEBEM, com financiamento da SES.

Segundo a Sociedade, seus exames objetivos de diagnósticos das condições psíquicas e existenciais dos “menores infratores”³⁵ permitem a reflexão teórica da *etiologia da conduta desviante* com ênfase na *patogênese dos distúrbios ou desvios observados* em diferentes processos psíquicos. Indicam, ainda, o formato da recuperação pela consideração dos *recursos cognitivos, conativos ou afetivos do examinando* para o *tratamento de intervenção psicológica individualizada*.

A aplicação da Prova do Rorschach antes da internação permitiria uma intervenção mais eficaz com o desenho de um quadro sintético da *patologia subjacente ao comportamento desviante*, além do que, atuaria no acompanhamento do desenvolvimento do tratamento ao longo da internação, sugerindo atualizações no trabalho desenvolvido e verificando *a validade e a profundidade das alterações comportamentais do examinando*.

³⁴ Vide Glossário – Sociedade de Rorschach.

³⁵ O exame das constelações psíquicas seria efetuado em dois grupos, conforme a natureza do delito: grupo A, para os casos de homicídio ou agressão física ou moral contra as pessoas e grupo B, para os delitos contra os bens materiais. Ambos os grupos seriam subdivididos conforme as condições psicológicas, encontradas através dos dados da Prova de Rorschach, que correspondem a modos distintos de intervenção educacional ou terapêutica.

A demanda pelo exame projetivo de personalidade, inicialmente sanada por voluntários da Sociedade de Rorschach e do NUFOR/HC/FMUSP³⁶, finalmente, foi acolhida no compromisso da Fundação CASA e NUFOR/HC/FMUSP (prestação de serviços pelo NUFOR à CASA).

Paralelamente a essa negociação da Sociedade de Rorschach com FEBEM e SES, acontece a implantação de um **programa de saúde mental da FEBEM** em parceria com NUFOR/IPq/HC/FMUSP, integrando um plano de trabalho em conjunto com a SES e ajustado às diretrizes da Portaria Interministerial 1426 e Portaria 340 do MS³⁷.

O plano operativo estadual que viabiliza o plano de trabalho na FEBEM já contemplava nas ações do programa de saúde mental, assistências psicológicas e psiquiátricas.

Nessa parceria, o NUFOR (2006) parte de três principais análises e dados para propor sua intervenção:

- constatação de altas taxas de prevalência de problemas de saúde mental na sociedade, com incidência média de 16,5% no caso dos adolescentes (Roberts e Col. 1998);
- incapacidade dos técnicos da socioeducação em reconhecer o problema; e
- multiplicação das dificuldades nos casos dos adolescentes autores de atos infracionais.

O NUFOR, naquele momento, a partir de diagnóstico situacional na FEBEM, anunciava que as intervenções psicoterápicas indicadas em média para 5% dos adolescentes em internação, na Capital e Grande SP (Franco da Rocha), ora eram movidas pela gravidade do delito cometido pelo adolescente, ora por problemas de comportamento apresentados no cumprimento da medida, ora não se fundamentavam o motivo. A demanda levantada era atendida em apenas 50% dos casos e ocorria nas unidades de internação. Nesse diagnóstico, o NUFOR pauta que o tratamento com

³⁶ Vide Glossário - NUFOR.

³⁷ Portaria nº 340 MS – Aprova as Normas para a Implantação e Implementação da Atenção à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, em unidades masculinas e femininas, a Padronização Física do Estabelecimento de Saúde nas Unidades de Internação e Internação Provisória, o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em conflito com a lei, em Regime de Internação e Internação Provisória e o Termo de Adesão. Define que a atenção à saúde dos adolescentes de que trata a Portaria será realizada em estabelecimento de saúde localizado dentro da unidade de internação ou de internação provisória, devidamente cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e estabelece que os adolescentes que cumprem medidas sócio-educativas de semiliberdade, liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade serão assistidos pela rede do Sistema Único de Saúde – SUS.

objetivo de “reintegração social” do adolescente deveria transcorrer por meio de intervenção em sua rede territorial, pois na progressão da medida ocorreria o rompimento do vínculo, prejudicando o tratamento.

A missão do projeto abarcaria exercer atividades de prevenção, tratamento e reabilitação dos transtornos psiquiátricos, promover a saúde mental e desenvolver ensino e pesquisa de qualidade com população da FEBEM, validando e difundindo modelos eficientes de intervenção.

A primeira etapa implantaria o ambulatório na especialidade Psiquiatria na FEBEM, com assistência “in loco”, elevando a capacidade de detectar possíveis manifestações comportamentais decorrente de patologia psiquiátrica e reduzindo assim possíveis **riscos** a afetarem a **ordem** das Unidades da FEBEM.

O HC seria o responsável por todas as etapas do tratamento, desde a seleção até contínua supervisão da prática. Também capacitaria em assistência à saúde mental os profissionais da saúde da FEBEM³⁸, para elaboração de projeto individual de atendimento (PIA) com a finalidade de:

“instalação no adolescente de habilidades que lhe permita a melhorar sua auto-estima, o auto-cuidado, capacidade de elaborar um projeto de vida, consciência para a cidadania e desenvolvimento do pensamento crítico, incentivando o protagonismo juvenil”.

(NUFOR, 2006)

Pela contínua identificação da demanda, os casos com necessidade de internação psiquiátrica seriam encaminhados para a unidade psiquiátrica da FEBEM e dos hospitais municipais ou enfermarias do Hospital Pinel.

³⁸ Os módulos da capacitação são:

Módulo 1: Capacitação em saúde mental geral (psicopatologia clínica de criança e adolescente e tratará da complexidade dos fatores psíquicos que possam estar associados às condutas delinquentiais dos seus assistidos – Temas: desenvolvimento neuropsicomotor normal e patológico, inteligência, linguagem e retardo mental, alteração sono, transtorno alimentar, humor, abuso substâncias psico-ativas, alterações de consciência, atenção memória, pensamento, psicoses, alterações psiquiátricas por doenças orgânicas, atividade voluntária e seus distúrbios e distúrbios de conduta versus transtorno de personalidade);

Módulo 2 – Saúde mental específica – avaliação psicológica clínica – entrevista diagnóstica, abordagem psicológica e neuropsicológica, avaliação de inteligência, avaliação de estrutura emocional, investigação neuropsicológica – a relação cérebro e comportamento, avaliação de personalidade, instrumentos de avaliação psicológica, baterias de avaliação neuropsicológico, alcances e limites da avaliação e elaboração de relação e laudos; e,

Módulo 3 – Saúde mental em assistência psicológica – Processo de intervenção psicoterápica breve – temas – teoria de desenvolvimento de Moreno, introdução à teoria psicodinâmica, aspectos sociofamiliares, sistemas familiares – átomo familiar e socioafetivo, formação e estruturação de papéis, psicoterapia breve em psicodrama e aconselhamento psicossocial em psicodrama.

A FEBEM forjou estratégias diante das dificuldades amplamente enumeradas, bem como da necessidade de apresentar respostas à demanda no tratamento dos adolescentes:

1. Parceria com a **IPq/HC/FMUSP** para **atenção psiquiátrica** em todas as unidades da capital e Franco da Rocha, com a contratação de 15 profissionais;
2. Capacitação dos profissionais da área técnica (psicólogos), visando à realização de psicodiagnóstico em todos os internos;
3. Convênio com **IMESC** para realização de **laudos psiquiátricos** solicitados pelo Judiciário;
4. **Construção da UES** para adolescentes que apresentam problemas de comportamento;
5. Parceria com o Departamento de Psiquiatria da **UNIFESP** para **acompanhamento e supervisão dos profissionais no atendimento** psicológico e social dos adolescentes;
6. **Capacitação** de profissionais da área da psicologia para realização de atendimento psicoterapêutico, com base comportamental aos adolescentes com indicação de psicoterapia (supervisionado pelos profissionais da **FMUSP**);
7. Estabelecimento de **programa de atenção aos adolescentes** com problemas de comportamento por uso abusivo de álcool e drogas, em conjunto com o grupo especial de atendimento de álcool e outras drogas do **HC** (em tratativas finais).

Com essa proposição, o gestor do sistema socioeducativo difunde:

“a FEBEM não se exime da responsabilidade do cumprimento das disposições legais contidas nos diversos instrumentos que regem a situação da criança e adolescente no ordenamento jurídico pátrio, em especial o do adolescente em conflito com a lei”.

[...]

“a **política pública demanda tempo, construção de parcerias bem estruturadas, coerentes e não estão adstritas, exclusivamente, ao atendimento individual do adolescente, na abordagem psicológica. As políticas são amplas, envolvendo Estado, Sociedade, Poder Judiciário, MP e demais setores públicos e privados**”.

(Presidência da FEBEM, Processo, sindicância, 2006, grifo nosso).

2.3 A remoção do *mal* do circuito da FEBEM

“Já é questão incontroversa o mal que a permanência destes jovens na unidade de internação causa à FEBEM” (Corregedoria do DEIJ, DOCUMENTO-SINDICÂNCIA, 15/09/05).

Com essa configuração de estratégias de atendimento do sistema socioeducativo, “de parcerias bem estruturadas (...) envolvendo Estado, Sociedade, Poder Judiciário, MP e demais setores públicos e privados”, irrompe a UES. Novas regulações são

operacionalizadas: técnicas de tratamento com **contenção** do adolescente autor de ato infracional **para proteção** de si mesmo e dos outros.

PLANO DE TRABALHO DA UNIDADE EXPERIMENTAL DE ATENDIMENTO PARA ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA: UNIFESP/DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA – CRIA E FEBEM (2006) – UNIFESP E FEBEM ASSUMEM SUA “RESPONSABILIDADE SOCIAL”. INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NO CIRCUITO FEBEM. EDIFICAÇÃO DO PROJETO UES (FEBEM E SES). CIRCULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA (CAO DA INFÂNCIA, MP-SP). DISSEMINAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PSIQUIATRIZAÇÃO E CONTROLE (NUFOR). RESISTÊNCIA AO PROJETO UES (CRP-SP).

A primeira aparição pública do projeto da UES ocorre em 31/01/06, no site da FEBEM, com a nomenclatura de **Projeto Experimental de Unidade de Abrigamento** (marcando continuidade do PROJETO 03 de 2005). A unidade serviria para a “prática de bons modelos de **cuidados e recuperação social** das crianças e adolescentes” e abrigaria em suas cinco casas até oito moradores, reproduzindo um “sistema o mais próximo possível da vida familiar comum em nossa cultura”.

A “**Ambientoterapia**” regularia a dinâmica da unidade. Seria um trabalho com atividades cotidianas como “oportunidade para se efetuar as intervenções sobre a clientela dos abrigados para **fins terapêuticos e socializantes**”, numa parceria da Educação, a Justiça, a UNIFESP/Psiquiatria da Infância, Adolescência e Associação Beneficente Santa Fé e outros que quisessem contribuir.

A UNIFESP situa-se a favor da responsabilidade social, incluindo as universidades, e critica as ações de demonização:

“O que quero dizer é que penso que a única saída para a questão da marginalidade social dos jovens em nossa sociedade é assumirmos **nossas responsabilidades** diante do problema, uma vez que é preciso reconhecer, hoje mais do que nunca, que os homens são fruto da sociedade onde vivem, e não estamos mais nos tempos da Santa Inquisição, onde se atribuía ao **demônio** (hoje à **genética**) a **culpa dos desvios sociais**. Isto se fará se pudermos mostrar competência e eficácia no cuidado com aqueles que a própria sociedade, de algum modo, transformou em um problema”.

(Médico psiquiatra, Assessoria de Imprensa-SP, 31/01/06, anexado no processo-sindicância, grifos nossos)

Da posição de idealizadores da UES, a UNIFESP, explica a nova lógica:

“Sabemos que a **FEBEM**, como Instituição, herdou muitos vícios da época em que foi concebida (o período da **Ditadura Militar**) e os seus dirigentes, hoje, têm muita dificuldade, não para propor, mas para pôr em prática qualquer proposta de trabalho, uma vez que as maiores **resistências** vêm de dentro mesmo dos **meandros institucionais**. Por isso, todos nós que compomos a Sociedade temos que pensar qual deve ser a contribuição de cada um, uma vez que o **interesse que está em jogo importa**

a **todos**. Trata-se de nada menos que o futuro, uma vez que estamos falando dos cuidados com aqueles que serão os herdeiros de nosso legado, e ocuparão o nosso lugar ali adiante (...). Foi inspirado nestas idéias que aceitei a proposta de participar de um Projeto Experimental para se criar uma **Unidade de Abrigamento** que seja capaz de, sem os antigos vícios da Instituição, pôr em prática bons modelos de cuidados e recuperação social das crianças e adolescentes que deles necessitem (...)"

(Médico Psiquiatra/UNIFESP, Assessoria de Imprensa-SP, 31/01/06, anexado no processo-sindicância, grifos nossos)

A proposta é por inovação tecnológica no campo das práticas socioeducativas.

"Esta unidade terá como objetivo **desenvolver os métodos e técnicas de trabalho** necessários ao cumprimento de suas responsabilidades com a clientela sob seus cuidados, bem como promover a **multiplicação dos seus resultados**, funcionando como **pólo de reciclagem e capacitação** para todos os que trabalham nas mesmas atividades em outras unidades institucionais que desempenham as mesmas tarefas" (grifos nossos).

(Assessoria de Imprensa-SP, em 31/01/06 anexado no processo-sindicância)

Após cinco anos de reordenamentos, com a ocupação das novas posições das **máquinas de tratamento** do adolescente autor de ato infracional, são publicados na imprensa oficial os novos atos do poder executivo:

- a SJDC – FEBEM: a abertura da concorrência para **execução de obras** de construção da UES FEBEM (04/02/06)³⁹.

- a SES comunica que investiu na "**edificação de unidade especial** para os internos da FEBEM portadores de desvio de personalidade"⁴⁰.

Em meio à divulgação da execução do PROJETO UES, emerge na Sindicância um documento encaminhado pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça da Infância e Juventude do Estado de São Paulo (CAO da Infância e Juventude)⁴¹. Nele, divulgam-se informações sobre todos os serviços de atenção em saúde mental de São Paulo: CAPS, UBS e Coordenadorias regionais de saúde. O ato informativo circula no cenário do projeto da UES a política de saúde mental preconizada nas legislações vigentes.

A despeito dessa lembrança do cenário técnico-político do campo da saúde mental brasileiro, com investimento na política de serviços substitutivos e territoriais de

³⁹ No DOE de SP, publicou-se a concorrência pública nº 003/2006, conquistada pela DP Barros & Viatic Arquitetura e Construção Ltda, pelo valor total de R\$1.998.834,25. Posteriormente, em 05/10/06, o orçamento recebeu um aditivo de R\$477.415,28, segundo publicação no DOE de SP – processo FEBEM-SP: Nº1824/2005.

⁴⁰ Segundo ofício da SES de 23/02/06 do PROCESSO-SINDICÂNCIA, a Saúde repassou à FEBEM R\$ 2.700.000,00.

⁴¹ O CAO da Infância e Juventude é um instrumento interno de organização do MP, encarregado de articulação e execução da política de trabalho na área da criança e do adolescente. É um órgão auxiliar da atividade do Promotor, integrando o Gabinete do Procurador Geral de Justiça. Cabendo ao MP garantir a defesa dos direitos de crianças e adolescentes, conforme CF (1988) por meio de atuação administrativa (exigência da implementação de políticas públicas) e judicial.

atendimento aos sujeitos com demanda de saúde mental, o DOCUMENTO-SINDICÂNCIA retoma os processos do modelo *moderno* de máquina de tratar adolescentes em conflito com a lei a partir da ação de publicação em: Diário Oficial do Estado, Poder Executivo, Seção II, de IV, SP, 116(90) de 16/05/06. Nesse DOE/SP, o NUFOR⁴² comunica o treinamento dos profissionais da saúde. Seiscentos trabalhadores da FEBEM (médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros) assistiriam ao curso com fins de padronização do atendimento.

O serviço de saúde de adolescentes autores de atos infracionais da cidade de São Paulo passa a ser realizado dentro dos muros da internação. A dinâmica de produção do diagnóstico dos jovens torna-se mais ágil e, em um primeiro momento, segundo o NUFOR: “mais humanizada”, pois deixaram de sair algemados para os serviços de saúde extramuros. Por humanizada, entenda-se não permitir qualquer circulação social extramuros.

Outra Universidade passa a compor o cenário da rede de responsabilidade social e o HC passa a oferecer **assistência preventiva e curativa inovadora e mais intensa** aos adolescentes com “casos aparentes de depressão, rebaixamento mental e problemas de conduta” por meio de equipe de trinta médicos (15 psiquiatras e 15 clínicos), nos cinco complexos da capital (Tatuapé, Vila Maria, Raposo Tavares, Brás e internatos). A diretora técnica de saúde da FEBEM informa: “Só tínhamos um psiquiatra”.

Segundo DOE/SP (2006) citado, os jovens e seus familiares também participariam da “ação para mudança do ambiente da FEBEM”. Segundo a diretora técnica da FEBEM, o investimento é para que “se reconheçam como protagonistas e transformadores de sua realidade”, pois a diretora acredita que o adolescente transgredir por falta de oportunidade e de informações. “Quanto mais conhecimento, menor a chance de transgressão”.

Novas técnicas foram disseminadas para os funcionários atuantes no cotidiano dos serviços de atendimento aos jovens, ou seja, as práticas psi estão a se expandir e intervir, mais precocemente, com ações de *prevenção*. Com essa “cruzada científica” as práticas de psiquiatrização serão acionadas como instrumento cada vez mais generalizado de controle dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa (Vicentin, 2005).

⁴² O NUFOR está representado pelo psiquiatra diretor do NUFOR e do serviço de eletroconvulsoterapia do IPq/HC/FMUSP.

Em meio à referida cruzada acontece, em maio de 2006, uma reunião sobre o Projeto de Implantação da Unidade Experimental de Saúde da FEBEM no CRP-SP⁴³. Esse encontro coloca em análise os objetivos do projeto, vinculados a um modelo assistencial de cumprimento de medida socioeducativa em regime fechado. A participação de novos atores intercessores⁴⁴ na análise do projeto da Unidade traz problematizações relativas, principalmente, ao desrespeito ao caráter voluntário do tratamento (abordaremos atos de resistência à execução do PROJETO UES posteriormente, no item 2.4).

A UES FEBEM (2007) – INAUGURAÇÃO E FORMALIZAÇÃO DA UES FEBEM PARA TPAS (FEBEM, SES E UNIFESP). PROJETO 03 DA UNIFESP E O MODELO MODERNO DE CONTROLE NA FEBEM – INTERROGATIVA DO JUDICIÁRIO AO ABRIGAMENTO DOS CASOS FORA UES FEBEM. NEGOCIAÇÃO COM O NUFOR. SUSPENSÃO DE PARCERIA PROVISÓRIA DE INTERNAMENTO. PRIMEIRO INTERNAMENTO NA UES FEBEM. NEGOCIAÇÃO DA UES NO GOVERNO DE SP. PROJETO 04 DO NUFOR SIMILAR AO DA UNIFESP.

A partir de 2006, o sistema socioeducativo passa a oferecer um novo caminho administrativo-técnico na dinâmica das unidades de internação. A demanda para operação do fluxo de atendimento estava anunciada no sítio da FEBEM no segundo semestre de 2006:

“Está em fase de construção a obra da primeira Unidade Experimental de Saúde da FEBEM-SP. Trata-se de uma **iniciativa pioneira no País** que visa melhorar o atendimento prestado aos **jovens sob tutela do Estado que apresentam distúrbios psicológicos**. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que cerca de 25% da população mundial sofre de algum tipo de transtorno mental. Entre as crianças, adolescentes e jovens as taxas variam de 13% a 22,5%”.

(Assessoria de imprensa da FEBEM⁴⁵, 2006, grifos nossos)

⁴³ A reunião foi organizada pela Comissão Criança e Adolescente do CRP-SP e foram convidados para mediação, Departamento de Psicologia Social da PUC-SP, Superintendência de Saúde da FEBEM e Psiquiatria da UNIFESP, idealizadores da UES. A reunião foi citada na ata de reunião extraordinária do dia 09/06/06 do **CMDCA-SP, publicada no nº 154 do DOE** São Paulo, 51 (124) de 4/07/06.

⁴⁴ Como sinaliza Rodrigues (2010), o termo *intercessor* não deve ser associado à *interseção*, de uso corrente na matemática, associado a sínteses, a conciliações ou ainda a coincidências parciais entre conjuntos limitados e isolados. O conceito de intercessor deve ser remetido a “*interceptar* com as conotações de desvio ou deriva que ele comporta ou ainda com a conotação de *interceder*, na sua acepção de correlação” (p. 192). Deleuze num texto com este nome (2006), ao nos falar de intercessores, nos sugere a perspectiva da interferência criativa como o modo de pensar uma relação e jamais uma sobreposição dos códigos ou dos territórios de um campo sobre o outro. Esta interferência criativa nos abre para um leque de possibilidades de articulação dos regimes de verdade existentes ou, ainda, de invenção de outros regimes, de invenção de novas formas de coexistência e de transformação.

⁴⁵ Notícia do sítio da FEBEM: **Fundação contará com unidade especial para jovens com distúrbios**

Segundo notícia da Presidência da FEBEM (no DOCUMENTO-SINDICÂNCIA da FEBEM ao DEIJ), inaugura-se a UES em 18/12/06, com o Governador de SP.

O perfil da clientela da UES é definido pela presidência da FEBEM: “jovens sob tutela do Estado que apresentam distúrbios psicológicos” (**Casa Experimental de Saúde será entregue em outubro**, sítio da FEBEM, 19/07/06).

Em 21/12/06, oficializa-se a descrição da dinâmica do atendimento da UES por meio da Portaria Administrativa 1219, da FEBEM, publicada no DOE/SP. Nela, consta que a Diretoria da UES é vinculada à Superintendência de Saúde da FEBEM e a unidade receberá adolescentes que manifestem “**tendência anti-social**”, conforme teoria do desenvolvimento elaborada pelo Dr. Donald Wood Winnicott. A clientela da UES não é de “portadores de distúrbios mentais”.

A UES é uma parceria FEBEM, com SES e UNIFESP. Seria acionada por profissionais da área psicossocial das unidades de internação e internação provisória, da Capital e do Interior, de população com o seguinte perfil:

- limites etários e de gênero: adolescente do sexo masculino de faixa etária de 12 a 18 anos incompletos e
- limite de vagas: 40 (quarenta) para os adolescentes em medida socioeducativa de internação e 12 (doze) vagas para os adolescentes em medida socioeducativa de semiliberdade, para serem utilizadas como progressão na UES.

A decisão quanto à inserção do adolescente na UES fica a cargo do Diretor da Unidade Experimental e sua equipe⁴⁶, com fundamento em avaliação clínica.

A segurança não envolveria “elementos constrangedores como grades, portas de segurança, a não ser o único ponto de abertura que consiste na entrada única do complexo”. O refinamento do controle devido à inexistência de contato direto com grades e seguranças é entendido como estimulador de “boas condições para trabalhar com os moradores em clima construtivo”.

Nota-se que o confinamento ainda rege o procedimento de tratamento e de educação proposto na UES, com interceptação por câmeras modernas e sutis. A gestão pela saúde propõe, de certo modo, técnicas justapostas, velhas sanções (internamento) e novos controles (sensores modernos).

psicológicos, disponível no sítio: <http://www.FEBEM.sp.gov.br/site/paraleitura.php?cod=90>>. Acesso em 07/08/11.

⁴⁶ Publica-se no DOE/SP, em 27/01/07, Comunicado da Divisão de Recursos Humanos – 12: A Fundação CASA comunica sobre abertura de vagas para transferência de servidores para Unidade Experimental de

A UES é inaugurada e o DEIJ volta a mencionar as situações dos jovens infratores com “deficiência mental ou psicose” que em sua concepção ainda não foram solucionadas. Investido de uma política de intensificação do tratamento do adolescente autor de ato infracional, o Judiciário também interroga sobre a internação dos que, a despeito dos três anos de internação na Fundação (não mais submetidos à medida socioeducativa), ainda precisam de tratamento de saúde mental em regime de contenção.

Após quatro meses da inauguração da UES, no âmbito da política de saúde mental, a FEBEM informa que a Unidade não está em funcionamento em virtude de problemas da Fundação interventora da UNIFESP (problemas jurídicos e administrativos que inviabilizaram a assinatura do convênio). Diante da dificuldade da parceria com a UNIFESP, a FEBEM passa a negociar convênio com a USP.

Em meio à vagarosidade da estréia da UES FEBEM, entra em cena a Direção do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz de Sorocaba (parceiro provisório das demandas da UES), que suspende as internações de “menores de 18 anos” para não desobediência ao ECA.

O parceiro da rede de internamento com contenção explica que os “pacientes menores” de novo perfil (“portadores de distúrbios de comportamento relacionados ao uso de tóxicos e transtornos de personalidade”) possuem indicativo de atendimento especializado: FEBEM, “Casas do Menor”, Ambulatórios especializados e específicos, CAPSI, CAPSI-AD. O motivo da negativa da parceria é o risco de que o novo perfil ocasione a desativação de leitos e fechamentos de hospitais psiquiátricos que produziram a transferência de pacientes crônicos para hospitais remanescentes.

A SES, tomada pelo conflito de resolutividade da pendência do Judiciário por locais de internação com contenção para adolescentes “psicóticos” com “deficiência mental” e, principalmente, com mais de três anos de internação socioeducativa, efetiva o primeiro internamento da UES.

A SES se ocupa da UES e posiciona-se na função de colaborador-gestor, esclarecendo que está disposta a arcar com os custos da assistência sob a rubrica “saúde” (“O recurso já está disponível para a CASA, aliás, sempre esteve”) que será prestada nessa nova unidade. Articula-se com a CASA e com o Superintendente do HC,

estando o HC disposto a estabelecer algum tipo de convênio com a CASA.

Diante do impasse de continuidade do internamento em serviços de saúde com contenção e com constituição da parceria SES e FEBEM, a SES expressa indignação com o fato de a unidade ter sido inaugurada e ainda não ter sido usada para a finalidade para a qual foi erguida.

Chama a atenção que, a despeito da UES habitada por um jovem, após dois meses de sua estadia, entende-se que a Unidade não está em funcionamento. Em outubro de 2007, a superintendente de saúde da FEBEM, em audiência com o DEIJ, informa que a SJDC irá resolver o caso da UES diretamente com o Governador.

O novo PROJETO UES, “*Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (CASA)*” (PROJETO 04), é encaminhado à Sindicância pela diretora Técnica da FEBEM (após cinco meses do internamento de ACAR). A FEBEM estabelece parceria com IPq/HC/FMUSP e este último projeto propõe a recuperação do jovem proporcionando condições físicas, ambientais e médicas adequadas.

O PROJETO UES do IPq/FMUSP seria, como o da UNIFESP, atenderia adolescentes de 12 a 17 anos em regime de privação de liberdade, com exceção dos adolescentes diagnosticados com transtorno de conduta anti-social grave e os “líderes de rebelião”.

No PROJETO 04, justifica-se que, apesar de não existirem estudos nacionais sobre a prevalência de transtornos psiquiátricos entre adolescentes autores de atos infracionais, quiçá um centro especializado de saúde para tratamento possa ser interessante. Diante dos dados de incidência de transtornos psiquiátricos em adolescentes e em consonância com as prerrogativas da Constituição Federal (argumento do direito à saúde e à ordem social) e do ECA (argumento de tratamento especializado), apresenta proposta de atendimento para criar metodologia de intervenção multidisciplinar de tratamento global.

Assim como no PROJETO 03/UNIFESP, a equipe do PROJETO 04/NUFOR faria avaliação inicial e os adolescentes seriam voluntariamente incluídos no programa. Os que apresentassem problemas de comportamentos secundários a problemas médico-sociais, (ou seja, cujos problemas de comportamento não fossem unicamente transtorno de conduta anti-social ou transtorno de oposição e desafiador) e demandassem o tratamento, teriam seus familiares convocados para entrevista com a equipe.

O plano de atendimento incluiria consultas psiquiátricas, psicoterapia individual,

psicoterapia de grupo, psicoterapia familiar individualizada, arte-terapia, terapia ocupacional, tratamento fonoaudiólogo, oficina de comunicação, orientação em grupo, atividades de horta e grupos de discussão sobre temas gerais de adolescente (religião, sexualidade, relações, escolhas vocacionais, violência, dentre outros) e acompanhamento psicopedagógico. Oficinas específicas e mais avançadas (de arte, música e dança), além de oficinas vocacionais e cursos profissionalizantes.

A equipe da UES realizaria reuniões periódicas com as equipes técnicas para discussão de todos os casos e planejamento terapêutico. Através desse programa, pretendiam atuar em parceria com outros projetos e atividades desenvolvidas por instituições governamentais e não-governamentais. O projeto atuaria em parceria com: Defensoria Pública, VIJ, organizações que já realizam trabalhos de oficinas profissionalizantes e outras modalidades na Fundação CASA, Secretaria de Educação, Programa Equilíbrio, Projeto Quixote, UBS, CAPS, CRATOD, CRECA's, Casas de Acolhida e Abrigo.

Além do que, a unidade funcionaria como uma unidade de atendimento multidisciplinar individualizado. A proposta previa que:

- os adolescentes que concluíssem o programa do PIA e não fossem desinternados pelo Poder Judiciário retornariam às outras unidades da Fundação CASA.
- os adolescentes que tivessem cumprido as medidas socioeducativas em regime de privação de liberdade e semi e tivessem condições de serem desligados do programa seriam encaminhados para suas famílias substitutas, Casas de Acolhida ou CRECA's, abrindo novas vagas para a UES.
- os adolescentes que, mesmo após terem cumprido as medidas socioeducativas e estiverem em LA, necessitassem continuar o acompanhamento multidisciplinar, seriam encaminhados aos CAPS, UBS e programa equilíbrio para prosseguimento do tratamento. Este encaminhamento se daria através de sistema de referência e contra-referência atualmente utilizado no sistema público de saúde, respeitando-se as regras de regionalização de atendimento.

A OFICIALIZAÇÃO DO PROJETO UES (2008) – OMISSÃO DO ESTADO NA OFERTA DE TRATAMENTO. EQUAÇÃO REAL DE DEMANDA DO TPAS (CASOS DE JOVENS-ADULTOS). RESISTÊNCIA DA SES AO TRATAMENTO DE CASOS RISCO-PERIGO. NEGLIGÊNCIA E DISCRIMINAÇÃO DO ESTADO COM TRATAMENTO DO TPAS. TRANSFERÊNCIA DA UES FEBEM PARA A UES SES. FEBEM PASSA A FUNÇÃO DE AUXILIAR NO INTERNAMENTO NA UES. BUROCRATIZAÇÃO DA UES. INTERNAMENTO DE NOVOS CASOS.

Nesse período, ocorre a solicitação de mais um internamento de caso provável

tipo UES. Uma VIJ do interior de SP solicita internamento do adolescente MLBS na unidade específica de tratamento psiquiátrico da FEBEM. Segundo Corregedoria do DEIJ, argumenta-se que se trata de jovem: 1. cumprindo medida de internação em unidade daquela Comarca e 2. **interditado** liminarmente pelo Juízo da Vara de Família.

A corregedoria do DEIJ salienta que, após quase um ano da inauguração da UES e a despeito da demanda de tratamento, outros casos semelhantes vêm sendo palco de ampla discussão no DEIJ:

“A situação, portanto, é caótica, pois há muitos jovens que necessitam de um tratamento adequado, mas que jamais o recebem, o que viola princípios constitucionais e o próprio ECA, notadamente o art. 112, §3º, que expressamente disciplinou a questão”.

(DOCUMENTO-SINDICÂNCIA, Corregedoria DEIJ/FEBEM, 09/10/07).

Relembra, ainda, que apesar da presidência da FEBEM ter proclamado que em hipótese alguma seriam incluídos jovens adultos (21 anos), até porque cessa a jurisdição da justiça juvenil (art. 121, §5º, do ECA), “a problemática precisa ser equacionada de forma realista”.

No final de outubro de 2007, a SES resiste à tentativa de estabelecimento do fluxo de encaminhamento de casos risco-perigo, apesar de solicitação de internação do jovem MLBS na UES. O pedido é baseado na avaliação psiquiátrica do jovem com conclusão de “progresso no tratamento psiquiátrico/psicológico” efetuado durante sua “detenção”, mas ainda com “sintomas clássicos de personalidade psicopática” e “persistindo **periculosidade** devendo, se possível, dar continuidade a seu tratamento em regime fechado”.

A SES é contundente ao analisar a demanda que circula no PROJETO UES e assegura que esta não se fundamenta em indícios de “comprometimento psicológico” com demanda de internação psiquiátrica. Considera que **não possui ambiente “tecnicamente apropriado” para a contenção** de jovens autores de ato infracional como MLBS, que, tendo em vista a sua “**periculosidade**” atestada pelas avaliações psiquiátricas, constitui “sérios **riscos à sociedade**”.

Referente a esse posicionamento, o Juizado do DEIJ, em decisão do mesmo período, argumenta a partir do art. 227 da CF: cabe ao Estado assegurar, “de forma prioritária, saúde para os adolescentes sendo proibida qualquer forma de discriminação”. Entende-se que, de acordo com sua experiência, alguns adolescentes apresentam um “comprometimento acentuado definidor da prática infracional” e a necessidade de inserção em acompanhamento pela Saúde. Contrapondo-se à proposta

de caráter voluntário de tratamento, argumenta que a progressão do internamento deve envolver um intenso trabalho no território da vida do jovem, e generaliza:

“A celeuma é sempre a mesma. Ninguém quer atender adolescente em conflito com a lei que esteja inserido em medida socioeducativa. CAPS e UBS criam, sempre, um conflito de competência negativo. E, o pior, a recusa não ocorre só quando o adolescente está internado. Após a inserção em medida mais branda, se o juízo não tomar todas as cautelas necessárias, ocorre conflito negativo de competência. São inúmeras as situações esdrúxulas criadas em razão da absoluta recusa do Estado, em sentido amplo, para atender adolescente em conflito com a lei, que apresentam problemas, de qualquer natureza, na área de saúde mental” (DEIJ, 16/10/07).

A SES, em resposta, reafirma que:

“Isto, evidentemente, é resultado das inovações na área da assistência psiquiátrica, que denotaram que a permanência dos pacientes psiquiátricos nos hospitais deve perdurar enquanto estes estiverem em surto. Após a regularização desta situação, os pacientes devem ser encaminhados à rede extra-hospitalar (ambulatorial) para continuidade do tratamento. Torna-se imperioso enfatizar que a longa permanência de pacientes psiquiátricos em hospitais cronifica sua patologia, tornando-os incapazes de retornar à sociedade, ou seja, estes pacientes se quedam institucionalizados; deslocados do contexto social e acabam perdendo a sua cidadania o que é, infelizmente, facilmente comprovada na história da psiquiatria mundial” (...). Assim, vê-se que o entendimento majoritário é de que o tratamento de DM deva se dar de forma ambulatorial, visando não coibir o doente da integração com o meio social, bem como não cronificar a sua patologia, utilizando os hospitais apenas em episódios agudos”.

(DOCUMENTO-SINDICÂNCIA, SES, 22/10/07).

Curiosamente, apesar da resistência da SES, em 09/10/07, a promotoria do DEIJ informa sobre Decreto Estadual que trata da transferência da UES para a SES.

“09/10/07 – p. 932 – MP DEIJ – 1. É do conhecimento que foi editado decreto Estadual passando a UES para a SES com a contenção a ser realizada pela SAP. Assim, requeiro seja juntada aos autos cópias do referido decreto e o programa do atendimento que será realizado naquela unidade”. (DOCUMENTO-SINDICÂNCIA, MP DEIJ, 09/10/07)

Esse documento apenas será publicado em 28/11/07. O Decreto nº 52.419 transfere o terreno da UES da Secretaria de Economia e Planejamento para a Secretaria da Saúde:

“Parte de um imóvel denominado “Chácara do Belém”, localizado nesta Capital, **antigo Complexo do Tatuapé da Fundação Centro de Atendimento Sócio-Educativo ao Adolescente**, com 7.085,56m² (sete mil e oitenta e cinco metros quadrados e cinquenta e seis décimos quadrados) de terreno e 1.660,00m² (um mil e seiscentos e sessenta metros quadrados) de área construída, conforme identificado nos autos do Processo FEBEM-SP-SDE-1559/2007. O imóvel de que trata este decreto destinar-se-á à instalação da **Unidade Experimental de Saúde, da Secretaria da Saúde**”.

(Decreto nº 52.419, DOE/SP de 28/11/07, p. 3, grifos nossos)

Enquanto isso, o primeiro jovem interno da UES sofre antecipação de tutela em

07/11/06 e, em 28/11/07, recebe a interdição civil definitiva. Coincidentemente é a mesma data de publicação do Decreto de transferência do terreno para a SES.

Mesmo sem o estabelecimento oficial de um fluxo de encaminhamento, na prática, a SES vai cedendo à demanda do Judiciário. Inicialmente, dos Juízes da Infância e Juventude e, posteriormente, também dos Juízes cíveis. Essa atuação é compartilhada e produzida por uma parceria entre os MPs do DEIJ e os da Justiça cível, porque a solicitação de antecipação de tutela foi proposta por ambos no âmbito Cível.

Em 28/11/07, ACAR, aos 20 anos (**Data de nascimento: 09/12/86**), foi interditado e sofreu Internação Hospitalar Compulsória, nos termos do artigo 1777 do Código Civil e do art. 9º da Lei 10.216/01, determinada em sentença condenatória proferida por Juizado Cível de comarca do interior de SP. Determinou-se que a SES-SP providenciasse “... local apropriado ao interditado, isto é, **estabelecimento psiquiátrico compatível com o tratamento necessário**, com contenção e segurança apropriada, informando que o interditado é atualmente maior e incapaz”.

(Processo socioeducativo, caso ACAR, 2007, grifo nosso)

Esse procedimento de interdição cível sai das páginas processuais do Juizado Cível para as páginas jornalísticas como “nova decisão da Justiça de São Paulo”. (Folha Online, 30/11/07).

A transferência UES-FEBEM para UES-SES

Em mesma data, publica-se Termo de cooperação técnica⁴⁷, objetivando propiciar aos “internos” o “tratamento psiquiátrico adequado à sua patologia”, bem como a “contenção” dos mesmos. A FEBEM atuaria na transição da administração da unidade e na capacitação dos funcionários. Ficando a Fundação, após a regularidade da UES, restrita à função de acolher as determinações judiciais e providenciar a remoção dos adolescentes.

A UES abrigaria adolescentes e jovens adultos autores de atos infracionais com conversão para medida protetiva. Conversão essa justificada por serem “portadores de diagnóstico de **transtorno de personalidade** e/ou possuírem **alta periculosidade** em virtude de seu quadro clínico” com determinação de contenção e tratamento psiquiátrico compatível com sua patologia.

Em 03/12/07, rapidamente, a UES é oficializada como equipamento da SES e

⁴⁷ A UES passa para a gestão técnica de uma cooperação técnica entre SJDC (FEBEM), SES e SAP (Processo SS 1/0001/004.735/2007 - 001/0938/000.018/2008 – Volumes 1 a 3). O tempo de vigência estabelecido para esse termo foi de 5 anos.

extingue-se a UES da estrutura organizacional FEBEM⁴⁸.

A emergência da UES SES é novidade também para a Equipe Técnica (de assistente social e psicólogos) do DEIJ (ETJ), integrantes da rede de atendimento de saúde da justiça juvenil. A ETJ solicita, em 11/12/07 (após o internamento de dois jovens), o plano de trabalho da unidade.

A UES passa a circular no âmbito da mídia e dos diários oficiais. No ano seguinte, intensificam-se as internações de jovens na Unidade. Dessa maneira, mesmo que a SES se contraponha à demanda dos Juízes, executa as determinações do Judiciário. A Saúde passa a atuar numa dinâmica de complementaridade com a Justiça, inserindo o jovem nas intersecções entre os dois sistemas.

Em 08/02/2008, uma Resolução Conjunta da SES com a SAP traçará os contornos da participação da Secretaria de Administração Penitenciária (Resolução 001, DOE 8/02/2008).

REGULARIZAÇÃO DO PROJETO UES: DOS CASOS COMUNS AOS EXCEPCIONAIS (2008/2009/2010) – AJUSTE DO FLUXO UES. DISSEMINAÇÃO NACIONAL DO PROJETO UES. CASOS RAROS E “INTRATÁVEIS”. ROTINA UES DE CONTENÇÃO E AUSÊNCIA DE TRATAMENTO. INTERNAMENTO UES E PRODUÇÃO DE MÁQUINA UES (2009/2010). DIFERENTES ROUPAGENS DA POLÍTICA DE INTERNAMENTO: DO TPAS À “DROGADIÇÃO”. PRODUÇÃO DE MÁQUINA UES: DO TPAS À “DROGADIÇÃO”.

Apesar de estabelecido, na prática, o fluxo do internamento do TPAS via UES, o Judiciário continua tensionando, pois questiona lacunas na rede de encaminhamentos e provoca ajustes.

Em fevereiro de 2008, o DEIJ requisita formação de equipe multidisciplinar (Magistratura, MP, SES, SJDC, CRP, CRESS e Programa Equilíbrio do HC/FMUSP) para debater os encaminhamentos e a forma de atendimento de “personalidade anti-social”. Tenta-se um ajuste e articulação da rede implicada com os serviços de saúde mental.

Nota-se outro ajuste na fase de avaliação e rastreamento de novos casos TPAS: produção de laudos conclusivos pelo IMESC, seguidos por exames do NUFOR/HC/FMUSP.

⁴⁸ Em 03/12/07 (Portaria Administrativa 1034, da FEBEM) a UES é extinta da estrutura organizacional da

Todavia, mesmo com a regularização do PROJETO UES em andamento e com rede de mapeamento acordado, as perícias são colocadas em questão. O DEIJ realiza audiência com diretor do Centro de Perícias e Diretor Técnico de Divisão do IMESC, para abordar:

- a demora para realização das perícias e para a apresentação em cartório dos laudos respectivos;
- as freqüentes impugnações nos processos de execução apresentadas, pela Defensoria Pública, por conteúdos „padronizados” e sem dados que indiquem as peculiaridades do caso concreto; e
- a ausência de especialidade na área de psiquiatria para figurar como segundo perito que subscreve a perícia médica.

Um novo ajuste é proposto: agenda especial para os casos do DEIJ e análise das situações denunciadas de “padronização dos laudos”, com proposições de mudanças.

O PROJETO UES em funcionamento, mas ainda sem regimento interno nem plano terapêutico, quase foi disseminado como política do sistema socioeducativo brasileiro. A MÁQUINA UES provocou interesse da VIJ do DF.

O DF, em 2008, manteve um jovem privado de liberdade durante quatro anos e meio, ou seja, excedendo o prazo limite dos três anos de internação. A partir desse caso, o Juizado da VIJ DF buscou informações junto ao DEIJ. Por pouco não se cria a possibilidade de formalização desta “nova regularidade”. Uma articulação de resistência a essa proposição interferiu. Um grupo de atores dos saberes psi da Universidade Católica de Brasília/UCB-DF e da Universidade de Brasília-UnB, e da rede de serviços e atores da política da infância e adolescência (CONANDA, Ministério da Saúde, SEDH) problematizaram essa nova produção institucional da infração e construíram projeto de desinternação, que executaram na rede substitutiva de serviços de saúde mental.

Emerge a UES como unidade prisional e de saúde, apesar da pouca aposta na possibilidade de tratamento eficaz e com ausência de apresentação dos programas de saúde aos jovens internos. Mesmo com esse quadro de regularização da UES, por não ter delineamento das ações de saúde, o MP defende que “a responsabilidade estatal é clara e decorre, especialmente, das previsões dos artigos 196 da Constituição da República e 3º da Lei nº 10.216/01” (caso DCS, MP, 2008) e requer a antecipação da tutela deste caso (com base no art. 9º da Lei nº. 10.216/01), bem como a manutenção ou

internação do jovem na UES. Defende que esta possui os meios de contenção de que o DCS necessita e dispõe do tratamento compatível com sua problemática.

O tratamento referido pelo MP fundamentava-se na tática de enfrentamento proposta pelos atores do IMESC nos processos de produção dos diagnósticos de TPAS. Foi proposta “montagem terapêutica” acoplada a processo de aferição contínua do sujeito TPAS:

“está pressuposta uma „montagem” como alternativa terapêutica, já que não se dispõe de instituição com tal especificidade, ou seja, abordagem terapêutica na modalidade associada, a saber:

- a) paciente abrigado institucionalmente (**contenção externa**);
- b) terapia individual de base analítica;
- c) aporte psicofarmacológico (conveniência e escolha a serem estimadas pelo especialista que venha a assisti-lo);
- d) terapia do grupo familiar;
- e) laborterapia (é das alienações a que menos traz males ao indivíduo e à sociedade);
- j) doutrinação de preceitos sociais e jurídicos;
- g) ensino intensivo formal da língua pátria;
- h) **aferição da evolução do quadro a cada ano, por equipe multidisciplinar, não vinculada ao estabelecimento abrigadouro e, necessariamente, de orientação dinâmica, para que se estime a conveniência de derivação para modalidade hospital-dia ou Ambulatorial”.**

(casos GFC, JOA, FAZ, DCS e ACL; IMESC, 2007, grifos nossos)

Os peritos do IMESC, ao definirem que o TPAS era “incurável”, propuseram esse sistema de suporte como estratégia de atendimento:

“Por nossa experiência, entendemos que para tal desordem mental (TPAS) **não exista cura**. O que se conhece, em melhor hipótese, para fazer frente a este quadro é o **sistema de “estaquia”, ou exoesqueleto, sem o qual o indivíduo com estrutura de personalidade perversa não consegue atender às normas sociais** do meio. O que vale dizer que, do ponto de vista terapêutico, dependemos de um aparato que atue como continente/contensão” (IMESC, 2007, grifos nossos).

Por meio de “visita” feita à UES pelo DEIJ, em 13/05/08, soube-se que integrava a máquina UES, além dos jovens: equipe da SAP, um enfermeiro, uma funcionária da área pedagógica, bem como um diretor que no momento da visita já havia se ausentado.

- “1. As instalações são amplas e boas, dotando o espaço de cinco casas que abrigam, cada qual oito adolescentes e
- 2. Foi verificada a existência de sete adolescentes (ACAR, JOA, MLBS, DCS, GFC, ACL e LPS)”.

(Fonte: DOCUMENTO-SINDICÂNCIA, conclusão Corregedoria DEIJ).

Mas apesar das “boas instalações”, o DEIJ reforça que a Unidade não possui nenhum tratamento em andamento, operando apenas a contenção física dos jovens:

- “não houve prévia capacitação dos funcionários atuantes no local”;
- “inexistia qualquer tratamento multidisciplinar ou mesmo de saúde mental adequados que estivesse sendo ministrado aos adolescentes”;
- “O atendimento médico limitava-se ao comparecimento de um profissional da área de psiquiatria (uma vez por semana) e um médico clínico (a cada quinzena)”;
- “Questionado se havia no local a presença de equipe para ministrar psicoterapia ou mesmo aporte psicopedagógico, a resposta foi negativa; e
- “o local está sendo utilizado apenas para contenção dos adolescentes, que deveriam estar sendo submetidos a tratamento adequado (art. 227 da CF e art. 112 § 3 do ECA) na tentativa de reversão do quadro de transtorno de personalidade”.

A rotina descrita pela SES ao DEIJ explicita essa ausência de todo e qualquer trabalho do campo da saúde, demonstrando total violação de direitos (sem considerar nesse posicionamento a questão em jogo nas situações jurídicas do internamento):

“7:00 – café da manhã – limpeza geral das residências, limpeza das áreas comuns no interior da unidade, limpeza do pátio e da quadra de esportes.

10:00 LANCHE – Lavagem de roupa, Coleta de lixo e corte da grama e retirada das ervas daninhas

13:00 ALMOÇO – Atividades de informática (uma vez por semana, durante uma hora, divididos por grupos/duplas com maior afinidade. Tendo sido concluído em 30/04 o módulo 1 e 2 e atividades esportivas

16:00 LANCHE – Jogos (dama, trilha, dominó, xadrez), Leitura

19:00 JANTAR – Acesso aos programas de TV (canais não pagos).

Além da rotina, acima descrita, todos os internos contam com atendimento médico clínico e psiquiátrico e acompanhamento pedagógico”.

(SES-SP, PROCESSO-SINDICÂNCIA, 11/06/08)

Tal rotina de ócio apresentada pela SES (atividades rotineiras de limpeza, jogos lúdicos e acesso a TV mais a formação em informática – 1x/sem) permeada por atendimentos médico clínico (segundo o DEIJ, *a cada quinzena*), psiquiátrico (segundo o DEIJ, *uma vez por semana*) e acompanhamento pedagógico foi bruscamente afetada por duas vezes, pelos **internos** que, segundo a SES-SP, reivindicaram direitos por meio de tática da greve de fome:

“manifestaram a intenção de iniciar uma greve de fome, com vistas a requerer nossa atenção para as suas reivindicações em relação ao tempo de permanência na Unidade e, conseqüentemente, previsões acerca do futuro de cada um, em particular, no que se refere às suas situações jurídicas” (SES, 2008).

A manifestação foi atendida pela Chefia de Gabinete da SES, em 07/07/08, “como medida de caráter preventivo”. A SES, por meio do seu representante, informou aos jovens que eram cumpridores de determinações do Poder Judiciário e prometeu:

“faremos o melhor a cada um” com oferta de “*assistência médica*” e “*acolhimento*”. Acerca das questões jurídicas, a SES comunicou a demanda dos jovens via ofício e, caso o DEIJ considerasse pertinente, esclarecê-las-ia.

O aparelho de contenção e tratamento poderia alcançar quarenta jovens, mas até esse momento mantinha oito jovens. A máquina operava em baixa potência e os Juízes do DEIJ e a SES argumentavam que a baixa produtividade era devido ao plano de tratamento sem metas e sem eixos de ações, ainda somadas às informações dos jovens com “tentativa de greve de fome” por reivindicações dos seus possíveis tratamentos e situações jurídicas.

Os atores protagonistas e coadjuvantes do PROJETO UES (SJDC, SES, SMS, SMADS, FEBEM, Defensoria Pública, MP e Magistrados do DEIJ) se reuniram em 11/08/08 para discutir a situação, visto que os jovens “não estavam recebendo tratamento compatível com a respectiva problemática, já que o atendimento se restringia às atividades constantes (aquelas citadas anteriormente)”.

Nessa ocasião, a SES (2008) justificou que a unidade tinha um projeto anterior (“pretendida para a inclusão de adolescentes com outras problemáticas – drogadição, psicose”) onde caberia tratamento preconizado pela USP. Porém, com a demanda dos casos de *adolescentes portadores de TPAS*, ela “resolveu então utilizar o espaço para o atendimento de tais jovens”.

Segundo a SES, o NUFOR/FMUSP, o executor responsável pela assistência na UES, “dispensa o atendimento que entende adequado”, porém, mesmo se colocando à disposição para supervisionar diretamente o atendimento na Unidade, curiosamente “entende que não há tratamento eficaz para o TPAS”.

“a medicina tem pouco a fazer por estes pacientes, uma vez que não se conhece mundialmente solução em termos de saúde pública para os casos avaliados e diagnosticados com personalidade anti-social”.

(audiência do NUFOR com DEIJ, 2008).

Frente à ociosidade detectada e ao internamento além dos três anos regulamentares, a Chefia de Gabinete da SES argumenta, em 30/01/08, que: a UES não é uma “unidade de saúde mental tradicional”. Como referendado em seu nome, “a Unidade em apreço é experimental” e portanto:

- “**Não pode ser concebida como uma Unidade de Saúde tradicional**, pertencente ao SUS”.
- “Trata de uma ação do Poder Executivo, que de forma cooperativa envolve três

Secretarias, sendo **dispensável, portanto, a aprovação do Conselho Estadual de Saúde**, na medida em que se presta para atender cidadãos encaminhados pelo Poder Judiciário e possuir contenção, **não atendendo ao princípio basilar do SUS** de atendimento universal da clientela”.

- “**O critério de admissão e de desligamento dos pacientes da UES é exclusivo do Poder Judiciário** - Varas de Infância e da Juventude e Varas de Família e Sucessões”.
- “Esta Pasta [saúde] ainda **não dispõe do custo da Unidade**, como já dito, ela tem funcionamento recente; valendo informar que cada uma das Secretarias envolvidas irá arcar com os custos relativos ao desenvolvimento de suas atividades, bem como com os recursos humanos necessários para o seu adequado funcionamento, nos termos do Termo de Cooperação Técnica ajustado [29/11/07]”.
- “No que diz respeito à **Lei Federal 10216/01**, que determina a comunicação do MP nos casos de internação psiquiátrica compulsória e involuntária, esclarecemos que a **Unidade não interna pessoas por determinação médica, e sim por determinações judiciais, onde o MP sempre faz parte da Ação Judicial** ou do Processo, sendo certo que fica ciente da entrada do cidadão na Unidade Experimental”.
- “De fato há **presença na Unidade Experimental de agentes penitenciários**, sendo certo que a **SAP** é um dos colaboradores para o funcionamento da nova unidade. Isto, porque de acordo com as decisões judiciais, os pacientes devem permanecer sob regime de **contenção e segurança, devido à grave ameaça** que estas pessoas representam para a sociedade [...]”.
- “Reafirmamos que a Unidade em tela **não se trata de um equipamento hospitalar, mas de custódia** de adolescentes e jovens/adultos, e os horários e forma de visitação dos jovens será objeto de **Regulamento Próprio** de funcionamento da unidade, ainda em fase de **elaboração**, sendo certo que atualmente a visitação é permitida, embora ainda sem regulamentação formal”.

Note-se que a UES não está regulada pela política de saúde mental do SUS. Vide marcos legais, técnicos e políticos construídos nas normativas brasileiras do século XXI.

A SES, em 11/06/08, alerta novamente que o equipamento UES “**não pode ser visto como um serviço de saúde comum**”, pois foi criado para atendimento de cumprimento de decisões judiciais de tratamento psiquiátrico e contenção, mesmo em casos de jovens maiores de 18 anos e em prazo limite de três anos de internação (jovens que já teriam garantia de sua liberdade pelo ECA). Mais uma vez posiciona-se: é direito do cidadão se submeter ou não ao tratamento médico, portanto não possui hospitais fechados nem mesmo psiquiátricos, com contenção. Ou seja, a UES não se enquadra nesses parâmetros.

“A situação que se apresentava e ainda persiste é **atípica**” (SES, 2008), pois a unidade serviria para “menores” com o diagnóstico de transtorno de personalidade (comportamento anti-social), que cumpriam medida socioeducativa. Em caráter experimental, pois a medicina mundial é cética com a possibilidade de tratamento desses casos. Não serviria para o internamento compulsório que passou a ocorrer em

2008.

Em um dos casos dos jovens, a SES explica a dinâmica do atendimento:

“[...] todos os órgãos envolvidos ainda estão em fase de modelagem do quadro e perfil dos profissionais que serão disponibilizados para o funcionamento da Unidade, para que esta cumpra a **função de contenção e tratamento**, entendendo-se como tal, **cuidados médicos e de demais profissionais de saúde**, se necessário; bem como demais atividades apropriadas àqueles que estão sob regime de contenção. No que diz respeito a esta Pasta de Saúde, neste momento o **gerente da Unidade é um Psiquiatra da SES**, sendo certo que o corpo clínico responsável pela atenção à saúde dos internos está, atualmente, sob a responsabilidade do **NUFOR do HC/FMUSP**.”

(caso LPS, 2008, grifos nossos)

A SES, com suas afirmações de que a UES era *experimental, atípica, nova e não tradicional*, governava a vida de jovens sem cumprir critérios mínimos exigidos para um espaço coordenado pelo poder público. Como verbalizado pelo sistema de saúde, as ações e encaminhamentos estavam em elaboração e em funcionamento ao mesmo tempo. O Estado não detinha os gastos orçamentários investidos nesse novo equipamento.

No Conselho Estadual de Saúde de SP, a presidência da FEBEM também se desresponsabiliza em relação à UES. Em 26/09/08, ao ser questionada sobre a UES e a parceria com a rede de atenção de saúde mental com produção de crescente patologização, informou que não falaria sobre a Unidade. A FEBEM não responde por ela porque a medida protetiva e a internação compulsória não são de sua competência.

Cabe uma estranha indagação: como foi licitado o PROJETO UES, com distribuição e aplicação de verba pública da saúde do Estado de São Paulo, sem definição prévia de um planejamento que justificasse sua rubrica?

Divulga-se em 2008 que o **fluxo de atendimento é diferenciado**, ocorre por decisões judiciais; seja pela substituição de medida socioeducativa por medida protetiva (nos termos do ECA), seja por força de interdição determinadas pela Varas de Famílias e Sucessões ou Varas Cíveis, nos casos de indivíduos com mais de 21 anos. O Poder Judiciário determina “o tratamento em local apropriado, sob contenção”, fundamentado em **laudos psiquiátricos** conclusivos de **transtornos de personalidade**, sendo esses **indivíduos perigosos** para conviver na sociedade. A Saúde, no entanto, repete que o posicionamento hegemônico das várias escolas médicas é de ceticismo com os resultados com vistas às melhorias do quadro.

Para a SES, a UES funciona como um “**observatório**” dos jovens contidos por determinação judicial (ofício ao DEIJ, 30/01/08). Esse processo de observação opera

procedimentos: **avaliações periódicas** (por equipe multiprofissional de saúde), e **tratamento médico e apoio psicológico e social** (na medida das suas necessidades, desde que apresentem “**alterações de comportamento, ou distúrbios clínicos e/ou patológicos**”).

A dinâmica de atendimento seria de acompanhamento médico via NUFOR/HC/FMUSP e ocupação com diversas atividades, tanto educacionais, como lúdicas e laborais, respeitando a individualidade dos mesmos e seus potenciais de desenvolvimento.

Eis os caminhos do fluxo da UES:

- o Poder Judiciário solicita avaliações do *sujeito perigoso*;
- o saber psi-jurídico produz o diagnóstico *TPAS*;
- o Judiciário julga e determina o internamento compulsório e com contenção;
- a SES qualifica o equipamento de contenção;
- a SAP regula a entrada na UES;
- a SES monitora e executa (mesmo que por convênio) o atendimento na UES;
- a rede de perícias reavalia a *cessação de periculosidade* (IMESC,NUFOR e IML) e
- o Poder Judiciário decide a libertação do jovem.

Mas, ao mesmo tempo em que passa a oferecer informações da dinâmica da UES, a SES e o IP/HC/FMUSP, em audiência no DEIJ, em 13/02/08, afirmam que a *UES é um desperdício*, pois reduz a sua capacidade de intervenção de 40 adolescentes passíveis de tratamento, tais como as “psicoses e os transtornos disruptivos de conduta”, para uma população de 10 jovens com Transtorno de Personalidade.

A SES-SP declara que, diante de um determinado caso, de repercussão na mídia e com diagnóstico controverso (não unânime), seu Secretário esteve na iminência de incorrer em crime de desobediência e, em função disso, teve que transferi-lo para a Unidade Experimental. Em sua perspectiva, o único local compatível para o primeiro interno da UES era a “Casa de Custódia”, vinculada à SAP. Mas o Poder Judiciário entendeu que não se aplicava ao caso.

O PROJETO UES, conforme sustenta a SES, seria para jovens em cumprimento de medida socioeducativa sem contenção, mas o perfil da sua clientela foi alterado. A SES refere argumento do Poder Judiciário:

“no caso de evasão [o jovem autor de ato infracional em um sistema de atendimento sem contenção] não procurariam a família e sim retornariam ao ambiente onde haviam cometido o ato infracional, colocando em risco a si próprios e a sociedade” (SES, 2008).

Os atores jurídicos do DEIJ contrapõem-se à posição dos atores psi do NUFOR e

SES sobre as possibilidades de tratamento do TPAS. Argumentam que essa posição não é unânime e na “literatura médica mundial [...] parte dela defende que, embora incurável, o quadro pode ser atenuado”. Ainda discorrem que, apesar de o transtorno participar do rol de doenças da Classificação Internacional de Doenças, CID 10, os médicos não consideram o transtorno como doença e o prognóstico é de *difícil ou improvável solução*. Pontuam que quando o caso não envolve surto, o Estado não tem local com contenção para encaminhá-lo, mesmo com *risco para a sociedade e para a própria pessoa*. Observa-se isso detalhadamente no despacho do DEIJ em um dos processos dos jovens internados na UES:

“A partir de **casos raros e extremamente preocupantes** perícias psiquiátricas começaram a ser realizadas onde se constatarem casos de Transtorno de personalidade anti-social com diagnósticos reservados. Os médicos e psicólogos começaram a esclarecer e traçar um perfil da personalidade anti-social. Nós, juízes, começamos então a nos deparar com situações especiais onde, taxativamente, apontam os médicos e peritos que o convívio social seria de absoluto risco para o jovem e para a ordem pública. Por inúmeras vezes, apontou-se quadro grave com necessidade de contenção. Começaram, então, as polêmicas e discussões médicas sobre a possibilidade ou não de tratamento. A lacuna criada pelo ECA, com delimitação de internação por até três anos, de forma compulsória, gerou uma situação insustentável. Este juízo passou a entender que essas personalidades precisam ser detectadas, antes do prazo fatal, afastadas dos demais jovens com realização de um trabalho efetivo por parte do Estado, especialmente a área da saúde, para tentativa de reversão do quadro ou pelo menos, atenuação. Com o afastamento e em local especializado, os diagnósticos poderiam ser refeitos e o melhor encaminhamento para o jovem poderia ser indicado. O diagnóstico precisaria ser realizado, de forma minuciosa, com um estudo completo sobre a personalidade do jovem. Diagnóstico sob contenção é muito complicado e não pode ser realizado de forma frugal. Muitas vezes o jovem apresenta traços de um transtorno de personalidade mas com o passar do tempo, com as intervenções técnicas necessárias, esses traços vão desaparecendo formando-se, então, o diagnóstico de transtorno de conduta. Na verdade isto ocorre porque é difícil a realização do diagnóstico, sob contenção, que demanda tempo e observação. Entendemos, então, que o Estado e a sociedade precisavam enfrentar estes problemas de forma responsável criando soluções que visassem resguardar, em última análise, o jovem como pessoa em desenvolvimento que merece proteção integral assim como a ordem pública. Observamos que, nas Regras Mínimas de Beijing, há previsão para que a ordem pública também seja resguardada. O ECA, seguindo o que foi disciplinado nas Regras Mínimas de Beijing, visa resguardar os direitos fundamentais dos adolescentes e a ordem pública. Para os imputáveis a personalidade anti-social é enquadrada como caso de semi-imputabilidade. Os peritos aconselham o cumprimento da pena em regime fechado, sem qualquer benefício previsto na LEP. Os peritos geralmente não acrescentam na cura ou tratamento eficaz para o portador de personalidade anti-social pois o fato de não sentir remorso pelo crime praticado torna inviável qualquer tratamento psiquiátrico, cuja base seria o arrependimento pela prática do crime. Contudo, vários especialistas apontam que algumas melhoras podem ser obtidas. Aprendemos, com o passar dos anos, que portador de personalidade anti-social é aquele que não consegue estabelecer afetividade, cuja estrutura da personalidade é perversa, atua com dissimulação e manipulação para conseguir seus ideais não dando qualquer importância aos valores socialmente

estabelecidos. Apresentam um aspecto exterior normal e até mesmo agradável e cativante. Fracassam em se adaptar às normas sociais. Nós juízes do DEIJ ao nos depararmos com referidos diagnósticos nos vimos obrigados a adotar um posicionamento. Na maioria dos casos, passamos a adotar a seguinte solução. **Quando um adolescente é diagnosticado como portador de traços de personalidade anti-social e este diagnóstico pode ser apresentado por técnicos da equipe multidisciplinar da Fundação, inclusive o médico psiquiatra, ou do Judiciário, o juízo determina a realização de uma perícia psiquiátrica.** Até agora só conseguimos que essas perícias fossem realizadas pelo IMESC. Avaliações psiquiátricas são realizadas pelo NUFOR. Determinamos, ainda, a aplicação do teste de personalidade Rorschach. Confirmado o diagnóstico determinamos à Fundação que seja intensificado o acompanhamento sistemático e inserção do jovem em aporte psicoterápico por 6 meses. Decorridos 6 meses determinamos nova avaliação ou pelo técnico que apontou o transtorno ou pelo IMESC. Caso seja apontada evolução com indicação de desaparecimento dos principais sintomas, então, inserimos o jovem em medida mais branda, com os acompanhamentos necessários. Caso não seja apontada qualquer evolução, mas, sim, reforçado o diagnóstico de forte tendência à personalidade anti-social, com alta probabilidade de voltar infracionar, determina-se a suspensão da medida com aplicação da medida protetiva prevista no art 101, V do ECA, internação em estabelecimento psiquiátrico compatível para o tratamento. Isso não significa tratamento psiquiátrico em regime de internação ou nos molde de hospital psiquiátrico, mas tratamento de cunho psiquiátrico especializado. Diante da situação detectada, a MM Juíza Diretora deste DEIJ e corregedora da Fundação, constatando que faltava um local adequado para encaminhamento dos jovens com problemas mentais, em julho de 2003 realizou audiência com vários Secretários de Estado. Em referida audiência os vários problemas identificados foram objeto de explanação. A Secretaria da Saúde comprometeu-se a apresentar uma solução para os casos de TP em 30 dias. No tocante aos casos de PAS vários projetos foram esboçados. Finalmente, resolveu-se instalar a UES cujo projeto foi desenvolvido pelo Professor e Psiquiatra da UNIFESP. **A unidade foi inaugurada, mas nunca entrou em funcionamento.** Seria uma unidade da Fundação. Posteriormente, houve uma alteração e passou a ser uma unidade autônoma, aos cuidados da Secretaria da Saúde. Isto ocorreu, exatamente, quando solução precisava ser encontrada para caso de grande repercussão pública. Os Magistrados que atuam e que já atuaram neste DEIJ sempre tiveram como preocupação, em se tratando de saúde mental, o adolescente como pessoa em situação peculiar de desenvolvimento que demanda proteção integral. Percebemos, contudo, que ignorar o problema não seria o caminho. Foi por esta razão que **sempre lutamos por um tratamento digno e adequado para os adolescentes.**

[...]

“Magistrados deste DEIJ e especialmente, esta Magistrada, sempre acreditamos que os adolescentes que fossem encaminhados para UNIDADE EXPERIMENTAL DE SAÚDE receberiam tratamento médico visando tratar, aprimorar e esclarecer os diagnósticos com o tratamento possível. A situação passaria ao acompanhamento médico, com critérios médicos. **Contudo, para nossa absoluta surpresa, o que estamos vislumbrando é uma recusa absoluta, por parte da Secretaria de Saúde do Estado em administrar a unidade visando tratamento**”.

(Juiz DEIJ, 09/05/08, grifos nossos)

O Poder Judiciário, tomado pela situação de quatro jovens já internados na UES a partir de suas determinações, ressalta em um dos processos a “necessidade de um acompanhamento estrito e adequado” aos jovens da UES, pois obteve informações de

que “Parece que isto ainda não começou” (caso GFC, 2008). Mesmo o DEIJ sabendo que o tratamento não ocorria, sustenta que “Não seria concebível o jovem (GFC) permanecer na Fundação com a instalação da Unidade”.

O DEIJ reafirma que a proposta era de *local adequado* para encaminhamento de jovens com Transtorno de Personalidade Anti-Social: Unidade Experimental de Saúde. Baseado na CF (1988), em seu artigo 227, *caput*, que dispõe sobre os direitos fundamentais dos adolescentes – dentre eles, o **direito à saúde**, a ser assegurado com absoluta prioridade – determina que:

“o jovem deve ser submetido a tratamento adequado, pois coloca de forma latente em risco a sociedade e ele próprio. Com base no princípio da proteção integral, hei por bem, suspender a medida sócio-educativa de internação, e por consequência, a fluência do prazo de três anos previsto no artigo 121, §3º do ECA, determinando o encaminhamento do jovem para local adequado, para tratamento de sua problemática, com base no art 101 V do ECA na UES” (Juiz DEIJ, 2008).

Como afirmava a Juíza da VIJ da comarca de origem de um dos jovens, em seu despacho da medida socioeducativa de internação, em caso de jovem “portador de doença ou deficiência mental”, este deve vivenciar tratamento especializado:

“O espírito do ECA é de buscar a reintegração do adolescente à sociedade. Desta feita, está o adolescente, em caso de internação, sujeito à aplicação de medida que lhe priva a liberdade, com estrita obediência aos princípios da brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Isto porque a pretensão educativa tem natureza distinta da pretensão punitiva. A primeira, como o próprio nome diz, visa à educação do adolescente e cumpre função relevante na prevenção do crime. Observo que os menores de dezoito anos, como é o caso, são penalmente inimputáveis justamente por serem menores, conforme dispõe o artigo 104 do ECA. A legislação especial previu que em caso de prática de ato infracional grave e internação do adolescente sendo de portador de doença ou deficiência mental, será submetido a tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições (Art. 112, § 3º do ECA)” (caso ACAR, 2004).

Em meio a essas discordâncias psi-jurídicas, a máquina UES em funcionamento com oito jovens internados, em setembro de 2008, sofrerá significativa mudança no que diz respeito a sua invisibilidade administrativa-normativa, com a publicação pelo Governo do Estado de SP de Decreto oficializando a Unidade:

1. A UES, subordinada diretamente ao Chefe de Gabinete da SES, deve cumprir, exclusivamente, as determinações do Poder Judiciário de tratamento psiquiátrico em regime de **contenção**, para atendimento de adolescentes e jovens adultos com **diagnóstico de distúrbio de personalidade**, de **alta periculosidade**; 2. O perfil é de **egressos da Fundação CASA (FEBEM)**, que cometeram **graves atos infracionais** e que forem **interditados** pelas Varas de Família e Sucessões; 3 A

UES tem a finalidade de proporcionar ao “custodiado atendimento humanizado” de acordo com o ECA (1990).

O Judiciário insiste que a UES cumpre o estabelecido no art. 4º da lei 10.216/01 e é “entidade estadual apta para receber portador de doenças e transtornos mentais devidamente diagnosticados por corpo clínico especializado” (HC/caso FAS, 2009), como nos oito encaminhamentos já executados.

Além da formalização administrativa do funcionamento da Unidade, passa-se a um investimento no esforço de justificação das estratégias jurídicas dos internamentos dos jovens por meio de execuções de interdições civis, concluindo também alguns processos de antecipações de tutelas provisórias:

“A **interdição civil abrange as pessoas dotadas de sociopatia** (personalidade dissocial) como no vertente caso, porque, conforme a legislação vigente, dar-se-á curatela aos que sofrem de enfermidade ou deficiência mental grave que os privem completamente da razão [...] Porém, **quando o legislador tratou do absolutamente incapaz, os que por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos (artigo 3, inciso II do Código Civil) quis na verdade abranger a qualquer distúrbio mental que comprometa a vida civil do sujeito**”.

(caso ACAR, Juiz cível, 28/11/07, grifos nossos)

Contudo, apesar de formalizações e argumentações administrativo-jurídicas, a UES é denunciada como equipamento dito de saúde com contenção e sem política de tratamento em vigor. Essa constatação foi disparada principalmente por meio de ocorrência de tentativa de suicídio de um dos jovens internos na UES. Diante disso, a Unidade sofre a sua primeira fiscalização em 09/03/09, feita pelo CREMESP e demandada pelo MP do Estado de São Paulo, responsável pelo enfrentamento às questões da Saúde Pública. O inquérito foi instaurado por solicitação da Promotoria do interior de SP do caso de JOA. A fiscalização desencadeou posteriormente a liberação do jovem daquele equipamento. Colocaremos em análise tal situação no capítulo 3.

No relatório de fiscalização, o médico psiquiatra e diretor da UES (antigo perito do NUFOR no convênio da FEBEM) explica o fluxo interno de tratamento:

“os internos são submetidos a uma **avaliação inicial** onde procura estabelecer um **diagnóstico clínico de eventuais enfermidades e um diagnóstico psiquiátrico**, para que possa planejar **acompanhamento médico**, se necessário. Já foram estabelecidos, para esses internos, diagnósticos como Hérnia de Hiato Esofágico, Enxaqueca Clássica e Síndrome do Pânico, por exemplo, que implicaram em tratamento específico. Esclareceu ainda o Dr. que busca ativamente os internos para oferecer

acompanhamento médico-psiquiátrico, porém, de regra, os mesmos **não se interessam**. Referiu que, independentemente dessas vezes em que busca ativamente oferecer atendimento aos internos, pelo menos **uma vez por mês, eles são trazidos à sua presença** para avaliação. Esclareceu que, de regra, são internos com **personalidade psicopática**, para os quais, na situação em que se encontram na Unidade experimental, sob vigilância e não expostos a situações desencadeantes de comportamentos anti-sociais, **não há indicação de tratamento medicamentoso**. Informou ainda que todos os internos, a pedido da Secretaria da Saúde, foram, recentemente, submetidos a avaliação especializada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica - NUFOR. Esclareceu ainda que além, do tratamento médico oferecido aos internos, os mesmos contam com **acompanhamento psicológico, pedagógico e de enfermagem**".

(caso JOA, Fiscalização CREMESP, 2009, grifos nossos).

Pela conclusão do médico fiscal do CREMESP (2009), com base em entrevista com o diretor da UES, o projeto da Unidade estaria em pleno funcionamento e com adequadas instalações físicas, apesar de todas as possibilidades disponíveis não estarem sendo exploradas pelos jovens, pois recusavam parte do tratamento:

“Trata-se de instituição da Secretaria de Saúde do Estado, destinada a **abrigar e cuidar de egressos** da Fundação CASA que, por determinação judicial, ainda devem permanecer sob **custódia do Estado**; A Instituição apresenta, na visão deste Médico Fiscal, instalações físicas adequadas ao abrigo desses internos bem como ao **acompanhamento médico-psiquiátrico** dos mesmos, entretanto, a aceitação do acompanhamento médico-psiquiátrico, oferecido ativamente pelo psiquiatra responsável, fica sempre **a critério do interno**, que de regra não o aceita; São ainda oferecidas a esses internos, atividades de lazer e ensino, que visam tornar mais agradável sua permanência no local, bem como adquirir novas habilidades, como a prática esportiva, leitura, informática, jogos, jardinagem, horta e violão; A equipe destinada ao acompanhamento desses internos, composta de um médico psiquiatra, uma psicóloga, uma pedagoga e três enfermeiros, aparenta estar adequada ao número de internos existentes; **Conforme manifestação do Médico Psiquiatra que assiste os internos, de regra, eles são Psicopatas, não sendo justificável, sob a ótica psiquiátrica, a imposição de tratamento medicamentoso aos mesmos**. No ambiente em que se encontram, sob vigilância e não expostos a situações de risco, a ocorrência de comportamentos explosivos anti-sociais é improvável, não estando assim indicada, nessa situação peculiar, qualquer medicação que tivesse por objetivo inibir esse improvável comportamento” (CREMESP, 2009, grifos nossos).

A despeito do desempenho positivo da MÁQUINA UES descrito no relatório de fiscalização do CREMESP, o DEIJ toma a operação como de reduzida intervenção da saúde (nesses casos restrita à tática de contenção) e manifesta suas intenções de busca por um “tratamento profundo dos psicopatas”:

“por um **tratamento digno e adequado para os adolescentes**. Em especial, em relação aos casos de Transtorno de Personalidade sempre entendemos que os diagnósticos realizados sob contenção devem ser vistos com reservas e, desta forma, um **estudo mais aprofundado** do caso com tentativa de **tratamento** se mostrava necessário”

(Juiz do DEIJ, 07/05/08, grifos nossos).

O DEIJ (2008) pontua, em quatro dos sete processos analisados, que: “os adolescentes que fossem encaminhados para a UNIDADE EXPERIMENTAL DE SAÚDE receberiam tratamento médico visando **tratar, aprimorar e esclarecer** os diagnósticos com o tratamento possível” (grifos nossos).

Nos convoca a reflexão o aparente paradoxo em que os psi pleiteiam a contenção e o justo tratamento.

De um lado, os técnicos psi, NUFOR e SES, argumentam que não há “tratamento eficaz” para o diagnóstico de TPAS, de outro, executam o único serviço oferecido na UES, o de contenção, como verificado pelo DEIJ em visita a Unidade em maio de 2008. O DEIJ constata ausência de projeto global para o dito equipamento de saúde UES, bem como a ausência de projeto terapêutico singular para os jovens. Já o CREMESP destaca que apenas o processo de avaliação é executado porque os jovens não aceitavam o “acompanhamento médico-psiquiátrico” que não envolvesse “tratamento medicamentoso”.

Aquele risco de “malogro técnico” a que se referiu a FEBEM ao se reportar a unidades construídas anteriormente com o propósito de acolher adolescentes “com transtorno mental”, não se efetuariam no caso da UES, cuja história de “funcionamento” *atípico, experimental* já dura mais de quatro anos (2007-2011).

A “baixa potência” da UES revela o tratamento pouco eficaz e a encomenda custodial como centro da demanda TPAS já que, segundo o DEIJ, a SES recusa-se a administrar a UES – “uma recusa absoluta, por parte da Secretaria de Saúde do Estado em administrar a unidade visando tratamento” (DEIJ, 2008) – e cobra “tratamento digno e adequado para os adolescentes”. A faceta custodial da UES que aparece sistematicamente será quanto mais evidente, tanto mais recusada.

Para a Defensoria Pública (2006), esse dito tratamento era ofertado seguindo a ala da psiquiatria que trabalha com *binômio perigosidade-contenção*, os chamados “positivistas lombrosianos”. A Defensoria acredita que os positivistas lombrosianos foram derrotados no território das políticas públicas de saúde mental brasileira, porém estes ainda são “dominantes no território da psiquiatria (e psicologia forense) com nobres exceções” (os diversos contrapontos da Defensoria Pública serão apresentados posteriormente).

Mesmo após essas novas informações (tentativa de suicídio do JOA e

apontamento dos magistrados do DEIJ por estudo mais aprofundado e tratamento), a rotina da UES continua⁴⁹.

Nesse fluxo, novo caso adentra a UES: um adolescente encaminhado diretamente pelo Juízo da Infância do interior de SP. Ele não pertence ao fluxo de encaminhamento do DEIJ. O juiz se referiu diretamente ao Decreto de criação da UES e despachou sua decisão: “Oficie-se à unidade onde se encontra internado para providenciar sua transferência para a unidade experimental de saúde, nos termos do art. 2º I ‘a’ do Decreto Estadual 53.427/2008, devendo comunicar ao juízo quando for efetivada” (Juiz VIJ do interior, 11/11/09).

A SES, a despeito da prática do NUFOR (que atuava em sua parceria) que questiona a possibilidade de tratamento para os casos TPAS, e ainda perpassada pelas informações de violação de direitos de usuários de saúde mental, legitima a UES como novo campo de atuação e atendimento da Saúde.

A SES aciona o fluxo da UES cumprindo o seu Decreto oficial, solicitando à SAP a tarefa do traslado FEBEM-UES. Em janeiro de 2010, o diretor técnico da UES (Psiquiatra da SES e perito antigo do NUFOR no convênio com a FEBEM) acolhe o jovem EAS (o nono e último jovem internado na UES até julho de 2010).

Na UES foram internados, até 2010, nove jovens, mas mantiveram-se de modo mais permanente seis deles. Isso, principalmente com subsídio dos laudos do IMESC, porém sem executar aquele proposto “sistema de estaquia”, nem qualquer outra “montagem terapêutica”.

A história da UES constitui uma política de controle e contenção de grupos selecionados com certas regulações de observação e avaliação. No PROCESSO-SINDICÂNCIA, desde 2007, são feitas menções a outros tipos de casos, além dos TPAS, que também estão de acordo com a tática da contenção especializada. Dentre eles, os casos com demanda por tratamento de “drogadição” não atendida pela rede hospitalar.

No mapeamento do caso UES/TPAS também identificamos outro deslocamento: o das internações compulsórias da “população FEBEM” envolvida com o uso de álcool e outras drogas. O tema do internamento persiste e expande a amplitude do controle

⁴⁹ Oficialmente, por meio de DOE novas regularização da UES são divulgadas: em 02/10/09, a gestão da UES passa a funcionar por convênio entre SES e SAP, pois a transição técnica entre FEBEM e SES foi finalizada; e, em 14/11/09, conclui-se a cooperação técnica entre SES, SAP, SJDC/FEBEM (iniciada em 29/11/07). Normaliza-se a parceria intersecretarial entre o Sistema de Saúde e o Sistema Prisional.

com contenção. Aprova-se protocolo CIJ nº 52281/09 (21/10/09 – Diário de Justiça Eletrônico/ Caderno administrativo de SP, Ano III, edição 573, p. 8) de implantação de “unidades especializadas para tratamento de crianças e adolescentes com problemas psiquiátricos ou dependência química”.

Para avaliação do andamento da Sindicância, de 2002 a 2009, a Corregedoria do DEIJ insta a SES a fornecer informações acerca dos seguintes temas:

1. Casos com diagnóstico de “deficiência mental” em adolescentes em conflito com a lei que não contam com respaldo familiar (equipamentos mais próximos da capital);
2. Casos com diagnósticos de “psicose” em jovens em conflito com a lei que não contam com suporte familiar (equipamentos de longa permanência);
3. Casos de Transtornos de Personalidade / TPAS – discussão dos atuais encaminhamentos; e
4. Casos de “Drogadição” – necessidade de mais equipamentos para jovens que necessitem ficar internados em clínica ou locais especializados, ante o grau da dependência.

A SES salienta que vem, de forma contínua, ampliando e criando serviços de atendimento na área de saúde mental, com vistas a garantir cada vez mais o acesso da população a esses equipamentos. Lembra, no entanto que essas ações devem seguir os princípios constitucionais do SUS de descentralização dos serviços, devendo o Estado atuar de forma suplementar no atendimento municipal, sendo a política atual de investimento nos CAPS e de diminuição do tempo de internação de pacientes. Por isso, os resultados são: em relação a 2007, um aumento de 26,5% nos leitos psiquiátrico em hospital geral, contando com 677 leitos em 2009. Acusa que esse investimento servirá para os “dependentes de substâncias psicoativas”.

A excepcionalidade continua sendo o mote da internação, seja no tratamento especializado de uso de álcool e outras drogas ou do “transtorno de personalidade”. Na prática, os casos de exceção de TPAS ou mesmo de internação de “dependentes químicos” se tornam regulares e as normas se modificam mesmo que o regramento de resoluções e legislações apregoe o contrário.

O DEIJ continua exigindo a observância de outros posicionamentos na literatura médica mundial. No caso da “drogadição”, a SES acordou providenciar tratamento de “drogadição” em locais especializados, que precisariam ser criados ou conveniados com o Estado. A SES, como no caso TPAS, comprometeu-se a estudar a problemática, dispondo-se a arcar com os custos. A SES e a SMS se articulariam para oferecer os

leitos necessários. Em seguida, licitam as obras da nova Unidade Experimental de Saúde⁵⁰. Dessa vez, explicita-se o orçamento e informa-se que a UES Botucatu/“drogadição” custou R\$12,4 milhões⁵¹. A nova demanda já opera no esquema máquina UES. Seu edifício está publicado nos documentos públicos. Cabe esperar para conhecer a dinâmica dessa nova ou velha máquina.

A UES se configura como um efeito descontínuo (interrupção da política do sistema socioeducativo e transposições normativas entre o sistema penal do adulto e o socioeducativo do adolescente autor de ato infracional) no jogo de lutas de saber-poder (entre a saúde, justiça e assistência) que se difunde e inaugura uma nova-velha lógica no sistema socioeducativo brasileiro, com a ampliação das táticas de tratamento.

A UES, como instituição intermediária, responde pelas funções estratégicas de acolhimento de demandas não ordinárias (incomuns). Jovens em cumprimento de medida de internação passarão a uma situação que, por um lado, se configura como algo novo (um equipamento moderno), quase singular, por outro, carrega em sua engrenagem arranjos velhos (tratamento em isolamento e contenção) e novos (arquiteturas moderníssimas de casas compartilhadas com controles sutis) na função do **entre**, como experiência diferenciada.

⁵⁰ DOE de 17/12/09, 119 (235) – Processo nº 001/0001/001.698/2009, vide anexos desta tese na página 26.

⁵¹ DOE de 06/04/11, 121 (63) – Suplemento, p. 94.

2.4 Os atos de resistência

A movimentação do GI ocorre durante o marco legal regulatório da Portaria da SAS/Ministério da Saúde nº 647/2008, que, em tempos de SINASE (Sistema Nacional de Atendimento Sócio-Educativo), destina-se a efetivar as “Normas para Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória” – PNAISARI, com destaque para a promoção de ações de prevenção e redução dos agravos psicossociais decorrentes da privação de liberdade e de atenção psicossocial aos adolescentes que necessitem de cuidados em Saúde Mental, preferencialmente na rede extra hospitalar do SUS. Desta forma, amparado na lei, idealiza um reforço do pacto federativo que implique, de fato, as redes estaduais e municipais de saúde. Outro documento normativo fundamental para situar o cuidado ao jovem autor de ato infracional é a Portaria Interministerial nº 1.426/2004 - Autoria da Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH), Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e Ministério da Saúde (MS) - que aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória e dá outras providências. Discorre sobre ações com a finalidade de promover a saúde dos adolescentes, oferecendo uma abordagem educativa, integral, Humanizada e de qualidade.

Até aqui, no Dossiê UES, narramos o movimento de conformação do PROJETO UES, mas também o processo de regulação da MÁQUINA UES com seus mecanismos da OPERAÇÃO UES. Neste item, apresentaremos movimentações dos atores do GI e seus parceiros com suas estratégias de enfrentamento aos processos de CONTINUUM INTERNAMENTO e à engrenagem UES.

Partindo desse marco legal e subsidiadas pelo diagnóstico construído no âmbito do sistema socioeducativo, ações judiciais assumiram a estratégia de “proteção” com contenção e estabeleceram a “antecipação de tutela”. Em outras palavras, nessas ações, argumentando que tais pessoas são incapazes de se autogovernarem para os atos da vida civil, além de – e principalmente – serem “perigosos” para a sociedade, o Ministério Público – fora da jurisdição penal ou infracional – demanda da Justiça ordem para mantê-las sob contenção. A ordem de recolhimento não está diretamente ligada à prática da infração passada, que em geral resultou no cumprimento do tempo máximo de responsabilização imposta pela Justiça sob forma de medida socioeducativa. Ela se funda em um suposto risco de infração futura previsto pelo *saber psi* e descrito nas análises dos laudos que serão referidas no capítulo 3. A própria SES, durante o início da operação UES, resistiu aos parâmetros do tratamento de que era partícipe (via termo de cooperação técnica) e afirmou que não havia, pelo Sistema Único de Saúde, previsão de parâmetros que indicasse a contenção como modelo ordinário de tratamento psiquiátrico.

Campo esse atravessado pela reforma psiquiátrica, movimento que surgiu o contexto da organização dos trabalhadores da saúde mental articulados com a sociedade civil (sobretudo usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares), bem como com conselhos profissionais, sindicatos e instituições de ensino, culminando na fundação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, cujo lema era: “Por uma sociedade sem manicômios”. A Reforma Psiquiátrica brasileira ocorreu no contexto da reforma sanitária. O Movimento se originou como uma organização preocupada com a luta pela transformação na assistência em saúde mental, reafirmando a necessidade da gestão pública de saúde segundo os princípios universais do SUS e preocupando-se com a transformação do imaginário social sobre a loucura. Num primeiro momento, surgiram serviços de saúde mental extra-hospitalares (prontos-socorros psiquiátricos, enfermarias e ambulatórios de saúde mental etc.) preocupados em evitar internamentos de pessoas em manicômios. Nos anos noventa, dois marcos dessa transformação: a criação da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica (1994) e o projeto de Lei n.º 3.657/89, de autoria do deputado federal Paulo Delgado, que versava sobre a diminuição progressiva dos leitos nos manicômios e sua substituição por vagas em equipamentos inseridos na própria comunidade, reafirmando sua proximidade com a reforma sanitária.

“[...] esta Pasta não dispõe de hospitais „fechados“, com contenção, nem mesmo os psiquiátricos; haja vista que é um direito do cidadão se submeter ou não ao tratamento médico, e mesmo quando a internação psiquiátrica se dá de forma involuntária ou é determinada compulsoriamente, há necessidade legal de ser comunicado o Ministério Público, valendo dispor que nestes casos o paciente não é contido seja por grades, muros altos, portas com cadeado etc. Ocorre que se apresentou uma situação atípica; porque o Poder Judiciário passou a requerer a internação psiquiátrica com contenção de jovens adultos ou menores que cometeram atos infracionais graves, quando de sua menoridade, devendo, portanto, permanecerem em local fechado, segundo entendimento do Poder Judiciário. Vale explicitar que a Unidade Experimental de Saúde tem sua destinação somente para indivíduos com diagnóstico de transtorno de personalidade (comportamento anti-social), sendo certo que esta Pasta sempre deixou claro ao Poder Judiciário que o tratamento seria meramente experimental [...] as várias escolas médicas vêm com ceticismo a possibilidade de melhoria destes indivíduos, por meio de psicoterapia e/ou terapia medicamentosa [...] o **Poder Executivo foi compelido pelo Judiciário a criar a denominada Unidade Experimental de Saúde, sob pena de incorrer em crime de desobediência**” (documento-sindicância, SES, 11/06/08).

Já no início da circulação do PROJETO UES, no mesmo ano em que entra em vigor a Unidade, é apresentado documento pela Anced e CFP⁵² com o título “Discurso de poder: tutela psi-jurídica da adolescência”. Nele, defendem a política atual de saúde mental brasileira, contrária à patologização e à criminalização de adolescentes em que se vale da aliança psi-jurídica para fortalecer o paradigma tutelar correcional em detrimento do paradigma do direito humano da criança e do adolescente.

Cabe esclarecer que, nesse enfrentamento, o GI procurou subsídio no campo da saúde mental do Brasil, como uma escolha estratégica, dada a perspectiva de

⁵² A carta de apresentação do posicionamento da Associação nacional dos centros de defesa da criança e do adolescentes (Anced) e do Conselho Federal de Psicologia (CFP) foi publicada em 2007 no documento *Justiça Juvenil: a visão da ANCED sobre seus conceitos e práticas, na perspectiva dos Direitos Humanos*. (Publicação ANCED, livro, 2007).

desinstitucionalização que atravessava, mas não sem riscos. Pois, inscrever tais jovens sob o signo da saúde mental será, como já sinalizava a Defensoria com o caso do jovem que “pede para não servir de instrumento para a transformação das políticas públicas de saúde mental vigentes”, marcá-los igualmente sob o signo do “tratamento”, quando não da “doença”.

Com a aprovação da Lei n.º 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica), o funcionamento dos chamados “serviços substitutivos” ganhou novos espaços de discussão e reflexão, permeados por várias questões debatidas no Movimento da Luta Antimanicomial. Desde então, esse campo tem sido reconhecido acadêmica e politicamente como um cenário complexo, pois no desenvolvimento de uma rede de serviços que desse conta da atenção à saúde mental foi-se considerando que, de fato, a questão da reforma psiquiátrica não pode se restringir à reforma de serviços, mas deve apontar insistentemente para a revisão dos paradigmas que sustentam a razão como modo politicamente privilegiado de estar no mundo. (Amarante, 2007; Yasui, 2010). Dessa forma, estar longe do manicômio não implica somente a reestruturação da assistência, mas principalmente a profunda e insistente discussão sobre o problema do “manicômio mental”.

Pelbart (1990) ressalta o quão complexa é a idéia antimanicomial. Explica-nos sua preocupação central a partir da idéia de manicômio mental. Mostra que uma sociedade não pode erradicar os loucos e a loucura, precisamos, sim, é do direito à liberdade de desarrazoar. Por desarrazoar compreende: “[...] uma dimensão essencial de nossa cultura: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical, tudo aquilo que uma civilização enxerga como seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além.” (p. 133).

O autor adverte para o risco de mistificação e idealização da loucura, que acabaria em não levar em conta o sofrimento concreto desse fenômeno. Repensar o lugar institucional da loucura implica rever toda a “cultura manicomial”, que assujeita o homem, reduzindo-o a objeto (Basaglia, 1985).

Amarante (2007) apresenta quatro principais dimensões da reforma psiquiátrica: dimensão epistemológica, dimensão técnico-assistencial, dimensão jurídico-política e dimensão sociocultural. Essas quatro frentes traduzem a capacidade de produzir e manter as portas abertas, tanto dos serviços quanto das reflexões que esse campo exige, implicando buscar novos saberes, relações, instituições (Nícácio, 1994). Assim, coloca-se como tarefa inovar formas de relação entre as instituições e os sujeitos, considerando

os direitos dos usuários e a complexidade da loucura como *desrazão*, produzindo autonomia e legitimando a diversidade.

Pactuando com os desafios postos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, atos de resistências foram exercidos contra as internações compulsórias de jovens autores de atos infracionais. O GI divulgou primeiramente a situação da UES via importante seminário realizado em 2008 com os atores implicados nesse caso⁵³. O Seminário organizado pelo GI: Políticas de saúde mental e juventude em situação de vulnerabilidade na PUC-SP foi uma atividade da “Semana da Luta Antimanicomial: Saúde Mental para tod@s! Por uma sociedade sem manicômios” e Ciclo de Comemorações dos 18 anos do ECA: “Maioridade do ECA: contribuindo com a luta pelo respeito aos direitos das crianças e dos adolescentes” promovidos pelo CRP SP em 14/05/08. O seminário foi de grande importância para a história das internações na UES, com a presença de atores fundamentais ao seu enredo e ao seu funcionamento. Os temas debatidos foram as novas composições saúde mental-justiça⁵⁴ e políticas de saúde mental para adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade e no cumprimento de medida socioeducativa⁵⁵.

⁵³ O evento teve apoio da ACTESP – Associação dos Conselheiros Tutelares do Estado de São Paulo; ANCED – Associação Nacional dos Centros de Defesa da Criança e do Adolescente; Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cíveis e de Tutela Coletiva do Ministério Público do Estado de São Paulo; CFP – Conselho Federal de Psicologia; CONANDA – Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente; CONECTAS – Direitos Humanos; CRESS/SP - Conselho Regional de Serviço Social; Coordenadoria da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça de São Paulo; Curso de Especialização em Psicologia Jurídica do Instituto Sedes Sapientiae; Faculdade de Psicologia da PUC-SP; Fórum Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente de SP; Fórum Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente; Grupo Tortura Nunca Mais do RJ; ILANUD Brasil; Instituto Sedes Sapientiae; LASAMEC – Laboratório de Saúde Mental Coletiva da Infância e Adolescência da Faculdade de Saúde Pública da USP; NUFOR - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP; OAB-SP Comissão Direitos da Criança e Adolescente da Seccional Paulista da Ordem dos Advogados do Brasil; Projetos Terapêuticos; SPDCA/SEDH – Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Secretaria Especial de Direitos Humanos.

⁵⁴ As apresentações desse tema foram: “Fronteiras psi-jurídicas nos casos de interdição em andamento em São Paulo e a questão da Unidade Experimental de Saúde”, “A interface Saúde Mental e Sistema de Justiça: o ponto de vista do Poder Judiciário Paulista”, “A função social da periculosidade hoje e a construção/reconstrução do manicômio judiciário”, “A proposta de ações em saúde mental para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em meio fechado” e “Situação das políticas de saúde mental para adolescentes nos municípios do Estado de São Paulo”.

⁵⁵ As apresentações desse tema foram: “A Reforma em saúde mental e os desafios na interface com a justiça: proposições da Coordenação de Saúde Mental para adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade e nas fronteiras com o sistema de justiça”, “Política de saúde mental para jovens inseridos no sistema de justiça: diagnósticos e proposições da SPDCA/SEDH” e “A questão da saúde mental no âmbito do sistema socioeducativo”.

O movimento de resistência à prática imposta pela MÁQUINA UES compôs vários seminários desde a criação da Unidade. Destacamos a seguir alguns eventos que elaboraram documentos com importantes posicionamentos que fortaleceram a rede de contra-posicionamento à internação compulsória de adolescentes autores de atos infracionais.

“Encontro de Saúde Mental: assistência e legislação”

(27/03/09)

Carta de Ribeirão Preto

Na Carta delimitou-se que:

1. A legislação brasileira admite **a internação compulsória apenas nas hipóteses de medidas de segurança**, definidos no art. 97 e 98 do Código Penal, assim como no art. 183 da Lei de Execução Penal;
2. **Não se admite a internação compulsória na legislação cível;**
3. **Não existe a possibilidade jurídica, na legislação brasileira, da internação compulsória de crianças ou adolescentes, sendo a elas garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente o acesso ao pleno atendimento em saúde mental.** Admite-se, todavia, a hipótese de internação involuntária;
4. **Os casos de internação compulsória realizados fora das hipóteses taxativamente previstas na lei brasileira devem ser revistos pelo juízo competente, ou mesmo em sede de habeas corpus; e**
5. Os hospitais psiquiátricos que acolhem casos de internação compulsória devem provocar as instâncias competentes (Poder Judiciário, Defensoria, Ministério Público) para a revisão de todos os casos de internação compulsória realizados fora das hipóteses taxativamente estabelecidas na lei.

11º Congresso Paulista d Saúde Pública

“Saúde Pública e crise(s): fronteiras e caminhos” (26/08/09)

A Carta de São José dos Campos indicou que a Secretaria de Estado Saúde de São Paulo **providencie o fechamento da Unidade Experimental de Saúde para adolescentes em conflito com a lei, que fere os princípios da Política Nacional de Saúde Mental.**

I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental (18/09/09)
CARTA DE SÃO PAULO

Aprovaram os seguintes princípios e diretrizes:

1. Enquanto existirem, devem ser credenciados junto ao SUS todos os hospitais de custódia ou equipamentos similares, além de aumento de recursos financeiros e humanos para a desinstitucionalização das pessoas que estão em hospitais de custódia;
2. A atenção em saúde mental deve se pautar pelos dispositivos da Lei 10.216/01, adotando-se posicionamento ético-político no sentido de buscar sua efetivação no que tange à aplicação de medida de segurança, assegurando-se e viabilizando-se a desconstrução da instituição manicomial; e
3. **A internação compulsória só pode ser determinada por juiz de conhecimento ou de execução penal, nos termos da Lei 10.216/01, que não autoriza internação quer involuntária, quer compulsória, por determinação do juiz cível.**

MOÇÃO DE REPÚDIO:

1. **Não existe a possibilidade jurídica, na legislação brasileira, da internação psiquiátrica compulsória de crianças ou adolescentes**, sendo a elas garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente o acesso ao pleno atendimento em saúde mental; e
2. **Não se admite a internação compulsória na legislação cível.**

Evento: “Mais Juventude na Saúde: vamos falar disso? Adolescentes em Conflito com a Lei”
Ministério da Saúde (novembro de 2009)

Apresentaram Levantamento nacional dos serviços de saúde mental no atendimento aos adolescentes privados de liberdade e sua articulação com as unidades socioeducativas.

Nos Procedimentos da atenção em saúde mental para garantir a integridade pessoal do adolescente, previstos pela unidade de medida socioeducativa, observou-se que 55% (n=129) prevêm em seu regimento/regulamento interno medidas de contenção, relacionadas à saúde mental.

Considerou-se neste estudo que, ainda no esteio dos 20 anos de implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente, há muito o que se avançar no sentido da superação de violações de direitos de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, haja vista os resquícios da cultura menorista que por muitos anos prevaleceu em nosso país.

Os dados revelam avanços na política de superação dos grandes complexos arquitetônicos, com destaque para o surgimento de unidades em momento posterior ao SINASE, as quais consideram a dimensão estrutural a partir da concepção pedagógica do atendimento.

A consolidação de um sistema de efetiva garantia de direitos demanda por parte dos seus próprios atores uma concepção de atuação intransigente em relação à garantia dos direitos humanos e fundamentais, voltada ao enfrentamento de violações institucionais e ao combate da arbitrariedade decorrente de posturas incoerentes de operadores dos sistemas de justiça e segurança.

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 o sistema de responsabilização juvenil ainda perpetua modelos hospitalocêntricos, manicomiais e de instituições totais.

Esses modelos, inclusive, comprometem sobremaneira a qualidade do atendimento que é ofertada ao adolescente em conflito com a lei, ao forçar uma atuação correccional-repressiva, quando não mascarada de uma proposta terapêutica-psiquiátrica, inclusive com recentes propostas voltadas à manutenção compulsória da internação de adolescentes acima dos 21 anos de idade.

O GI também interpelou vários espaços de regulação: Conselho Estadual de Saúde de São Paulo, Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, Ministério da Saúde via fórum e Núcleo Brasileiro de Saúde Mental e Direitos Humanos, a fim de pautar junto às entidades reguladoras a situação em jogo na UES, demandando intervenções técnico-políticas. O questionamento foi sobre a existência de equipamento de saúde com vários descumprimentos dos marcos legais fundamentais da política de saúde mental brasileira e sem fiscalização devida dos órgãos competentes.

Ofício ao Conselho Estadual de Saúde - CES (19/08/08)

A Defensoria Pública de SP, membro do GI, via o processo administrativo sobre o caso UES oficiou ao CES e solicitou:

1. fiscalização de preferência de modo permanente do serviço de saúde, UES, instituindo-se comissão para proceder visita ao local, entrevistar o corpo funcional, paciente e familiares, elaborando-se relatório da situação com recomendações – se for o caso – ao gestor responsável; e
2. apuração, em todos os aspectos pertinentes, das condições de funcionamento da UES da SES, emitindo-se parecer sobre a regularidade técnica do equipamento (incluindo aspectos médicos, legais e infraestruturais) e, ainda, sobre a pertinência de sua alocação na pasta da Secretaria Estadual de Saúde.

A presidência do CES encaminha em 03/02/09 informações sobre o funcionamento da UES prestadas pela SES.

As informações contemplam que a **UES é um serviço de saúde incomum e a situação de internamento de jovens autores de atos infracionais**. Explicita que a Unidade serviria para atender apenas pacientes com diagnóstico de Transtorno de Personalidade (comportamento anti-social) da Fundação Casa, que o tratamento seria meramente experimental. Mas cita que um caso de um jovem de diagnóstico controverso teve declarada a interdição civil em estabelecimento psiquiátrico compatível com o “tratamento necessário com contenção e segurança apropriadas”.

A SES recebeu determinação judicial sem condições de cumprimento, mas sob pena de incorrer em crime de desobediência, a pasta da Saúde houve por bem manter o jovem na UES, quando a Unidade foi transferida para eles pelo Decreto 52.419/2007. Ressaltam que a presente questão não foi levada ao CES, tendo em vista a **“peculiaridade da matéria, até mesmo porque a Unidade Experimental não é uma forma de tratamento oferecida por esta Pasta como política pública de saúde, e sim, uma forma encontrada para dar atendimento a determinações do Poder Judiciário, responsável pela admissão e liberação dos internos da Unidade”**.

VIII Reunião do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil
coordenado pelo Ministério da Saúde (26/03/09)
Relatório - Eixo: Sistema Sócio-Educativo, Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

Considerando a necessidade de reconhecimento e aprimoramento de fluxos de atendimento à saúde mental do/a adolescente privado de liberdade, bem como a construção de outros, levando-se em conta a instância federativa, as redes regionais e locais já existentes e as circunstâncias demográficas, sócio-econômicas e territoriais, definiu-se:

1. Que a medida socioeducativa não deve ser aplicada como uma prática compensatória frente à insuficiência das políticas sociais voltadas para crianças e adolescentes e, neste sentido, não deve ser usada como medida protetiva;
2. Que a medida socioeducativa não seja a porta de entrada para assegurar direitos; e
3. Que o tempo máximo de internação de até três anos, garantido pelo ECA, não pode ser extrapolado, mesmo quando a justificativa seja a presença de transtorno mental ou uso de álcool e outras drogas, e nem mesmo pela gravidade do ato infracional.

RECOMENDAÇÃO:

1. A efetivação dos instrumentos de garantia de direitos constantes no ECA, Convenção Internacional dos Direitos Humanos, Declaração Internacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e Resoluções do CONANDA;
2. A interlocução permanente entre os atores que compõem o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente, possibilitando a construção de respostas para as demandas cotidianas, evitando a prática de violação de direitos humanos de crianças e adolescentes.
3. A criação de Fóruns Regionais ou Estaduais de Saúde Mental para ampliação de diálogos entre os diferentes setores, a exemplo do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, contemplando as diversidades regionais e com produção escrita, registros de boas práticas e construção de recomendações, diretrizes e moções.
4. Aos gestores da saúde, a adesão e a elaboração do plano operativo a partir do diálogo ampliado com o sistema de garantia de direitos, efetivando a implantação das ações propostas na Portaria Interministerial 1426/04 e na portaria SAS 647/08 quanto à organização dos serviços de saúde dentro dos princípios do SUS e do SINASE.
5. A garantia da retaguarda na rede pública de saúde e saúde mental para o desenvolvimento de ações junto às unidades socioeducativas, com a prática de diagnóstico situacional sem prejuízo de responsabilização do próprio sujeito.
6. A garantia de atendimento do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa (meio fechado e aberto) na rede de saúde mental sempre que for necessário, em especial nos CAPS, como usuários legítimos.
7. A garantia, após o desligamento da unidade de internação, das referências básicas de cuidado para as equipes de saúde do território onde o adolescente habita, dando continuidade aos atendimentos na sua comunidade, quando indicado.
8. A desativação urgente da Unidade Experimental de Saúde de São Paulo (Decreto Estadual Paulista nº 53.427/2008), uma vez que o fundamento legal de sua criação e finalidade está em desacordo com os diversos princípios constitucionais e infra-constitucionais (Estatuto da Criança e do Adolescente e Lei 10.216/2001).
9. A criação de comissões intersetoriais de implementação do SINASE nos estados e que seja priorizada, na pauta das discussões, a questão da saúde mental.
10. O acompanhamento e discussão neste Fórum do andamento do Fluxo de Atenção à Saúde Mental do/a Adolescente Privado/a de Liberdade, fomentado pela Associação Brasileira de Magistrados e Promotores e em fase de avaliação pelo CONANDA.

REGISTRA: A indignação e repulsa diante das práticas abusivas e violadoras dos direitos das crianças e adolescentes, como internação involuntária em hospitais psiquiátricos e/ou unidades especializadas, extrapolação do tempo de 45 dias de internação provisória ou de três anos no caso de internação em unidades socioeducativas, instauração de incidentes de sanidade mental e aplicação de medidas de segurança.

Petição ao Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária - CNPCP (07/08/09)

O CEDECA Interlagos, membro do GI, requereu Parecer Técnico sobre a UES, **em especial sobre o conflito normativo estabelecido pela existência de funções e agentes penitenciários (cerca de 10 agentes) no interior da Unidade.** Pois, apesar de citação no decreto que inaugura a UES de que cabe à *Administração Penitenciária adotar as medidas de segurança apropriadas à Unidade, de modo a garantir a contenção dos internos*, agentes da SAP presentes em Unidade de saúde, primeiramente destoam da política de saúde mental brasileira, a Lei 10.216/01, pois a segurança deveria ser garantida por funcionários próprios das Instituições ou Secretarias gestoras dos estabelecimentos, isso entendendo que a UES não é concebida entre os Estabelecimentos Penais definidos pelo próprio Conselho.

Petição ao Ministério da Saúde e Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República por meio do NÚCLEO BRASILEIRO DE DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL (14/07/10)

Protocolo: 00005.003862/2010-24

A petição de membros do GI se subsidia no encarceramento de jovem em unidade de saúde ilegal.

Argumentou-se que o instituto da periculosidade é utilizado como um dos motivadores do recurso à UNIDADE EXPERIMENTAL DE SAÚDE, que a UES é um desserviço ao tratamento terapêutico dos internos, inaugurando-se Política Estadual contrária à Política Nacional e, portanto, ao SUS.

Citou que a UES não consta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no Organograma da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e não é fiscalizada por nenhum órgão competente, o que agrava a situação dos internos.

Ainda não se encontra nenhuma informação referente à verba destinada à instalação e manutenção da UES.

Posiciona-se contrário ao posicionamento da SES de obedecer ordem judicial mesmo que vá ao encontro de suas diretrizes.

REQUEREM acolhida e apreciada a DENÚNCIA:

1. Seja realizada VISITA TÉCNICA de fiscalização da UNIDADE EXPERIMENTAL DE SAÚDE;
2. Instauração de SINDICÂNCIA; e
3. Seja realizada AUDIÊNCIA entre o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e o Conselho Estadual de Saúde com elaboração de PARECER TÉCNICO acerca da existência da UNIDADE EXPERIMENTAL DE SAÚDE.

Em 28/10/10 foi feita denúncia complementar de irregularidade em Unidade Experimental de Saúde de São Paulo/SP pelo CEDECA Interlagos, pois a **unidade estaria sem diretor** designado desde setembro, pois este se afastou por motivos de estudos e desde então a UES não conta com chefia administrativa e tampouco com atendimento médico permanente.

Outra via foi a publicação na mídia impressa de notícias analisando criticamente a UES.

Carta Capital (15/04/09): “Síndrome do infrator”

Tratou da “síndrome do infrator”, referindo-se ao processo de medicalização do jovem em conflito com a lei por meio da contenção química nas unidades de internação, os conflitos na rede entre os atores da saúde e justiça, discorrendo sobre a psiquiatrização, exemplificando o caso da vistoria no Centro de Internação Provisória Carlos Santos, em Porto Alegre, em 2006, quando 80% dos jovens eram medicados com o antipsicótico ampicil em que os jovens faziam triagem psiquiátrica automática, não prevista no ECA nem nas diretrizes do Conanda, e a produção do diagnóstico de TPAS e a interferência nas decisões judiciais sobre o futuro do jovem autor de ato infracional com a finalidade de protegê-lo de si e da sociedade. Nesta notícia é citada a criação da UES como uma internação máxima: “É uma Guantánamo paulista, pois não existe regulamentação para controlar a privação de liberdade desses internos. É um equipamento carcerário sem fundamento legal, uma modalidade de privação de liberdade disfarçada de tratamento, à revelia da lei. Aí está o perigo”.

Caros Amigos (01/07/09): “Unidade misteriosa esconde jovens infratores”

Divulgação de criação em 2006 de prisão-hospício, um depósito do Judiciário onde estão internados os casos considerados perigosos devido ao diagnóstico de “transtorno antissocial”.

Folha de São Paulo (27/07/09): Mesmo após cumprir medida socioeducativa, Justiça mantém jovens internados

Publica que seis jovens que têm mais de 18 anos e já cumpriram medidas socioeducativas na Fundação Casa (ex-FEBEM) foram obrigados pela Justiça a serem internados em uma unidade experimental de saúde criada pelo governo de São Paulo para tratamento psiquiátrico. As internações compulsórias, no entanto, contrariam a lei da reforma psiquiátrica, que só as prevê em casos de surto e por curta permanência. A SES afirmou, em resposta por e-mail, que sempre ofereceu alternativas de tratamento para os atuais internos da UES. Segundo a pasta, nenhum dos juízes aceitou porque não havia contenção nos locais indicados.

Carta Maior (22/02/11): “Estado de exceção e violação de direitos contra adolescentes infratores

A notícia levanta os seguintes questionamentos: “como é possível a contenção de um adolescente que já cumpriu a medida máxima de privação de liberdade? Diante deste quadro, qual o estatuto jurídico da Unidade Experimental de Saúde?”. Afirma-se que a própria condição jurídica da UES se encontra em um verdadeiro estado de exceção. Ela está ao mesmo tempo no aparato institucional do Estado e foi criada com base nas exigências da Vara da Infância e da Juventude, e fora da lei, ao não respeitar os direitos previstos no ECA e na Constituição sobre privação de liberdade para adolescentes autores de ato infracional.

O GI também provocou o Ministério Público nas suas instâncias estadual e federal. O Ministério público do Estado de São Paulo, por meio da Promotoria de Justiça de Direitos Humanos – Saúde Pública, demandou fiscalizações da unidade a conselhos profissionais (vide caso de tentativa de suicídio de JOA). Conhecemos os relatórios graças à provocação direta de membros do GI (instituições de defesa dos direitos humanos), que, por meio de representação ao Ministério Público Federal (Procurador Federal dos Direitos do Cidadão em SP, em 08/07/10), denunciando a situação ilegal da UES, solicitaram instauração de processo administrativo necessário para apurar a existência de inconstitucionalidades e ilegalidades e adotar as medidas administrativas e judiciais cabíveis. O Inquérito Civil nº. 1.34.001.006072/2010-05 foi instaurado e versa sobre investigação acerca de “atos do governo estadual que estariam afetando o tratamento prestado na área de saúde mental para adolescentes e jovens internos em cumprimento de medida socioeducativa, cuja natureza foi descaracterizada com a extinção, pela Fundação CASA, da UES – Unidade Experimental de Saúde”.

Também foram acionadas instâncias internacionais de defesa dos direitos humanos. Em 25/06/09, foi encaminhado o caso ACAR para pesquisa do *Child's Legal Center* para articulação de investigação junto aos consultores da UNICEF sobre a detenção arbitrária. O relato do caso instruiu pesquisa sobre detenção administrativa de crianças e adolescentes por diversos motivos, dentre eles o relacionado à saúde mental. Em 01/07/10, foi feita reunião em que o GI pautou a UES com Presidente e Relator para o Brasil da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (OEA), Dr. Felipe González, e os advogados da Comissão, Mario López-Garelli e Leonardo Hidaka. A visita do Relator da CIDH tinha a finalidade de preparar a relatoria oficial que acontecerá em 2011 com o tema da segurança pública.

O GI, com sua estratégia de contraposicionamento, circula em inúmeros eventos e documentos, mas o tempo insurge e ainda seis jovens continuam privados de liberdade na UES.

Percebendo que a estratégia de enfrentamento da política posta incidia lentamente na vida dos jovens internos, o GI ocupa-se de novas ações: as intervenções de desinternação dos jovens [via inquérito no MP Estadual (2009) que acionou membros do GI, por meio de suas representações institucionais] e construíram esse novo posicionamento. O direcionamento propositivo, com ênfase na consolidação de grupo que atue para elaboração e execução de plano terapêutico singularizado que vise à

liberação dos jovens da UES, é apresentado pelo CRP em 2010 (acessado no inquérito civil do MPF) e ratificado pelo GI no inquérito em andamento no MP Estadual da Saúde Pública (aquele disparado pela tentativa de suicídio do JOA).

O CRP, em documento produzido após procedimento fiscalizatório, sugere investimento na elaboração e execução de Projetos Terapêuticos Singulares para cada jovem internado na UES, casos em que se faz necessário: **1.** retomar os projetos das Varas de Infância e Juventude responsáveis pela execução das anteriores medidas socioeducativas de internação para atualizar e recompor esse Projeto com os jovens; **2.** executar ações de reinserção e reabilitação dos jovens, quando o caso⁵⁶, nos territórios de origem; **3.** mapear e contactar os equipamentos socioassistenciais e da rede de educação da região para a qual se encaminhará o jovem; e **4.** realizar apoio ao desenvolvimento saudável das famílias diante do retorno dos jovens, em intersecção com o Projeto Terapêutico Singular.

2.5 Primeiras considerações

Por enquanto, descrevemos a emergência de um equipamento híbrido, a UES, com a junção de três sistemas que se inter-relacionam por meio de articulação psi-jurídica na produção do TPAS: executar as funções de julgar, punir o sujeito perigoso e defendê-lo de si mesmo e do outro (sistema de justiça); contê-lo (sistema prisional); e de tratá-lo e controlá-lo (sistema de saúde).

Vimos que essa história da UES começou com uma regulamentação “inovadora” no âmbito da articulação entre o sistema de justiça juvenil, a saúde e a assistência social para atuar na demanda de atenção em saúde mental.

Participaram da cruzada psi-jurídica (e científica), além dos atores legalmente demandados, o Poder Executivo: SES, SEADS, SJDC/FEBEM; os institutos de perícia (IMESC e IML⁵⁷); e a universidade (UNIFESP e HC/FMUSP, Sociedade Rorschach – sociedade científica), um de seus braços-ONG (Associação Beneficente Santa Fé) e um de seus braços-empresa (Toronto RAM – detentora do ProMental).

O embate central entre os principais saberes envolvidos nessa história, os saberes psi e jurídicos, marca os posicionamentos discordantes dessa cruzada psi-jurídica: o

⁵⁶ Em alguns casos, talvez não seja mais o território de origem do jovem o local adequado, seja porque a família não mais lá reside, seja, ainda, porque o jovem estaria vulnerável à hostilidade social alimentada pelo clamor público produzido nas mídias locais e externas.

⁵⁷ Vide Glossário do Instituto **IML**.

conceito de periculosidade. Esse movimento atravessou o período de nove anos de projetos e ações descritos nesse DOSSIÊ UES. Conceber o *indivíduo perigoso* como objeto de gestão e controle social devido ao risco recorrente por sua simples existência (de “portador de TPAS”) delinea o fluxo de intervenção a ser seguido. Esse percurso do DOSSIÊ UES conformou a produção de equipamento de tratamento-custódia, simulacro de “**medida de segurança**”, sob as vestes da mais moderna psiquiatria: a UES.

Os sentidos do *experimental* aqui não invocam a perspectiva visível, desde o nome denominado de experiência ou experimentação, mas a possibilidade mesma de tomar os corpos e as vidas destes jovens (rastreados no programa de saúde mental – 2006) como objeto de intervenção do Estado e de experimentação de tecnologias médicas (Santa Cruz, 2009). Essa experiência de *eugenia*, acionada no Brasil, primeiro, por intelectuais e, depois, por médicos no início do século XX, é um conceito proclamado por fisiologista inglês Galton sobre o estudo das variáveis socialmente controláveis que afetam a qualidade da raça das futuras gerações, envolvendo as características físicas e mentais (Costa, 2007).

A prática UES de isolamento do TPAS põe em jogo esse controle de variáveis sociais no sistema socioeducativo paulista que visa à *ortopedia social* para proteção da sociedade:

“toda essa rede de um poder que não é judiciário deve desempenhar uma das funções que a justiça se atribui neste momento: função não mais de punir as infrações dos indivíduos, mas de corrigir suas virtualidades” (Foucault, 2003, p.86).

Porque, afinal, nas relações entre política e vida, tais como estas se desenharão desde a modernidade (Foucault, 2002b; 2005; 2008b), isto é, com a vida entrando diretamente nos mecanismos e dispositivos de governo dos homens, o direito à proteção e à defesa terão suas fronteiras emaranhadas. Daí a “ambiguidade” constitutiva também da figura da justiça da infância e adolescência, que oscila entre “defender a sociedade e proteger o jovem”.

Também será o jogo econômico-financeiro e político dos custos e vantagens de tais operações de regulação que constituirá a linha decisiva na sustentação da fórmula UES (financiamento de intervenção no HC de apenas 200 “menores”, custo da gestão dos convênios SES e NUFOR/HC/FMUSP e discursos de proteção e defesa social). A baixa potência e o desperdício da máquina UES, por exemplo, serão elementos decisivos inclusive para a adesão da própria SES ao projeto de “desinstitucionalização”

da UES, que se iniciará em 2011 (e do qual falaremos no capítulo 4).

Mais à frente, o leitor terá outras perspectivas de análise destas breves notas retomadas, quando trouxermos novas notícias da UES, trabalharemos mais especificamente o imbricamento psi-jurídico com as linhas de constituição da UES (linha do direito à saúde/proteção, linha da criminologia positivista/científica e a periculosidade, e linha da defesa social / controle social) e analisaremos as conexões da UES com outras histórias de tempos mais longos e também do tempo presente.

Abordaremos no capítulo 3 o processo de etiquetamento do TPAS em circuitos fechados de *exames* com pré-julgamentos psi, coadunados com determinações jurídicas de contenção do *inimigo interno e social*.

Capítulo 3 – A gestão psi-jurídica dos indivíduos TPAS e o “etiquetamento”

Conforme Laurrari (2000), o etiquetamento foi uma teoria construída num câmbio de paradigmas no estudo do desvio na década de 60. A inversão foi estudar os órgãos de controle social que reprimem o desvio ao invés de estudar o delinquente e as causas do seu comportamento. Nessa teoria do sistema penal, o ato transgressor será considerado delito se os mecanismos de controle social assim o classificarem. O etiquetamento opera a engrenagem do controle social. Desse modo, o desviado é aquele ao qual se aplicou com êxito o etiquetamento. O delito é uma construção social, que requer um ato e uma reação social negativa. Logo, o ato em si não caracteriza o caráter de desvio ou normalidade, a sua adjetivação será conectada ao significado que atribuem ao ato. Os atos de etiquetamento não necessariamente criminalizam os atos mais graves, mas, segundo os estudos do etiquetamento, a razão do etiquetar é de cumprimento de uma função social de reafirmação dos valores sociais apreciados e os dados estatísticos refletiriam a maior vulnerabilidade de alguns grupos sociais temidos.

Apresentamos no capítulo anterior o PROJETO UES tornado MÁQUINA UES e anunciamos, ao longo de sua narrativa, os momentos de internamento dos jovens interditados naquele equipamento. O projeto da unidade estava em negociação (de 2002 a 2006), em fase de edificação de sua obra e de articulação das alianças psi-jurídicas. Os lugares dos jovens nessa história, apesar de constitutivos ao projeto, ainda vigoravam como casos prováveis. Seus processos apenas haviam sido *etiquetados*⁵⁸. Contudo, essas marcações ainda não os produziam como categoria-perfil da Unidade. Inserimos alguns registros desses jovens em sua narrativa como legendas, já que seus destinos seriam interceptados e seus “casos” alvo do programa experimental de saúde que ali se desenvolveria.

Neste capítulo, trataremos os casos dos jovens, analisando os saberes e fazeres psi-jurídicos que constituíram as *condições de possibilidade* de produção do Transtorno de Personalidade Anti-Social. Seguiremos o enquadre do TPAS, pois este se tornou crivo⁵⁹ da criminologia administrativa operada na MÁQUINA UES. Veremos como esta “etiqueta” das avaliações médico-psicológicas “etiqueta” – no sentido da teoria do etiquetamento – clamando uma “etiqueta” para o

⁵⁸ É praxe que a capa e contracapa dos processos contenham uma série de informações que se destinam a facilitar o trabalho do cartório, dos promotores ou dos juizes, identificando características específicas do processo que orientarão as providências a serem tomadas. No DEIJ, os processos eram etiquetados por meio de adesivos coloridos que identificavam casos especiais. Isso se explicita no despacho de um juiz num dos processos: “Providencie a serventia a colocação da tarja adequada ao caso”. Outra marcação recorrente que observamos foram os bilhetes anexados na capa ou contracapa dos processos contendo o registro do tempo limite de internação de três anos ou do tempo limite de jurisdição da justiça juvenil.

⁵⁹ Segundo o Decreto nº 53.427/2008, a clientela da UES são adolescentes e jovens adultos com diagnóstico de distúrbio de personalidade e de alta periculosidade.

incontrolável e anti-social adolescente. A etiqueta TPAS foi estudada pelo NUFOR na parceria da FEBEM estabelecida em 2006 e publicizada em 2009⁶⁰. A estimativa de ocorrências do TPAS na FEBEM, segundo o NUFOR, é de 12%.

A partir desse dado do mapeamento da probabilidade de 12% de casos TPAS na “população FEBEM”, apresentaremos, na primeira parte deste capítulo, o processo de identificação do etiquetamento do TPAS pela MÁQUINA UES. A operação a ser desenvolvida é disparada pela preocupação central envolta na **gestão do risco** posto pelo indivíduo diagnosticado com TPAS: o argumento da **defesa social** em jogo no controle do *indivíduo perigoso* e a constituição do selo da **conduta anti-social** por meio do exame no circuito avaliativo.

Na segunda e terceira parte deste capítulo, analisaremos os mecanismos da instalação do “etiquetamento” do TPAS. Trabalharemos as táticas jurídicas e a intervenção dos *juízes paralelos* envolvidos no processo da aplicação do etiquetamento TPAS com tutela dos jovens por meio da internação psiquiátrica compulsória e instalação do CONTINUUM INTERNAMENTO.

Na quarta parte do capítulo, discutiremos os órgãos de controle que regulam o etiquetamento. Neste momento, apresentaremos as linhas agenciadas no campo psi-jurídico. Veremos, do processo de aplicação da etiqueta TPAS, como situam-se na prática de controle social, porém em novos arranjos técnicos-éticos-políticos e refletem sobre os efeitos do sistema penal na vida do sujeito objetivado com TPAS.

Concluiremos acompanhando o pensamento de Ferla (2009), que estudou a utopia médica do biodeterminismo no período de 1920 a 1945, para discutirmos o renascimento biológico nas engrenagens da prática psi, sabendo que “muito do que hoje se diz e se faz nesse campo já se disse e já se fez em outro tempo” (p. 387).

3.1 A etiqueta TPAS no circuito avaliativo

Nos casos de jovens autores de atos gravíssimos – muitos reincidentes em homicídio e latrocínio – com laudos apontando transtorno de personalidade e elevadíssimo potencial de

⁶⁰ Notícia do Estadão.com.br/versão impressa, “Na Fundação Casa, já há menos casos de saúde mental”, publicada em 24/08/09 no sítio <http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,na-fundacao-casa-ja-ha-menos-casos-de-saude-ental,423599,0.htm>. Acesso em 05/07/2010.

Por *defesa social* entendemos, conforme Baratta (2002), a ideologia fundada na legítima reação da sociedade dirigida à condenação do comportamento desviante individual, com a função de reafirmar os valores e normas sociais e que tem sua emergência no século XIX. Concebe delito como um dano para a sociedade e, conseqüentemente, o *delinqüente* como um elemento negativo. De antemão, o ato é um delito natural e uma atitude reprovável que atinge a todos os cidadãos; mesmo que sem regulação legal, é um confronto às normas. A pena nessa perspectiva tem a função de *prevenção* e, ao mesmo tempo, de *ressocialização* do indivíduo criminoso, sendo a lei igual para todos os autores de delitos.

*reincidência qual seria, a seu ver – o encaminhamento adequado? Não é hipocrisia não se enfrentar o binômio individual versus resguardo social?*⁶¹

(Indagação feita pelo Promotor de Justiça do DEIJ ao Defensor Público)

A citação acima sinaliza a questão em jogo na fabricação das novas coligações jurídicas e psi em andamento. A pergunta do promotor do DEIJ delineia a demanda de gestão dos riscos de *reincidência* e da adoção da perspectiva de *defesa social* acionada para setores do sistema de justiça juvenil de São Paulo.

A defesa social frente aos crimes graves

Tudo parece começar pela repercussão pública dos atos infracionais.

Na maioria dos processos dos jovens internos na UES (cinco dos sete processos), identificou-se esta repercussão. Eles eram referidos como “crime de extrema gravidade, cuja prática vem causando temor e angústia no seio social” (Juizado, caso ACAR, 2003) ou como: “ato gravíssimo e praticado com vilania e crueldade extremas, amplamente divulgado na comarca e que causou terror social”. (Promotoria Pública, caso GFC, 2004).

O sentimento de *insegurança social* expresso por *terror* ou *temor* circulou em reportagens locais, produzindo *instabilidade*, como afirma o Juiz de um terceiro processo: “crime esses de suma gravidade e exacerbada violência, causando grande instabilidade na comunidade e com grande comoção social” (caso FAS, 2005). Produzindo também *comoção* – “Impossível ignorar o caso em questão, pois ele entristeceu todo o país por ter sido horripilante e medonho” (caso ACAR, 2004).

A própria família de um dos jovens se preocupa com esse impacto em suas

⁶¹ Bilhete avulso (sem data) localizado no Processo Administrativo da Defensoria Pública de São Paulo, tendo este a finalidade de definir, registrar e acompanhar a situação da UES e seus respectivos internos, instaurado em 15/12/07.

vidas: “a genitora demonstra preocupação com o futuro do jovem, inclusive receio que retorne para casa, devido o seu ato infracional que teve uma repercussão muito ruim na cidade” (caso ACL, FEBEM, 2006).

Para o “ato infracional de extrema gravidade e que causa enorme desassossego social, atentando contra a ordem pública” (Promotoria Pública, caso JOA, 2004), acompanhamos a reabertura de novas práticas e táticas de enfrentamento a esses sujeitos produtores de *medo*. De fato, como notificado pelo NUFOR/HC:

“Amedrontada diante desse quadro, a **sociedade sente-se compelida** a manter **segregados estes indivíduos, pelos riscos** que apresentam. De fato, as pesquisas mostram que dentre os pacientes para os quais firma-se o diagnóstico de **psicopatia** cerca de 3 em cada 4 irão **reincidir** no crime. (grifos nossos).

(caso JOA, 2007)

“o jovem deve ser submetido a **tratamento adequado, pois coloca de forma latente em risco a sociedade e ele próprio**”.

(caso GFC, Juiz DEIJ, 2007, grifo nosso)

“diversas **ocorrências indisciplinadas nas quais o jovem esteve envolvido, mostrando-se agressivo e descontrolado**. Ele já foi submetido à avaliação psiquiátrica e recusa-se a tomar os medicamentos prescritos. A Fundação Casa sugere encaminhamento para UES, pois ele **necessita de acompanhamento especializado**, sendo que atualmente representa um **risco para ele mesmo e para todos os que estão a sua volta**”.

(caso LPS, MP DEIJ, 2008, grifo nosso)

“há que se concluir, ao menos em cognição sumária, **pelo risco provável de que o contato com o meio externo possa eclodir a periculosidade, prejudicando não só a coletividade, como também o próprio jovem que terá perdido anos de acompanhamento psiquiátrico. É manifesto o risco de dano irreparável ou de difícil reparação, pelo menos até que se avalie, em dilação probatória, a necessidade efetiva de contenção** e a incapacidade civil do interditando”.

(caso DCS, Juiz DEIJ, 2008, grifo nosso)

Já que “a situação é [...] questão de segurança da sociedade” (caso ACL, TJ-SP, 2010) e que:

“(o sujeito perigoso) demonstra total desvirtuamento com relação à conduta social média, não possuindo qualquer apego à vida ou aos princípios que norteiam a vida em sociedade, [...], fazem **necessário o seu acompanhamento por parte do Estado**”

(caso ACAR, Juiz VII, 2004, grifo nosso).

Mas os magistrados do DEIJ entendem que, nesse acompanhamento, “o Estado e a sociedade precisavam enfrentar esses problemas de forma responsável criando soluções que visassem resguardar, em última análise, o jovem como pessoa em

desenvolvimento que merece proteção integral assim como a ordem pública.” (caso GFC, Juiz DEIJ, 2008). Sentem-se “obrigados a adotar um posicionamento” (casos DCS, FAS e GFC, 2008), a fim de construir ações de controle para “estabelecer um tratamento médico que possa minimizar seus riscos para si e para a sociedade” (caso DCS, SES, 2008), porque “a progressão sugerida pela Fundação (antiga FEBEM) põe risco sério à sociedade, já que ainda não foi devidamente tratado” (caso FAS, MP DEIJ, 2007).

Prevendo “o retorno temerário do jovem ao convívio social, com *risco* para o infrator e a **parcela ordeira da sociedade**” (caso JOA, Juiz DEIJ, 2006, grifos nossos), convocam-se intervenções junto a esses jovens. O saber psi será acionado para responder aos informes jurídicos que interpelam o risco de reincidência.

Configura-se o perfil específico do PROJETO UES: o crime grave com repercussão pública entendido como conduta anti-social que demanda um *controle* do sujeito desapegado dos valores sociais e morais que poria em “risco a si e ao outro e à parcela ordeira da sociedade”. Trata-se do reincidente e sua caracterização de anti-social.

A figura do “reincidente”

Segundo as decisões jurídicas constantes nos processos pesquisados, o histórico delituoso⁶² dos sete jovens analisados era de reincidência, sendo que seis abrangiam delitos contra a vida.

Na análise da *reincidência*, não se considera apenas o quantitativo de atos infracionais. Consideram-se também os atos realizados durante a institucionalização na FEBEM e na UES, que eram, em geral, situações de indisciplina e motins. Eram considerados infracionais atos de reincidência, mesmo quando sucediam em um contexto de defesa dos jovens (por exemplo, greve de fome), quando constituíam

⁶² Os atos infracionais dos jovens pesquisados foram: 1. ACL, dois processos de furto, dois de danos ao patrimônio, estando um deles acompanhado de furto, um de ameaça e o último de homicídio; 2. DCS, roubo de bicicleta e skate e dois homicídios; 3. FAS, receptação de buggi roubado e duplo homicídio; 4. GFC, porte de arma, roubo qualificado e homicídio; 5. JOA, um de dano ao patrimônio, dois processos de lesão corporal dolosa, porte de entorpecente, dois assaltos à mão armada, homicídio e latrocínio; 6. LPS, um furto, dois roubos e um porte de arma; 7. ACAR, duplo homicídio, estupro e homicídio (o processo de estupro se iniciou posteriormente ao processo de duplo homicídio, mas, segundo consta no processo, os dois delitos ocorreram na mesma ocasião. O outro processo de homicídio, apesar de ter iniciado antes do processo de duplo homicídio, só foi concluído e julgado depois do ato de duplo homicídio de grande repercussão pública).

ataques contra si mesmo, ou compunham situações de transgressões coletivas (como motins): “não tem como não participar porque é um fato generalizado”, “mesmo que ficar de boa é B.O. coletivo para todos” (jovem GFC, perícia psiquiátrica IMESC, 2007).

No caso do jovem JOA, o relatório da Equipe Técnica (ETJ) expõe o contexto amplificado de sua reincidência: “convulsão institucional sabidamente instaurada nas unidades que compõem o 'famoso' Complexo Vila Maria” (caso JOA, ETJ, 2007). Mas o funcionamento institucional, posto em análise pela ETJ, é individualizado nos processos dos jovens, como ato produzido unicamente pelo sujeito, mesmo que tenha ocorrido em uma ação coletiva. No caso JOA, a entidade de atendimento socioeducativo registra por cinco vezes os *motins*, *rebeliões* e *tumultos*.

A reincidência, em mais quatro casos, é definida a partir dos seguintes apontamentos: caso DCS registra-se, por seis vezes, *indisciplina*, *intimidação* e *greve de fome*; caso ACL, consta *rebelião* e *movimento* por duas vezes e uma *agressão* contra outro interno; caso FAS, noticia-se uma *agressão* sem identificação de autoria; e caso GFC, além da *greve de fome* indicada por quatro vezes, cita-se *indisciplina*, *tumulto generalizado*, uma tentativa de fuga e uma *evasão com recaptura*.

No processo do LPS, a reincidência se dá por *ato infracional* executado contra si. No curto período de sete meses, tem nove boletins de ocorrência por auto lesão com lâmpadas e quatro de incêndio do próprio colchão (total de 13 reincidências). O saber psi pactua com a produção da reincidência, operando a figura do “descontrolado” ao mencionar por três vezes a produção de *pavor* e *violência* do jovem contra o funcionário da segurança e do corpo técnico.

Já o jovem ACAR cometeu uma transgressão infracional no período de três anos e seis meses da internação na FEBEM: uma fuga, posteriormente frustrada em ação de busca e apreensão horas após o delito. Cabe lembrar que ACAR permanecia numa unidade da FEBEM após a suspensão da medida socioeducativa e aguardava a execução da medida protetiva de “inserção em local apropriado, que assegure contenção e tratamento especializado da problemática de saúde mental, supervisão contínua no âmbito psicopedagógico e psicoterápico” (caso ACAR, Juiz DEIJ, 2006). Além dessa situação, três outras foram consideradas reincidência. Nas três, é vítima de uma transgressão. Entre 17/03/04 e 29/03/04, ele sofreu três vezes agressões dentro da unidade de internamento. A FEBEM informou uma dessas ocorrências com a seguinte

ênfase: “**meliante vem sofrendo represália pelos colegas da custódia**” (caso ACAR, FEBEM, 2004). O sofrimento do reincidente “meliante” é tratado com a intensificação de sua custódia por meio de isolamento mais restritivo. A FEBEM argumentou que a solução para o caso seria o investimento na proteção do jovem, pois dizia que “não podemos garantir a integridade física e a vida dos adolescentes relacionados que estão no „seguro“ desta unidade”. A sua existência era um risco em si e representava a possibilidade de causar uma situação de *reincidência* da violência na unidade porque ele “expõe a todos que aqui trabalham diuturnamente” (FEBEM, 2005). Solicitou também, reiteradamente, durante todo o período de internamento, a transferência do jovem, porém sem sucesso.

Para subsidiar o enfrentamento da prática de reincidência, o Poder Judiciário demandará do saber psi avaliações fidedignas e rigorosas, procurando desvendar a tensão causada pelos reincidentes na “custódia”. Passa-se a investir na revelação das causas das persistentes ocorrências de “motins”, “greves de fome” e “represálias de meliantes”.

A tecnologia exame e o circuito avaliativo

Podemos perceber que a demanda por intervenções junto a esses casos ocorre desde o início do processo de cumprimento socioeducativo, em que o disparador é o ato cometido, considerado grave. O MP solicita e o Juiz corrobora os pedidos de avaliações. As prerrogativas desses exames são o tipo do ato infracional e o direcionamento da socioeducação e do tratamento, com o argumento: “Ante a gravidade e circunstâncias do ato infracional, bem como para melhor direcionar a medida à efetiva ressocialização [...]” (casos DCS e FAS, MP DEIJ, 2005).

No quadro a seguir podemos acompanhar os argumentos quanto à necessidade de intervenção diagnóstica para esses sujeitos *audazes*, *impulsivos* e *agressivos*. Este quadro permite-nos enxergar o delineamento da demanda de exames.

Quadro 4: Argumentos do MP e Poder Judiciário para solicitação de exame

Jovem	Argumento da demanda de exame (com grifos nossos)
ACAR	MP DEIJ (2004): [...] foi submetido a exame psiquiátrico por médico da Fundação, sendo constatado que o mesmo é portador de problemas de saúde mental . Além disso, o adolescente responde a duas outras ações socioeducativas por atos gravíssimos . Diante deste quadro, com o fim de nortear a execução das medidas impostas ao interno [...].
JOA	Juiz DEIJ (2005): A gravidade do ato infracional praticado pelo jovem impõe a adoção de todas as cautelas possíveis e razoáveis antes de qualquer substituição da internação por outra medida, não só em benefício do processo ressocializador como também para a proteção da parcela ordeira da população . Sendo assim, adotando no rol das razões de decidir as ponderações do MP, determino a realização de avaliação psiquiátrica a ser realizada por médico da FEBEM.
DCS	MP DEIJ (2005): Ante a gravidade e circunstâncias do ato infracional praticado pelo adolescente, bem como para melhor direcionar a medida à efetiva ressocialização do adolescente, considero indispensável a realização de avaliação psiquiátrica, para averiguar eventual transtorno de personalidade e direcionar tratamento .
GFC	MP DEIJ (2005): Jovem com bom comportamento. Genitora presente. Observo, porém, que a gravidade da conduta demanda profunda investigação de sua personalidade .
ACL	MP DEIJ (2005): Em face da extrema gravidade, frieza do homicídio e ocultação de cadáver como lidos [...], requiro avaliação psiquiátrica , com a maior brevidade possível.
LPS	ETJ (2007): Considerando-se seu histórico processual [...], sugerimos que ele seja objeto de avaliação psiquiátrica pelo NUFOR.
FAS	MP DEIJ (2005): Ante a gravidade e circunstâncias do ato infracional , bem como para melhor direcionar a medida à efetiva ressocialização do adolescente, considero indispensável a realização de avaliação psiquiátrica, já nesta fase inicial, para averiguar eventual Transtorno de Personalidade e direcionar o tratamento . Juiz DEIJ (2005): O jovem se envolveu na prática de ato infracional gravíssimo . Referido ato evidencia, em tese, audácia, impulsividade e agressividade . Assim, entendo necessária a realização de avaliação psiquiátrica do adolescente, diante da violência exacerbada, para afastar hipótese diagnóstica de distúrbio de natureza psiquiátrica .

O contraponto a essas solicitações de avaliação psi, na maioria dos casos, ocorria por meio dos advogados de defesa dos jovens com a alegação de que o processo estava ainda no início do seu curso. Por exemplo, no caso ACL, a Defensoria Pública entendeu que estava ocorrendo:

“[...] desvio no rumo da execução, esvaziando seu conteúdo pedagógico em prestígio do discurso médico-legal [...]. A intervenção socioeducativa (no caso em questão) encontra-se iniciando-se e os técnicos informaram ter o jovem potencialidade para assimilá-la”

(caso ACL, Defensoria Pública, 2005).

Outro argumento era o de que não havia nos autos, na maioria deles (cinco dos

sete casos), indicativo algum do campo da saúde para a necessidade de intervenções psi. Pelo que a defensoria solicitava que fosse “[...] indeferido o requerimento ministerial, uma vez que não há nos autos notícias de eventual existência de transtornos mentais” (caso GFC, 2006).

Após a produção das primeiras avaliações, os processos dos jovens entraram em um circuito psi, assim caracterizado: **avaliação-elucidação diagnóstica – aferições criteriosas – indicação de tratamento específico – atualização da avaliação**. Por exemplo, como solicitado no caso ACL (2007) pelo Juiz do DEIJ: “[...] suspeita de personalidade anti-social na última avaliação, demanda por aferição médica para convicção da recuperação, sem riscos ao educando e à coletividade [...]”. Esse circuito aciona uma troca de informações e saberes em que vemos, além dos documentos oferecidos pelos médicos e psicólogos, um inter-discurso jurídico-psi:

“A dúvida ali lançada persiste após avaliação da ETJ. Não estou convencida da possibilidade de retorno ao convívio social. Observo que a psicóloga do juízo aponta perversidade e, desta forma, indispensável a colheita de novos elementos”.

(caso FAS, Termo de audiência/Juiz DEIJ, 2007).

As investigações de aferição da situação de saúde mental dos jovens envolveram principalmente avaliações psiquiátricas produzidas em todos os casos pelo NUFOR-HC-FMUSP e avaliações psicológicas e sociais pela Equipe Técnica do Juiz (ETJ)⁶³.

Na maioria dos casos, além da rede de avaliação própria do sistema socioeducativo, caso da ETJ, ou da rede estabelecida por parceria com entidades como a FEBEM e o NUFOR, houve reavaliação pelo IMESC (ACAR, FAS, ACL, DCS, JOA e GFC). Num deles, o caso ACAR, houve também reavaliação pelo IML.

Além dessas, avaliações complementares foram realizadas. Em dois casos aplicou-se o Teste de Rorschach (FAS e ACAR), em três casos o PCL-R (DCS, GFC, CAR) e, em um dos casos, o do jovem (ACAR), houve ainda averiguação diversificada: genetograma (instrumento de caracterização familiar), HTP (Grafismo sobre traços de personalidade), PFISTER (Teste de afetividade e ressonância íntima), RAVEN (Teste de inteligência não verbal), WAISS (Escala de inteligência), Testes neurológicos: Trail Making-A (Teste das trilhas-teste de atenção espacial e busca visual), B (Teste de atenção alternada de componente motor) e Labirinto Chapui (Teste de planejamento, componente motor e impulsividade) e exames médicos (tomografia

computadorizada, ressonância magnética nuclear, eletroencefalograma e exames sanguíneos - hemograma, hormônios tireoidianos: T3, T4, TSH).

Apesar da incessante solicitação por diagnósticos casuísticos e intervenções pedagógicas e de tratamento com contenção, essa demanda não se baseava nas sugestões da equipe diretamente responsável pelo atendimento socioeducativo dos jovens. Ao contrário, em todos os casos, a equipe da FEBEM tem outra percepção: “reúne condições que tornará adequado a sua reinserção em medida mais branda” (caso ACL, 2007) e “avaliamos que a internação atingiu os objetivos” (caso DCS, 2008), pois “acreditamos que a prática só se efetiva quando vivendo no meio social e exercitando a sua cidadania” (caso GFC, 2007).

Ao mesmo tempo em que alguns relatórios da FEBEM avaliam e solicitam a liberação dos jovens, as avaliações psi formalizam um fluxo oficial de intervenções complementares ao da Fundação. A FEBEM, ao regularizar o Programa de saúde mental da FEBEM (2006) – apresentado no capítulo 2 – faz funcionar um circuito de rastreamento de certos sujeitos *reincidentes*, *impulsivos* e *agressivos* e forja uma política de *defesa social* frente aos seus atos de *terror*. A seleção dos jovens conformou o sujeito *reincidente* com história de transgressões consideradas graves, seja pelo ato infracional cometido ou pelo comportamento de transgressão durante a internação.

As avaliações psiquiátricas produzidas nas determinações do Judiciário passam a compor os processos jurídicos e lançam a forma de um PRONTUÁRIO-PROCESSO. Esse novo documento de versão multidisciplinar, apesar de formalmente ser um documento jurídico, compõe em suas páginas classificações psi articuladas às decisões jurídicas.

O DEIJ, colaborador da máquina UES, mesmo com diminuição de suas atribuições, no final de 2008, atuava regulando a produção da MÁQUINA UES. Nessa extensão do internamento, o DEIJ exige relatórios dos jovens ao NUFOR/campo da saúde, mas esse pontua que corresponderia apenas aos casos sob a jurisdição dele. O controle do fluxo tinha um cruzamento entre o gestor da política, a SES e o regulador da medida de internamento, ou o sistema da justiça juvenil (o DEIJ) e o da justiça cível:

“avaliações médico-psicológicas dos jovens internados na UES vêm sendo realizadas a pedido da SES e, uma vez que **os jovens encontram-se sob a responsabilidade de instâncias variadas, sendo assim, os relatórios têm sido submetidos à própria SES**, para devido encaminhamento. Colocamo-nos à disposição, contudo, para **encaminhar-**

⁶³ Conforme o ECA (1990), compete à equipe interprofissional, no caso a ETJ, fornecer subsídios e desenvolver trabalhos de aconselhamento, orientação e encaminhamento, assegurada a livre manifestação do ponto de vista técnico (artigo 151).

vos [ao DEIJ] diretamente os relatórios referentes aos internos que se encontrem ainda sob responsabilidade do DEIJ, bastando para tanto informar os internos em questão”.

(NUFOR, 31/10/08, grifos nossos)

Mesmo o DEIJ, com baixa regulação do fluxo de internamento na UES⁶⁴, exige do NUFOR o encaminhamento dos relatórios apenas repassados à SES:

“O despacho é muito claro, mas não foi atendido. Já que o NUFOR confirmou que os adolescentes mantidos na UES são avaliados regularmente, requisito, pela derradeira vez, a remessa ao DEIJ do último relatório psiquiátrico de todos os adolescentes ali custodiados, que não passam de sete ou oito jovens”.

(Corregedoria do DEIJ, 17/11/08)

O DEIJ expressa sua implicação com as demandas de saúde mental no internamento da FEBEM e o seu desapontamento com a prática do NUFOR (uma das vozes do saber psi) junto a esse projeto, pela falta de esclarecimento.

“Este juízo realmente se espanta com a maneira como os médicos do NUFOR têm tratado assuntos tão sérios que envolvem não só o adolescente, como pessoa em desenvolvimento, como a própria sociedade. Pouco se fala, pouco se esclarece. Assim, estamos diante de um caso complexo, com inúmeras incongruências, poucos esclarecimentos e muitas dúvidas”.

(caso FAS, Juiz do DEIJ, 2006, grifos nossos)

Os juízes, em seus despachos, ainda indicam exames a serem aplicados com os jovens para encontrarem nas avaliações o diagnóstico elucidado e as terapêuticas possíveis.

“Através desta avaliação, este juízo pretende encontrar elucidação diagnóstica e recomendação de condutas terapêuticas compatíveis, inclusive, eventual inserção do jovem em tratamento no NUFOR durante a internação. Se possível, deverão ser aplicados os testes de personalidade PCL-R e RORSCHACH. Será realizada, pelo NUFOR, avaliação psiquiatra forense e não perícia”.

(caso JOA, Juiz do DEIJ em termo de audiência, fls. 336, 05/06/07, grifos nossos)

Ocorre, ainda, cobrança por parte do MP, que adverte: os técnicos psi (o NUFOR) não estão obedecendo às determinações de aplicação dos testes.

⁶⁴ Neste período de 2008, o DEIJ só atuava processualmente em metade dos casos de internos na UES, pois já tinha extinguido três processos socioeducativo (ACAR, JOA e DCS) e o LPS havia retornado à FEBEM. Dos três processos ainda em andamento no DEIJ, em dois deles a responsabilidade do internamento já era dividida com os Juizados Cíveis. O DEIJ, por um lado, regulava a estratégia de medida protetiva e o Juiz Cível regulava a interdição civil com internação psiquiátrica compulsória. No final daquele ano, o DEIJ finaliza sua participação em mais dois processos (FAS e GFC), mantendo apenas um jovem (ACL), o qual ficará sob sua guarda processual até 10/05/10 quando o jovem completa 21 anos de idade.

“Os testes determinados a folhas 336 não foram aplicados. Jovem com indicativo de perversidade, conforme avaliação da ETJ. É reincidente específico em homicídio e autor de latrocínio” (caso JOA, MP DEIJ, 06/07/07).

Nessa inter-relação psi-jurídica, a Defensoria Pública traz à tona o questionamento do deslocamento da atuação jurídica ao campo psi:

“Se o próprio médico psiquiatra não seguiu outras avaliações ou encaminhamentos é porque estes não são necessários. **Com que fundamento um profissional da área jurídica exige tais avaliações se o profissional competente da área médica não achou necessário?**”.

(caso JOA, Defensoria Pública, 06/07/07, grifos nossos)

No processo de produção dessas averiguações psi, os peritos e técnicos ofereceram subsídios técnico-políticos que foram usados como *provas* nas decisões do âmbito da Justiça. Emerge assim o sujeito TPAS produzido em um jogo de análise das “coerências” apresentadas pelos sujeitos nos exames.

Os traços de anormalidade

Para Fry (1985), **os exames** constroem narrativas com incidência pública sobre fatos e verdades a fim de produzir uma história oral do delito. O ato efetivado, apesar de estar circunscrito em seu acontecimento somente aos envolvidos do seu cenário, será recontado a partir de específicos lugares institucionais interessados em atualizar **o sujeito criminoso preexistente ao ato transgressor**.

Correspondendo a essa intenção de explicar os eventos particulares dos delitos, a análise dos especialistas põe no jogo do convencimento da verdade científica do crime a **vida transgeracional do indivíduo**. A história pregressa é recomposta por sua configuração de reincidente, por sua história improdutiva (escola e trabalho) e em alguns casos por certas circunstâncias de alterações na situação de saúde do jovem.

Nesse processo de análise dos especialistas, as avaliações psi ganham diferentes nomeações: laudo pericial, avaliação psiquiátrica e perícia médico-legal, mas possuem uma estrutura padrão que contempla: I- Identificação, II- Histórico (Elementos médico-legais colhidos dos autos, Versão do menor aos peritos, Conjuntura infracional e Memorial patológico e toxicofílico), III- Antecedentes mórbidos pessoais, IV- Antecedentes mórbidos familiares, V- Exame físico: geral e especial, VI- Exame psíquico, VII- Exames complementares (Teste de Rorschach ou PCL-R ou outros), VIII-

Discussão e conclusão (Considerações psiquiátrico-forenses e Diagnose), IX-Respostas aos quesitos.

A categoria de análise da **reincidência** já foi descrita detalhadamente. A categoria de alterações do quadro clínico consta nos setes casos pesquisados.

Especificamente, em dois casos (ACAR e LPS), o diagnóstico estabelecido desde a infância é do sujeito **convulsivo e epilético**.

No caso de LPS as crises epiléticas são marcadas a partir da infância:

“crises epiléticas desde os 9 anos de idade e faz tratamento desde então, atualmente em uso de Gardenal 100mg/dia. Devido às crises, teve diversos acidentes (atropelamento, quedas de laje, colisão de veículos), com diversos episódios de traumatismo crânio encefálico. Suas crises são completas, com perda de consciência, e pós-comicial caracterizado por confusão e perda de memória”.

(Relatório de avaliação psiquiátrica, NUFOR, 22/10/2007).

Antes disso, em 27/07/07, a ETJ já havia chamado a atenção para esse caso “um adolescente convulsivo e rebelde ao uso contínuo da medicação”, compreendendo que “apresenta uma problemática preocupante e [...] requer manejos específicos”.

Logo no início de seu último internamento na FEBEM, a equipe técnica havia indicado que esse adolescente havia sido submetido, por solicitação da escola, “a tratamento psicoterapêutico, o qual perdurou por oito meses, recebendo alta” (Relatório técnico de acompanhamento, 29/11/04).

No outro caso, o do ACAR, a alteração do quadro clínico é também perpassada por intervenções longitudinais. O seu enquadre é assinalado desde o nascimento do jovem:

“(o jovem) Refere **convulsões** ainda na infância, não lembra ter tomado medicamentos, nem tampouco quando foi seu último episódio, só que fazem vários anos, que fez um exame „**eletro da cabeça**”, a pedido do professor da escola e depois lhe passaram uns remédios que não tomou” (Parecer psiquiátrico, IMESC, 2004, grifos nossos).

“Aos 02-03 anos teve convulsões; revirava os olhos, tinha falta de ar, ficava roxo, com o corpo endurecido, mas não babava. Teve tais episódios por 03 vezes. Foi levado ao médico, sendo dito que ele tinha „convulsões”; fez uso de medicação por pouco tempo (não sabe informar os nomes dos remédios). Depois dos 03 anos de idade, ele **nunca mais teve ataques**” (Avaliações psiquiátrica e psicológica, IML, 2006, grifos nossos).

As *convulsões*, conjuntamente com *distúrbios de aprendizagem* apurados e os *distúrbios de conduta* apresentados no processo do segundo jovem, são analisadas na avaliação psicológica do IML como constitutivas das manifestações que explicariam o quadro de Transtorno Orgânico de Personalidade (CID 10 F 07.0).

O *exame* registra que:

“em geral a pessoa com epilepsia é sadia e não tem nenhum estigma psiquiátrico. Contudo, uma estimativa aparentemente conservadora sugere que cerca de um quinto dos pacientes epiléticos ambulatoriais tem uma psicopatologia maior, para os quais, cerca da metade necessitará de hospitalização” ”.

(caso ACAR, IML/avaliação psicológica, 2006)

Ainda, em suas “considerações a respeito dos transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e disfunção cerebrais”, o perito argumenta e infere predisposição “intra-cerebral” do TPAS:

“alteração de personalidade e de comportamento pode ser um transtorno residual ou concomitante de doença, lesão ou disfunção cerebral. Em algumas ocasiões, diferenças na manifestação de tais síndromes residuais ou concomitante de personalidade e de comportamento podem ser sugestivas do tipo e/ou localização do problema intra-cerebral, mas a confiabilidade de tal inferência diagnóstica não deve ser superestimada.”

(caso ACAR, IML, 2006)

Além da especificidade de *quadro convulsivo*, outra caracterização do âmbito da saúde que atinge todos os sete casos analisados é o “Memorial patológico e toxicofílico”. O envolvimento dos jovens com o álcool e outras drogas é marcado nas avaliações anexadas aos processos como situações de *malefícios* que sofreram intervenções. Os contextos do **uso de drogas objetivados** nos jovens internos da UES têm tonalidades diferentes, mas o seu efeito é de corroboração de uma alteração a ser tratada que compõe um panorama “doentio”.

A terceira categoria que abrange o passado do jovem tipo UES é da *história produtiva* (escola e trabalho). Essa categoria caracteriza fracassos sociais que, na maioria dos casos, registra **fracasso escolar** por meio de *repetências* e, em alguns casos, de *evasão escolar*, com *atraso escolar* de uma média de 4 anos. O motivo da evasão escolar por indisciplina com expulsão da escola é citado apenas em um dos casos e, na maioria deles, está articulado com um desinteresse pela instituição formativa e pela ligação com uma prática de trabalho. Prática profissional, em geral, esporádica e sem vínculo empregatício formal, como caseiro, jardineiro, pedreiro e trabalhador de lava-rápido, desde o início da adolescência.

Segundo os *exames*, o sujeito “alterado”, “reincidente” e “improdutivo” possuía também em sua transgeracionalidade o carimbo da transgressão. Ressalta-se que as **constituições familiares** dos jovens UES, nos sete casos, contemplam a presença de parentescos, na maioria deles com vinculações geracionais diretas. Apenas no caso do LPS sinaliza-se um rompimento mais significativo, pois durante o internamento ficou

órfão e a sua rede de apoio e cuidado ficou fragilizada (“histórico familiar permeado por significativas perdas” – ETJ e “abatido por profunda carência material e afetiva” – Juiz DEIJ). Mesmo com a perda no subsistema parental, esse jovem tinha sua rede familiar biológica que incluía a circulação principalmente de dois membros da família, um irmão mais velho e um tio materno.

Excepcionalmente, mesmo que comportassem relações familiares formais, como núcleos de *família funcional*, de *vínculo afetivo preservado* ou *pais separados legalmente*, essas são classificadas em sua maioria de *disfuncionais*, *desorganizadas* e *desestruturadas*.

“A organização familiar evidencia graves aspectos de disfuncionalidade em sua dinâmica, articulados à baixa operatividade das funções parentais”.
(Laudo Psicológico/ETJ, caso JOA, 2006)

A figura paterna é a referência citada que dispara os conflitos familiares nos sete casos, por uso excessivo de álcool.

“uso [o pai] de etílicos ficando muito agressivo”.
(caso JOA, FEBEM, 2008)

As heranças familiares tomam forma de delito nos processos. Isso seja pelo envolvimento dos seus pais com o álcool, que repercutiam “atos de violência contra a genitora e seus filhos” (caso ACL, FEBEM, 2007), seja pelo reconhecimento de uma “herança” de envolvimento com a criminalidade, identificados em quatro dos sete casos:

“Pai falecido de AVC; era alcoólatra; respondia processo por crime de receptação de mercadorias roubadas” (caso ACAR, IML, 2006).

“**repetição inter-geracional do enredo criminal** neste grupo: o pai era adepto da criminalidade (foi assassinado em meados de 2000 durante troca de tiros com a ROTA); o primogênito, 18 anos, é egresso da FEBEM e do CDP e o jovem está institucionalizado”.

(caso LPS, ETJ, 2007, grifo nosso).

“irmão tem envolvimento com o tráfico”.
(caso JOA, IMESC, 2006).

“O genitor encontra-se preso (por assalto), bem como outro filho da madrasta”.
(caso GFC, Relatório Técnico/FEBEM, 2005)

Percebemos que, em uma análise linear de causa e efeito, o indivíduo encontraria sua solução no envolvimento com a TRANSGRESSÃO SOCIAL-LEGAL. Iniciada na forma de um “transtorno grave de comportamento desde a infância”:

“[...] foi para escapar a este hostil cenário familiar que ele, por volta dos seus dez anos

de idade, aproximou-se dos grupos perniciosos do entorno e foi „contaminado“ pelo deturpado ideário ético-moral prevalente nos circuitos marginais”.

(caso JOA, Perícia psiquiátrica/IMESC, 2007).

Os **antecedentes mórbidos familiares** que buscam informações sobre o estado de saúde de familiares, na procura de uma eventual doença herdada ou tendência familiar, localizaram, além dos hábitos etilistas dos pais dos sete jovens pesquisados, o também uso excessivo de álcool por parte da mãe de um deles. Registram ainda dois **antecedentes hereditários psiquiátricos** de avós maternos que sofrem de “loucura, e pelo que soube está melhor sob tratamento” e “esteve internada, por oito meses, em Hospital Psiquiátrico, tendo tal fato ocorrido, após parto, quando do nascimento de um de seus filhos” (caso ACAR, IML, 2006) e um tio materno de outro jovem com “transtorno mental” (caso FAS, IMESC, 2006).

“O TPAS é mais comum entre os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com o transtorno do que na população geral”.

(IMESC, 2008, grifos nossos)

O “selo” TPAS

O selo TPAS, carimbo necessário operando como subsídio para a internação psiquiátrica compulsória, incidiu nos registros psi dos sete processos analisados. O diagnóstico foi produzido e mapeado antes da oficialização da UES, mas como vimos no capítulo 02, os PROJETOS UES já forjavam o TPAS: por exemplo, no PROJETO 02, ao se proporem a reconhecer o “verdadeiro psicopata” e “reabilitar” os demais “jovens infratores” ou ainda, no PROJETO 03, que se propunha a evitar os incidentes indesejáveis no sistema socioeducativo por meio da recuperação de adolescentes com “tendências anti-sociais” pelo abrigamento em lares substitutos. Cabe esclarecer que, nas avaliações de seis dos sete jovens pesquisados, encontramos laudos discordantes. Apresentaremos no Quadro 5 a seguir apenas o selo TPAS, que foi seguido pelos magistrados para subsidiar suas decisões⁶⁵.

⁶⁵ Cabe ressaltar que, em relação a essas decisões, o Poder Judiciário tem autonomia legal de convencimento: “o juiz é soberano na análise das provas produzidas nos autos. Deve decidir de acordo com o seu convencimento. Cumpre ao magistrado dar as razões para o seu convencimento” (Juiz DEIJ, 2007).

Quadro 5: O selo TPAS dos jovens internos da UES

Jovem	Diagnóstico TPAS (com grifos nossos)
Caso ACAR	“É pessoa que pelo distanciamento afetivo e emocional que toma frente ao mundo e principalmente frente aos demais atua de forma arrogantemente impositiva quando lhe convém e até simbiótica, juntando forças a atos irracionais para obter o que deseja, sem dilema, e sem culpa. (...) é portador de Transtorno Orgânico de Personalidade (CID 10 F 07.0)” (IML, 2006). “O periciado já tem mais de 18 anos, sendo, portanto possível a investigação do diagnóstico de Transtorno de Personalidade Anti-Social (psicopatia) dentro dos critérios CID- 10 e DSM-IV. [...] Devem ser cogitadas as hipóteses de transtorno de conduta pelos elementos já considerados na discussão, e de Transtorno de Personalidade Anti-Social, originado pela evolução do primeiro, com a seguinte dificuldade em sua inclusão: como até os 18 anos o diagnóstico cabível é o de transtorno de conduta, sendo reservado o de personalidade para a maioridade, e tendo o examinado completado 18 anos na internação sem poder conviver com os demais, isolado em situação bastante artificial, só poderíamos inferir esse diagnóstico baseados no comportamento dos 14 aos 17 anos do que em qualquer outra época. [...] Há que se perguntar o que pode ser verdadeiro em seus relatos! Não há empatia, nem sentimentos, nem noção do bem e do mal, do certo e do errado, apenas a gratificação de seus desejos instintivos e concretos e a possível impunidade. Temos, portanto, sinais (traços), embora sutis, de transtorno de conduta anti-social (poderíamos falar em até psicopatia, agora conta mais de dezoito anos de idade)...” (IMESC, 2006) “O examinando é portador de história objetiva, subjetiva, dados objetivos e exame psíquico compatível com Retardo Mental de Leve para Moderado (CID F 70/71) e Transtorno de Personalidade Dissocial (CID F 60.2), piorado pelo uso de alcoólicos e drogas, tendo sua capacidade de entendimento reduzida e, por conta da somatória de problemática de ordem mental, absolutamente incapaz de auto determinação. [...] É, sob o ponto de vista médico legal, absoluta e permanentemente incapaz de reger sua vida e administrar seus bens e interesses” (IMESC, 2007).
Caso JOA	“Vontade e pragmatismo sem distúrbios. Fala despretenhosa e espontânea, discurso egocêntrico e racionalizado, contato interpessoal superficial, com evidente distanciamento ideo-afetivo. Demonstra compreensão adequada dos assuntos abordados. Perspectivas de futuro condizem com sua realidade. Exame psíquico compatível com Transtorno de Personalidade Anti-Social, sendo indicada psicoterapia” (Avaliação psiquiátrica, Prisão Tupi Paulista, 2005). “Impressiona pela sua rudeza e primitivismo, e denota um expressivo enrijecimento emocional e embotamento dos afetos. Bastantes rudimentar, a sua privação cultural é manifesta, e mostra-se compatível ao deficitário

	suprimento ambiental que foi-lhe oferecido durante praticamente todo o seu desenvolvimento. JOA revela características compatíveis com grave privação afetiva em seus primeiros anos de vida. Seu discurso é formal, linear e lógico, com conteúdo superficial e empobrecido [...] De modo geral, este jovem denota uma profunda alienação em relação às suas questões subjetivas, bem como falhas importantes em sua auto-censura e auto-crítica [...] Do ponto de vista psicológico, também pudemos constatar traços sugestivos de perversidade neste jovem, os quais necessitam ser melhor investigados em termos etiológicos” (ETJ, 2006) “Denota agressividade latente e manifesta, impulsividade, imediatismo, pouca capacidade para tolerar contrariedades e/ou frustrações, colocando suas necessidades ou desejos imediatos pessoais acima das normas, regras e da coletividade, descaso aos valores éticos, morais, sociais ou valorização da vida humana, incapacidade de sentir e demonstrar culpa ou arrependimento, características compatíveis com Transtorno de personalidade anti-social” (IMESC, 2007).
Caso DCS	“DCS não sofre de psicopatologia orgânica, reativa, processual, fásica, ou em broto - a discussão está em torno de um desenvolvimento anômalo de sua personalidade. [...] O jovem DCS apresentou previamente à sua detenção uma tendência anti-social, o que não é diagnóstico nosológico-psiquiátrico, é um diagnóstico comportamental - a tendência anti-social pode ser encontrada num indivíduo normal, neurótico, deficiente mental, inclusive em psicóticos. A tendência anti-social pode evoluir de diversas formas seja para a cristalização de uma personalidade anti-social ou, para sua normalização”. (Avaliação psiquiátrica, IMESC, 2005) “Hipóteses diagnósticas: Transtorno de conduta e importantes traços anti-sociais e de frieza afetiva. CID-10: F 91.1 (...)Discussão: Examinando não apresenta doença psiquiátrica (depressão, ansiedade, euforia, esquizofrenia). Seu problema encaixa-se no campo de transtorno de personalidade. É um anti-social com traços de psicopatia, só não tendo idade para ser definido como tal. É frio, não empatiza com o sofrimento do outro, não se arrepende de forma sincera. Tudo que fala no que tange arrependimento e a superação são aprendido e estereotipado. Seu discurso tem contradições (manipulação/mentira?) Sugiro aplicação de teste que possa quantificar e documentar o discutido (PCL-R)”. (Avaliação Psiquiátrica, NUFOR, 2007) “Em face ao laudo do exame, fica descartado o diagnóstico de psicopatia. Isso não exclui o que agora podemos denominar doravante Transtorno de personalidade anti-social (o jovem já completou 18 anos). O exame confirma os achados da avaliação clínica: necessidade de estímulos intensos, busca de excitação, tendência à mitomania, comportamentos manipulativos, frieza afetiva e dificuldades em expressar remorso ou culpa. Tem as funções executivas bem preservadas, planeja suas ações [...] como um predador. O fato de não ter psicopatia associada permite, no médio e longo prazos, melhores resultados nos tratamentos específicos. Isto significa que o jovem possui alguma capacidade de aprender com seus erros e de assimilar algumas regras e normas sociais”. (complementação Avaliação Psiquiátrica, NUFOR, 2007).
Caso ACL	“Manifestações de sentimento de remorso, consideração para com a vítima ou necessidade em reparar os danos não foram observados. O conteúdo de pensamento evidenciou elaboração crítica deficiente. O interno exibiu funções psíquicas básicas íntegras e preservadas, porém, a frieza afetiva demonstrada faz supor a existência de Transtorno de personalidade anti-social.” (Avaliação Psiquiátrica, NASCA/FEBEM, 2005).
Caso LPS	“apresenta limitação cognitiva (entre retardo leve e inteligência limítrofe). Não

	tolera frustrações, não sente culpa ou remorso, é impulsivo, imprevisível e violento. Durante a maior parte das entrevistas é calmo, educado e até divertido. Às vezes fica ansioso e irritável, ameaçador. [...] HD: Abuso de substâncias psicoativas (crack e álcool); Epilepsia; Alteração de personalidade secundária a doença ou lesão orgânica, com características de personalidade anti-social.” (Avaliação psiquiátrica, NUFOR, 2007)
Caso FAS	MP DEIJ (2005): “Requisitos: 1. O jovem é portador de distúrbio ou transtorno da saúde mental? 2. Em caso positivo, qual? Qual o tratamento indicado? 2. O jovem é portador de TPAS? 4. Em caso positivo, qual o tratamento indicado? 4.1 Referido tratamento pode ser ministrado na própria unidade de internação da FEBEM? 4.2 Em caso negativo, qual o regime indicado: ambulatorial ou internação? 4.3 Em caso de ser indicada a internação hospitalar fora da FEBEM, quais as características necessárias do Nosocômio e nível de contenção? 5. Apresenta ele crítica adequada de sua conduta e respeito pelas normas e regras sociais? 6. Em caso negativo, há indicação de tratamento? Qual? 7. Apresenta ele periculosidade em grau que inviabilize o convívio em sociedade? 8. Em caso positivo, há indicação de tratamento? Qual? 9. Qual o potencial de reincidência do jovem?” IMESC (2005): “Resposta aos requisitos: 1. possivelmente Transtorno de Personalidade 2. para elucidação foi solicitado bateria de testes psicológicos (Rorschach) 3. Os testes solicitados esclarecerão dúvidas existentes 4. Aguarda-se o diagnóstico para a indicação do tratamento devido 5- não tem crítica 6- vide 4, 7- sim para periculosidade 8-vide 4, 9 - por ora, apreciável – reincidência”. “O jovem começou negando a prática dos atos. Quando percebeu que eu não estava me convencendo, resolveu assumir e admitir ter afogado as duas crianças. É frio e não apresenta sentimento de culpa. Não tem retardo mental. É inteligente. É calculista e tem o olhar ameaçador. Identifico perversidade”. (ETJ em termo de audiência, 2007) “Periciando revela nenhum interesse pelas relações humanas. Quanto a sua capacidade intelectual intrínseca (RM), observamos que o probando tem reduzida capacidade para autonomia de ação. (M=O). Ainda não desenvolveu consciência diferenciada de si mesmo. (RPs=O). Não se envolve emocionalmente, (RL =0). Apresenta raros iniciais de prudência e ansiedade. Os únicos determinantes da personalidade que possui são os de reação afetiva, que são extremamente primitivos e ligados às necessidades mais individuais e egocêntricas. III - SINAIS PSICODIAGNÓSTICOS - Probando apresentou positividade à série de choque afetivo, indicando que não consegue controlar os seus afetos em situações que mobilizem diretamente os seus impulsos ou desejos incompatíveis com as exigências sociais de conduta. A série de sinais de M. Harrower também resultou positiva indicando que a dinâmica psicológica do probando está alterada em nível mais profundo da personalidade. Ou seja não se trata de distúrbio emocional reativo e sim de defeito permanente da personalidade em nível de adaptação à vida social e ao respeito à alteridade.” (IMESC/pesquisador autor da validação brasileira do PCL-R, 2007).

Fonte: Processos socioeducativos dos jovens

Em síntese, os elementos que compõem o perfil TPAS são: *distanciamento ideo- afetivo, privação afetiva, ausência de empatia, contato interpessoal superficial, alienação subjetiva, frieza, incapacidade de sentir e demonstrar culpa, agressividade latente e manifesta, impulsividade, imediatismo, imprevisível, egocentrismo, arrogância impositiva, falha de auto-*

censura e auto-crítica, irracionalidade, primitivismo, privação cultural, predador, ameaçador, calculista, descaso aos valores morais, éticos e sociais, perversidade, tendência anti-social, periculosidade e desenvolvimento anômalo da personalidade.

As avaliações psi se valem da categoria **periculosidade**, que carimba o perigo eminente referido aos sete jovens da UES. O perigo fundamenta a justificativa de ações de *custódia* impostas a esses *indivíduos*, como instrumento de *proteção*. Percebe-se que a categoria de periculosidade opera o saber psi na gestão da fração da população de adolescentes que se envolvem com a transgressão.

O Quadro 6 evidencia a presença do perigo social na perícia de todos os jovens. A evocação da periculosidade perpassa todas as perícias.

Quadro 6: Evocação da categoria periculosidade nas perícias

Jovem	Evocação da Periculosidade (com grifos nossos)
Caso ACAR	“Do ponto de vista Psiquiátrico Forense apresenta periculosidade latente por ser influenciável e sugestível. Não tem condições de progredir pra regime de liberdade, devendo ser submetido a tratamento até que adquira condições de convívio social” (IMESC, 2004).
Caso FAS	MP DEIJ: “Quesito: Apresenta ele periculosidade em grau que inviabilize o convívio em sociedade?” “ Sim ” (IMESC, 2005).
Caso GFC	“Este jovem necessita contenção externa. Não tem condições de retornar ao convívio social. Há periculosidade manifesta . Ele necessita de tratamento em local especializado sob contenção ” (em audiência, IMESC, 2007).
Caso LPS	“Mesmo com uso de medicação , esta seria apenas sintomática e paliativa . A personalidade dele e as consequências desta em seu comportamento (imprevisibilidade e periculosidade) têm poucas chances de melhorar com o tratamento ” (NUFOR, 2007).
Caso DCS	“Pela observação do exame, confrontado com os relatos e colhido das peças dos autos, conclui-se que o periciando, por entendermos haver características de periculosidade , visto na conduta nitidamente anti-social e em completo desrespeito às normas vigentes em nossa sociedade, deverá ser assistido em regime de internação e custódia , até que se tenha identificado a cessação da periculosidade ” (IMESC, 2007).
Caso ACL	“conclui-se que o periciando, por entendermos haver características de periculosidade , visto na conduta nitidamente anti-social e em completo desrespeito às normas vigentes em nossa sociedade, deverá ser assistido em regime de internação e custódia , até que se tenha identificado a cessação de periculosidade ” (IMESC, 2007).
Caso JOA	“ advirto que a conclusão aqui chegada seja de regência prevalente, e não peremptória . Pela observação do exame, confrontado com os relatos e colhido das peças dos autos, conclui-se que o periciando, por entendermos haver características de periculosidade , visto na conduta nitidamente anti-social e em completo desrespeito às normas vigentes em nossa sociedade, deverá ser assistido em regime de internação e custódia até que se tenha identificado a cessação da periculosidade ” (IMESC, 2007).

Em um dos casos, mesmo com um diagnóstico incerto de TPAS (caso JOA), demanda-se, com base nas perícias, contenção, visto sua *imprevisibilidade*, pois o sujeito pode vir a repetir o ato a qualquer tempo ou, ainda, o seu passado é um *risco em si*. A partir da conexão com a noção de periculosidade, o artefato científico do diagnóstico do Transtorno de personalidade anti-social funciona como o relé da máquina UES de tratamento.

O IMESC (2008) dissecar a descrição sintomatológica do TPAS:

“Este padrão também é conhecido como **psicopatia, sociopatia ou transtorno da personalidade dissocial**. O engodo e a manipulação são aspectos centrais do TPAS. O Transtorno de conduta envolve um padrão de **comportamento repetitivo e persistente**, no qual ocorre **violação dos direitos básicos dos outros ou de normas ou regras sociais** importantes e adequadas à idade. [...] O **comportamento não é facilmente modificado** pelas experiências adversas, inclusive pelas punições. As pessoas com este transtorno **desrespeitam os desejos, direitos ou sentimentos alheios**. Frequentemente enganam ou **manipulam** os outros, a fim de obter **vantagens pessoais ou prazer** (por exemplo para obter dinheiro, sexo, poder). [...] Um padrão de **impulsividade** pode ser manifestado por um fracasso em planejar o futuro. As decisões são tomadas ao sabor do momento, de maneira impensada e sem considerar as conseqüências para si mesmo ou para os outros, o que pode levar a mudanças súbitas de empregos, de residências ou de relacionamentos. Os indivíduos com TPAS tendem a ser **irritáveis ou agressivos** e podem repetidamente entrar em lutas corporais ou cometer atos de agressão física (inclusive espancamento do cônjuge ou filhos). Esses indivíduos também exibem um **desrespeito imprudente pela segurança própria ou alheia**, [...]. Os indivíduos com TPAS também tendem a ser consistentes e extremamente irresponsáveis.[...]. Os indivíduos com TPAS demonstram **pouco remorso** pelas conseqüências de seus atos”.

(IMESC, 2008, grifos nossos)

A caracterização do diagnóstico TPAS permite, no curso dos processos dos jovens UES, as conexões das condições de possibilidade da produção do sujeito perigoso perfil da MÁQUINA UES e atua na contenção dos *incontrolados* herdeiros biológicos da transgressão. O seu quadro clínico é regulado pelos operadores do direito e qualificado pelos técnicos psi, subsidiados pelo reconhecimento científico dos manuais internacionais DSM IV e CID 10.

Um caso emblemático

Desde os primeiros debates em torno do PROJETO UES, o caso GFC foi identificado pela maioria dos atores envolvidos nessa narrativa como de perfil TPAS. Por essa quase unanimidade, o elegemos para colocar em análise a produção do *pequeno psicopata* (Zuquim, 2002).

GFC foi diagnosticado como “portador do diagnóstico de personalidade anti-social” pelos peritos do IMESC e pelos avaliadores do NUFOR.

“Pautou sua **conduta pregressa** na busca de satisfações imediatistas e frívolas, **não apresentando mecanismos de controle** das suas ações, e esboçando **traços rudimentares de conscientização e de arrependimento**. Dentro da **visão**

criminológica, freqüentou o **meio marginal**, apresenta **incorporação dos valores deste meio**, não dá o devido valor aos seus atos, não elabora crítica adequada sobre seus delitos, devido a sua **imaturidade e impulsividade**, sua atuação nos crimes praticados demonstra sua dificuldade em elaborar sua conduta em situações adversas. Mostra-se impulsivo, imaturo e despreparado para enfrentar a realidade de sua vida”.

(Laudo psiquiátrico do interno, IMESC, 09/10/06, elaborado quando estava na FEBEM-SP, grifos nossos)

“Demonstra **agressividade latente**, **pouca capacidade para tolerar** contrariedades, frustrações ou privações e ambivalência; **não denota valorização às regras e normas** sociais ou consideração às demais pessoas, priorizando a satisfação pessoal, mesmo em detrimento aos princípios básicos fundamentais, descaso (embora com conhecimento) aos valores éticos, morais, sociais ou valorização da vida humana; impressiona a **incapacidade de sentir e demonstrar culpa ou arrependimento**, características compatíveis com **formação de caráter deturpado e de personalidade anti-social**, sendo indicada **psicoterapia, laborterapia** com atividade física (visando canalizar a energia agressiva para **atividade útil**) em período integral e possível **tratamento psiquiátrico medicamentoso se houver sintomas neurovegetativos e/ou psico-emocionais e manifestação freqüente de irritabilidade**, além das atividades normais desenvolvidas pela unidade”.

(Perícia Psiquiátrica, IMESC, 21/09/07, realizada quando estava na FEBEM-SP, grifos nossos)

“O examinando em apreço, **não apresenta qualquer sintomatologia de doença mental**, tal como a **ciência médica** hoje a conceitua. Ao **exame psíquico** há **alterações na esfera das emoções e da afetividade e da função psíquica crítica**. Os **traços de personalidade imatura são evidentes**, e o nosso diagnóstico o seguinte: Apresenta **traços de personalidade anti-social**”.

(Parecer psiquiátrico, NUFOR, 15/12/08, produzido durante custódia da UES, grifos nossos)

Esses fragmentos de laudos foram selecionados de três documentos elaborados por diferentes psiquiatras durante o internamento do jovem GFC, na FEBEM (internamento em 22/10/04) e na UES (internamento em 22/01/08).

Nas três avaliações, identifica-se a circulação de dois saberes, a *visão criminológica* e a *ciência médica*, e apresentam-se seus instrumentos de trabalho, o *exame psíquico* e a *entrevista semi-estruturada*.

O adolescente em pauta é objetivado como:

- imaturo, incontrolado, agressivo, intolerante, desregrado e fora da norma (*sem mecanismos de controle, imaturidade e impulsividade, agressividade latente, pouca capacidade para tolerar, não denota valorização às regras e normas*);
- insensível e acrítico (*a incapacidade de sentir, alterações na esfera das emoções e da afetividade e da função psíquica crítica*);
- rudimentar e sem culpa (*traços rudimentares de conscientização e de arrependimento, incapacidade de demonstrar culpa ou arrependimento*);
- de meio marginal (*conduta pregressa e meio marginal – incorporação dos valores deste meio*);
- não é doente mental (*não apresenta qualquer sintomatologia de doença mental*).

No caso em questão, o diagnóstico é quase uma unanimidade. Desde o exame psíquico no início do seu cumprimento de medida socioeducativa em 2005, o IMESC destaca que seu contato interpessoal é superficial, com evidente *distanciamento ideo-afetivo e crítica prejudicada*. Diagnostica-se que:

“O adolescente apresenta refratariedade às tentativas de educação e socialização anteriores, prejuízo da autocensura; apresenta discernimento sobre seus atos, porém, demonstra crítica comprometida em relação aos atos praticados, gravidade e consequências” (IMESC, 2005).

Essa caracterização tem desempenho contínuo no ano seguinte, em 2006:

“[...] demonstrou **impulsividade** para a realização de suas necessidades e desejo, **não tendo mecanismo contensor adequado** para controlar seus atos, humor com traços depressivos, pensamentos de construção normal com conteúdo adequado para seu nível, não dá continuidade na construção da sua vida, com expressão superficial, expressando sentimentos e esforçando para não usar expressões marginais [...]”.

(NASCA/IMESC, 2006, grifos nossos)

Os peritos concluem que esse sujeito tem *caráter deturpado e personalidade anti-social* a partir das características de *traços de personalidade imatura e traços de personalidade anti-social*. Logo, sugerem o tratamento por meio de: *psicoterapia, laborterapia (atividade útil) e tratamento psiquiátrico medicamentoso (se houver sintomas neurovegetativos e/ou psico-emocionais e manifestação freqüente de irritabilidade)*.

Por meio de avaliação do PCL-R, feita pelo NUFOR em 2007, carimba-se que: “*GFC apresenta traços de personalidade importantes que facilitam condutas anti-sociais*”. As principais características identificadas foram:

1. “**Loquacidade e charme superficial**: GFC se apresenta com um discurso loquaz, volúvel e dotado de fluência verbal, porém se reveste de um conteúdo de encanto superficial.
2. **Superestima**: ao longo de sua conversação se descreve com uma visão exacerbada de suas habilidades e sua excessiva valorização.
3. Presença de **necessidade de estimulação e tendência ao tédio**: este aspecto caracteriza um indivíduo com uma necessidade crônica e excessiva de novidades e estímulos intensos. Essas características tornam o indivíduo vulnerável a experimentar e usar diversos tipos de drogas, apresentarem dificuldades em se manter por muito tempo numa mesma atividade (seja escolar ou ocupacional), bem como fazer coisas excitantes, arriscadas e desafiadoras, sem receio do possível perigo que possa ocorrer.
4. **Uso de mitomania** (mentiras): tende a mentir por motivos óbvios além de enganar o outro, mesmo que seja confrontado, não expressa constrangimento.
5. **Tendência à manipulação**: tende a estabelecer relações interpessoais de acordo com os seus desejos e suas necessidades.
6. **Suas ações são bem elaboradas**, calculadas e executadas com frieza. Diminuição da capacidade de expressar remorso ou culpa, sendo assim, reconhece a autoria de seus atos, porém atribui a culpa a outro. Expressa dificuldade em perceber o quanto suas ações prejudicam o outro. Há presença de uma importante **falta de empatia, seguida de desprezo pelos sentimentos e direitos dos outros**.
7. Apresenta **impulsividade**: neste caso a ‘impulsividade’ não se configura como uma

ação descontrolada, mas sim, como um não controle do desejo, o qual pode ser adiado por perceber que o momento não é adequado. Isto é, o impulso de agir persiste e pessoas com estas características esperam o melhor momento para agir.

8. Observa-se ainda nesta avaliação uma inabilidade e falta de disposição para formular e sustentar planos ou metas realistas relacionadas ao futuro. Indivíduos com estas características **tendem a viver ‘o dia de hoje’** e a mudar seus planos constantemente”.

(grifos nossos)

Cabe esclarecer que o jovem já estava privado de liberdade desde 22/10/04, quando praticou seu último ato infracional, equiparado a homicídio. Decorrente dessa transgressão, em 02/12/04, foi sentenciado e cumpriu a medida socioeducativa de internação até 19/10/07, quando contava com 19 anos de idade, e sua medida socioeducativa foi suspensa. Com base na marca TPAS, a justiça juvenil de São Paulo determinou medida protetiva:

“Com base no princípio da proteção integral, hei por bem **suspender a medida sócio-educativa de internação**, e por consequência, a fluência do prazo de três anos previsto no artigo 121, §3º do ECA, determinando o **encaminhamento do jovem para local adequado**, para **tratamento de sua problemática**, com base no artigo 101 V do ECA, **internação psiquiátrica (em sentido amplo sem significar internação em hospital psiquiátrico)**, a ser indicada por Vossa Excelência Secretário de Estado da Saúde. Enquanto aguarda o local o jovem deverá permanecer na FUNDAÇÃO, devendo o diretor da unidade tomar todas as providências necessárias para garantia de sua integridade física” (Juiz DEIJ, 2007, grifos nossos).

A SES responde à determinação:

“Pelas informações trazidas por V. Exa (DEIJ), ele é **portador de sério transtorno de personalidade**, sendo certo que no decorrer do cumprimento da medida **não apresentou melhora de seu quadro**, nos termos de avaliação psiquiátrica havida. O que culminou com a suspensão da medida inicial, por força da fluência do prazo de 03 (três) anos previstos no artigo 121, §3º, do ECA. A avaliação psiquiátrica do adolescente indica a necessidade de que este se mantenha sob **contenção em unidade psiquiátrica, não hospitalar**” (SES, 2007, grifos nossos)

O perito e coordenador do NUFOR (04/12/07), em audiência, novamente define o diagnóstico e expressa seu impacto acerca do caso: “esclareço que foi um dos poucos jovens que avaliei e fiquei **assustado** em razão da sua constituição psíquica”.

Decorrente do **assombro** provocado pelo jovem GFC, o perito *impressionado por sua insensibilidade afetiva* e fundamentando na tabela de Robert Hare, o PCL-R, distingue o jovem dentre as personalidade anti-sociais como um dos casos mais graves, a **psicopatia**, e conclui: “O diagnóstico é o F. 60.2. Ele realmente é portador de TPAS grave”.

Com o registro do TPAS em seu rol de *antecedentes mórbidos pessoais*, GFC, após 3 anos e 3 meses de privação de liberdade, foi transferido para a UES no dia 22/01/08, também com fundamento na decisão de antecipação de tutela com despacho de internação compulsória provisória (18/01/08) do Juizado cível da sua cidade de origem:

“Assim, concedo a **tutela antecipada** nomeando a mãe para o cargo de curadora provisória do interditando, intimando-se a prestar compromisso em cinco dias [...]. Determino, ainda, a **internação compulsória provisória do interditando** em estabelecimento que atenda às suas **necessidades terapêuticas**, a ser indicado por sua Excelência, o Sr. Secretário de Estado da Saúde, em 48 horas, observados os termos da **Lei nº. 10.216/01**” (grifos nossos).

Logo após a determinação da justiça juvenil, a Secretaria do Estado de Saúde corresponde à demanda do Judiciário e comunica que, em parceria com a Secretaria da Justiça/FEBEM, em 01/12/07, colocaria em funcionamento *unidade da saúde, não hospitalar*, com dez vagas, que possibilitaria a *contenção* e a *assistência médica* de seus *pacientes*; **internados por força de decisões judiciais**, mormente os *portadores de distúrbios de personalidade, com traços anti-sociais*.

Com a decisão de internação psiquiátrica determinada pelo Juízo do DEIJ em outubro de 2007 e a internação compulsória provisória determinada pelo Juiz Cível em 18/01/08, o jovem foi transferido para a UES em 22/01/08. O jovem passa de adolescente autor de ato infracional a interditado-interno compulsório, do sistema socioeducativo para o sistema de saúde. Fica, porém, em uma unidade de saúde, não hospitalar.

Assim mesmo, o jovem somente foi desvinculado do sistema de justiça juvenil meses depois (em 10/12/08), quando o seu processo foi extinto pelo DEIJ, que justificou o jovem estar internado na UES por decisão proferida pelo Juízo da Vara Cível.

Mesmo que por decisão do DEIJ ou do Juiz Cível, o encaminhamento é de continuidade da contenção para oferta de tratamento. Mas como posto em despacho final de magistrado do DEIJ, a situação de jovens autores de ato infracionais marcados com selo TPAS envolve decisões do âmbito psi, área de saber em que o juízo não é especializado. Foram psi que diagnosticaram o TPAS e propuseram os encaminhamentos descritos no capítulo 2. Diante do impasse, o Juizado do DEIJ posiciona-se: **“se os médicos apresentam divergência em seus posicionamentos este é outro problema que o juízo tenta contornar sempre visando resguardar o jovem”** (casos FAS, GFC e DCS, Juizado DEIJ, 2008).

A prática de individualização por meio da estratégia da perícia inscreve uma biografia individual (Rose, 1998) num regime de subjetivação que individualiza a problemática criminal no corpo do indivíduo reincidente, impulsivo e incontrolável. Recorre-se à caracterização do sujeito anti-social como portador de perversidade e “frieza emocional” para execução do controle punitivo estatal (Bergalli, 1982), pondo em jogo o criminoso como possível enfermo que precisa ser contido para sua proteção e tratamento.

3.2 O processo de etiquetamento do TPAS

Os jovens diagnosticados com TPAS vivenciaram um circuito de exames e de proposições de intervenções do campo psi que culminou nas determinações de tratamento pelo campo jurídico. Para compreender como esse processo de negociações foi produzido já desde o PROJETO UES, discutiremos os consensos, dissensos e acordos do campo psi-jurídico nas articulações do fluxo de atendimento do sujeito “incontrolável”.

O elemento da *incontrolabilidade* do sujeito perigoso consta, por exemplo, nos pedidos de interdição civil dos jovens internos da UES feitos pelo Ministério Público: “quadro extremamente grave e preocupante, sendo que o jovem apresenta ainda imaturidade afetiva, instabilidade de humor e liberação incontrolável de impulsos primários” (caso JOA - 2007 e casos FAS e GFC -2008). A interdição civil cumulada com a internação compulsória pôs em jogo a continuidade do internamento atrelado à demanda de cura do sujeito “incontrolável”, mesmo que o seu tempo limite de três anos de privação de liberdade (ECA, 1990) tenha sido atingido. A etiqueta TPAS pleiteia o controle social com contenção desses jovens, mas a questão posta é: como se aplica a etiqueta TPAS?

Cabe elucidar que nesse processo de aplicação da etiqueta TPAS, na FEBEM, ao longo do processo socioeducativo, esses jovens tipo TPAS foram alvo de projetos de desinternação (seguem em anexo 4 os projetos detalhados). Dos jovens pesquisados, a situação predominante desses projetos (seis dos sete casos analisados⁶⁶) era o retorno ao convívio de suas famílias (em um dos casos o jovem constituiria novo núcleo familiar, pois tornou-se pai no processo da internação na FEBEM e manteve o vínculo afetivo com a parceira nesse período).

Dos seis jovens que retornariam à convivência familiar, dois mudariam de Estado, principalmente pela repercussão pública dos delitos atribuídos a eles. O restante retornaria à cidade de origem. Dos dois que mudariam de Estado, um moraria com sua mãe (que desde a época do início do internamento residia fora de SP); a família do outro, ao pactuar o plano de desinternação, se reorganizou e mudou para a cidade planejada. O planejamento foi monitorado pela ETJ e FEBEM e acordado com a Defensoria Pública, o MP e o Juizado do DEIJ em audiências.

Em apenas em um dos sete casos analisados não localizamos a elaboração de um projeto de vida para a sua fase de desinternação com a equipe da FEBEM. Neste caso, era consenso a demanda de intensificação de cuidado porque sua rede familiar era fragmentada com a marca de

⁶⁶ Os seis casos referidos são ACL, JOA, GFC, DCS, FAS e ACAR.

“orfandade”. Os técnicos psi definiram que deveria receber cuidados da Saúde e da rede de políticas sociais (no capítulo 4, especificamente, voltaremos a esse caso). Esse foi o primeiro jovem a sair da UES.

No fluxo da desinternação, operava a equipe direta de atendimento da FEBEM, investindo em formação profissional e educacional e articulando serviços de saúde quando necessário, e, principalmente, investindo na rede de cuidado do jovem. O pressuposto da equipe da FEBEM, diverso dos peritos que subsidiaram o novo internamento na UES, era, em geral, contrário ao quadro de periculosidade e favorável ao convívio social dos jovens:

“O jovem **não possui envolvimento no cenário delitivo** ou caracteriza perfil de infrator **ou mesmo apresenta periculosidade** que inviabilize convívio em meio aberto”. (caso ACAR, FEBEM, 2005, grifos nossos).

Nesse investimento na desinternação dos jovens, a ETJ em alguns momentos aponta o fim do processo de “ressocialização”, mas em outros funciona como parceira ambígua e fortalece aquele circuito avaliativo, intensificando a aferição da desinternação:

“[...] diante de tudo o que escrevemos, ser-nos-ia impraticável sugerir a desinternação do jovem, embora reconheçamos que se acha em uma unidade cujo funcionamento em nada contribuirá para que, ainda que minimamente, ele se ressocialize”.

(caso ACL, ETJ, 2007)

“A gravidade do ato infracional e as dificuldades apresentadas pelo adolescente, mesmo depois do extenso período de internação, indicam a necessidade de intervenções específicas. Nesse sentido, a partir de discussão interdisciplinar, sugerimos o encaminhamento do caso ao NUFOR com urgente realização do teste PCL-R”.

(caso GFC, ETJ, 2007)

Deduz-se primeiramente que ações com movimentos divergentes dos projetos de desinternação estavam em vigor, pois o PROJETO UES delineava outra estratégia para esses mesmos jovens ao longo do mesmo período. O PROJETO UES, contrariamente à desinternação, propunha-se a perpetuar a contenção dos jovens TPAS.

Todavia, a estratégia de desinternação do circuito FEBEM conjugava práticas de avaliação psi com proposições de novas intervenções com contenção. Nesse processo de duplo movimento, os jovens foram encaminhados para exames, testes e avaliações. Ao mesmo tempo, sua rede de apoio, juntamente com o jovem, se organizaram e se prepararam para a desinternação.

As avaliações, nos casos dos sete jovens analisados, tornaram-se uma presença contundente em seus processos jurídicos. Os saberes psi investidos da sua prerrogativa de avaliação estabeleceram parcerias e compuseram a continuidade do internamento. Alguns atores psi se articularam e selaram a etiqueta TPAS com proposições de política de atendimento especializada ao

jovem para solucionar a dita ineficácia dos serviços de saúde da rede socioeducativa, isto é, a ineficiência – “falta de entendimento entre os órgãos para a solução da problemática de adolescentes infratores portadores de problemas de saúde mental” (MP, 2004). Criaram, em seu fluxo de atendimento, oferta inovadora de atendimento especializado e reconhecido cientificamente:

“Psiquiatras do HC prestam serviço a adolescentes das unidades da FEBEM. O objetivo é oferecer **assistência preventiva e curativa inovadora** para melhorar a qualidade de vida dos jovens”.

(Diário Oficial Poder Executivo, 2006, grifo nosso)

“A SES insistiu em que eles têm dinheiro para investir nesse projeto e transformar a unidade escolhida em um **moderníssimo hospital de atendimento psiquiátrico** e querem muito fazer tal parceria. Com isso diminuiríamos os riscos de rebeliões patrocinadas por tais jovens e daríamos uma **rápida e eficaz resposta a uma omissão do próprio Estatuto da Criança e do Adolescente**”.

(correio eletrônico da FEBEM anexado ao PROCESSO-SINDICÂNCIA, 2004)

Num jogo de investimento e desinvestimento na política de atendimento especializado do jovem autor de ato infracional de SP têm lugar encaminhamentos contraditórios. Por exemplo, no processo do jovem ACAR, a FEBEM, dirigindo-se ao DEIJ, ao responder sobre o encaminhamento para local apropriado sob pena de responsabilização, propôs encaminhá-lo para a Casa de Custódia. O gestor da saúde propôs a execução da medida de segurança com o mesmo destino: Casa de Custódia ou Manicômio Judiciário. Esse caminho, no entanto, foi negado pelo DEIJ.

Tanto a SJDC/FEBEM, quanto a SES sofriam risco de coação legal pelo DEIJ para resolução do caso que estava cumprindo medida protetiva de atendimento psiquiátrico e psicológico nas dependências da Fundação. Com a coação, a SES impetrou HC que foi concedido e o voto do Desembargador expressou “para quem o juiz da Vara da Infância e Juventude imaginou uma saída para o caso, mas esqueceu de combiná-la previamente com a autoridade competente para a execução” (TJ/SP, 2007). O argumento da Secretaria era, segundo o Desembargador, que: “A Secretaria da Saúde tem como tratar o acusado, mas não tem como retê-lo”. Ou seja, o campo psi, via SES, aceitava tratá-lo, mas não teria condições de contê-lo.

Antes da criação da MÁQUINA UES, a SES resistia em alguns momentos à proposta de continuidade de internamento dos jovens da FEBEM com etiqueta TPAS, mas não em todos os casos, como identificamos no caso ACAR. Em suas intervenções de resistências, a SES defendia o serviço extra-hospitalar e, no caso de demanda de internação involuntária, alegava que essa é pontual e não trabalha na perspectiva de privação de liberdade, portanto, não assegura a contenção física do adolescente. Quanto ao caso de demanda UES/TPAS, defendia que não era caso de surto e,

portanto, não aconselhava clinicamente a contenção química (SES, 03/11/06). Rememoramos que, antes da criação da operação de internação na UES, o PROJETO 04 atenderia aos jovens em cumprimento de medida socioeducativa e com diagnóstico de TPAS, mas em caráter voluntário.

Como apresentado no capítulo 2, os gestores do campo da saúde (poder executivo estadual e seus parceiros acadêmicos) vinham apresentando modelos diferentes de atendimento a esses jovens nos últimos anos no Estado de SP. Alguns defenderam a operação na rede de atendimento extramuros (PROJETO 01: SES, SMADS, Unifesp e FEBEM com o Projeto Lar Assistido em 2002), outros investiram em projetos de abrigamento e/ou aprisionamento (convênio entre Unifesp– Departamento de Psiquiatria – CRIA e FEBEM, com o PROJETO 03-UES em 2006, e posterior operação no redesenho do PROJETO 04-UES pela cooperação técnica SES, SAP, SJDC – FEBEM e NUFOR/HC/FMUSP em 2007).

Desse modo, acompanhando as minúcias dos processos dos jovens, vimos que o etiquetamento era mencionado, mas não havia um fluxo estabelecido e formal de gestão da criminalidade juvenil paulista. As ações, tanto de elaboração de projetos de desinternação, quanto de investimento nas práticas de exames para ações “profundas” e contínuas, operavam desarticuladamente com fluxos de sentidos dissonantes.

As táticas jurídicas do internamento contínuo: a solução para o “bem comum”

Como assinalamos anteriormente frente à “ineficiência estatal” que não conteve o jovem TPAS e não executou ainda as propostas de atendimento dos PROJETOS UES (01 A 03) e do IMESC em seus laudos (“montagem terapêutica”), o MP argumentou que o ECA (1990) conferia ao Poder Judiciário a faculdade para determinar a solução dessas irregularidades, exigindo providências:

“Quando falamos da vida, da integridade, da liberdade de jovens em conflito com a lei, não podemos ficar inertes aguardando juízo de „conveniência e oportunidade” da entidade que executa, privativamente, o programa de institucionalização e, por via oblíqua, a política pública estatal para a questão, enquanto algumas centenas de jovens aguardam a criação de equipamentos públicos devidos para o tratamento de situações como esta, ou seja, a boa vontade estatal. [...] Entrementes, **não se pode permitir que qualquer política pública negue um direito público subjetivo e nem que uma pessoa ou grupo de pessoas sofra, demasiadamente, os encargos de uma política pública inexistente ou ineficiente.** [...] Sob a nova égide constitucional, discricionariedade vincula-se a idéia de **poder-dever**, ou seja, **optar, premido pelo dever de agir para realizar o bem comum, em optar pela melhor solução que respeite o verdadeiro desejo da Lei. E só!!!!**”.

(caso ACAR, MP, 03/08/07, grifos nossos)

Pelo “bem comum”, para cumprir o “direito público subjetivo” e “respeitar o verdadeiro desejo da Lei”, o contrafluxo do atendimento à “população FEBEM” foi se organizando e definindo uma estratégia para os jovens diagnosticados com TPAS no circuito FEBEM: o CONTINUUM INTERNAMENTO. Vejamos as táticas, o passo a passo, da configuração desse continuum:

1. suspensão da medida socioeducativa / aplicação da medida protetiva
2. compulsoriedade do tratamento / internamento na UES
3. internação psiquiátrica compulsória / figura da interdição
4. extinção da Justiça Juvenil / internamento por prazo indeterminado na Justiça Cível.

A **suspensão da medida socioeducativa** do jovem e **determinação da medida protetiva de tratamento** é a ação disparadora de operação da MÁQUINA UES. Essa estratégia se dava quando se aproximavam os três anos, limite de internamento posto no ECA (1990), como se pode observar no quadro a seguir.

Quadro 7: Trâmite do internamento na UES

Jovem e data de nascimento (DN)	Medida socioeducativa (MSE)	1ª ação	2ª ação		3ª ação	4ª ação	Saída da UES
		Suspensão da MSE e aplicação medida protetiva	Internamento na UES/ FEBEM	Internamento na UES/ SES	Passagem para o âmbito da Justiça cível	Extinção da Justiça Juvenil	
ACAR (09/12/86)	10/11/03	26/10/06	03/05/07 (decisão DEIJ)	03/12/07	07/11/06	07/12/07 (21 anos)	
JOA (09/10/86)	20/08/04	16/07/07	28/11/07 (transfêrência interna da FEBEM)	03/12/07	09/10/07	09/10/07 (21 anos)	08/01/09
DCS (18/04/89)	13/01/05	19/12/07		22/01/08 (decisão DEIJ)	16/05/08	12/09/08	
GFC (16/09/88)	22/10/04	19/10/07		22/01/08 (decisão Juiz Cível)	18/01/08	10/12/08	
ACL (10/05/89)	15/04/05	18/01/08		11/02/08 (decisão DEIJ)	04/05/10	10/05/10 (21 anos)	

LPS (07/10/89)	22/09/04	31/03/08		08/04/08 (decisão DEIJ)	Não se aplica	16/03/09	16/09/08 (retorno à FEBEM e progres- são para LA em 10/10/08)
FAS (14/01/89)	27/01/05	24/01/08		10/07/08 (decisão Juiz Cível)	18/03/08	10/12/08	

A **segunda ação** do CONTINUUM INTERNAMENTO ocorre por meio da **transferência do jovem da FEBEM para a UES/FEBEM e/ou UES/SES**, para **cumprimento compulsoriamente da medida protetiva de tratamento** (quatro dos sete casos tinham tal transferência realizada no âmbito da justiça juvenil). Percebemos, pelo trâmite do internamento da UES, que, dos sete casos analisados, seis seguem o padrão da continuidade do internamento no limite dos três anos da medida socioeducativa de internação com a aplicação de medida protetiva. Cabe lembrar que o PROJETO UES iniciou o seu funcionamento no âmbito do sistema socioeducativo, acolhendo dois adolescentes antes de sua transferência para a estrutura organizacional da SES⁶⁷.

A Defensoria Pública tensiona: argumentos e contra argumentos

Provocados por essas duas primeiras ações, a Defensoria Pública também compõe esse jogo de forças, mas no sentido do contrafluxo do internamento. Antes que a terceira ação fosse inventada, a Defensoria resistiu desde o início à criação do fluxo do CONTINUUM INTERNAMENTO. Argumentos de contraposição incidiram nesse movimento e, de certo modo, comportarão a posição exercida na terceira estratégia a ser apresentada. Entendendo que os atos de resistência compõem a construção do fluxo do internamento apresentaremos os argumentos da Defensoria: I. uso do atendimento especializado desde o início do processo de responsabilização da transgressão, II. uso

⁶⁷ Detalhadamente cronológico da saída oficial da FEBEM da UES: 1. 28/11/07 – o imóvel da FEBEM é transferido para a UES da SES (Decreto nº 52.419); 2. 29/11/07 – a UES passa para a responsabilidade de cooperação técnica entre SJDC/FEBEM, SES e SAP (Termo de cooperação técnica Processo SS 1/0001/004.735/2007 (001/0938/000.018/2008 – Vol. I a III); 3. 03/12/07 – a UES é extinta da estrutura organizacional da FEBEM (Portaria Administrativa da FEBEM 1034) e 4. 02/10/09 – a cooperação é delimitada por convênio apenas entre SES e SAP (Extrato de Termo de Reti-ratificação ao Termo de Cooperação Técnica).

de medida de segurança, III. uso do sistema binário (responsabilização dupla pelo mesmo ato), e IV. uso compulsório da medida protetiva de caráter assistencial.

[Argumento Defesa I] Sua argumentação inicial foi: o jovem que cometeu ato infracional e com demanda de saúde mental deveria ser encaminhado para tratamento desde o início do seu internamento e não apenas quando completasse o tempo máximo da medida, quando precisaria de novo motivo para continuar privado de liberdade:

“(...) errou-se com o jovem quando este foi inserido em medida socioeducativa de internação, por mais de três anos, se, na realidade, o que ele necessitava era de tratamento de saúde. A legislação em vigor prescreve a adolescentes autores de ato infracional violento a rigorosa medida socioeducativa de internação por até três anos ou quando o jovem completar 21 anos, hipótese em que a liberação será compulsória (art. 121, parágrafo 5 do ECA). **Para os adolescentes que cometem ato infracional e têm algum transtorno mental a Lei 8069/90 determina, em seu art. 112, parágrafo 3, que „os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições.**”

Existem, portanto, no ECA, dois sistemas de intervenção em face do adolescente autor de ato infracional grave: **ou recebe medida socioeducativa (art. 121, I a VI) ou é encaminhado para tratamento individual e especializado (§3º).** Tal como o maior de idade autor do crime, ou recebe pena, ou medida de segurança. Isso porque medida socio-educativa (como já decidiu o STJ) pressupõe capacidade de assimilação da mesma e tem o nítido caráter de responsabilização. No caso em tela, ao tempo do julgamento do interdito no procedimento de apuração de ato infracional o sentenciante optou em responsabilizar o jovem, aplicando a medida socioeducativa de internação. O Ministério Público não recorreu de tal decisão. O jovem cumpriu medida socioeducativa até completar 21 anos, mesmo já tendo extrapolado o prazo legal máximo de três anos. Devia, portanto, ter sido solto. Por não concordar com a soltura de JOA, o Ministério Público propôs a presente demanda invocando, para isso, problemas de saúde mental do impugnante. Ora, o Ministério público acatou a opção de responsabilização do jovem (rejeita-se aqui o argumento primário de que a medida sócio-educativa não seria pena, não teria caráter de responsabilização, que o jovem é inimputável, etc ... os quais demonstram absoluto desconhecimento do nível atual em que se encontra a legislação juvenil), não pode agora seguir querendo manter o cativo de JOA com o argumento da doença mental”.

(Defensoria Pública, caso JOA, 2008, grifos nossos)

[Argumento Defesa II] A Defensoria Pública acusa ainda o MP do uso da tática da “medida de segurança” para intervir junto a adolescentes com uso do sistema do duplo binário [Argumento Defesa III]. Ressalta que os jovens internados na UES não cometeram novo delito como adultos e não poderiam sofrer qualquer nova condenação penal.

“(...) o que busca o MP é justamente **proteger a sociedade** do adolescente, dito detentor de **periculosidade**, por intermédio de medida protetiva. Nota-se que, no mínimo, há inadequação da via eleita. A pretensão do parquet aproxima-se muito mais de uma **medida de segurança** do que qualquer outro instituto jurídico. E mais, revivendo o malfadado **sistema duplo binário**, uma vez que o jovem já foi devidamente responsabilizado por meio da medida socioeducativa de internação”.

(Defensoria Pública, caso ACL, 2008, grifos nossos)

Os advogados de defesa tentaram questionar com base na “desarmonia” teórico-técnica do campo psi, constante no processo dos jovens, o fundamento legal da continuidade do internamento para além do prazo dos três anos definidos no Estatuto (1990), inclusive com ações jurídicas de *Habeas Corpus*, instrumento legal de garantia

constitucional para cessação de constrangimentos ilegais a suas liberdades. Em um dos casos, o jovem recebeu HC, mas como já estava contido pela interdição civil, foi mantido no internamento.

“Em sentença transitada em julgado foi determinada a internação do paciente, por prazo indeterminado, em face da prática de atos infracionais, um consumado e outro tentado, ambos equiparados aos delitos de homicídio qualificado. Processada a execução da aludida medida socioeducativa, já no mês antecedente ao seu vencimento (3 anos), sobreveio a decisão ora guerreada, que suspendeu o curso da segregação e determinou a internação psiquiátrica do paciente, em local apropriado, com base no princípio da proteção integral e no disposto o art. 101 V do ECA. Predita decisão, porém conquanto cumpridamente fundamentada, deve ser reformada. Não há previsão legal para a suspensão do curso da medida de internação pelo motivo descrito na decisão guerreada. Aliás, a suspensão da internação decorre de casos em que há, materialmente, a suspensão do curso do cumprimento da aludida medida, tal como a fuga, hipótese absolutamente diversa do caso em exame. A medida de proteção prevista no inciso V do art. 101 do ECA, a seu turno, presta-se, exclusivamente, para o resguardo dos interesses do menor em situação de risco (art. 98 da mesma espécie normativa), não podendo ser substituto ou premissa de continuidade da medida de internação infrutífera, por além do tempo máximo previsto em lei. O paciente, além do mais, não foi interditado, não havendo sequer ajuizamento de ação de interdição até abril próximo passado. Vale lembrar, ademais, que o art. 121, § 3º do ECA, é taxativo em prescrever que internação, em hipótese alguma, excederá a 3 anos”.

(Extrato da decisão do HC de 08/09/08, concedido em favor de DCS)

No processo de ACAR, um dos Juízes do DEIJ explica que sua decisão de suspensão da medida socioeducativa ocorreu dentro do período limite dos três anos de internamento na FEBEM e não implica duplo binário, visto ser este um instituto do Direito Penal, que não se confunde com o Direito Juvenil brasileiro [Contra-Argumento III]. Explica que não autorizou o encaminhamento solicitado pelo Poder Público de SP de transferência para a Casa de Custódia exatamente porque esse serviço abrange a política dos adultos e não da infância e juventude, não determinando medida de segurança alguma [1º Contra-Argumento II]. E, ainda, o jovem ACAR, que inaugurou o fluxo do continuum internamento quando foi transferido para a UES “em caráter provisório e excepcional”, foi encaminhado para tratamento no fluxo da gestão do sistema socioeducativo e sob intervenção da medida protetiva, pois a UES em seu projeto e no início de seu funcionamento pertencia à FEBEM [Contra-Argumento I]. Ou seja, o jovem continuou sob a égide da rede de atendimento do sistema socioeducativo, dentro dos parâmetros limites apresentados pelo saber psi, subsidiado, segundo o magistrado do DEIJ nos laudos do NUFOR, pelo fato de que ele teria uma “demanda especial” e necessitava de tratamento de outra natureza diferente da proposição pela SES em hospital psiquiátrico.

“Acredito, outrossim, que a suspensão da medida socioeducativa e a aplicação de protetiva ao jovem infrator antes de se alcançar o prazo de 03 anos de custódia não implicam o chamado duplo binário, por se tratar de instituto afeto ao Direito Penal, com o qual o Direito da Infância e Juventude não se confunde (...) Considero a inserção em hospital psiquiátrico pretendida pelo Poder Público, por outro lado, insuficiente para o atendimento das demandas especiais do jovem, que não necessita de tratamento dessa natureza, conforme se infere de todos os últimos laudos médicos sobre o caso e do recente relatório dos profissionais do NUFOR. Por esses motivos, foi mais uma vez indeferido requerimento de transferência para a Casa de Custódia e ordenado seu encaminhamento, em

caráter provisório e excepcional. a unidade experimental de saúde construída pela FEBEM, tendo este Juízo agido nos limites de sua competência, que abrange a função fiscalizadora e correccional da atuação da entidade pública responsável pelo acompanhamento de medidas socioeducativas cabendo ao Poder Executivo do Estado de São Paulo”.

(Juiz do DEIJ, caso ACAR, 2007, grifos nossos)

[Argumento IV] Na proposição de medida protetiva, nos dois casos a seguir, a Defensoria argumenta ainda que a mesma não pode ser aplicada no lugar da medida socioeducativa, pois tem caráter assistencial e não compulsória. Desse modo, a vivência do tratamento, segundo a Defensoria e conforme posicionamento de Promotora de Justiça apresentado abaixo, seria um direito e não um dever do cidadão.

“A Medida de proteção não pode ser, de modo algum, utilizada para a finalidade pretendida, ou seja, manter o jovem tolhido de sua liberdade ambulatoria. A característica fundamental da medida de proteção é seu caráter assistencial e a característica básica da assistência é a NÃO COMPULSORIEDADE. Em um Estado Democrático e Social de Direito, livre e garantista, ninguém pode ser coagido a aceitar assistência alguma. **Martha de Toledo Machado**, ilustre Promotora de Justiça em SP, em “Proteção Constitucional de Criança e Adolescente e os Direitos Humanos” (Barueri, SP: Manole, 2003 pp 226-232) destaca a absoluta **inconstitucionalidade de se atribuir às medidas de proteção um caráter coercitivo-sancionatório**. Tal caráter adviria, entre outras razões, ‘do fato de tal medida não ser solicitada pelo adolescente paciente’. Conclui ela de modo enfático: ‘Friso pela derradeira vez, a **medida de proteção visa recompor ou preservar direito fundamental de criança ou adolescente violado ou ameaçado; nunca visa proteger a sociedade** (objetivo da medida socioeducativa) e não representa meio de defesa de interesses de outras pessoas (Família, Sociedade, Estado) contraposto a um interesse de criança ou adolescente autor de crime (destaque da autora); não representa resposta do Estado, sanção aplicada pelo Estado à criança ou adolescente autor de fato definido como crime’. A referida jurista deixa claríssimo que a medida protetiva não tem por escopo a proteção da sociedade, mas sim única e exclusivamente a preservação do direito da criança e do adolescente. (...). Se a internação compulsória em hospital está sendo chamada de medida protetiva e se é inerente às medidas protetivas o caráter da não compulsoriedade, o mínimo que se espera é que se pergunte ao jovem se é de sua conveniência ser submetido a tal medida. Nem se argumente, ainda, que a medida de proteção pode ser aplicada até os vinte e um anos. O art. 2, parágrafo único, do ECA é enfático: a legislação se aplica a pessoas entre 18 e 21 apenas nos casos expressos em lei. Não há no art. 98 nem no art. 101 do Estatuto qualquer menção expressa quanto à possibilidade da aplicação de medidas de proteção para pessoas com mais de 18 anos”.

(Defensoria Pública, caso ACL, 2008, grifos nossos)

“Em suma, JOA não tem distúrbio ou doença mental. Praticou ato grave, como qualquer cidadão são pode fazê-lo. Foi responsabilizado da forma mais gravosa prevista no ordenamento jurídico. Inúmeros profissionais enunciaram que ele pode receber progressão. Os que o dizem doente, equivocam-se. Os que o dizem doente e perigoso, equivocam-se mais ainda. Os que dizem doente, perigoso e merecedor de internação psiquiátrica equivocam-se muito mais do ponto de vista fático, médico, ético e legal. **No entanto, o que mais choca a defesa, bem como o interditando, é o fato de que nunca se perguntou ao jovem se ele se negava a submeter-se a tratamento psiquiátrico, caso fosse necessário. E ainda o pior: ele concordaria!!! Então, pergunta-se: por que falamos de internação compulsória se o próprio „paciente” não se nega a tal trat am ent o, se const at ado definitivamente o**

distúrbio que ora se discute? Ao contrário, nunca se tentou qualquer tratamento. Já com vinte e um anos, o jovem, mantido em unidade da FEBEM, foi levado a atendimento psicoterápico, enquanto aguardava nova decisão desse MM. Juízo e de que forma ele se comportou? Da maneira mais adequada possível: ele concordou em frequentar a psicoterapia e se saiu muito bem nas sessões. Diante disso, não há qualquer motivação para que seja decretada a internação compulsória de JOA. Ele não se nega a submeter-se a tratamento médico, se necessário, **não havendo motivos a justificar a determinação judicial de internação compulsória, a não ser que, na realidade, o que se pretende é a imposição de medida de segurança e não o bem-estar daquele que sofre de doença ou distúrbio mental”.**

(Defensoria Pública, caso JOA, 2008)

Por um lado, a Defensoria apóia-se em Méndez para situar o uso compulsório da medida protetiva como estratégia de repressão e punição com revivência do Código de Menores (1927/79)⁶⁸.

⁶⁸ No Brasil, os primeiros marcos legais (Código de menores de 1927) reguladores do campo da infância e adolescência atuavam em uma perspectiva de punição pela sua condição de pobreza e recolhimento das crianças e adolescentes empobrecidas que fica clara nos artigos: Art. 68. O menor de 14 anos, indigitado autor ou cúmplice de fato qualificado crime ou contravenção, não será submetido a processo penal de espécie alguma; a autoridade competente tomará somente as informações precisas, registrando-as, sobre o fato punível e seus agentes, o estado físico, mental e moral do menor, e a situação social, moral e econômica dos pais ou tutor ou pessoa em cujo guarda vivia. § 2º Se o menor não for abandonado, nem pervertido, nem estiver em perigo de o ser, nem precisar de tratamento especial, a autoridade o recolherá a uma escola de reforma, pelo prazo de um a cinco anos. § 3 Se o menor for abandonado, pervertido ou estiver em perigo de o ser, a autoridade o internará em uma escola de reforma, por todo tempo necessário à sua educação, que poderá ser de três anos, no mínimo, e de sete anos, no máximo; Art. 69. O menor indigitado autor ou cúmplice de fato qualificado crime ou contravenção, que contar mais de 14 anos e menos de 18, será submetido a processo especial, tomando, ao mesmo tempo, a autoridade competente as precisas informações, a respeito do estado físico, mental e moral dele e da situação social, moral e econômica dos pais, tutor ou pessoa incumbida de sua guarda. § 2º Se o menor for abandonado, pervertido ou estiver em perigo de o ser, a autoridade o internará em uma escola de reforma, por todo o tempo necessário à sua educação, que poderá ser de três anos, no mínimo, e de sete anos, no máximo; Art. 71. Se for imputado crime, considerado grave pelas circunstâncias do fato e condições pessoais do agente, a um menor que contar mais de 16 e menos de 18 anos de idade ao tempo da perpetração, e ficar provado que se trata de indivíduo perigoso pelo seu estado de perversão moral, o juiz lhe aplicará o Art. 65 do Código Penal, e o remeterá a um estabelecimento para condenados de menoridade, ou, em falta deste, a uma prisão comum com separação dos condenados adultos, onde permanecerá até que se verifique sua regeneração, sem que, todavia, a duração da pena possa exceder o seu máximo legal; do Código em que, caso o ‘menor’ for considerado abandonado, este poderá ser recolhido mesmo em caso de absolvição, como decorre no artigo 73. Em caso de absolvição, o juiz ou tribunal pode: entregar o menor aos pais ou tutor ou pessoa encarregada da sua guarda, sem condições; entregá-lo sob condições, como a submissão ao patronato, a aprendizagem de um ofício ou uma arte, a abstenção de bebidas alcoólicas, a frequência de uma escola, a garantia de bom comportamento, sob pena de suspensão ou perda do pátrio poder ou destituição da tutela; entregá-lo a pessoa idônea ou instituto de educação; sujeitá-lo a liberdade vigiada. Como medidas aplicadas pela autoridade judiciária ao adolescente transgressor da lei, no Código de 1927 têm-se no Art. 14: I- advertência; II- entrega aos pais ou responsável, ou a pessoa idônea, mediante termo de responsabilidade; III- colocação em lar substituto; IV- imposição do regime de liberdade assistida; V- colocação em casa de semiliberdade; VI- internação em estabelecimento educacional, ocupacional, psicopedagógico, hospitalar, psiquiátrico ou outro adequado. Após o Código de Menores de 1927, foram realizadas várias tentativas de modernizá-lo. Em 1959, elabora-se a Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959) - Art. 2º Para os efeitos deste Código, considera-se em situação irregular o menor: I- privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, ainda que eventualmente, em razão de: a) falta, ação ou omissão dos pais ou responsável; b) manifesta impossibilidade dos pais ou responsável para provê-las; II- vítima de maus tratos ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsável; III- em perigo moral,

“A medida protetiva do inciso V fala em requisição de tratamento de médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial. Ora, **requisitar o serviço é algo absolutamente distinto de internar compulsoriamente** alguém. A requisição é feita ao administrador, e a ele vincula. Não vincula, é obvio, o favorecido pela requisição. Depois porque converte medida que a lei institui para garantir direitos ameaçados de crianças e adolescentes em instrumento de suposta **defesa da sociedade. Converte medida de assistência em medida policial.** É, aqui, a reinauguração da política nacional do bem-estar do menor de triste memória, marcada pela absurda confusão, infelizmente ainda hoje não devidamente assimilada, entre **proteção e repressão.** Consiste, a propósito, num atentado ao bom senso, à racionalidade e à dignidade do adolescente e da Justiça, anunciar que se vai romper alegar a legalidade, mantendo-o na FEBEM por mais de três anos, em seu próprio benefício, a título de proteção. Isto é intolerável e inaceitável. E mostra arrematada do ‘retributivismo hipócrita’, denunciado por Emilio Garcia Mendez em relação à doutrina da proteção. Ou seja, diz-se que se quer deixar o jovem mais tempo para protegê-lo quando na verdade quer-se puni-lo por mais tempo. Aliás, o próprio Emilio também nos lembra, em fase lapidar que **„as menores atrocidades contra a criança foram praticadas, ao longo da história, muito mais em nome de sua proteção do que em nome da repressão propriamente dita“**. (...) Nenhum estudioso sustenta que proteção integral corresponde a algo minimamente parecido com o malfadado ‘superior interesse do menor’. Pensar-se assim é negar a mudança de paradigma trazida pelo ECA e reviver, nele próprio, o grande ‘cavalo de tróia do menorismo’ agora rebatizado de ‘proteção integral’. Se se quiser pedir a permanência do jovem na FEBEM que, vá lá, peça-se. Mas que não se faça isto sob pretexto de protegê-lo. É hipocrisia demais”. (Defensoria Pública, caso ACAR, 2006, grifos nossos).

devido a: a) encontrar-se, de modo habitual, em ambiente contrário aos bons costumes; b) exploração em atividade contrária aos bons costumes; IV- privado de representação ou assistência legal, pela falta eventual dos pais ou responsável; V- Com desvio de conduta, em virtude de grave inadaptação familiar ou comunitária; VI- autor de infração penal - aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, corroborando para reformas de garantia e respeito aos direitos da criança. Entretanto, o cenário político da época não permitiu a revisão legislativa. Nos anos sessenta prevalece a lógica de medidas repressivas com o estabelecimento da Política de Segurança Nacional, no contexto de governo autoritário. Isto significava que, a qualquer manifestação contrária ao discurso dominante, esta era banida e eliminada. Os militares detinham o controle sobre a sociedade e as organizações populares, levando a uma circunstância de inflexão política. Nos anos 70, o debate reascende, mas prevalece a Doutrina da Situação Irregular no Código de Menores de 1979 (1989)- Art 1º Este Código dispõe sobre assistência, proteção e vigilância a menores: I - até dezoito anos de idade, que se encontrem em situação irregular; II - entre dezoito e vinte e um anos, nos casos expressos em lei. Parágrafo único - As medidas de caráter preventivo aplicam-se a todo menor de dezoito anos, independentemente de sua situação. É instituída e as denúncias, ações e manifestações populares em favor da criança ganham visibilidade, gerando mudanças significativas nas legislações, mediante o caráter tutelar da legislação e a idéia de criminalização da pobreza. Em 1979, a Lei nº 6.697/79 - Este é um processo gradual de liberação do controle exercido pelo Estado, como ressalta Faleiros (1995). O Brasil vivia ante uma crise econômica que ecoava a miséria, a barbárie, o trabalho infantil, a repetência escolar, que foram confrontadas por uma mobilização de parte da sociedade e de parte do Estado. Contudo, sabe-se que perdura o dualismo da violência com a defesa dos direitos humanos. Nesse contexto, concebe-se no Brasil a Carta Constitucional de 1988 (Art. 227) somada à defesa dos direitos humanos, culminando na revogação do Código de Menores de 1979, que teve curta vigência, com a promulgação da Lei nº. 8.069, que o instituiu. Seus pressupostos são baseados na Convenção da ONU sobre os direitos da criança de 1989 (1998), o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA no ano de 1990.

Por outro lado, o Juizado do DEIJ reafirma a medida protetiva como possibilidade da determinação de internação compulsória quando fundamentada em laudo circunstanciado e com finalidade de assegurar processo socializador ao jovem [Contra-Argumento IV]:

“ **a Lei 10216/01**, que dispõe sobre a **proteção e os direitos** das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, prevê a possibilidade de **internação por ordem judicial** para tratamento, quando outros **recursos se mostrem insuficientes** e haja laudo médico que caracterize seus motivos, conforme estabelecem os artigos 4, 6 e 9 do referido diploma. Preenchidos tais requisitos no presente caso, a contenção se mostra viável e perfeitamente admitida. Observo que, enquanto a medida protetiva de atendimento especializado à problemática de saúde mental, ficará suspensa em curso, cujo termo final não foi alcançado. Ressalto **que o princípio da proteção integral, previsto pelo ECA, e as necessidades pedagógicas do caso devem sempre preponderar sobre a liberdade inconseqüente e temerária, a qual, em hipótese alguma, é mais relevante do que o direito do infrator à intervenção estatal adequada para assegurar o desenvolvimento de todas as potencialidades da pessoa sujeita a esse diploma legal e a socialização efetiva, nem tampouco supera o direito da coletividade à proteção do Estado contra as condutas de indivíduos despreparados para o convívio social.** Acrescento que os louváveis objetivos do Estatuto da criança e do Adolescente apenas serão atingidos se houver uma interpretação que privilegie de fato a pessoa em desenvolvimento e confira a extensão e alcance coerentes com as diretrizes que inspiraram tal diploma legal, viabilizando a medida socioeducativa ou protetiva mais adequada às necessidades pedagógicas e às perspectivas de recuperação aferidas após análise da situação pessoal e familiar do infrator”.

(Juiz DEIJ, caso ACL, 2009, grifos nossos)

“Não se trata aqui de privar o infrator da liberdade, por meio de expediente jurídico pouco ortodoxo, como sustentado pela procuradoria de assistência judiciária, mas de **assegurar a ele o direito a um processo socializador adequado e suficiente para superação dos fatores que o colocaram em conflito com a lei.** Observo, ainda, que a substituição da medida socioeducativa por protetiva encontra respaldo nos artigos 99, 100 e 113, todos da Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), estando o Juízo da Execução autorizado a adotar aquela que se revelar mais adequada para efetiva ressocialização, sem que tal providência configure ofensa à coisa julgada, por estar a matéria sujeita à cláusula *rebus sic stantibus*”.

(Juiz DEIJ, caso ACAR, 2006, grifos nossos)

A **terceira ação** opera o internamento compulsório do jovem autor de ato infracional por meio da antecipação de tutela aplicado pela Justiça Cível. Nesse novo momento, a gestão jurídica do internamento dos jovens com selo TPAS passa por determinações de duas esferas jurídicas, a Justiça Juvenil e a Cível.

O primeiro passo da terceira tática foi dado pelo **MP do DEIJ que acionou o MP da cidade de origem** de cada um dos jovens internos da UES (nos quatros processos de interdição civil que tivemos autorização para realizar a pesquisa, o MP da

Justiça Juvenil assinou conjuntamente com o MP da Justiça Cível o requerimento da interdição civil).

O segundo passo foi o requerimento da interdição civil cumulada com internação psiquiátrica compulsória fundamentado no histórico processual da Justiça Juvenil, mas solicitando intervenção jurídica de **antecipação de tutela** no âmbito da Justiça Cível.

Em quatro dos sete casos analisados, os quais já estavam internados na UES por determinação do DEIJ, notamos que o fluxo apenas produziu uma alteração na regulação do internamento, que passou para a regulação da Justiça Cível. Transferiu-se da Vara da Infância e Juventude/DEIJ para a Vara Cível da cidade de origem do jovem. Em três casos, o internamento na UES ocorreu sob determinação da Justiça Cível.

A Defensoria Pública tensiona: argumentos e contra-argumentos (continuidade)

O uso dos dados do âmbito socioeducativo para subsidiar ações de interdição civil é questionado pela Defensoria Pública no processo da interdição civil e, inclusive, no processo da medida socioeducativa em andamento no DEIJ. A Defensoria repontua que se opera a tática da medida de segurança. Nesse casos de uso do instituto de interdição civil, a Justiça Cível, em articulação com a Justiça Juvenil, não estaria analisando as demandas do seu âmbito jurídico [Argumento V].

“Além disso, o que se percebe, já que **JOA tampouco possui bens a gerir, é que, na realidade, sob o manto da interdição esconde-se o pleito real de tentar-se aplicar ao jovem pura medida de segurança [...].** É absurdo, de outro lado, valer-se da ação de interdição com o propósito **de tutelar a segurança pública** que é o valor, único valor, a inspirar a contenção do jovem. A curatela e a interdição são institutos típicos do direito privado e, aliás, com caráter manifestamente patrimonialista. **A tutela da segurança pública se faz por via de outros institutos, necessariamente de caráter penal, sujeitos a outros princípios, entre os quais, inclusive, o da legalidade estrita**”. (Defensoria Pública, caso JOA, 2008, grifos nossos)

O Juizado do DEIJ posiciona-se a favor da possibilidade de articulação entre as duas justiças, juvenil e cível, visto que o jovem continuaria em atendimento apoiado em novas avaliações psiquiátricas durante o internamento no âmbito cível [1º Contra-Argumento V]. O processo de interdição civil seria possível à medida que a decisão e o acompanhamento envolveriam questões atuais, mas compartilha que já no processo socioeducativo localiza „dados suficientes” para a proposta de interdição civil, e ressalta que em novo trâmite, o do âmbito cível, o possível interditando vivenciaria nova prova técnica, subsídio para as novas decisões.

“há nos autos dados suficientes para propositura de ação de interdição, destinada a respaldar integralmente portador de gravíssimo distúrbio de saúde mental detectado por exame pericial realizado pelo IMESC, sendo certo que **no curso da referida demanda realizar-se-á outra prova técnica para aferição da capacidade civil e do tratamento cabível, de acordo com a situação atual do jovem**”.

(Juiz DEIJ, caso ACL, 25/08/08, grifos nossos)

Constatamos que, dos quatros processos estudados, apenas no do caso ACL o Juiz Cível decidiu analisar o caso com perícias recentes do adolescente. Já corroborando o argumento do Juizado do DEIJ, o Juiz Cível do caso ACAR analisou que a representação do MP cível estava circunscrita ao enquadre de um processo cível sem ativar questões processuais penais [2º Contra-Argumento V] e não dava ensejo a uma continuidade jurídica do processo da adolescência, pois a questão em análise era a situação psíquica atual do jovem-adulto e suas condições de reger sua vida.

“[...] nesta ação **não constitui o pedido do Ministério Público a conversão da medida socioeducativa internação em medida de segurança, outrossim, pedido de interdição civil com conseqüentes limitações na administração da própria vida.** Como causa de pedir o Ministério Público aponta a anomalia psíquica que foi apurada no curso do cumprimento de medida socioeducativa de internação em razão da prática de ato infracional, tendo ele, nos termos do artigo 1.178, incisos I e II, do Código de Processo Civil, legitimidade para ajuizar a ação. O ato infracional praticado pelo interditando foi a razão pela qual ele foi inicialmente custodiado e submetido a exames médicos que constatarem elementos de anomalia psíquica. **O ato infracional praticado pelo jovem, por si só, não é a causa de pedir da interdição, mas as condições biopsicológicas do interditando para reger sua vida.** Desse modo, o Ministério Público é parte legítima, o pedido e causa de pedir são juridicamente possíveis; estão presentes todas as condições da ação”

(Juiz Cível, Caso ACAR, 2007, grifos nossos).

A análise do TJ/SP (alinhado com a maioria dos juízes cíveis e do DEIJ) no HC impetrado para *liberar pessoa considerada como portadora de transtorno mental da internação compulsória* (prevista no artigo 9º da Lei 10216/2001), caso JOA, concluiu que a transmissão dos processos do âmbito da infância e juventude para o Cível não envolveu abuso ou arbítrio da prática judicial [3º Contra-Argumento V]:

“O artigo 9º da Lei 10216/01, autoriza **a internação compulsória, o que legaliza a atuação do JUIZ de Direito que lavrou a medida e não existe prova de ter ocorrido abuso ou arbítrio nessa decisão.** Pretende-se, no campo restrito do **habeas corpus, discutir a ineficácia da providência, como se não existisse regimento estatutário para que se lavre a internação de adolescentes com transtornos de personalidade e que desenvolvem o instinto de violência impossível de ser controlado pelos sistemas convencionais impostos para as pessoas normais, mormente quando se constata que a transição para a maioridade não modificou a essência do ser humano desajustado e desorientado.** Prematura a discussão e realmente importuna, respeitado o projeto de se por na rua o Jovem que gravou em seu histórico três homicídios, sendo que os dois últimos ocorrem em menos de um mês [...] Vale dizer que não existe prova cabal de desrespeito da legislação [artigo 9º] devido a não ter sido confirmado que as condições do internato compulsório sejam degradantes ou de alguma forma contrárias ao sentido do artigo 1º, III, da Constituição Federal. **O que se concede ao Cidadão considerado portador de transtorno mental é aquilo que o Estado pode, razoavelmente, oferecer para salvaguardar sua segurança e saúde**”. (TJ/SP em HC, caso JOA, 2008, grifos nossos)

Fica claro que as argumentações jurídicas divergem sobre a análise da normativa da possibilidade da continuidade de internamento pelos diferentes operadores do Direito aqui elencados.

A **quarta ação de gestão jurídica da criminalidade juvenil** se dá somente após a determinação da antecipação de tutela, com a **saída da Justiça Juvenil da cena jurídica** desse internamento e com a **extinção do processo da medida socioeducativa**.

A Justiça Juvenil somente finalizava sua gestão após a transferência da sua tutela jurídica do jovem para a da Justiça Cível.

Notamos que a Defensoria Pública solicitava o arquivamento do processo socioeducativo, fundamentando que o jovem estava com a medida socioeducativa suspensa e em internamento fora do âmbito socioeducativo, mas o trâmite socioeducativo perdurava.

Como pontuado nas caixas sinópticas do capítulo 2, a maioria dos jovens foi transferida para a UES após o tempo limite de internamento posto no ECA, o de três anos. O limite de 21 anos de idade parecia ser mais restritivo na gestão jurídica de controle do indivíduo diagnosticado com TPAS, pois o jovem aos 21 anos está fora da jurisdição da justiça juvenil (ECA, 1990).

Rastreamos o mecanismo de intervenção no limite dos 21 anos desde o primeiro internamento na Unidade.

O jovem ACAR sofreu interdição civil no final de 2006, aproximadamente um ano antes dos seus 21 anos, mas a gestão do DEIJ somente via a medida protetiva, desde 26/10/06, que só foi finalizada dois dias antes dos seus 21 anos, com a extinção do processo socioeducativo, em 07/12/07. ACAR já era tutelado pela Justiça Cível com determinação de internação psiquiátrica compulsória, desde 07/11/06, mas permaneceu internado na FEBEM ainda por um ano após a interdição civil. Permaneceu até maio de 2007 em unidade de internação da FEBEM, quando foi transferido ainda dentro do fluxo FEBEM para a UES/FEBEM por determinação do DEIJ. A UES/FEBEM transforma-se em UES/SES em 03/12/07 e em 07/12/07 o DEIJ sai de cena e mantém-se o internamento via Juizado Cível.

O segundo jovem internado na UES sofreu interdição civil em 09/10/07, exatamente no dia do seu aniversário de 21 anos, mesmo dia em que finalizou a gestão do DEIJ com a extinção do processo socioeducativo:

“Recente laudo do IMESC aos autos encartados dá conta da periculosidade do requerido e esclarece seus distúrbios mentais. **Entendo presentes os requisitos do artigo 273, do CPC, em especial a verossimilhança dos fatos narrados e o "periculum in mora". Defiro, portanto, a internação compulsória** do requerido. como requerido pelo autor. Nomeio Curadora Provisória do requerido sua genitora”.

(caso JOA, Despacho da antecipação de tutela, Juiz Cível, 09/10/07, grifo nosso)

“Nesta data cessa competência deste juízo **em razão do jovem ter completado 21 anos. Noticie o MP ajuizamento de ação de interdição no Juízo do interior. Por este Juízo libere-se o jovem se no outro recesso** não houver determinação para apreensão”.
(caso JOA, processo socioeducativo, Juiz DEIJ, 09/10/07, grifo nosso)

Diferentemente de ACAR, JOA não era mais gerido pelo DEIJ quando foi transferido pela própria FEBEM para a UES/FEBEM em 28/11/07, pois seu processo já estava extinto. Ele foi encaminhado para a UES, segundo a FEBEM, devido “reformas prediais” (Diretor de UI/FEBEM, 28/11/07). Neste momento, sua única regulação jurídica nessa transferência era a do âmbito cível, com decisão de antecipação de tutela cumulada com internação psiquiátrica compulsória, que buscava, desde 09/10/07, despachar sobre o local adequado para o cumprimento da internação (até 08/01/09).

Além dos dois primeiros casos da UES, o crivo dos 21 anos atingiu um terceiro jovem. Nesse caso, o defensor do jovem solicita a extinção do processo socioeducativo no final de 2008, a qual só foi efetivada com a decisão de antecipação de tutela na Ação Cível alcançada em 04/05/10, aniversário de 21 anos de ACL.

“Observo que o MP propôs ação de Interdição em face de ACL, comprovando a sua falta de capacidade para cumprir qualquer medida socioeducativa. Diante disso, requiro a extinção da medida de internação, bem observância ao art. 112, § 1 do ECA”.
(Defensoria Pública, caso ACL, 14/11/08)

Também nesse caso do jovem ACL, o magistrado do DEIJ não concedeu a extinção do processo até que fosse confirmada processualmente a antecipação de tutela pelo Juizado Cível. O Juiz do DEIJ comunica-se, como está assinalado a seguir, com o Juiz Cível e solicita informações do caso no âmbito cível. Informa ainda o limite de seu gerenciamento: a data limite de 21 anos de idade.

“Tendo em vista que a execução da medida socioeducativa se encontra suspensa desde 18/01/08, quando o jovem foi inserido em medida protetiva de atendimento especializado para distúrbio de saúde mental e, apesar de proposta ação de interdição pelo MP em 29/09/08, até agora **não houve nenhuma notícia sobre decisão liminar ou definitiva** a respeito desse pedido, determino nova expedição de ofício ao Juízo do interior, instruído com cópias de 246/52, 281/5, 331/6, 361/9, 373/8, a fim de solicitar mais uma vez esclarecimento a respeito de eventual decreto de interdição e **informar que, em 10/05/10, o infrator, ao completar 21 anos de idade** deixará, por força do artigo 2 do ECA de se sujeitar à Jurisdição da Infância e Juventude e, conseqüentemente não poderá ser mantida a ordem dela emanada para o tratamento psiquiátrico sob contenção a cargo da SES” (Juiz DEIJ ao Juiz Cível, caso ACL, 18/11/09).

Diferentemente do que ocorreu nos outros casos, a antecipação de tutela não foi concedida pelo Juiz Cível, pois o magistrado considerou necessário acessar informações

atuais do caso para decidir no âmbito do enquadre do processo instaurado, o cível:

“Relego a apreciação da tutela antecipada para depois do interrogatório do interditando e da perícia médica. [...] Conste da precatória que, após o interrogatório, ocasião em que o juízo deprecado o interrogará minuciosamente acerca da sua vida, negócios, bens e do que mais lhe parecer necessário para ajuizar do seu estado mental, mormente sobre o estado mental dele, os fatos aduzidos na petição inicial e, se possível, externando suas impressões sobre o estado mental dele, o interditando poderá impugnar o pedido e constituir advogado. [...] Após a perícia médica, será analisada a necessidade de avaliação do NUFOR. Ciência ao MP local e para MP DEIJ com o andamento da interdição”.

(caso ACL, Despacho Juiz Cível, 20/11/09, grifos nossos)

Devido a esse desvio do trâmite do internamento – o juiz não analisou o caso, pois a representação do MP só continha dados do processo da justiça juvenil com dados sobre o ato infracional e análise psi desse contexto, o MP interpôs “agravo de instrumento” perante o TJ/SP para tutelar o jovem antes que completasse 21 anos de idade. O TJ/SP decidiu pela antecipação de tutela de ACL em 04/05/10, seis dias antes de finalizar a gestão de contenção da justiça juvenil devido ao aniversário de 21 anos de idade.

“Trata-se de Agravo de Instrumento interposto pelo MP da Vara de Infância e Juventude do interior contra r. decisão do MM Juiz que indeferiu o pedido de internação compulsória de ACL. Requer seja mantida a internação do agravado na UES ou em outra entidade que se afigure adequada até decisão final na ação de interdição. Ao que tudo indica a situação é excepcional de caso de patologia psiquiátrica em que o jovem adulto necessita, ainda, de aplicação da doutrina de proteção integral e também visando questão de segurança da sociedade. Conclusos: É de se aplicar a antecipação de tutela até que seja juntado o laudo pericial dando conta da real situação do jovem adulto. Assim, defiro a antecipação de tutela até a juntada do laudo. Intime-se o agravado para contra-razões. Após cumprido o que dispõe o art 527, inciso V, do CPC, vista à Procuradora Geral de Justiça”.

(caso ACL, Agravo de Instrumento no TJ/SP - Relator Desembargador, 04/05/10, grifos nossos)

As quatro táticas jurídicas executadas nessa gestão da criminalidade juvenil de SP conformaram um fluxo de internamento compulsório e indeterminado na UES. Esse fluxo se valeu de determinações dos Magistrados da Justiça Juvenil, da Cível e de Desembargadores do Tribunal de Justiça, propostas por Promotores de Justiça da Justiça Juvenil e da Cível, e, questionadas por Defensores Públicos, com argumentos subsidiados em posicionamentos de atores psi e atores jurídicos. Todos esses atores produziram contraposicionamentos jurídicos interpostos também por discursos psi e jurídicos que desembocaram na gestão de contenção do TPAS.

3.3 Os atores extra-jurídicos etiquetam: os *juízes paralelos*

Como vimos, o tensionamento é tomado por posições e contraposições que participaram do processo de construção das táticas jurídicas do CONTINNUM INTERNAMENTO. Interessa-nos mostrar como o encontro fronteiro do campo do saber psi com o saber jurídico possibilitou a criação e a ação de linhas de forças de saberes e fazeres que forjam a UES. Parece que as alianças psi-jurídicas conformam fronteiras tênues e produzem ora encontros, ora desencontros entre si. Ora o saber psi conforma com certo argumento jurídico e o fundamenta, ora coaduna com o contra-argumento.

Cabe-nos problematizar como esses dois saberes se encontram, nas concordâncias e nas discordâncias, e produzem efeitos decisivos de *governos da vida*⁶⁹ dos jovens autores de atos infracionais.

O caso ACAR

O CONTINNUM INTERNAMENTO como *governo da vida* dos jovens autores de ato infracional era disparado ainda no curso da regulação do ECA por atores do governo de SP (SJDC e SES). Acompanhemos isso no caso do jovem ACAR.

“a posição do Governo do Estado de SP, expressa por intermédio desta SJDC, é no sentido de que o jovem referido deve ser internado na Casa da Custódia de Taubaté, hospital que garante o seu atendimento em condições de segurança”.

(caso ACAR, Presidência FEBEM, 03/05/07)

Nesse ofício, a SJDC/FEBEM propõe ao DEIJ interdição civil de ACAR com internamento e contenção por prazo indeterminado:

“Trata-se de hospital de custódia e tratamento e que tem todas as condições de dar tratamento psiquiátrico individualizado ao jovem em questão, mantidas as condições de segurança. **Tal medida encontra precedente no caso do criminoso Francisco Costa Rocha, conhecido como „Chico Picadinho”, que se encontra internado naquele hospital de custódia, igualmente em virtude de medida de caráter civil**”.

(caso ACAR, SJDC, 03/05/07, grifos nossos)

Ainda, a SJDC sugere, com apoio da SES, uma analogia entre o caso Chico

⁶⁹ Conceberemos as políticas de governo da vida a partir da leitura de Foucault (2007) das relações biopolíticas fabricadas para governo do ser vivente em sua vida biológica, essencialmente política. O autor afirma que: “O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política” (p. 80).

Picadinho⁷⁰ e o caso UES:

“Não há qualquer diferença de essência entre medida imposta ao jovem e aquela imposta ao Chico Picadinho, sendo irrelevante o fato de uma decorrer de crimes praticados em situação de inimputabilidade e outra em situação de imputabilidade. O que importa é que ambos os autores de crimes são imputáveis e que necessitam de uma medida protetiva de caráter civil que lhes garanta o tratamento médico de um lado e a segurança da sociedade de outra. É fato conhecido também que atualmente os hospitais psiquiátricos comuns não dispõem de estrutura física de contenção necessária para impedir a fuga de pessoas perigosas como as referidas, sendo que lei antimanicomial decretou o fim dos estabelecimentos psiquiátricos fechados.

[...]

Ouvido o SES, o mesmo concorda plenamente com a adequação da internação do jovem em Hospital de Custódia e Tratamento pois ‘o mencionado trata-se de pessoa maior de idade, com importantes problemas de ordem psiquiátrica, o que requer a necessidade de tratamento especializado em ambiente fechado’. Sua Excelência complementa dizendo que o ‘nosso entendimento é que as citadas instituições dispõem de condições adequadas para o efetivo cumprimento do tratamento que deve ser submetido, em condições de segurança’”.

(caso ACAR, SJDC, 03/05/07, grifos nossos)

A analogia proposta foi executada como política de saúde e criminal com ações de defesa da sociedade e garantia de tratamento que produziram o isolamento contínuo do jovem, ainda sob medida protetiva, regulado pelo sistema de justiça juvenil (ECA, 1990). Somente em 07/11/06, ACAR sofreu antecipação de tutela; e em 28/11/07, a interdição civil (mesma data da transferência do terreno utilizado pela FEBEM para a SES).

A interdição civil cumulada com internação psiquiátrica compulsória aplicada ao “Chico Picadinho” funcionaria analogamente à “medida de segurança”, já que seria internado com prazo indeterminado e sua desinternação é atrelada a um laudo circunstanciado que comprovaria a cessação da sua “periculosidade”, como sugeriu a Defensoria Pública (Grupo Interinstitucional, 2007).

O sistema da saúde (SES) em parceria com o sistema socioeducativo (SJDC/FEBEM) aparelha-se ao sistema de justiça juvenil e emerge propondo solução penal ao *sujeito perigoso*. Nota-se nessa atuação das Secretarias do Governo de SP, como problematizou Foucault (2002a), a figura de *juízes paralelos*. Essa figura põe em cena que, desde o final do século XVIII e início do XX, os juízes passaram a julgar além

⁷⁰ No caso citado pela SJDC, o de *Chico Picadinho*, em 2002 (caso emblemático que serviu como referência do Executivo e do Judiciário para atuar no caso do jovem de ACAR), época da decisão de sua interdição civil, o defensor alegou (como no caso tipo UES em que o adolescente já havia cumprido o tempo máximo de 3 anos) o uso ilegal da privação perpétua de liberdade, pois seu cliente já havia cumprido os 30 anos limites de aprisionamento no Brasil.

do crime na articulação com *juízes paralelos*. A pena passou a ser construída por atores extra-jurídicos e, na justiça criminal moderna, a finalidade do juiz não era mais meramente a daquele que pune.

“Pequenas justiças e **juízes paralelos** se multiplicaram em torno do julgamento principal: peritos psiquiátricos ou psicológicos, magistrados da aplicação das penas, educadores, funcionários da administração penitenciária fracionam o poder legal de punir (...) se eles podem pôr um termo à sua tutela penal, são sem dúvida mecanismos de punição legal que lhe são colocados entre as mãos e deixados à sua apreciação; **juízes anexos**, mas juízes de todo modo” (Foucault, 2002a, p. 22, grifos nossos).

O advogado de defesa do caso Chico Picadinho se vale do conceito de *juízes paralelos* (Foucault, 2002a) para analisar a aliança psi-jurídica de oferta de tratamento de saúde em lógica coercitiva-punitiva:

“Por incrível que pareça – e não é incrível, por estar acontecendo - a atual situação em que lançaram o requerente (MP), para além de não estar a protegê-lo, está, em autêntica inversão à imagem e ao sentido que o processo interditório dedica à pessoa do interditando, está a prejudicá-lo asperamente, posto o desmedido encarceramento a que o submetem. [...] Para que a lei, nas hipóteses de internação compulsória, forre-se de eficácia e efetividade, deve ter-se em conta que a compulsoriedade ali inscrita compõe-se de duas mãos entrelaçadas: **não somente significa que o paciente não pode furtar-se à internação, ou seja, está obrigado a ser, mesmo contra sua vontade, internado (= é forçado a ser internado), como também significa que todo e qualquer hospital psiquiátrico da rede pública – à evidente exceção de estabelecimentos de saúde mental destinados a transtornos mentais específicos – não pode furtar-se à internação, ou seja, está obrigado a receber o paciente para internamento (= é forçado a interná-lo)**, porque, além de ser ‘responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, [...] a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental’ (Lei 10216/201 - art. 3º) e além de uma determinação judicial, em princípio, não pode ser descumprida nem discutida, além de tudo isso, ter-se-á o **contra-senso de a compulsoriedade escapar do comando judicial, para ficar sob o controle da psiquiatria ou da administração hospitalar** – que se tornarão, para usar a arguta expressão de MLBS Foucault, **verdadeiros „juízes paralelos“** da internação [...]”.

(Advogado de Defesa, Caso Chico Picadinho, Processo 648/98 da 2ª Vara Cível da Comarca de Taubaté, 23/07/02, grifos nossos).

Corroborando a linha coercitiva punitiva de controle e de contenção do perigo social, os profissionais do IML, nos PROCESSOS-PRONTUÁRIOS, argumentaram que pela inferência do prognóstico criminal, por meio de critérios estatísticos, ACAR voltaria a “delinqüir, independentemente de qualquer tratamento”.

“pelo **estudo metódico da personalidade associado às tabelas de avaliação de periculosidade** que se valem de critério estatístico (índices de periculosidade aplicado em vários países) de Schiedt, ou de Odon Ramos Maranhão é que se **pode inferir, sem pretender infalibilidade, o prognóstico criminal**”.

(caso ACAR, IML, 2006, grifos nossos)

“No caso em tela é verificável e previsível que o examinado, se colocado em liberdade, **voltará a delinquir, independentemente, de qualquer tratamento** hoje existente. Em nosso entendimento somente a **Casa de Custódia e Tratamento de Taubaté poderá preservar a sociedade**, evitando que ela seja novamente lesada”.

(caso ACAR, IML, 2007, grifos nossos)

Como *juízes anexos*, julgam que é necessária a custódia com prazo indeterminado do jovem no Hospital de Custódia e Tratamento (serviço do sistema prisional que executa a medida de segurança). Diferentemente dos juízes que atuaram no caso, esse grupo de atores psi terão como foco a custódia e não o tratamento, para assegurar a *defesa social*.

“estamos diante de portador de transtorno orgânico de personalidade que, juridicamente, configura uma perturbação da saúde mental, configurando uma **semi-imputabilidade**, onde, em princípio caberia uma **medida de segurança para assegurar a defesa social**, no caso o **Hospital de Custódia e Tratamento de Taubaté, no qual a sua custódia e, não o tratamento, é que evitará que a sociedade volte a conviver com um elemento altamente nocivo e potencialmente lesivo a ela**”.

(caso ACAR, IML, 2007, grifos nossos)

O IML defende o papel do *juiz paralelo* no campo de intervenção da criminologia: “A Criminologia não pode existir como uma ciência sem ajuda de um *psiquiatra*” (citação direta de Van Henting em parecer médico-legal do IML, 2007). E juízes oficiais e juízes extra-jurídicos compõem um saber sobre o crime. Segundo Rauter (2003), essa criminologia, de que se vale o IML, como saber da constituição do criminoso como *anormal*, com seu discurso de adequação do indivíduo criminoso, concebido como “mau moral”, demorou a repercutir entre os juristas brasileiros pautados pelo discurso liberal. Ela somente foi incorporada quando o discurso da “humanização da pena” tangenciou o saber jurídico, e, assim, tivemos a apropriação das descobertas científicas nos equipamentos penais: “A prisão se dá em nome da cura e em benefício do preso” (p. 40). O saber psi-jurídico se imbrica e o médico pode tratar a “doença do crime” como uma estratégia terapêutica. A máquina prisão também passa à função-cura.

Com a mudança, novos discursos de recuperação e cura dos presos circulam pelos saberes psi, mas, de acordo com Rauter (2003), na prática a violência nas prisões continua, mas até o ato violento no âmbito do cárcere também será cooptado pelos saberes psi-jurídicos como nova vocação curativa. Com o avanço da medicalização da sociedade brasileira, tomado por práticas psi que auxiliavam o Poder Judiciário e seus fazeres, o poder psiquiátrico ganhou espaço junto ao Estado e desenvolveu novas

técnicas de controle social.

No Código de 1890, os juristas haviam resistido às proposições do saber psi quando questionavam a pretensão da ciência psi que parecia querer des-responsabilizar o criminoso, já que propunha intervenções fora do âmbito penal e com técnicas de tratamento que aparentavam não punir o indivíduo criminoso. Mas, devido à imbricação psi-jurídica na aplicação da pena e/ou do tratamento, pôde-se construir o Manicômio Judiciário no Brasil. Com esse último acordo, o poder psiquiátrico ficou com a gestão sobre o criminoso *anormal*.

Mas o conceito da periculosidade auxiliará no equilíbrio desse acordo de intervenção do *anormal* no âmbito prisional. Como nos explica Delgado (1992), a fim de enfrentar uma possível dominação da psiquiatria nas decisões penais produzindo talvez um “perigo funcional, acorda-se que o ato pericial será regulatório das práticas penais. O exame produz a avaliação primeiramente, se existe ou não “doença mental” e, em seguida oferta análise das condições psíquicas de responsabilidade do sujeito. Desse modo, no Código de 1940 o critério de periculosidade servirá para discriminar as estratégias de aplicação da pena e o dispositivo de “medida de segurança”, que pressupõe cometimento de crime e existência da periculosidade, operará a gestão da criminalidade daqueles criminosos “anormais”.

O julgamento será aferido pela personalidade do criminoso e não somente pelo delito. Apesar da noção de periculosidade não ter função de diagnose psiquiátrica, os tidos como perigosos e sob medida de segurança se transformaram em presos-“doentes mentais” perigosos.

A medida de segurança pôde ser aplicada a todos os indivíduos considerados socialmente perigosos até 1984; no entanto, após revisão do Código Penal de 1940, a Lei 7.209 de 11/07/84, passou a ser exclusivamente aplicável à pessoa acometida de “transtorno mental”.

O destino do “louco criminoso” é a medida de segurança: uma pena prolongada e arbitrária, fundamentada em um discurso de defesa social (Rauter, 2003; Mattos, 2005). Acredita-se que a psiquiatria pode prever, a partir de critérios definidos cientificamente, o nível de periculosidade e o pacto é que a justiça apenas poderia intervir quando o delito fosse cometido. Segundo Rauter (2003), temos de fato um pacto de amplificação de campos de saberes psi-jurídicos e de suas práticas:

“Representam, para o poder psiquiátrico, um instrumental para a patologização

de um número cada vez maior de atos e indivíduos; para a justiça, a possibilidade de uma solução cômoda para o crescente índice de criminalidade, permitindo a referência a causas mórbidas e mascarando a problemática política e social” (Rauter, 2003, p. 115).

O criminoso diagnosticado com transtorno de personalidade anti-social representa esse encontro do saber psi e do jurídico, pois carrega em sua previsão diagnóstica a tendência de reincidência criminal, portanto a periculosidade é “latente” e ao cometer o crime, se encaixa na estratégia da medida de segurança.

No enredo da criminologia em prol da “defesa social”, esse ator psi-jurídico, o IML, *juiz anexo* e técnico, questiona-se sobre o destino do sujeito “malvado”, fruto de injustiça social:

“Seria o caso de devolvê-lo, simplesmente, à sociedade injusta e ambiente inóspito e acreditar que ele não se envolverá mais na criminalidade?”

(IML, 2007)

“Só uma falsa filantropia pode conduzir a prodigalizar aos **malvados** uma comiseração e uma solicitude que seriam mais bem empregadas em favor de tantas vítimas honestas de nossas imperfeições sociais”

(citação de Augusto Comte do texto *Catecismo Positivista*, 1852, apud IML, 2006)

São *auxiliares da Justiça* e colocam-se à disposição e sua função é a de: “propor soluções para estes casos, no sentido de dar subsídios aos juristas para o adequado tratamento que o caso requer” (IML, 2007).

O IMESC, em dado momento, coloca em questão essa função de assistente jurídico de predição de comportamento criminal, pois na atualidade da *ciência moderna*, não há ainda conhecimento técnico de aferição do constructo jurídico de periculosidade:

“Não temos condições de fazer qualquer afirmação sobre os atos futuros de uma pessoa, baseados em questões de ordem médica e psicológicas. A suposição de que isso possa ser feito se fundamenta em hipóteses não comprovadas e, pelo contrário, até contraditas, por inúmeros trabalhos da relação entre doença mental e periculosidade. Sabedores que o objetivo de um laudo é subsidiar as autoridades jurídicas nas tomadas de decisões, muitas vezes de situações difíceis e complexas, reconhecemos que nossas ponderações não atendam tais expectativas. Deve ser levado em conta, no entanto, que estamos nos atendo aos estritos limites de nossa competência técnica, do atual estágio de conhecimentos científicos e dos preceitos éticos que regem as condutas profissionais na presente situação”.

(caso ACAR, IMESC, 2007, grifos nossos)

Mas o IMESC, responsável pela maioria dos diagnósticos emitidos no caso dos sete processos analisados, reconhece o diagnóstico TPAS e propõe intervenções, como *juízes anexos*. Assim mesmo, explica que há limites na sua atuação de perito nessa

relação com os saberes e fazeres jurídicos:

“Dos peritos e da peritagem - Admitimos a teoria de que o perito é meio de prova e auxiliar do juiz, fornecendo-lhe um meio subsidiário para a valoração de uma prova, podendo-se dizer com Carnelutti: **senta-se ao lado do juiz para examinar**. Há, portanto **paralelismo completo**, do ponto de vista intelectual, entre o que faz o perito e o que faz o juiz; e a combinação, ou a diferenciação, destes dois processos lógicos dependerá de fatores que não poderão desnaturar o processo psicológico destas duas funções processuais. **A perícia é auxiliar do JUIZ na função jurisdicional e não simplesmente auxiliar na valoração dos fatos, pois os elementos que fornecem devem auxiliar justamente essa atividade jurisdicional**”.

(caso ACAR, IMESC, 2006, grifos nosso)

O IMESC considera que a produção psi não coloca em jogo a busca por uma *verdade* dos fatos, diferentemente da função jurídica, mas que a interpretação estará fundada em uma análise do conjunto de dados objetivos e subjetivos do objeto:

“**Versão correta não é uma consideração do âmbito médico, mas jurídico. A medicina trabalha com anamnese subjetiva (do sujeito) e objetiva (do objeto) - obtidas através das fontes que não o sujeito e com hipóteses diagnósticas, nunca com versões corretas e incorretas. [...] A confusão está no tipo de leitura que é executada, pois do ponto de vista médico, é a interpretação do conjunto que importa**”.

(caso ACAR, IMESC, 2006, grifos nossos)

Vale lembrar que, desde o início da construção do PROJETO UES, em seus primeiros registros, em 2004, o IMESC registrava a importância do trabalho conjunto nos casos de “um deficiente mental que comete crime”, sabendo que essas figuras são “desafios para o sistema jurídico em termos processuais (por exemplo, capacidade de entendimento de suas ações de um julgamento) e quanto à execução (pena *versus* tratamento)”. O IMESC alerta que o campo da saúde mental é diverso e complexo:

“É forçoso lembrar que os profissionais da área de Saúde Mental tem em geral formação acadêmica e ideológica diferentes que se revelam em suas discussões e conclusões, quanto mais peritos forem ouvidos, maiores são as chances de se obter diferentes opiniões. No entanto, a colaboração dos profissionais da área de Saúde Mental para o sistema jurídico é indispensável”.

(caso ACAR, IMESC, 2004)

Em meio a esse campo de alianças e discordâncias dos saberes psi-jurídicos, o IMESC explica o uso de suas técnicas e traz à cena suas produções científicas de oferta de “melhor conhecimento” do objeto analisado:

“Os testes psicológicos, sejam os projetivos como o Rorschach, sejam as escalas de avaliação, implicam na validação que é o conjunto de operações por meio das quais se comprova que o instrumento apresenta um triplice valor: discriminação dos sujeitos testados (sensibilidade), estabilidade da medida (fidedignidade) e pertinência do objeto medido (validade). E que, observados esses critérios, **o resultado é validado, o que não quer dizer que sua resposta é uma verdade absoluta, mas um conjunto de**

elementos cuja interpretação possibilita um melhor conhecimento do sujeito investigado”.

(caso ACAR, IMESC, 2006, grifos nossos)

O IMESC entende que o saber psi não tem função jurídica, mas sim atribuições específicas do campo psi. Analisa as condições do sujeito de acordo com delimitações de um **“modelo de civilização”** e, desse modo, a sua preocupação é com a prevenção do delito. A forma é de atuação sancionatória, porém com objetivos psi:

“ponderamos que ao ato de perícia médico-legal, ordenado pelo Magistrado, não compete definir quando e se um indivíduo deverá ter alterado o sistema regimental a que esteja submetido, por determinação de mesma origem, mas sim se o examinando dispõe de condições para conviver de forma anuente com o preceituado no nosso modelo de civilização”.

(caso JOA, IMESC, 2007, grifos nossos)

“A atenção se volta para as condutas criminais analisadas com independência em relação ao conceito jurídico do delito (no caso infração), e busca sua explicação para além do sistema penal, visando à eficácia preventiva, ou seja, à eliminação do delito”.

(caso ACAR, IMESC, 2006)

O NUFOR, contrário à função de pactuação psi-jurídica nas decisões penais, alegou que sua produção técnica não decide os destinos dos jovens e não julga:

“as apreciações médico/psiquiátricas e psicológicas a respeito do indivíduo em conflito com a Lei não devem ser confundidas com julgamento sobre os atos por ele praticados, competência exclusiva do Poder Judiciário em nossa sociedade. Embora não estejamos alheios às comoções públicas que o presente caso desperta, não podem ser atribuídas responsabilidades aos laudos e avaliações efetuados na medida que são absolutamente técnicos e não decidem sobre os destinos do indivíduo avaliado. A Sociedade tem o direito de cobrar dos cidadãos, através das leis, que paguem pelas infrações cometidas. Sua insatisfação deve ser dirigida ao legislador ao invés de querer exigir dos profissionais da área de saúde que ‘façam justiça em nome de todos’ através de seus procedimentos. Em boa hora, deve se lembrar que a Medicina, a Psiquiatria e a Psicologia, embora se apoiem em conhecimentos advindos de diversas ciências, são práticas que, ao lidar com o Humano, tem limites determinados naquelas situações que envolvem valores éticos, morais e sociais”.

(caso ACAR, NUFOR, 2007, grifos nossos)

O julgamento psi-jurídico

A Defensoria Pública tensionou esse deslocamento psi para o campo jurídico e analisou que a função psi na produção do exame não deveria ter poder de julgamento:

“Todavia, a função deste laudo (teste projetivo de personalidade) é somente verificar a necessidade ou não de algum tratamento de ordem psiquiátrica. Ademais, o médico psiquiatra ou psicóloga que realiza o teste não são pessoas competentes para opinar acerca da manutenção da medida, somente examinam a

saúde do jovem”.

(caso GFC, Defensoria Pública, 2007, grifos nossos)

Essa vertente jurídica sustenta que o campo psi não é uma ciência exata e que o campo jurídico deveria cumprir sua função legal, determinada nos marcos normativos vigentes à época dos fatos cometidos pelos jovens:

“De nada adiantará a designação de audiência pleiteada pelo membro do MP. **A psiquiatria não é uma ciência exata que comporte uma única verdade inquestionável.** Ao que consta a esta defesa, a divergência dos relatórios decorre da diferença de enfoque de abordagem. Desta forma, a “acareação” de peritos em nada contribuirá para a solução do caso. Aliás, o caso não demanda difícil solução. Basta que se cumpra a lei, basta que respeite o que foi determinado pelo ECA”.

(caso JOA, Defensoria Pública, 2007, grifos nossos)

“**Os psiquiatras, de outro lado, não vão dizer se o jovem deve ou não ser posto em liberdade, já que são critérios jurídicos** que devem inspirar tal solução. Nova bateria de exames psiquiátricos, pois, é estratégia inútil e protelatória. A leitura do estudo psicossocial deixa claro que o adolescente foi trabalhado, assim como sua família, considerando-se seu particular déficit cognitivo. O trabalho operou resultados possíveis, que a lente psiquiátrica, evidentemente, não tem o condão de aquilatar, posto que voltada para aspectos mais estruturais do sujeito”.

(caso ACAR, Defensoria Pública, 2005, grifos nossos)

Entretanto, apesar de críticas a essa pactuação, restou aos “indivíduos perigosos”, objetos do saber criminológico de defesa da sociedade, segundo o *juiz IML*, a *medida de segurança para prevenção, reajustamento e segregação*:

“**A perigosidade criminal, portanto, é um estado de desajustamento social da personalidade do indivíduo que torna provável que ele venha a delinquir [...]** e essa situação de probabilidade de crime o Direito Penal toma em consideração como pressuposto para a aplicação de medidas preventivas, de reajustamento ou segregação do perigoso, as chamadas **medidas de segurança**” (grifos nossos).

(citação de Anibal Bruno de 1940, jurista brasileiro apud IML, 2007)

Seguindo o argumento do jurista Anibal Bruno, o PROJETO UES teve êxito de 60% até o momento da tese. Na sua fase de experimentação em “local adequado” de contenção para jovens “perigosos”, instalou a MÁQUINA UES e manteve segregados seis dos nove jovens internados.

Como *juiz anexo-quase legislador*, o IML propõe, ainda, a criação de novas legislações, pois entende que: “estamos **diante de um vácuo jurídico** em que, de fato, ocorre uma **situação atípica criada por leis que não atendem às necessidades sociais**” (IML, 2007, grifos nossos).

Segundo o IML, contribui para esse vácuo a política de proibição legal de

construção de Hospitais Psiquiátricos (e Hospitais de Custódia e Tratamento) em todo o território nacional. Questiona e ironiza em um dos seus laudos: **“Onde estão sendo colocados os doentes mentais criminosos nestes Estados para cumprimento de medida de segurança? Em hospitais particulares?”** (grifos nossos).

A MÁQUINA UES seria uma possível solução para o vácuo jurídico atual. Por essa articulação psi-jurídica, foi possível o internamento jurídico num serviço de saúde do jovem ex-FEBEM e “interditado psicopata”.

Resolve-se uma contradição de não poder aprisionar adolescentes considerados “doentes” por serem diagnosticados com TPAS, “inimputáveis” por serem menores de idade na época do julgamento do delito e que não cometeram novo delito após o cumprimento da sua “pena”. Interna-se o “verdadeiro psicopata” por ser considerado ameaça à ordem pública.

A etiqueta TPAS da MÁQUINA UES (de tratamento compulsório e de defesa da sociedade) sela na pactuação entre juízes oficiais e *juízes paralelos* a gestão psi-jurídica da criminalidade juvenil paulista, algumas vezes em nome da *proteção integral* (SES e SJDC), e outras vezes para aniquilamento (IML) de adolescentes *perigosos*.

3.4 A função do etiquetamento: a gestão do TPAS em nome da proteção

O caso UES lembra-nos o caso Febrônio, estudado por Fry (1985), que envolveu estudos vigorosos da “personalidade do criminoso” pelos técnicos da rede psi da época. Mesmo parecendo distante do que estamos estudando nesta tese, seja pelo recorte etário (Febrônio era adulto em seu último julgamento), seja pela distância de quase um século,

separa os dois casos; vemos nas duas situações o etiquetamento do *incurável* e do *intratável*.

Na época de Febrônio, em 1927, em sua segunda passagem pelo Hospital Nacional de Psicopatas, a sua diagnose foi de “estado atypico de degeneração”⁷¹, e, em 1930, foi classificado pelo perito do último processo como “louco moral”⁷². Sabendo que a loucura moral foi a primeira nomeação da psicopatia, podemos entender a similaridade desse etiquetamento com a etiqueta TPAS.

Até mesmo o processo de etiquetamento produzido pelo saber psi-jurídico ocorreu de modo análogo. Os dois foram subsidiados por exames que nas duas épocas têm estrutura e nomeações semelhantes (a estrutura das avaliações psi segue a mesma estrutura padrão detalhada anteriormente, no subitem “os traços de anormalidade”).

Após 80 anos do caso de Febrônio, em 2007, ano de início da operação da MÁQUINA UES, continua o investimento nos modelos de atendimento a esses sujeitos tipificados a partir de suas transgressões por causas explicadas por questões ou mais psicológicas, ou mais biológicas, ou mais sociais; as quais conformam as etiquetas: *doente, perigoso e irresponsável criminalmente* (Fry, 1985, p. 120).

Febrônio, segundo o perito oficial do caso, era um “amoral constitucional, pervertido sexual e delirante” e a proposta de intervenção fora de segregação permanente em estabelecimento apropriado a “psicopatas delinquentes”. Como, segundo o saber psi, não era susceptível de cura a decisão do juiz absolveu Febrônio. O juiz decidiu não investir na punição do ato que foi reconhecido como de sua autoria. Em nome da *defesa social* e da oferta do tratamento ao *degenerado*, como no caso UES, internou-o no Manicômio Judiciário até sua morte, em 1984. A regulação jurídica da época era o Código Penal de 1890 e, segundo Fry (1985), confrontos e encontros entre as ciências médicas e jurídicas estavam presentes. Mais uma similitude com o caso UES, que em sua operação explicita essa dinâmica. Especificamente, no caso UES, delineamos duas principais linhas de argumentos psi-jurídicos que se retroalimentam: 1. a linha do perigo em nome da defesa social e 2. a linha do tratamento em nome da proteção integral. Vejamos cada uma.

⁷¹ A degeneração é conceituada como má constituição orgânica produzida hereditariamente.

⁷² A loucura moral foi definida como perturbação isolada das condutas sociais e do senso moral sem distúrbios cognitivos.

A linha do perigo em nome da defesa social

Na primeira linha investe-se em políticas de gestão do sujeito perigoso. Negociando um *modus operandi* para gerir a vida dos intratáveis, o Juizado do DEIJ propôs que a regulação das decisões jurídicas ocorresse a partir dos interesses públicos de *defesa do social*, porque se sobrepõem aos interesses individuais. Eis o exemplo, retirado dos autos, da articulação psi-jurídica para subsídio da internação compulsória:

“Cumpre ressaltar que a **preservação da coletividade e da sanidade da pessoa acometida de transtorno mental são interesses indisponíveis e de ordem pública. Esses interesses gozam de supremacia em relação a interesses particulares**, logo devem ser atendidos de modo prioritário, ainda que em detrimento da liberdade do jovem”.

(caso DCS, Juiz DEIJ, 2008, grifo nosso)

O DEIJ, preocupado com a eclosão do perigo social provável do jovem diagnosticado com TPAS, demandou controle pelo campo psi através de tratamento com contenção. A sua demanda era por uma redução preventiva do perigo social devido aos dados apresentados pelos exames psi de provável risco, porque o jovem tipo UES carregava algum registro de: antecedente hereditário psiquiátrico, história familiar delitiva, histórico de ato infracional grave, caracterizações de sujeito convulsivo ou epilético ou “drogadicto” ou improdutivo.

No processo de emergência da MÁQUINA UES, vimos no subitem 3.2.2 que os atores extra-jurídicos do IML, SJDC e SES - *juízes paralelos* também pactuaram com a idéia de periculosidade. Como consta no Dossiê UES, o IMESC foi um dos personagens que proclamou o quadro da periculosidade no caso UES: “probabilidade de reincidência e de ações violentas” (caso ACAR, IMESC, 2006). Ao mesmo tempo, esses atores psi-jurídicos também o colocaram em questão. No caso ACAR, o IMESC após ser questionado pelo Juiz do DEIJ em função de divergência com o laudo do IML (referido no subitem 3.2.2) e ainda depois de exposição pública na mídia de seu posicionamento, detalhou, em novo laudo, seu entendimento e clarificou as entrelinhas dos seus laudos anteriores.

“Lendo-se detalhadamente os laudos, exames e testes aplicados, com visão médica, ou seja, a mesma visão que raciocina com exame clínico, queixa do paciente (sempre subjetiva), hipóteses diagnósticas, principal e secundária, exames complementares e conduta, **fica evidente que nunca se afastou a possibilidade de ser o agente possuído de periculosidade. [...] não se negam os aspectos violentos, o que seria absurdo, mas procura-se investigar em que contextos surgem. [...] Reiteramos que o termo periculosidade, apesar de não ter sido o foco da investigação, foi citado ou**

insinuado algumas vezes e, garantidamente, não se negaram nem se minimizaram os aspectos violentos e infratores (caso ACAR, IMESC, 2006, grifos nossos).

A previsibilidade da *reincidência* do *indivíduo perigoso* construiu um isolamento do sujeito TPAS em defesa da ordem social. Parece que a noção de perigo se torna necessária para converter uma possível assistência num fenômeno de proteção social com contenção.

Aprendemos com Castel (1987), em sua pesquisa sobre a emergência da psiquiatria no século XIX, analisando a relação psiquiatria e ordem pública, que novas formas de gestão de populações caracterizam a governabilidade na sociedade moderna. Esse pensador invoca que o saber médico se põe a detectar situações potencialmente perigosas como garantia suplementar ao sujeito, com o aval do gestor da política de saúde mental e sob o controle do Poder Judiciário. Essa ameaça aos desviantes se desdobra para além das práticas jurídicas do século XIX e estabelece-se na prática de isolamento médico, com seu equipamento asilo. O médico se encarrega de uma função social de controle dos sujeitos perigosos, tendo autonomia decisória acerca do tempo da internação que oferecerá a possibilidade de cura cientificamente comprovada (Castel, 2007).

Segundo Castel (1986), para a psiquiatria clássica (século XIX) o risco se apresentava na forma do perigo encarnado pelo “doente mental”, suscetível de realizar um ato imprevisível e violento. O perigo era uma qualidade imanente ao sujeito e estabeleceria provavelmente uma relação entre algumas características e possíveis atos futuros de perigo social. Logo, esse sujeito perigoso é uma ameaça que necessita de vigilância preventiva. O saber psi, frente aos sujeitos diagnosticados como perigosos, somente podia dispor de uma tecnologia preventiva, por meio da reclusão. A reclusão neutraliza por adiantamento um indivíduo supostamente perigoso. Como lembra Castel (1986), a reclusão no manicômio impedia sistematicamente o desenvolvimento da ameaça de que o sujeito era portador, mas essa estratégia é custosa.

A preocupação, como vimos nas citações, fundamentava-se na imprevisibilidade da manifestação patológica, podendo pôr a perder o trabalho já realizado caso o sujeito não continuasse seu tratamento sob contenção.

A prática da contenção funcionava como uma “detenção científica” (Castel, 1986). Os exames produziam uma acumulação subjetiva de dados do sujeito perigoso: “a presença de um conjunto ou de determinados fatores de risco desencadeiam

automaticamente um sinal” (Castel, 1986, p. 230, tradução livre).

Desse modo, o risco não é necessariamente um perigo concreto emitido por um sujeito que será julgado por um fato novo. Como explica Castel (1986), o risco: “[...] é efeito da correlação de dados abstratos ou fatores que constituem de modo mais ou menos provável a materialização do comportamento indesejável” (p. 229, tradução livre).

Para compreender melhor essa vinculação “crime-doença mental”, remetemo-nos a Foucault (2006a), que nos auxilia na compreensão da “evolução da noção de indivíduo perigoso”. Segundo o autor, essa noção teve seu início na intervenção da psiquiatria no âmbito penal no século XIX. Se o crime se tornou um tema central para os psi é porque era uma modalidade de poder a garantir e justificar.

No século XIX, com o processo de urbanização, aumento populacional e desenvolvimento do problema da mão-de-obra industrial, o biopoder disciplinar de controle dos corpos [resultado da disciplinarização e docilização dos corpos - concepção de corpo como máquina sujeita a uma anátomo-política (Pelbart, 2003)], foi expandido para a biopoder biopolítico de regulação das populações para possibilitar a gestão das condições de vida, moradia, mortalidade, natalidade e controle das epidemias [com micropoderes, dispersos em todas as instituições e relações; tendo como objeto não mais a morte, mas a vida na qual tudo é capitalizado (Pelbart, 2003)]. Com a tarefa de gestão das populações, a psiquiatria, como saber competente de gestão dos perigos inerentes ao corpo social, primeiramente entrevistou sob os doentes “portadores de doenças orgânicas e/ou psíquicas”, aqueles com “doenças mentais”. Esses eram considerados como potentes desorganizadores da ordem social, um perigo social, pois viviam em condições insalubres de vida, ou porque seus herdeiros biológicos poderiam se contagiar com sua doença devido à crença na hereditariedade da doença, ou ainda por os ponderarem como fonte de perigo para si e para os outros.

Na virada do século XVIII para o século XIX, a psiquiatria se torna importante não porque operava uma nova racionalidade médica, mas porque atuava na higiene pública. A partir do século XIX, o saber psi passa a trabalhar também com a população dos cárceres, novo representante do perigo, mas já nesse encontro psi-jurídico da biopolítica da população prisional ocorreu uma recusa da conexão entre crime e loucura. Contudo o poder Judiciário necessitava responsabilizar aqueles sujeitos etiquetados como “loucos criminosos” e a medicina mental passa a efetuar técnicas de

controle e de tratamento a essa parcela da população prisional. Assim, a punição tornou-se um conjunto de procedimentos para modificar os criminosos e adequá-los por meio de uma prática de re-socialização e re-educação. Além do que os suplícios [castigo físico aplicado ao corpo até o século XVII como direito do soberano de apropriar-se da vida, das riquezas e do trabalho dos súditos. A cena do suplício exigia que o súdito implorasse perdão a Deus e à cidade publicamente. Esse espetáculo do suplício tinha função de servir de exemplo à sociedade para que essa não cometesse crimes (Foucault, 2002b)] já não cabiam mais na lógica racional vigente e a punição deveria agir sobre o motivo do crime.

Quando se passa a julgar pelo crivo do motivo do crime, emerge a demanda de punição-tratamento dos crimes aparentemente sem motivos. Os médicos passam a função de verificar a racionalidade do ato criminoso. O “louco criminoso”, àquele etiquetado a partir de sua incontrolabilidade, não era passível de punição comum e passa a ser tratado e contido na prisão psiquiátrica, onde se tentava, com técnicas científicas, modificar o indivíduo. Outro fator importante que participou dessa aproximação e imbricação desses saberes psi-jurídicos foi o fracasso do aparelho penitenciário que, apesar de baseado numa crença de terapêutica penal, levava ao resultado oposto, com o reforço do meio criminoso.

As mudanças ocorreram nesse jogo de forças dos fazeres e saberes médico e psicológico conjuntamente com a instituição judiciária: “O corpo social deixa de ser simples metáfora jurídico-política para surgir como realidade biológica e um campo de intervenção médica” (Foucault, 2006a, p. 9).

A sanção penal, a partir do século XIX, defende, protege e ainda confronta os inevitáveis riscos; ela é importante para a economia e a política. A loucura passa a ser entendida como perigosa, passa a ser um “risco-perigo”, não apenas uma possível fonte de perigo. Correlacionou-se o ato cometido ao risco de criminalidade que seria constitutivo da personalidade do criminoso. A punição servirá para diminuir o risco de criminalidade e não terá mais somente a finalidade de punição do sujeito que teria infringido a lei.

A periculosidade pré-delitual (Delgado, 1992) permitirá inclusive a defesa do CONTINUUM INTERNAMENTO; será novo critério de gestão da criminalidade para prevenção do ciclo previsível de risco-perigo constatado pela tecnologia do exame considerada sofisticada e de significativa precisão.

No século XX, as inovações normativas propostas pelas leis da reforma psiquiátrica, conforme De Leonardis (1999), colocaram novamente em tensão o campo de relações entre psiquiatria e justiça. O princípio da voluntariedade do tratamento, a ruptura do binômio cura-custódia e as garantias jurídicas do paciente são mudanças que colocaram a psiquiatria fora do modelo do cárcere e dentro das estruturas normativas e operativas do Estado social. Mas, ao mesmo tempo, essas alterações também deixaram abertas algumas questões teóricas e práticas sobre as relações psi-jurídicas.

A psiquiatria reformada configura campo importante de análise e reflexão entre direitos civis, direitos sociais e sobre o que se transformou na ordem histórica do Estado de direito com o desenvolvimento do Estado social. Três questões são cruciais: 1) a perícia/exame em juízo versus a capacidade cognitiva do sujeito diagnosticado com “doença mental”; 2) fins e legitimidade do equipamento “manicômio judiciário”; e 3) competência psiquiátrica na conceituação e intervenção da periculosidade social.

Especificamente, o conceito de periculosidade social se transformou num campo de discussão, em que três pontos críticos estão em voga: o fundamento da relação entre periculosidade social e “transtorno mental”, a competência e capacidade preditiva da psiquiatria em matéria de periculosidade social e o próprio conceito de periculosidade. Apesar de o conceito estar em crise no plano científico, ainda opera o fluxo prisional.

Para De Leonardis (1999), a vinculação entre o saber psi e a justiça se dá a partir do estatuto de periculosidade, resíduo institucional, condição crucial do desenvolvimento do direito penal moderno, pois reconhecer o patológico ou a exceção permite estabelecer a regra ou o sujeito “normal”. O saber psi está protegido da certeza universal do saber jurídico porque, enquanto aceita suas engrenagens da exceção, as delimita rigorosamente. O saber psi garante a definição e o deslocamento do “incoerente” com os pressupostos racionalistas e universalistas da sanção, tratando do resíduo “perigo” (p. 434).

Com a universalização dos direitos de cidadania no pós-Segunda Guerra Mundial muitas transformações nas práticas psiquiátricas demonstraram sua pretensão de transformar seu velho estado de gestor da custódia, mas a coação continua participando das suas práticas, principalmente frente aos casos crônicos de alto fracasso para o saber psi. Acaba sustentando seu papel histórico de administração de um resíduo, no entanto, com modalidades e efeitos diversos. Surgem novos aparelhos de tratar que dão

nova “roupagem” à instituição psiquiátrica que atrela-se ao sistema dos serviços sociais. Evidencia-se uma complementariedade, “um jogo de alimentação recíproca entre agências territoriais e manicômio, entre psicoterapias *soft* e internação, entre emergência e cronicidade” (De Leonardis, 1999, p. 435).

Os pacientes crônicos jovens adultos tornaram-se um produto do circuito da rede difusa de agências e competências psi e sociais, pois cada especialização defenderá sua função e delimitará sua prática, deixando para fora os que intensificam os níveis de fracasso em seus atendimentos, restando em um primeiro momento o abandono. Mas a nova modalidade de cronicidade que não deriva da exclusão, mas da inclusão, é um efeito perverso da lógica de funcionamento do circuito: o crônico, excluído do circuito, demanda regulação e inclusão em algum serviço porque é irredutível às dimensões da patologia e, por ter conduta anti-social é referido como “resistente”, o que demanda atendimento diferenciado. Logo, se criam novas normativas especiais com agravamento das medidas coercitivas. O tratamento compulsório tem sido o caminho técnico alternativo e criativo para aquele que sofre, mas produz intenso conflito.

Esse novo grupo põe em jogo uma situação de “irresolutividade” e ao mesmo tempo perigosa, como no caso UES. O crônico não está mais excluído no “manicômio”, mas ativo na vida social, circula nos equipamentos psi e, sua “incontrolabilidade”, transforma o conceito de periculosidade de um estado naturalizado de doença, não mais como atributo ou “traço atávico”, para uma nova periculosidade que se socializou.

A periculosidade social passou a ser um conceito “situacional” (De Leonardis, 1999). Podemos hipotetizar que os “sujeitos perigosos” com diagnóstico de TPAS, circunscritos ao caso UES, apesar de não estarem como o grupo dos crônicos ativos na vida social, por causa da contenção perpetuada pela internação psiquiátrica compulsória, desencadeiam um contexto desindividualizado de risco por meio de sua potência de incontrolabilidade da “população FEBEM”. A socialização da periculosidade passa a compor a gestão da criminalidade juvenil e opera por meio de um reconhecimento de subjetividade fundada sobre mecanismos de interação complexos que a imbricação psi-jurídica se propõe a tratar e conter não mais uma potência de perigo individualizada no “indivíduo perigoso”, mas no corpo populacional do sistema prisional.

A linha do tratamento em nome da proteção integral

A segunda linha da gestão do TPAS opera em nome da proteção integral e defende o tratamento do sujeito perigoso. Compactua um acordo de experimentação de tratamento dos sujeitos “incuráveis” com contenção.

O sujeito TPAS é *intratável* porque, como se refere o psiquiatra perito do NUFOR (durante o convênio NUFOR-FEBEM) e posterior coordenador da UES, “sendo o problema em questão traços atávicos do temperamento, ou seja, condição crônica, a medida em meio fechado não muda o prognóstico” (caso DCS, NUFOR, 2007). Portanto, mesmo que se proponham terapêuticas, o curso e duração da intervenção não transformam o quadro produzido. O NUFOR confirma diagnóstico do TPAS e compõe a aliança psi-jurídica, mas considera injustiça o aprisionamento de parcela de presos e roga sua falibilidade.

“[...] se mantivermos reclusos todos os psicopatas que têm alto risco de reincidência, iremos deixar **presos injustamente 25% deles**, já que 1 em cada 4 não irá reincidir. Desta feita, **a conduta a ser tomada em tais casos depende de uma discussão profunda e ampla com toda a sociedade, levando em conta os riscos para a ordem estabelecida, a função da pena e os limites da justiça e da medicina**”.

(caso JOA, NUFOR, 2007, grifos nossos)

No caso do internamento do primeiro jovem na UES, a junta médica do IMESC analisou páginas jornalísticas em que o Promotor do DEIJ havia se pronunciado sobre o caso. De antemão, o IMESC questionou a conceituação do *sujeito perigoso* e o investimento nos exames, tensionando a aliança psi-jurídica, acompanhada de proclamação pelo MP por tratamento em nome da proteção integral:

“Os laudos emitidos até aqui confirmam que não tem desvio de conduta, é um sujeito camaleônico, influenciável pelo meio e capaz de estudar até a 8ª série. A Promotoria de Infância e Juventude requereu a realização de exames pela sexta vez na semana passada, na tentativa de impedir que o jovem, hoje com 19 anos, seja solto ainda este ano”.

(Notícia: “Se for para mosteiro, vira monge”, Estado de SP, 27/07/06).

“Essa atitude expõe a equipe (IMESC) à execração pública e ratifica:

- as teses populares incoerentes e emocionais de que cabe ao laudo a liberação do infrator e não ao Judiciário;
- as **teses lombrosianas da defesa social e criminoso nato, citadas pelos meios de comunicação por pessoas oportunistas, de forma imprecisa, pouco ou quase nada científica;**
- desqualifica direta e indiretamente os laudos e os peritos, pressupondo e endossando a **visão errônea de que existe uma possível e adequada solução, apenas não obtida por conta dos laudos**”.

(Avaliação Psiquiátrica, IMESC, 30/08/06, grifos nossos)

“Dentro da concepção do Princípio da Proteção Integral, **subtrair-lhe o tratamento adequado às suas carências, conforme recomendações médicas, e, ainda, expô-lo a**

risco iminente de vida seria afrontar os elementos mínimos inerentes ao resguardo da dignidade humana. Se a falta de contenção para tratamento dentro da concepção antimanicomial foi conquistada através de vasta luta para evolução e concessão de maior dignidade aos portadores de problemas da saúde mental, não podemos deixar de verificar que existem situações excepcionais nas quais a contenção se mostra imperiosa, como única forma de resguardar a integridade dos que padecem de perturbação da higidez mental e, em contrapartida, do corpo social que não pode ficar em risco constante ao conviver com alguém, nestas condições, e extremamente perigoso”.

(caso ACAR, MP DEIJ, 06/10/06, grifos nossos)

A fim de tratar o “incontrolável”, uma situação excepcional, IMESC, SES, ETJ e NUFOR apóiam a necessidade de um espaço para tratamento do sujeito TPAS.

A estratégia da contenção abarca divergências dentre os atores psi-jurídicos.

O NUFOR e o IMESC operam como intermediários na criação de práticas inovadoras do tratamento do TPAS. Os técnicos atuam na produção de um novo equipamento, em que atuam equipes multidisciplinares em um novo serviço híbrido de atenção com contenção.

A estratégia da compulsoriedade do tratamento foi, em alguns momentos, fortalecida por discursos psi e, às vezes, criticada.

Como já vimos, a SES, no caso do jovem ACAR, após situação de coação legal, ao invés de sustentar o seu argumento defendido no caso JOA de que “somente o interesse do paciente nesta prática poderia levar ao seu êxito” (SES ao DEIJ, 23/07/07), indicou Casa de Custódia que em sua prática determina compulsoriamente o “tratamento especializado”.

A ETJ ainda argumentou: “a saúde é vista como um direito e não uma tutela” (ETJ, processo socioeducativo LPS, 2008). Antes desse argumento de que cabe ao serviço de saúde ofertar tratamento, sugeriu no mesmo processo que LPS sofresse “imediata transferência para Unidade efetivamente aparelhada para atender a „jovens especialmente difíceis”, ficando desde já indicada a UES, em face de sua proposta pedagógica diferenciada” (ETJ, processo socioeducativo LPS, 2007).

O NUFOR, no caso de JOA, não compôs com a linha do tratamento compulsório de prerrogativa de direito à saúde, como posto pelos juristas, mas atuou desde a primeira internação na UES com o tratamento ali praticado.

“Dentro da esfera da saúde a única alternativa a ser-lhe oferecida, não imposta, é a realização de psicoterapia, expediente este que poderia ajudá-lo em sua vida futura, ao permitir-lhe lidar melhor com suas vivências de violência. Mantê-lo em ambiente fechado não lhe trará qualquer benefício psíquico e não colaborará para

modificações perenes de sua personalidade. À disposição para contra-argumentação científica a qualquer tempo”.

(caso JOA, NUFOR, 07/08/07, grifos nossos)

Segundo Castel (1986), observamos nessa gestão psi-jurídica um desequilíbrio fundamental entre a relação que conectava diretamente o saber sobre um sujeito e a possibilidade de intervir sobre ele; a relação se rompe. O técnico é um subordinado aos objetivos de uma política de gestão. O técnico não controla sequer os dados que produz; seus diagnósticos são dados em processos que planificam trajetórias sociais. Decisões são tomadas em função da prevenção dos riscos, a partir de uma avaliação científica de perfis humanos.

Castel (1986) nos convoca a refletir que ocorreu uma dissociação entre o diagnóstico e o tratamento e transformou-se a atividade terapêutica em atividade de exame pericial. O regime de assistência não desapareceu, mas a prática de avaliação médico-psicológica funciona primordialmente como “uma atividade pericial que serve para marcar um indivíduo e construir um perfil que o coloque em uma filial. Mas a assistência não se situa necessariamente na continuidade desta avaliação” (p. 235).

Os gestores administrativos passaram a regularizar e oficializar a fórmula UES. Os técnicos psi permitiram e ofertaram as possibilidades de intervenção terapêutica junto aos jovens TPAS.

Depois disso, acompanhamos uma fase de ajustes recíprocos e compromissos até se chegar a uma decisão oficial que ratificou a política de exceção de saúde mental da justiça juvenil. O acordo tem bases médico-administrativas, que permitem um organograma coerente: uma política. Como vimos no capítulo 2, o Governo publica decretos e estabelece-se aliança psi-jurídica entre os técnicos psi e os gestores da política de saúde mental do Estado de SP. Passa-se a circular documentos oficiais com descrição de rotinas do atendimento (ofício da SES ao DEIJ e aos juizados cíveis) e determinação do fluxo de trabalho (normativas do fluxo de entrada na UES e decreto de criação da UES). Os técnicos do NUFOR passam ainda a reedificar que o tratamento não era eficaz, como já apresentado no final do capítulo 2, sendo que suas práticas construíram também o novo dispositivo. O técnico é posto em seu lugar de auxiliar, seja do gestor, seja do Poder Judiciário. As informações técnicas são armazenadas e distribuídas no circuito fragmentado sem conexão com a prática psi.

A gestão administrativa da etiqueta TPAS

A equipe técnica do juízo, em seu posto de auxiliar do DEIJ, reclama da situação dos “sujeitos perigosos”, mas esse último posicionamento é engolido pela MÁQUINA UES:

“[...] falta de um Projeto Terapêutico na UES. Como decorrência desta lacuna, estamos assistindo à inauguração de um novo campo simbólico, engendrado por um discurso institucional renovado que acena como REAL a possibilidade da ‘inviabilidade social *ad-eternum*’ do Sujeito ‘perigoso’, na contra-mão das cartas universais de direitos humanos”.

(caso LPS, ETJ, 2008)

A Defensoria Pública atua nessa resistência crítica da nova política que opera no sistema de justiça juvenil de São Paulo: o tratamento com contenção.

Nos fluxos dos mecanismos da máquina UES, levanta-se a situação de violação de direitos humanos, uma vez que as seguintes cenas ocorriam na interdição civil cumulada com a internação psiquiátrica compulsória:

“Os jovens não podem entrar em contato com seus familiares, sendo que só podem receber visitas uma vez por semana (e só de pessoas autorizadas), sendo que estas pessoas têm de passar por revista íntima para adentrar ao prédio.

(...)

Usa-se a **falta de informação sobre as condições deste equipamento camuflando este ‘campo de concentração’**, dando nome de Unidade de Saúde” (grifo nosso).

(caso GFC, Defensoria Pública, 2008)

Com esse mapa, a Defensoria Pública (2008) solicita ao Juiz Cível, a fim de suspender a violação de direitos, caso seja determinada a tutela definitiva do jovem GFC (pois está sob tutela provisória), a transferência para “verdadeiro equipamento de saúde, ou seja, Hospital Psiquiátrico, devendo lá ficar internado, se houver indicação médica para tanto, e mantido somente enquanto necessário para seu tratamento”.

Um Defensor, seguindo o histórico dos marcos legais da interdição civil, argumentou que, na recente perspectiva do marco da legislação de saúde mental, esta proposta do PROJETO UES estaria em desacordo com a política contemporânea.

“Não há dúvida de que o famigerado Decreto 24.559/34 foi em boa hora, logicamente banido de nosso ordenamento com a festejada lei da reforma psiquiátrica, Lei nº 10.216/2001. Vale lembrar, a propósito, o trecho citado por Rui Carlos Machado Alvim (texto disponível em www.pge.sp.gov.br <<http://www.pge.sp.gov.br>>): “Por sua vez, em vigoroso comentário aos avanços da **nova lei, assim manifestou-se o Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado, psiquiatra, professor da UFRJ, e coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde: A lei 10.216 está no oposto diametral de sua antecessora de triste memória, o decreto 24.559, de 03 de julho de 1934. Nascido num período sombrio, o ambiente de ovo da serpente que antecedeu a ditadura de**

1937, o velho decreto que ainda nos regia, ancorava-se na defesa social e na concepção da negatividade absoluta da experiência da loucura. Longo, pleno de minúcias que buscavam antecipar todo o imprevisto da conduta humana, sinuoso, sombrio, tornava o psiquiatra o funcionário privilegiado de um estado tutelar e repressor. O louco - perigoso e incapaz - deveria ser protegido nos espaços de confinamento chancelado pela ciência, e o psiquiatra era destituído de seu mandato terapêutico, erigido em guardião, do sossego e da ordem. Claro que a norma legal de 1934 tinha eficácia esporádica e poucos psiquiatras de fato a conhecem. Mas sua derrogação pela Lei da reforma psiquiátrica é o símbolo de um novo momento. A lei 10216 articula eloqüentemente a nobreza da tarefa do tratamento com os direitos do paciente. Ela completa a agenda da redemocratização, ao colocar no centro da política pública de saúde mental a liberdade e os direitos”.

(Defensoria Pública, caso JOA, 2008, grifos nossos)

Estão em jogo os destinos sociais dos indivíduos em uma gestão autonomizada intermediada pelos diagnósticos psi que permitem a distribuição em circuitos especiais que não são necessariamente espaços psi de cuidado e atenção, mas, simplesmente, onde podem ser contidos, como no caso UES.

A prática do técnico subjugado às gestões administrativas contemporâneas foi descrita por Castel (1986) ao analisar a lei francesa de 1828, que permitiu a prisão de “doentes mentais” por fins terapêuticos, mesmo sendo considerados irresponsáveis penalmente.

A partir da análise dessas enunciações psi-jurídicas no palco da OPERAÇÃO UES, fica evidente como os sujeitos participantes da MÁQUINA foram investidos por relações de poder-saber que possibilitaram a emergência da tática de CONTINUUM INTERNAMENTO. Relembremos a esse propósito que Foucault, analisando as novas práticas de punição produzidas no século XIX, nos disse:

“Sob a suavidade ampliada dos castigos, podemos então verificar um deslocamento de seu ponto de aplicação; e através desse deslocamento, todo um campo de objetos recentes, todo um novo regime de verdade e uma quantidade de papéis até então inéditos no exercício da justiça criminal. Um saber, técnicas, discursos ‘científicos’ se formam e se entrelaçam com a prática do poder de punir” (Foucault, 2002b, p. 23).

A SES, gestora de referência da nova tecnologia – a máquina UES, no papel de representante do administrador público da saúde do Estado de SP, teve posicionamento oscilante nesse trabalho com a interface do campo da justiça, como já descrito na construção do PROJETO UES – capítulo 2. Às vezes seu trabalho era circunscrito a uma política de saúde que, por exemplo, trabalha com a perspectiva do internamento apenas em situações agudas e provisórias (SUS e Lei 10.216/01). Outras vezes, quando convocada a propor soluções para o caso dos jovens “delinquentes juvenis” [“população

FEBEM”], oferecia seus serviços e pactuava com a contenção. A SES também concordou com a criação de serviços especializados (SES, NUFOR, UNIFESP e SJDC/FEBEM), com investimentos em obras e tecnologias modernas de internamento sem prazo determinado, como a UES.

A SES, gerindo a “população FEBEM”, movimentou-se e se dispôs a experimentar uma unidade nova. No entanto, como visto, mesmo quando ocorre o primeiro internamento, a discordância em relação à internação forçada por prazo indeterminado persiste. Por exemplo, em peça processual da medida socioeducativa do jovem DCS (interno da UES), o diretor da Unidade na época, como representante da SES (antes perito NUFOR que avaliou inclusive esse mesmo jovem, tipo perfil UES, quando ainda estava na FEBEM em 16/02/07), elucida seu posicionamento do TPAS e o tratamento a ser executado:

“não existe mundialmente tratamento de eficácia conhecida para os portadores de transtorno de personalidade, em particular àqueles que praticam graves atos infracionais. Desta forma, **não há como se montar um programa terapêutico para a Unidade como um todo**, uma vez que há de **analisar cada caso concreto**, visando **confirmar o diagnóstico de transtorno de personalidade, sendo certo que se este for confirmado praticamente inexistem recursos no campo da medicina e da saúde pública em geral/passíveis de ajudar o paciente no que tange a questão de sua psicopatia**”

(Diretor da UES-SES, 2008, grifos nossos)

Assim mesmo, nos últimos internamentos, a SES passa a cumprir as determinações jurídicas sem intensos questionamentos, tornando-se parceira aliada do processo administrativo de controle social do *sujeito perigoso*. Em 2008, a Unidade Experimental comportará em seu fluxo administrativo alguns colaboradores para o seu funcionamento: a SAP – “agentes penitenciários têm a atribuição de cumprir as decisões judiciais de contenção e segurança dos pacientes devido à grave ameaça que representam para a sociedade” (SES, 2008).

O processo de controle da “delinquência juvenil” se coloca como estratégia de controle dos desviantes construída por uma parceria entre as práticas psi e o saber jurídico para gestão dos fatores de risco populacionais.

Na gestão dos riscos, a criminalidade é um risco não erradicável que não necessariamente é resultado de um perigo concreto emitido por um indivíduo ou grupo determinado, mas é um efeito da correlação de fatores que fazem mais ou menos provável a materialização do comportamento indesejável: “o diagnóstico de

periculosidade abate a categoria do possível sobre a do real, sob pretexto de que o possível é – mais ou menos – provável” (Castel, 1987, p. 127).

Nesse funcionamento do sistema de justiça juvenil, as respostas são de endurecimento, com práticas mais severas de controle e punição. A pesquisa, publicada recentemente, de Minahim e Sposato (2010) afirma que 86% de cerca de 18 mil jovens que cumpriam medidas socioeducativas estavam reclusos e que essas decisões são fundamentadas na situação social do adolescente e no seu histórico infracional: “Sob o argumento da proteção integral, tal posição atualiza a chave tutelar discricionária nos procedimentos da Justiça da Infância e Juventude” (p. 17).

O PROJETO-MÁQUINA UES administra em sua proposta de tratamento as três orientações preventivas especiais das teorias de prevenção especial da pena, que é centrada no sujeito infrator (Beiras, 2005). A gestão criminológica positivista de: políticas psi de recuperação e reeducação moral (cura), políticas de defesa social com o pressuposto que o delinqüente é produção do desvio (proteção do perigo) e políticas correcionalistas pela sua individualização e diferenciação da pena (sujeito TPAS-interditado, sujeito epiléptico, sujeito reincidente).

A gestão de exceção do ineducável

Percebemos, em nome do cuidado e da proteção a defesa, da garantia do direito à saúde. Porém, a UES está sob uma espécie de “quase medida de segurança” ou de “vácuo institucional”. Seu campo é um híbrido que se situa em uma zona de indistinção entre o lícito e o ilícito (Agamben, 2004), em que seus elementos suportam atos de medicalização da legislação (Machado et al, 1978) e que atuam contra a vida daquele que está fora da regra, tornando-se exceção, mas incluído em sua perpétua fuga por sua salvação. Perpétua à medida que a medicalização da legislação opera em sua engrenagem uma lógica de CONTINUUM INTERNAMENTO, próprio do funcionamento do vácuo psi-jurídico do TPAS.

O jovem etiquetado como “portador de TPAS” passa a circunscrever-se nesse vácuo jurídico/institucional com efeitos de subjetivação de sujeitos perigosos e de pulsões “incontroláveis” e “intratáveis”.

Eles sofrem não mais práticas psi que fluíam no século XIX e que operam lógicas de contenção e tutela explícita. Entre a moderna proposta de tratar os

“verdadeiros psicopatas”, estendendo as ações preventivas a toda a população (HC/FMUSP, PROJETO 02, 2005) e as adesões por “responsabilidade”, para oferecer alternativas “restauradoras de vínculos e de reinserção social” (UNIFESP, PROJETO 01, 2002), estão em disputa concepções sobre modelos de tratamento, os saberes que o subsidiam e os territórios de intervenção e experimentação que eles acionam. Certamente há diferenças relevantes entre eles.

No caso dos braços-responsabilidade-social, o direito de ir e vir faz aparecer a promessa de competência e eficácia no cuidado com aqueles que “a própria sociedade, de algum modo, transformou em um problema” (UNIFESP, 2006). No caso dos braços-empresa, os princípios do SUS – hierarquização e humanização – foram convertidos justificando o sentido do direito em justificações da omissão (“O HC não assiste de rotina à população carcerária, não só por motivos de segurança, mas também em observância à hierarquização do SUS [Direção do IP/HC/FMUSP, DOCUMENTO-SINDICÂNCIA, 2005]” e o “Projeto pretende humanizar atendimento a internos da FEBEM, transferindo-os para as unidades da Instituição [Direção do NUFOR, Jornal da Fundação Faculdade de Medicina, 2006]”). No entanto, para os destinos dos jovens pouco parece fazer diferença que “psiquiatria” faça a vez da aliança, desde que os mecanismos classificatórios e de regulação da população FEBEM se realizem.

É assim que o projeto “Reconhecer e tratar” do HC/FMUSP (PROJETO 02) ofereceria o mais completo mecanismo de regulação (identificar os verdadeiros psicopatas) numa ação que atravessaria desde cedo o corpo todo da FEBEM – treinando todos os técnicos e implantando um teste padrão; ou o Projeto UNIFESP (Projeto Experimental de Unidade de Abrigamento – PROJETO 03, 2006) que, de forma mais sutil, ofereceria um mecanismo regulatório a partir das experiências no corpo a corpo com os jovens, numa ambientoterapia e numa arquitetura renovada, com dispositivos tecnológicos de controle, para o “anti-social”.

Melhor ainda se tal proposta pudesse oferecer o controle para qualquer tipo de resistência, principalmente para as rebeliões, pois “desestabilizam por completo o ambiente de tranquilidades das unidades” (DEIJ, 2003); com isso, “diminuiríamos os riscos de rebeliões patrocinadas por tais jovens e daríamos uma rápida e eficaz resposta a uma omissão do próprio Estatuto da Criança e do Adolescente” (FEBEM, 2004).

O que tivemos: a UES do projeto 04 (NUFOR e FEBEM). Parece que a UES não alcançou a tranquilidade com a retirada de nove jovens da população FEBEM em 4

anos. De qualquer modo, propôs-se a atuar na gestão dos riscos daqueles *ineducáveis*: “a característica do TPAS é um padrão invasivo de desrespeito e violação dos direitos dos outros que inicia na infância ou começo da adolescência e continua na vida adulta” (IMESC, 2008).

3.5 As heranças das táticas da gestão

O delineamento empírico das articulações psi-jurídicas envolvidas no caso UES nos aproximou de outras práticas ocorridas nos séculos passados, que envolviam táticas de saber-poder de fórmulas similares às encontradas no equipamento prisão-hospital, unidade experimental.

Primeiramente, as fórmulas reeditadas no caso UES de gestão psi-jurídica da criminalidade são: 1. Articulação psi-jurídica do circuito de exames psi; 2. Concepção do indivíduo criminoso e sua anormalidade nata; 3. Especialização dos saberes psi-jurídicos para controlar o *menor anormal*; e 4. “Esquema de tratamento” específico para as crianças e “adolescentes infratores”.

A fórmula-articulação psi-jurídica por meio do circuito de exames psi é uma primeira que aproxima esta experiência de outras passadas no Brasil, com suas avaliações antropométricas e psiquiátricas. A finalidade posta, já no início do século XX, era o mapeamento do tratamento dos presos (sem discriminação etária) com mais rigor e exatidão.

No início do século XX no Brasil - momento áureo da criminologia positivista - se articularam correlações de forças que atuavam nas políticas de internamento. Anitua (2008) situa que o ambiente brasileiro na virada do século XX era impregnado de positivismo comtiano, preocupados mais com as causas sociais do que individuais do delito, tendo o positivismo criminológico brasileiro se ocupado das relações entre o delito e a “doença mental” e as doenças em geral causadas por questões de higiene ou por transmissão sexual. Nesse sentido, o médico brasileiro e líder lombrosiano, Nina Rodrigues (1862-1906), propôs em sua época uma avaliação antropométrica e psiquiátrica de todos os presos, para analisar cientificamente o melhor tratamento penal a ser aplicado.

Essa fórmula era subsidiada internacional e historicamente pela produção de Lombroso (2010), com o desenvolvimento do seu conceito de “criminoso nato”: o

personagem delinqüente (um sujeito doente), com foco no investimento de que o tratamento penitenciário é o deslocamento do tratamento psiquiátrico, com fases de observação, diagnose, diferenciação e personalização na intervenção terapêutica.

No caso das crianças e adolescentes, Lombroso defendeu como modelo de atendimento também um sistema de CONTINUUM INTERNAMENTO: “uma casa de abrigo perpétuo de menores afetados pelas tenazes tendências criminosas e da demência moral” (p. 86). A sua proposta era conter o quanto antes os efeitos das tendências criminosas que, em sua perspectiva, somente são percebidas quando são fatais. Nos chama atenção que a proposição é de tratamento, mesmo afirmando que não haveria sistema carcerário que salvasse os reincidentes, pois para a figura do *criminoso nato* restaria apenas o isolamento.

A segunda fórmula permeada por exemplos da história brasileira, especificamente com o grupo da infância e juventude, envolve a patologização da criança e do adolescente tomados pelo indivíduo criminoso e sua inerente anormalidade.

Zuquim (2002) registra que a figura protagonista no Brasil que produzirá o encadeamento discursivo e não discursivo da criança *anormal* ao deslocamento do *menor criminoso* é a *infância moralmente abandonada* na recém criada República Brasileira. Para lidar com esse novo objeto, o *da infância anormal*, os saberes psi-jurídicos inventaram novas categorizações. Segunda a autora, o momento marcante de emergência do *menor criminoso* rebaterá em um novo sentido da loucura na infância pobre do século XX. A explicação causal do sujeito *menor criminoso* estará tomada pelas idéias positivistas de que o criminoso detinha em sua natureza a sua anormalidade. Portanto, o crime é produção da patologia do sujeito.

Com o pensamento lombrosiano de que a tendência criminosa está na constituição do sujeito, faziam-se necessários os espaços de contenção e controle. Essa estratégia investia em possibilidades de transformação ou ao menos neutralização desses indivíduos.

A terceira fórmula localizada é a especialização dos saberes psi-jurídicos para controlar o *menor anormal*, minimizando o impacto danoso desses *menores criminosos* natos.

O saber jurídico responsável por interceder por esses *menores anormais* trouxe à tona o campo de atuação dos saberes médicos que tinham a função de estudar, analisar,

classificar e propor o melhor tratamento ou talvez aquele viável para aquele caso. As delimitações entre as funções psi-jurídicas desde suas primeiras experiências foram tensas e as propostas de criação de tribunais específicos envolviam um sentido de “laboratório para o estudo do menor” (Zuquim, 2002, p. 137).

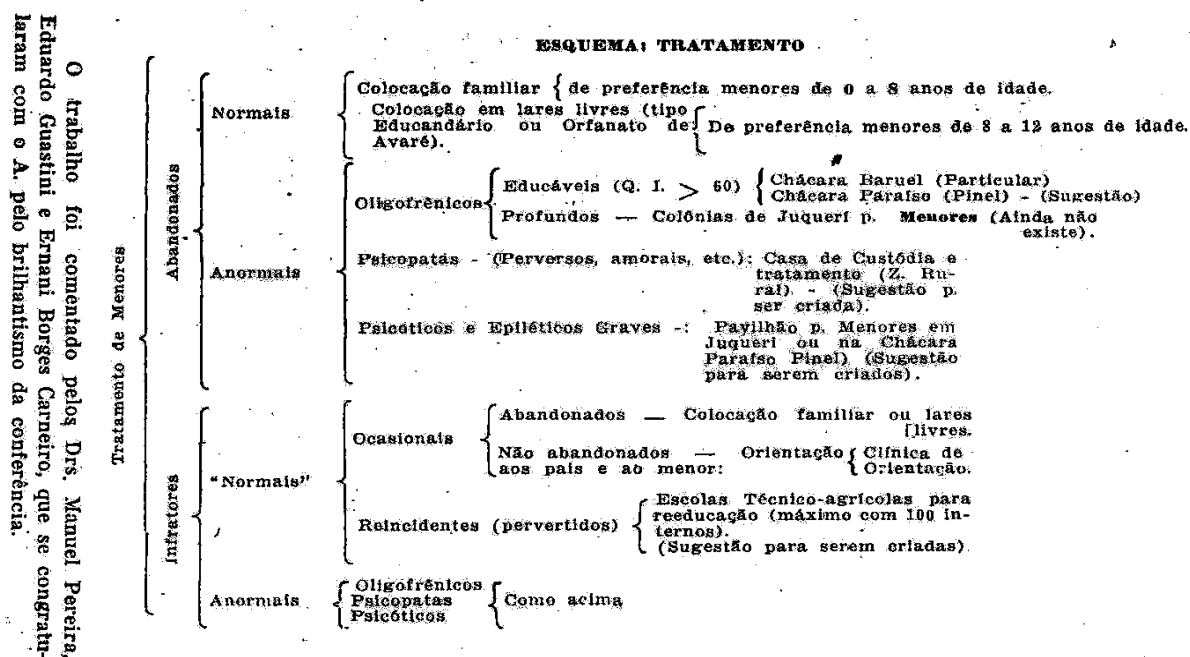
O primeiro tribunal brasileiro privativo de crianças e adolescentes foi criado em 1924 em São Paulo. A lei (nº 2059 de 31/12/24) que regulava o tribunal fundou também um instituto para *menores abandonados, pervertidos e delinquentes*. Os *menores anormais* ganharam seu local especializado numa seção especial no Hospital do Juquery em Franco da Rocha, em torno da década de 1920. A criação específica de um serviço para *pequenos psicopatas* ocorreu em 1929. A partir dos pressupostos do movimento eugenista, o pavilhão foi dividido em pavilhão-escola para os *educáveis* e o pavilhão-asilo para os *ineducáveis*; este último incluía *idiotas de todos os gêneros, imbecis, epiléticos em marcha para estado demencial e pós-encefálíticos graves*.

A partir de Ferla (2009), fica claro que os laboratórios criados no Brasil na década de 30-40 tinham a função de, para além de pesquisar e atender os *menores delinquentes*, olhar para os casos prováveis, os futuros *delinquentes*. Os laboratórios contemplavam, desde a sua formação, pesquisadores defensores das explicações biologicistas das causas da criminalidade, mas eles não eram unânimes. Pelo mapeamento de Ferla, o campo não era tensionado e ainda suportava uma multiplicidade de interpretações da etiologia do crime, até porque, na década de 30, o conceito lombrosiano de *predisposição* havia relativizado o conceito de *criminoso nato*.

O campo acordou a estratégia de internamento do transgressor infanto-juvenil para fins de estudo, tratamento e defesa social (Ferla, 2009). Os atores envolvidos com os *menores* entraram num consenso na década de 40 e constituíram uma rede de composição psi-jurídica atuante nesse campo de intervenção.

A quarta fórmula é o desenvolvimento de “esquema de tratamento” específico para as crianças e “adolescentes infratores”. No periódico “Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo de 1949” localizamos o fluxo de tratamento dos *menores infratores e abandonados* que historiciza o esquema de tratamento do saber psiquiátrico da cidade de São Paulo.

Figura 03: Esquema de tratamento do pequeno psicopata no Século XX no Brasil



Fonte: Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo (1949)

A tática de *tratar os infratores* está apresentada nesse fluxo de tratamento aos *menores psicopatas* de 1949. Percebe-se que a oferta de tratamento especializado aos *pequenos psicopatas* é uma política antiga – os perversos e amorais destinados às Casas de Custódia e Tratamento.

O sistema penal juvenil nas fronteiras do campo da saúde mental, no final do século XIX e início do XX, edificaram uma classificação dos anormais. O sujeito potencialmente perigoso necessitaria de atenção e controle e as medidas terapêuticas produziam segregação definitiva. Essa natureza ambígua dos saberes psi-jurídicos interveio junto aos jovens “psicopatas”/TPAS com objetivos tutelares e realidades punitivas.

Inserido neste cenário, o adolescente autor de ato infracional do século XXI, que deveria ser regido pelo paradigma da proteção integral (ECA, 1990), concebido como um sujeito em desenvolvimento e de direitos (Constituição Federal, art. 227), é atravessado em seu cotidiano por essas fórmulas produtoras de práticas tutelares-correcionais. Parece que a fórmula UES, *sujeito perigoso-criminoso nato*, reedita formas de internamento historicamente propostas e baseadas na sua excepcionalidade posto a sua anormalidade, assim como os pavilhões-asilos de práticas lombrosianas, do

final do século XIX e início do XX, que ensejavam o isolamento perpétuo do adolescente.

A prática da UES parece atuar sob práticas psi-jurídicas residuais em que jovens em “estado-perigoso” tornaram-se “inadaptados e indesejados” e foram internados devido a seu alto nível de periculosidade, como no Centro de Custódia e Tratamento de Taubaté – CCTT (Vicentin, 1992), no início da década de 80, sob a égide do Código de Menores de 1979. O CCTT, na época, se propunha a, por meio de medida de segurança, servir de clínica da periculosidade com finalidade de tratamento psiquiátrico para defesa social. Põe-se em jogo que a psicopatia diagnosticada permitia embarçar punição e tratamento. Já antes do ECA, tínhamos a ação do saber psi na gestão do incurável para redução dos efeitos perigosos a patamares mínimos. Os gestores psi-jurídicos, por meio da incidência do sujeito perigoso, puderam e ainda podem, mesmo com novas normativas da infância e juventude, articular tecnologias psi para controle social do sujeito anormal.

A sanção penal deverá ter doravante por objeto não um sujeito de direito tido como responsável pelo delito efetuado, mas um elemento correlativo de uma técnica que consiste em pôr de lado os *indivíduos perigosos*, em cuidar dos que são sensíveis à sanção penal, para curá-los ou readaptá-los por técnicas de normalização.

Desse modo, coloca-se em jogo o investimento do tratamento e contenção de jovens vulneráveis, possíveis perigosos, e certa composição psi-jurídica na construção da vinculação crime-doença mental, operando saberes e técnicas para controle dos corpos.

Nesse jogo da detecção do sujeito perigoso, Foucault (2003) situa que essa gestão dos que são capazes de “delinquir”, o da iminência delituosa, passa a ser um controle da penalidade, a partir do século XIX, da “escandalosa noção, em termos de teoria penal, de periculosidade. A noção de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam” (p. 85).

A regra do jogo do campo jurídico não é mais da “reação penal” do poder judiciário ao crime cometido. A nova regra também envolve *juízes paralelos* do campo psi, mas também, *extra jurídicos*, como dos poderes executivos, legislativo, acadêmico

e midiático que conformam uma nova lógica na tática do saber-poder em uma rede ampliada de instituições passíveis de etiquetar o TPAS: a escola, a prisão, o hospital, o asilo, a polícia etc.

Capítulo 4 – Engrenagens da exceção: uma biopolítica protetiva

No capítulo anterior discorremos sobre a seleção dos jovens TPAS no circuito da FEBEM e sua acomodação na MÁQUINA UES. Neste capítulo retomaremos a máquina UES em seu funcionamento e regulações naquilo que ela nos fala do *grotesco*, tal como tomado por Foucault (2002a), isto é: uma categoria analítica histórico-política de maximização dos efeitos dos mecanismos de poder. O *grotesco* é um procedimento da burocracia que conforma a máquina de gestão administrativa e é uma inevitável engrenagem da exceção. É um procedimento nulo, mas fundamental para os processos e fluxos da máquina que opera um funcionamento de burocracias ridículas, repetitivas e redundantes.

Trabalharemos três casos da UES, analisando as suas práticas em seus rastros para mapear suas estranhezas e decompor essa política de exceção executada no campo da criminalidade juvenil paulista que deslocaram as fronteiras psi-jurídicas e executaram novas/velhas táticas de controle social.

Evidenciaremos a política de gestão de riscos e controle da criminalidade juvenil por meio de analogias de experiências contemporâneas de proposições ético-técnico-políticas similares ao caso UES que nos ajudarão a compreender as engrenagens dessa biopolítica protetiva.

4.1 As engrenagens das exceções

Desde o início da realização da pesquisa, quando nos debruçávamos sobre o material, alguns estranhamentos aguçavam nossa crítica. Por exemplo, encontrar versões idênticas de laudos de “probandos” ou, às vezes, encontrar um nome de um jovem esquecido em um parecer que provavelmente servira de modelo para o perito laudar outro caso. Fomos percebendo que esses acidentes, repetições raras, forneciam elementos preciosos de análise do processo de produção da MÁQUINA UES.

Entendemos esses acidentes como situações limite ou de exceção à regra que colocavam em questão o funcionamento da Unidade ou mesmo produziam a sua descontinuidade, ancorando o PROJETO UES.

Organizamos essas situações em dois grupos: “estranhezas administrativas” e “estranhezas técnico-políticas”. As “estranhezas administrativas” explicitam como

algumas rotinas foram constituindo um *modus operandis* do PROJETO UES. Encontramos três tipos de situações-limites administrativas: relativas aos fluxos, aos instrumentos e a tipo processual.

O **fluxo** diz respeito à dinâmica dos encaminhamentos feitos para a UES. Um exemplo emblemático é o do jovem JOA, que permaneceu sob a responsabilidade da FEBEM por 52 dias (de 09/10/07 a 03/12/07) mesmo estando com 21 anos de idade, idade máxima de permanência na FEBEM. Nesse momento, o jovem havia sofrido, na Justiça Cível, antecipação de tutela cumulada com internação compulsória e seu processo socioeducativo já havia sido extinto pelo DEIJ. Durante esses dias, permaneceu em um espaço do sistema de Justiça Juvenil já sendo adulto.

Ainda nesse fluxo, outra estranheza emerge, pois a data da transferência de JOA para a UES é a mesma data de transferência do terreno (28/11/07) onde ficava essa Unidade da FEBEM para o patrimônio da SES. Mas a UES ainda constava oficialmente no organograma da FEBEM. Isso sofreu alteração em menos de uma semana até que a UES saiu da sua gestão direta e a SES passou a dirigi-la (a partir de 03/12/07).

O **tipo instrumental** diz respeito aos exames (perícia, laudo etc).

Encontramos, por exemplo, um exame produzido pelo diretor da unidade, psiquiatra da SES (ex-perito do NUFOR no programa de saúde mental da FEBEM). Ou seja, o *dirigente psi*, coordenador do equipamento assume, ao mesmo tempo, a responsabilidade de técnico de referência dos jovens e de perito dos casos, contrariando determinações do Código de Ética Médica (isto é, aquilo que diz que autos com fins judiciais serão confeccionados por equipe diferente daquela que atende o interno). Esse dirigente psi, em termo de audiência ao DEIJ, declarou: “estive na UES avaliando os seis jovens que lá se encontram. Indagado por Vossa Excelência, esclareço que DCS é realmente um grande risco à sociedade” (14/02/08).

Nesse caso, temos ainda que o diretor da UES havia atuado (em 16/02/07 e em 17/08/07) como perito do jovem quando este ainda estava no internamento na FEBEM. O diretor na época era apenas perito do NUFOR (trabalho em parceria com a FEBEM).

Desse modo, encontramos um atual dirigente psi-perito com duas funções paralelas executadas pelo mesmo ator psi gestor. E ainda um atual dirigente que atuou como perito de DCS durante seu internamento prévio na FEBEM, que inclusive nessa época, somente como perito NUFOR, se afastou do caso: por “questões relacionadas à

ética médica e à relação médico-paciente, o adolescente DCS será encaminhado para tratamento com outro colega psiquiatra do NUFOR no âmbito do Naisa” (perito NUFOR/posterior diretor da UES, caso DCS, 05/09/07).

Noutro processo, outra estranheza com os exames. O IML, que havia peritado no caso do primeiro jovem internado na UES, afirma que não poderia atuar em outro caso. O juizado do DEIJ, que havia colhido e julgado o primeiro caso baseando-se na prova do IML como documento balizador de suas discussões, indaga

“esdrúxula situação criada. O IML realiza perícia em processo de execução de adolescente infrator, em caso de grande repercussão pública e, depois, alega que não tem capacidade técnica para tal” (juiz DEIJ, caso FAS, processo socioeducativo, 01/08/07).

Diante disso, no processo da Justiça Juvenil, a Defensoria argumenta que orientará os adolescentes a não comparecerem ao exame.

O argumento do perito é de que o trabalho do primeiro jovem internado na UES foi “realizado em caráter excepcional, foi executado rigorosamente de acordo com as técnicas preconizadas, por peritos qualificados, capacitados tecnicamente e experientes profissionalmente”. Explica que:

“[...] quando se afirmou não haver capacidade técnica e instrumental, houve lamentável inadequação no emprego da linguagem, porquanto o que se pretendia dizer exatamente é que o Instituto Médico-Legal não possui estrutura operacional para dar atendimento rotineiro a requisições periciais que objetivem a realização de testes projetivos de personalidade, principalmente em menores, de tal sorte que, se as perícias solicitadas pelo Departamento de Execuções da Infância e Juventude forem atendidas com a atual estrutura operacional existente no IML [...]”. (IML, caso FAS, processo socioeducativo, 07/08/07).

No caso de FAS, surgiu mais uma situação processual incomum aos processos judiciais: solicitação do jovem ao DEIJ de audiência para compreender o andamento estranho do seu processo, já que a data de seu internamento máximo estava expirada (desde 27/01/08).

“29/02/08 - p. 332 - São Paulo, 29 de fevereiro de 2008. Meu nome = FAS. Nascido 01 Janeiro de 1989. **Sou aluno do internato (...) desde 2005 onde tenho cumprido minhas obrigações enquanto interno e agora depois de 3 anos o meu caso complicou um pouco, está difícil de conseguir liberdade que é algo que gostaria muito porque acho que estou preparado.** Gostaria se for possível ser ouvido pela senhora para que possa ser esclarecido algumas dúvidas que estão na minha cabeça por que apesar dos atendimentos técnicos ainda tenho dúvidas e sendo atendido talvez possa me tranquilizar, pois o fato de ter que ir para outro lugar me deixa muito preocupado. Muito obrigado. FAS”.

(Processo DEIJ, caso FAS, 2008, grifos nossos)

O jovem vai à audiência e em 30/06/08 toma conhecimento da concessão da tutela antecipada em ação de interdição em trâmite perante a Vara Única da comarca da sua cidade de origem. Até aquele momento está na FEBEM, sob a égide da justiça juvenil e do programa de socioeducação, mas desconhece os fluxos intermunicipais estabelecidos na conexão psi-jurídica entre as duas justiças: a juvenil e a cível.

Noutro caso, mais uma estranheza. Um perito do IMESC afirma mudanças das “regras do jogo” da perícia, pois estava diante de uma **situação de exceção** e critica a busca incessante de laudos e provas e do uso do próprio instrumento como respostas aos interesses públicos de punição contínua ao jovem:

“São milhares, provavelmente milhões de laudos se considerarmos a LEP e seus exames criminológicos, aceitos sem avaliação do processo dos co-autores! Então o que significa essa solicitação e essas requisições? Não é muito difícil a resposta, que colocaremos como hipótese no âmbito da psiquiatria social: diante do clamor público mudam-se as “regras do jogo”. A simples mudança na estrutura do laudo já demonstra isso! Em que processos se viram tantos laudos e tantos peritos? É nosso intuito deixar claro que estamos numa situação de exceção, caso contrário se confirmaria o que está no imaginário da maioria das pessoas: de que laudos sempre foram e deverão ser feitos dessa forma, e quem assim não o fez deve, minimamente reconhecer seu erro e refazê-lo, ou ainda, mais grave, arcar com a culpa de todas as discrepâncias que um caso como esse ocasiona!”. (IMESC, caso ACAR, 2006)

O segundo grupo de situações *excepcionais* é apresentado por meio de três narrativas que se relacionam à dimensão política-ético-técnica da Unidade.

A primeira é a situação do primeiro jovem que saiu da UES, que nomeamos como o caso *Fora da UES*. A segunda narrativa é da tentativa de suicídio ocorrida dentro da UES, sua repercussão na trama da Unidade e a desinternação do jovem JOA. A terceira situação, o caso “*prisão perpétua*” do primeiro jovem interno e que permanece atualmente. São três casos analisadores da política da UES.

O caso Fora da UES

A primeira “história que se conta” de LPS foi construída em geral pelos relatórios psicossociais e avaliações psicológicas e pareceres psiquiátricos elaborados durante a sua internação. História produzida no âmbito da justiça, um lugar de objetificações do sujeito:

“A história que se conta de LPS”

O jovem LPS cresceu numa favela situada em região periférica da zona Sul da capital de São Paulo, “em condições precaríssimas”. O jovem era identificado como “órfão e morador de rua” quando foi institucionalizado na FEBEM pela primeira vez em 14/07/2004, aos 14 anos de idade.

Os seus pais viveram maritalmente durante 16 anos até 1996 quando se separam. LPS tem três irmãos: um mais velho e dois mais novos.

Descreve-se que freqüentou a escola até 2003 e, em janeiro de 2004, a escola chamou a mãe alegando que ele não poderia continuar estudando naquele estabelecimento, pois “destoava do grupo de menores”, sendo convidado a estudar em outra escola. A genitora na época o matriculou no CIPS no período noturno, mas o adolescente não freqüentou as aulas. Quando infracionou, logo em seguida, foi encaminhado para a Semiliberdade.

Os falecimentos dos pais têm vários relatos não excludentes, talvez complementares. O pai teria falecido em 2000. Um relato afirma que morreu durante troca de tiros com a ROTA e outro afirma que foi assassinado na porta da escola do filho. A mãe de LPS teria morrido em 2004 em um incêndio. Uma referência narra que “a genitora faleceu vítima de um acidente doméstico – um incêndio na casa onde morava – e como a mesma estava alcoolizada acabou morrendo”; noutro documento a mãe era “negligente e alcoolista” e morreu em incêndio provocado por ela. LPS também perdeu a avó materna naquele ano “com quem tinha forte vínculo”.

Segundo relatórios, o adolescente teria ficado desorientado com o falecimento da genitora. Os tios maternos se prontificaram na época a ajudá-lo, mas contam que LPS sentia-se culpado pela morte da mãe. Teria ido morar com uma das tias, mas depois “fugiu e passou a viver nas ruas”. Os dois irmãos mais novos “foram entregues para lares substitutos” e o irmão mais velho é “egresso da FEBEM e do CDP”.

Relata-se que LPS conviveu com alguns tios maternos. Em alguns momentos, dois deles se responsabilizaram juridicamente por LPS.

Da última vez que saiu da FEBEM, uma tia materna que residia na casa deixada pela mãe dele se responsabilizou por recebê-lo e acompanhá-lo no tratamento num CAPS de São Paulo, onde ele passou pela triagem.

Após a saída da FEBEM, LPS foi preso pelo cometimento do mesmo delito costumeiro em seu histórico processual: apropriação indevida de celular com uso de ameaça verbal. O jovem adulto foi processado por três vezes na justiça penal. Os seus dois primeiros processos foram de fatos ocorridos no âmbito do sistema socioeducativo. O primeiro foi um incêndio contra o patrimônio da FEBEM que resultou na pena de quatro anos em meio aberto. O segundo foi o mesmo tipo de delito, mas contra o patrimônio da UES/SES. Esse último foi julgado como terceiro processo e atuou em sua vida produzindo contenção por quatro anos no sistema prisional.

Segundo este “regime de verdade”, LPS tem dados pessoais e familiares marcados por ausências de cuidado e por violação de seus direitos fundamentais que deveriam ser garantidos e assegurados com absoluta prioridade pela família, sociedade e Estado (artigo 227 da CF, 1988: o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária). Porém, no fluxo dos serviços de atendimento aos

adolescentes autores de atos infracionais de São Paulo, estes direitos apenas acompanharam à distância sua trajetória e quando tangenciaram o adolescente desconsideraram sua “situação-problema”.

A história institucional de LPS, como podemos acompanhar mais detalhadamente a seguir, nos mostra uma trajetória institucional longa (2004-2009), mas de breves passagens com: internamento com restrição total de liberdade por cometimento de ato infracional, progressão de medida para liberdade assistida e/ou prestação de serviço à comunidade, internamento na semiliberdade por progressão da medida, internamento com restrição total de liberdade por descumprimento da medida de semiliberdade e reapresentação espontânea, progressão de medida para liberdade assistida cumulada com medida protetiva e internamento no sistema penal por cometimento de transgressão na UES.

1. 23/09/04 - o jovem foi institucionalizado com prazo indeterminado pela prática de ato infracional equiparada a furto tentado enquanto estava em descumprimento de Semi (por roubo em 14/07/04).
 2. 09/11/05 - a medida foi convertida para LA.
 3. 03/02/06 deu nova entrada na UAI (por roubo), recebendo a aplicação de LA e PSC.
 4. 4/07/06 deu nova entrada na UAI (por roubo qualificado) e cumpriu internação sanção até 06/10/06, quando a medida de LA foi substituída por Semiliberdade e fugiu dois dias depois.
 5. 08/06/07 se apresentou espontaneamente nove meses depois da “fuga”. Esteve em cumprimento de internação sanção, cujo prazo de encerramento estava previsto para 09/08/07.
 6. 18/06/07 o Egrégio TJ-SP reformou sentença anterior e determinou aplicação privativa de liberdade e em 08/08/07 sofreu regressão de medida socioeducativa e foi para a internação.
 7. 08/04/08 foi transferido para a UES.
 8. 12/09/08 retornou para a FEBEM.
 9. 10/10/08 o jovem foi inserido novamente em medida de LA, após reavaliação da ETJ e avaliação do NUFOR/HC/FMUSP, com medida protetiva de tratamento em CAPS.
 10. 16/03/09 foi preso e responde a processo na esfera criminal ainda na ação da operação UES que produziu um BO a partir de ato de incêndio cometido durante sua internação na UES que efetivou uma sentença de quatro anos em regime fechado para o jovem.
- (Resumo da trajetória institucional de LPS no sistema de Justiça com base no processo)

Sabendo que o histórico infracional de LPS envolve majoritariamente atos infracionais de leve impacto, chama nossa atenção que LPS foi, então, encaminhado para o equipamento da UES mesmo descumprindo um dos requisitos do perfil definido pelos decretos da Unidade (histórico de ato infracional grave). O argumento do CONTINUUM INTERNAMENTO era pela intensificação do atendimento ao jovem “epiléptico” e “anti-social” como apontado em seus exames anteriormente mencionados.

Durante todo o processo de internação, LPS comete nove auto-lesões com lâmpadas.

Os atos de auto-lesão tinham como principal encaminhamento, realizado pelos profissionais da socioeducação e da SES, o registro do acontecido na Delegacia, com produção de vários boletins de ocorrência. A ação psi (“avaliações” ou atenção direta no cotidiano do cumprimento da internação), tanto na FEBEM como na UES, se restringia à contenção do corpo auto-lesionado. As referências à análise da auto-lesão, nas avaliações, nos comunicados internos e informes ao órgão corregedor e, inclusive nas audiências de seu processo, produziam sua criminalização. No período de internação na UES, a auto-lesão corroborava, pela leitura do diretor da UES e do psiquiatra, a sua conduta anti-social:

“Provocou incêndio na Unidade, é reincidente em tal prática. Indagado a respeito o interno alegou que o fato ocorreu acidentalmente, quando ele acendia filamentos de papel higiênico para espantar insetos alados, tipo pernilongos. Em outra oportunidade quebrou uma lâmpada e **auto-mutilou-se no braço. É seu comportamento habitual provocar ferimentos para chamar atenção, vingar-se ou tentar sair da unidade** (OS, IML, Etc).”

(Relatório do Psiquiatra da UES de 13/05/08, grifos nossos).

Seus pedidos e reações eram vistos como *indisciplina e descontrole*. Em BO de 11/08/07, registrou-se que:

“Solicitou um pedido de atendimento para os agentes e eles informaram que teriam que ter uma autorização da enfermaria e o adolescente se alterou e agrediu o agente com socos, chutes e cabeçadas. O outro agente tentou conter o menor que estava descontrolado. O adolescente dominado e encaminhado ao setor de enfermagem, medicado e conduzido a uma consulta com o Psiquiatra no PS Lapa, sendo medicado com calmante e dispensado e retornado à Fundação Casa. Está sempre ocasionando atos indisciplinares e toma medicamento tarja preta”.

O caso de LPS analisa certas táticas de governo dirigidas a essa *população*⁷³. À medida que o jovem vai intensificando os seus modos de enfrentamento do sistema de atendimento, por exemplo, com a realização de extensivas auto-lesões, essas se transformam em meros boletins de ocorrência. Nas páginas do processo, essa documentação é interpretada pelos técnicos como “manipulação superficial” de agressão a si próprio para ser atendido em seus desejos *impulsivos* e *imatuross*. Em nenhum momento os profissionais presentes na história de LPS pareciam legitimar essa demanda de existência do sujeito.

O Decreto da UES determina *atendimento humanizado*. Mas, como consta em reavaliação feita por psicóloga da Equipe Técnica do Juízo do DEIJ - a mesma que sugeriu seu

⁷³ O termo população é um dos modos como LPS é falado. A equipe técnica da Semiliberdade, ao informar ao juiz fuga de LPS em 16/10/06 relata: “ele não faz mais parte da nossa população”.

encaminhamento para a UES no ano anterior - essa situação configurava-se *gravíssima violação de direitos*, visível no relatório pela caixa alta adotada pela psicóloga que sugere retorno para Unidade de Internação da FEBEM.

“O jovem descreve uma rotina de absoluta ociosidade em tempo integral, já que NÃO HÁ NENHUMA proposta de atividade em andamento. O ‘tratamento’ se resume à hipermedicalização (“fico grogue o dia inteiro”-sic), mas ignora os remédios que estão sendo-lhe ministrados diariamente (“só sei que me dão psicotrópico 02 vezes por dia”- sic). Tanto que o rapaz vitalizado, contestador, inquieto e agitado que eu atendi outrora, hoje mostra-se um ‘zumbi’: ele está INCHADO, LENTIFICADO, DESORIENTADO E ABSOLUTAMENTE IMPREGNADO, possivelmente em decorrência de intoxicação neuroléptica. O atendimento médico-psiquiátrico limita-se a consultas semanais brevíssimas (“uns 5 minutos no máximo, o Dr. pergunta se tá tudo bem e manda embora” – sic). Atualmente, o manejo institucional deste caso limita-se à ‘psiquiatrização’ das múltiplas e graves demandas do jovem, e desconsidera amplamente a marcada dimensão social dos seus transtornos adaptativos. Considero que o ressurgimento do conceito de „periculosidade” no sistema sócio-educativo, na contramão da Reforma Psiquiátrica, coloca-se como uma decorrência direta do fracasso intrínseco da medida socioeducativa em razão de suas graves insuficiências e crônicas deficiências” (Relatório de 26/05/08).

Em outra passagem, LPS é avaliado por um psiquiatra. O psiquiatra, em sua função de perito, relata que a descrição do adolescente é *anedótica* e conclui que, a partir de sua análise técnica, o discurso do jovem é representativo do alto nível de sua “periculosidade”. Essa avaliação psiquiátrica é feita a partir do encontro entre o profissional psi e o adolescente. Segundo perito do NUFOR, LPS descreve que, na companhia do seu irmão, realizou vários homicídios subseqüentes. Porém, de acordo com os registros dos processos socioeducativos do jovem, os seus atos infracionais em sua maioria envolveram abordagens sem uso de armas para furto e/ou roubo de celular, ainda frustradas em flagrante por policiais (consta em seu histórico infracional um porte de arma). A cena é analisadora tanto do descuido a esse jovem que de certa maneira esteve com um profissional da saúde, como dos jogos de *saber-poder* que circulam nessas relações.

“Após a morte de sua mãe, LPS e seu irmão cometeram seu primeiro assassinato. Renderam e alternaram-se espancando um casal de japoneses que eram vizinhos e dos quais tinham raiva, pois costumavam discutir com sua mãe e ofendê-los. Depois do espancamento esfaquearam os dois repetidas vezes, roubaram um carro e uma moto e foram para a praia. Depois desse episódio assassinou dois policiais que estavam disfarçados tentando comprar drogas na favela em que trabalhava. Este assassinato foi cometido junto com outros criminosos. Durante um assalto a uma residência cometeu seu quinto e último assassinato, atirando em um vigia noturno. **LPS conta esses casos de forma anedótica. Acha tudo normal, dá risada e diz: ‘pode escrever aí tudo isso que não pega nada’.**

(...)

A personalidade de LPS e as conseqüências desta em seu comportamento (imprevisibilidade e periculosidade) têm poucas chances de melhorar com o tratamento.

LPS em nenhum momento demonstra arrependimento, sofrimento, ou intenção de evitar novos assassinatos. Compreende a ilegalidade e imoralidade de seus atos, mas não liga. Em minha avaliação, LPS representa risco para a sociedade pois a chance de cometer assassinatos novamente é alta, dependendo apenas da oportunidade aparecer, uma vez que o adolescente não tem a capacidade de refrear seus impulsos e não valoriza a vida humana. Não vejo possibilidades destas características de personalidade mudarem em curto prazo, e mesmo em longo prazo as chances são pequenas. LPS necessita atenção psiquiátrica e psicológica intensiva constante” (grifos nossos) (NUFOR, 2007).

O caso LPS, ponderado individualmente, demonstra a mecânica *grotesca* de poder que, segundo Foucault (2002a), é antiqüíssima no funcionamento político das nossas sociedades. O discurso *ubuesco*, ridículo e grotesco, incide no discurso psiquiátrico participante dessas táticas. Uma “síntese coercitiva que assegura a transmissão do poder e o deslocamento indefinido de seus efeitos” (p. 19). Para Foucault, essa série de desdobramentos psiquiátrico-penais em que acontece uma introdução de duplos sucessivos está no âmago da prática judiciária. Não se trata de uma instauração de outra cena (discurso psiquiátrico substituindo a matéria penal), mas de desdobramentos de elementos da mesma cena.

Foucault (2002) trabalha a estratégia *ubuesco* em seu curso “Os Anormais” para discutir as relações verdade- justiça em que localiza discursos científicos alheios à regra que são compreendidos como “discursos que fazem rir”. O *Ubu Rei* (2007) é uma peça de teatro do dramaturgo Alfred Jarry encenada pela primeira vez em 1896 como “misto de paródia, sátira grotesca e farsa obscena” (p. 11). O texto é formado por incoerências de falas e de ações.

As avaliações psi permitem dobrar o delito, tal como é qualificado pela lei, com toda uma série de outras coisas que não são o delito mesmo, como as auto-lesões de LPS. A prática grotesca ainda se vale de uma série de comportamentos e de maneiras de ser desse jovem que, jocosamente, em um processo de avaliação, relata histórias de seus delitos de forma anedótica tomado por risadas e ainda declara: ‘pode escrever aí tudo isso que não pega nada’.

No discurso do perito psiquiatra serão apresentadas essas análises baseadas nesse encontro como a única e exclusiva causa, origem, motivação e ainda ponto de partida do delito que, no caso, conforme histórico infracional de LPS, nunca ocorreu.

A prática judiciária em sua ponta, no julgamento do destino desse jovem, permite instaurar o discurso mais severo e privar a liberdade de LPS para regular com seus procedimentos arbitrários a vida do jovem. A avaliação psi de LPS fez surgir e produziu ao DEIJ objetos de intervenção judiciária pela punição de um sujeito que passa a ser tomado como *sujeito perigoso* com uma história delituosa, principalmente demarcada por suas ações de auto-lesão, ou mesmo de tentativas de incêndio contra seu próprio colchão na FEBEM e na UES. O jovem LPS com sua “orfandade” é um cidadão “carente” e de “família desestruturada” que transgeracionalmente teve demarcada sua vida e foi inscrito como um indivíduo de alta periculosidade. Ele passou do seu ato delituoso, seja o furto cometido ou a auto-lesão realizada, a uma conduta de indivíduo de alta periculosidade e de história infracional grave, não podendo ser outra coisa senão a figura colada em seu próprio possível ou eminente delito.

O parecer psiquiátrico citado torna-se referência para que o diagnóstico do TPAS seja estabelecido como *verdade*. Essa relação verdade-justiça se desdobra em uma mesma cena, em que o perito anuncia a descoberta inusitada de uma verdade que se impregna na carreira de LPS. Esses cruzamentos da instituição judiciária com o saber médico produzem uma zona constituinte de discursos verdadeiros legítimos aquém das regras dos discursos científicos. O exame psiquiátrico, instrumento de avaliação, oferece subsídio para situar a ação punitiva do Poder Judiciário num corpus geral de técnicas de transformação dos indivíduos:

“O exame psiquiátrico permite constituir um duplo psicológico-ético do delito (deslegalizar a infração tal como é formulada pelo código para fazer aparecer por trás dela seu duplo, que com ela se parece como um irmão) e que faz da infração não mais uma infração no sentido legal do termo, mas uma irregularidade em relação a certo número de regras que podem ser fisiológicas, psicológicas, morais, etc” (Foucault, 2002a, p. 21).

Com isso, o juiz não vai condenar mais o crime ou o delito, o que o juiz vai julgar e o que vai punir são as condutas irregulares do transgressor que simbolizariam o próprio “sujeito criminoso”. Aqui a UES é investida de função tratamento para atos qualificados pela agressividade e impulsividade.

“comprovou-se com a avaliação psiquiátrica que o adolescente **é portador de grave disfunção psíquica**. É igualmente duvidoso que o adolescente não poderá permanecer em unidades comuns de internação, pois **apresenta impulsividade e agressividade** e recusa-se a tomar medicamentos e, em decorrência disso, está pondo sua integridade física e a dos demais adolescentes em risco. Constan dos autos notícias de inúmeros **envolvimentos em atos indisciplinados, como autolesões, agressões físicas a outrem, inclusive ao corpo de funcionários e até mesmo chegou a investir fisicamente contra a médica** que o atendeu na Fundação Casa, além de diversos **atos danosos e desordeiros na Unidade** em que estava e na atual. Em face desse quadro, a equipe técnica judiciária em estudo psicossocial efetuado anteriormente indicou a necessidade de encaminhamento à Unidade adequada para tratamento. No mesmo sentido, em 15/02/08, os técnicos da Fundação Casa sugeriram o encaminhamento do adolescente à UES, a fim de garantir a sua integridade física e possibilitar seu tratamento médico. Assim está evidenciado que o caso exige urgente providência, a fim de **evitar riscos à vida do próprio adolescente e dos demais internos e funcionários da Fundação**, e também garantir tratamento adequado” (grifos nossos) (DEIJ, 24/03/08).

Nota-se, pelas complementações feitas entre as decisões dos juízes e as informações inquestionáveis apresentadas pelos psiquiatras, a relação entre o médico-juiz e juiz- médico, onde um se apropria do discurso do outro e a fala de um é a do outro. O médico busca descrever os traços de criminalidade e instrui as decisões jurídicas ao responder como o sujeito lida com a culpa que ele necessariamente deveria possuir. Caso contrário, é enquadrado na conduta anti-social, do indivíduo *perigoso*. Enquanto isso, o juiz julga, conectado com os dizeres médicos, fazendo citações dos discursos psiquiátricos e corroborando os encaminhamentos propostos.

Os dois saberes - jurídico e médico - coadunam um processo de contenção-tratamento desse sujeito, sendo esse objeto de “reparação”, de “readaptação”, de “reinserção”, de “correção”. Por isso, é viável, no caso de LPS que cometeu uma tentativa de furto, receber medidas restritivas de liberdade, pois sua “personalidade” foi colocada em análise e precisava ser tratada.

“A internação é necessária a fim de ressocializar o adolescente, cuja conduta reiterada e desajustada ao meio social não o qualificam para a liberdade. Vale a pena reafirmar que o adolescente já foi anteriormente inserido em medida socioeducativa a qual não surtiu efeito ressocializador tanto assim que praticou novo ato infracional. **A medida socioeducativa deve levar em conta as necessidades pedagógicas e protetivas ao próprio desenvolvimento do menor como membro de unidade familiar e de sua comunidade**. Aplicar medida mais branda ao adolescente é oferecer-lhe, de imediato, nova oportunidade para práticas infracionais, porquanto, **inadmissível que o adolescente provendo de boa família, de uma hora para outra e do nada, participasse de tão grave conduta infracional**. Nessas circunstâncias a **segregação do adolescente é indispensável**, possibilitando a este melhor acompanhamento direcionado à sua recuperação. Não é conveniente em tais hipóteses, liberar o adolescente sem que haja elementos que convençam da real possibilidade de sua ressocialização longe do controle do Estado”

(Termo de audiência de 23/09/04, grifos nossos)

Em audiência, um Juiz de uma das Varas da Infância e Juventude de SP questiona a fala do Promotor Público sobre a necessidade de tratamento da personalidade de LPS, justificada “para que introjete normas mínimas de convivência em sociedade, sem o que não terá condições de integrá-la como indivíduo adaptado e útil” (MP, 29/03/06). O juiz da VIJ posiciona-se:

“Tratar e reverter o adolescente ou a sua índole infracional latente é coisa que não se compreende à luz da Doutrina da Proteção Integral e do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, **pois o ato infracional não é sintoma de doença ou periculosidade como outrora se considerou, especialmente e mais recentemente nas culturas de índole autoritária.** (...) Tornar adolescentes indivíduos adaptados e úteis, isto já é perigoso, **tentação autoritária** que não se compreende nas finalidades da MEDIDA socioeducativa como acima delineado, havendo o juízo que repudiar firmemente e com a convicção do Estado de Direito tal coisificação da pessoa humana. **Medida socioeducativa não é meio de redenção moral de adolescentes que não serão tornados coisa alguma, mas respeitados na medida e de acordo com as suas especificidades de pessoas em condição peculiar de desenvolvimento** como manda a Constituição da República. Menos ainda terão os adolescentes de se tornarem **indivíduos úteis e adaptados.** (...). Não há na Constituição da República, e nem no ECA, um único dispositivo que permita concluir pela afirmada finalidade utilitarista e adaptativa do processo e da medida socioeducativa tal qual vislumbrado pelo autor. De outro lado, argumenta o autor da ação sócio-educativa com o registro de passagens anteriores. A expressão empregada, posto que ranço do superado direito do menor, há que ser entendida como suposta alegação de que a hipótese é de reiteração infracional nos termos do art. 122, inciso II, do ECA. Ocorre que o fato em questão se constitui em mero pressuposto da medida, de modo que ainda é insuficiente para demonstrar a necessidade da medida alvitada nos termos do §2 do artigo 122 do ECA, interpretado à luz do Princípio Constitucional da Excepcionalidade da Privação da Liberdade” (...) é curioso que depois do recente cumprimento de medida privativa de liberdade o estado ainda esteja a postular a internação para curar o adolescente” (Decisão proferida pelo Juiz da 1ª VIJ em 29/03/06, grifos nossos)

Nota-se nessa decisão vozes “garantistas” alinhadas com os argumentos da Defensoria Pública apresentados no capítulo 3, em que na análise de Méndez (2000) são práticas do “neo-menorismo” a partir de uma leitura “tutelar” das disposições garantistas do ECA ou ainda práticas fundamentadas em um modelo menorista historicamente construído.

Naquele momento, devido sua leitura da proteção integral, o Juiz aplicou LA de 6 meses e PSC de 3 meses. O Promotor, porém, apelou por meio de recurso no Tribunal de Justiça de São Paulo para reformar decisão do Juiz – o que de fato ocorreu. A decisão de 29/03/06 foi modificada em 18/06/07 por nova decisão do Egrégio TJ de SP.

“Considerando capacidade, circunstância e gravidade da infração; ter o adolescente praticado comprovadamente o roubo tentado demonstra “por si só, grave desvio de conduta, a indicar necessidade de acompanhamento pelo Estado”. “Segue-se que, em proteção ao menor e à sociedade, a segregação mostra-se a medida mais adequada, pois

o ato infracional e a personalidade do agente indicam desajuste social, **falta de freio moral** e respaldo familiar apenas aparente, não recomenda medida diferente da internação... devido gravidade do ato [...]”.

(Decisão proferida pelo TJ-SP, 18/06/07, grifos nossos)

A história do modo como LPS vai sendo objetificado é emblemática, pois como bem expôs o juiz referido na última citação, os discursos que fundamentam as decisões jurídicas são baseados em modos de operar com os jovens autores de atos infracionais que datam dos Códigos de Menores⁷⁴.

Pelo caso LPS, percebe-se que o fluxo do “tratar” opera no século XXI, inclusive com encaminhamento de jovens para equipamento tipo a Casa de Custódia e Tratamento, só que para “menores abandonados e com diagnóstico de psicopatia”: a UES. Mas é claro que com novas configurações e novos discursos, bem mais sutis e mais “moderníssimo” e de “alta tecnologia médica” (como consta em correio eletrônico trocado entre SES-SP e FEBEM –SP).

Nota-se, pela internação de LPS baseada em justificativas psiquiátricas, que a figura de “exceção” atravessa a constituição da UES. LPS é o caso “fora” da UES, visto que se entendeu ter havido um equívoco no encaminhamento do jovem para lá, não só porque seu ato infracional era “pífio”, (como disse o Defensor Público em 29/04/08 em defesa do jovem se referindo ao histórico infracional), como também e principalmente, por parecer ter algumas demandas ditas de saúde mental (“epiléptico”). No entanto, o equipamento de saúde denominado Unidade Experimental de Saúde não suporta as atuações de LPS e também não consegue propor *projeto terapêutico* ou de *socioeducação* para ele.

A UES seria para atender “sujeitos perigosos” e com diagnóstico de TPAS, mas LPS estaria “fora” também desse crivo, pois materialmente sua infração não contempla atos contra a vida. A produção do perigoso LPS advinda do discurso psi-jurídico é tangenciada pela prática burocrática da gestão da criminalidade, e o jovem tornou-se amostra do crivo UES: o TPAS. De fato mero desvio administrativo do circuito avaliativo e do CONTINUUM INTERNAMENTO, pois a sua própria história infracional de baixo impacto social subsidiará sua desinternação da FEBEM. Mas a situação de exceção à regra logo compõe a gestão administrativa do crime e se desdobra para o

⁷⁴ Os Códigos de Menores de 1927 e 1979 são os primeiros marcos legais reguladores do campo da infância e adolescência que atuavam em uma perspectiva de punição da infância e juventude pela sua condição de pobreza e investiam em estratégias de controle social por meio de recolhimento e contenção de crianças e adolescentes empobrecidos.

âmbito da vida adulta de LPS. Ele foi novamente privado de liberdade (em 2009) pelo ato de incêndio na UES e história criminosa de roubo de celular, fundamentando o argumento do juizado de alto nível eminente de potência transgressora, e passou a ser contido na máquina prisão de contenção e reeducação.

De acordo com a história objetivada do jovem, esse seria provavelmente um caso com demanda de cuidado e atenção pelo campo da saúde. Claro que articulado em ações políticas e sociais e com a rede de saúde pública para garantia daqueles direitos fundamentais anunciados na CF (1988).

Na história que se conta de LPS, o jovem é situado em um contexto de perdas e lutos (como a morte de seus pais e a ausência de moradia) e seus atos de auto-lesão – que demandam escuta qualificada – são contrariamente investidos numa movimentação fabricada de criminalização do seu sofrimento circunscrito em seu corpo. Contudo, como anunciado anteriormente, o jovem continua sob o CONTINUUM INTERNAMENTO, em prisão total (até junho de 2010).

Cabe problematizar o jogo de negativa de atendimento ao jovem LPS no equipamento UES. O dispositivo de tratamento do *indivíduo perigoso* não comporta o atendimento ao sujeito com qualquer demanda de assistência. Nem pela via da proteção e cuidado, imposto à SES, pelo Poder Judiciário, o jovem foi assistido.

Em análise da estratégia da abordagem pelo diagnóstico do sujeito perigoso como disparador de produção de assistência, Foucault (2006e) analisa, na história da psiquiatria do estudo dos “débeis” no século XIX, que: “a noção de perigo se torna a noção necessária para converter um fato de assistência num fenômeno de proteção” (p. 278). No caso do TPAS, o discurso e práticas interpostas a esse diagnóstico não permitem a operação da proteção e atenção ao indivíduo, pois isso não é o objetivo da MÁQUINA UES. Não está em jogo um caminho alternativo de cuidado e assistência como se propunha no século XIX aos “débeis”, ao contrário, é um *dispositivo* de controle e contenção.

LPS passa de um código a outro: da justiça à psiquiatria, por exemplo, para poder ser internado na UES. Esse caso nos mostra o quanto os critérios de inclusão no campo são fluidos. Ele demonstra como é possível criar a categoria do “perigoso” e em seguida ser capturado por outras categorias, como do “epiléptico”. Mas não importa em que categoria LPS esteja. A UES constitui uma *zona de anomia* (Agamben, 2002), esse lugar que “não existe”, que é um “quase lugar ou uma quase função de exceção em que

ocorre uma quase “autorização/legitimidade” de sua morte civil por um pressuposto de “periculosidade”. Permite-se a entrada e saída de LPS dependendo dos investimentos de alguns tipos de saberes psi-jurídicos conectados com relações de poder que forjam indivíduos “perigosos” e de “conduta anti-social”.

Com essas intervenções médicas-jurídicas, a UES pôde ser implementada com efeitos de normalização por meio de técnicas interligadas a essa composição psi-jurídica que detêm regras próprias, para além do regulamento e consenso de normas vigentes nos dois saberes, seja por suas leis nos códigos jurídicos e manuais de “transtornos mentais”, seja por suas práticas em seus estabelecimentos próprios: o tribunal ou o hospital. Como nos ensina Foucault (2002a), é no jogo entre as duas instituições que se estabelece o *poder de normalização*.

As técnicas de normalização e os poderes de normalização ligados às instituições médicas e judiciárias não são apenas efeito do encontro, da composição, da conexão entre o saber médico e o poder judiciário.

Esse poder de normalização coloniza as relações poder-saber dos poderes judiciário e psi. Nas fronteiras psi-jurídicas outras relações de poder emergem na cena teatral do fórum e apóia as duas instituições do saber médico e do poder judiciário. Esse poder de normalização atua com autonomia e regras próprias. Nesse jogo entre as duas instituições se estabelece o poder de normalização onde se cruzam a norma da disciplina e a da regulação. Essa tática de poder regula o corpo à população e toma posse da vida de LPS. Esse biopoder que regula a população representada pelo caso LPS é composto por situações grotescas que permite a execução de políticas de exceção em que a norma é aplicada e desaplicada de acordo com os jogos de saber-poder-verdade.

O caso da tentativa de suicídio na prisão-hospital “atípica”

A segunda situação da engrenagem da UES que identificamos como excepcional se dá na ocorrência de tentativa de suicídio de um dos jovens internados.

A situação da tentativa de suicídio do jovem JOA é um evento que produz um impacto na “operação UES”. A primeira estranheza desse caso foi a prática da SAP como referência principal da UES. Quando ocorreu a tentativa de suicídio, a comunicação feita ao Juízo responsável pelo caso, o Juiz Cível, ocorreu pela Segurança

da Unidade e não pelo Diretor da Unidade ou Médico Psiquiatra, responsável por seu acompanhamento.

A segunda estranheza é a constatação da dinâmica ociosa da unidade em que nem mesmo o circuito psi de avaliações funciona com regularidade.

Dentro da UES, tal como acontecia na FEBEM, o desenvolvimento dos jovens internos é continuamente avaliado, mas com prazos diferentes (Anexo 5). Os prazos na UES são estabelecidos pelo Poder Judiciário que demanda informações à SES e determina as perícias frente aos órgãos oficiais. A maioria das avaliações foi produzida pelo NUFOR, já que era o responsável por trabalhar na assistência aos jovens.

Nota-se em alguns casos, pelas avaliações realizadas após o internamento na UES, como o ritmo de atuação é lentificado. Essa mudança de ritmo fica clara na análise dos quatro processos cíveis a que tivemos acesso, em conjunto com o documento-sindicância. Nos casos de DCS, GFC, JOA e FAS, as avaliações são feitas, em média, a cada 10 meses.

O MP do processo cível de JOA indaga:

“No entanto, necessário reconhecer que os argumentos tecidos pela Defensoria são extremamente graves e exigem melhor apreciação, envolvendo inclusive violação de direitos fundamentais. Diante disso, requiro:

- a) seja oficiado ao local onde JOA se encontra internado **solicitando avaliação atualizada de sua situação, firmada por psiquiatra**, abordando, inclusive, a possibilidade de liberação, devendo ser encaminhado, ainda, cópia de todas as **avaliações realizadas no período de internação e relatório circunstanciado do caso desde o ingresso do interessado na unidade** (prazo: 10 dias); b) seja **oficiado à Secretaria de Saúde, com cópia da manifestação a fls. 616/640, solicitando informações acerca da unidade, notadamente como é feito o acompanhamento e tratamento médico dos internos e qual a estrutura física e de pessoal do local**. c) seja encaminhado cópia da manifestação a fls 616/40 para o **MP da capital para conhecimento e providências**”.

(caso JOA, MP cível, 19/11/08) (grifos nossos)

A terceira estranheza é o fato das avaliações passarem a conformar uma negativa à contenção dos jovens TPAS, pois as intervenções terapêuticas não teriam legitimidade científica comprovada. As avaliações acusam em sua maioria a impossibilidade de tratamento dos jovens da UES, informando que: é impossível garantir a análise de reincidência criminal, além do que não há fundamento teórico-técnico que garanta mudança de personalidade, ficando claro, segundo as avaliações, que dos sete casos analisados no final de 2008, apenas dois se aproximariam do diagnóstico de personalidade anti-social: os jovens ACL e GFC. Mesmo nesses dois casos, clarifica-se

que a estadia na UES tem a finalidade de mera contenção deles em benefício de defesa da sociedade.

Esse momento da história da UES é marcante à medida que os casos dos jovens foram descritos individualmente no DOCUMENTO-SINDICÂNCIA e referidos caso a caso, expondo o efeito UES na vida desses jovens. Assume-se ainda a impossibilidade de prescrição futura da transgressão, colocando novamente em questão o conceito de periculosidade e o governo da vida desses jovens pelo saber-poder psi-jurídico que os controla em nome da defesa social.

Como o programa da máquina UES se restringe a atender eventuais episódios de doença de ordem clínica e/ou psiquiátrica, caso confirmado o diagnóstico de “transtorno de personalidade”, o NUFOR e a SES afirmam que não há possibilidade terapêutica de tratamento. E ainda, no caso de diagnóstico de “transtorno grave de personalidade”, consideram que não há que se reavaliar o jovem, posto que não existe recidiva nem medicação para tratamento de tal problemática.

O próprio diretor da UES/SES declara a improdutividade da máquina UES e o juiz que regula a internação compulsória do jovem JOA reformula sua decisão e libera-o, após intensa mobilização no caso decorrente de sua tentativa de suicídio nas dependências da Unidade.

“Contudo, não é possível a segregação da liberdade do interditando, por tempo indeterminado, notadamente quando os profissionais da área da saúde constataram que a internação não possui qualquer papel terapêutico do ponto de vista médico-psicológico e não é considerada a modalidade de tratamento adequada ao caso do interditando, já que ele possui íntegra sua capacidade de entendimento e de autodeterminação de seus atos”. (grifos nossos)

(caso JOA, Juizado Cível, 2009)

Esse caso irrompe nos processos dos jovens UES (pois a tentativa de suicídio e ausência de tratamento foi comentada pelos advogados de defesa nos outros processos), provocando uma linha de fuga à situação da máquina que vinha funcionando com poucas regulações estabelecidas e sem regulamento técnico formalizado para o TPAS “incurável”.

Devido ao ócio do prometido tratamento de TPAS, JOA aguardará a conclusão do processo de interdição civil na companhia de sua família sem restrição de liberdade, já que foi revogada a sua internação psiquiátrica compulsória.

O processo de regulação da UES foi ocorrendo nas objetivações da vida dos jovens na MÁQUINA UES. A operação executada constitui com a biopolítica uma

estratégia do biopoder em que o adestramento dos corpos juvenis, a disciplinarização na rotina da UES (ociosa, porém regulada) e procedimentos padronizados de avaliações (mesmo que de intervalos longos) atuam no corpo-máquina configurando uma anátomo-política. Essas duas formas, a biopolítica e a disciplina coadunadas produzem gestão da vida, o fazer viver e o deixar morrer. Pela regulação da população, essa política do fazer viver se investe de produção de positividade da vida (Foucault, 1977 e Foucault, 2002b).

O assujeitamento dos corpos na prisão-hospital UES integra um sistema de controle filiado a uma política de saúde com estratégia de regulação da população juvenil transgressora.

O deslocamento e ampliação do campo produtor da sanção funciona. Para além do juiz, o saber psi, na figura de *juízes paralelos*, participa do processo das decisões das táticas políticas de controle dos jovens autores de atos infracionais.

O caso “prisão perpétua”

O caso ACAR foi o primeiro internamento na UES, aquele que sofreu no fluxo do circuito avaliativo várias interposições psi (com diagnósticos controversos), pois o código entre os saberes psi-jurídicos ainda não possuía naquele momento (2006-2007) um conjunto de procedimentos ordenados: diagnóstico TPAS-suspensão da medida socioeducativa- medida protetiva- interdição civil- internação psiquiátrica compulsória em nome da proteção e do direito à saúde.

Frente às primeiras estratégias de contenção e proteção de ACAR propostas pelo magistrado do DEIJ, promotor público, gestor da saúde e da SJDC/FEBEM, o Defensor do caso ACAR, em 2007, afirmava: “O jovem pede seja tratado como um fim em si mesmo e pede para não servir de instrumento para a transformação das políticas públicas de saúde mental vigentes”. Contudo, é no campo da política de saúde mental que os saberes e poderes psi-jurídicos estão produzindo ou revivendo normas para regular a “população FEBEM”. O caso ACAR será o primeiro grande âmbito destas disputas, que se dramatizarão nos destinos mesmos do jovem, mas também nos das políticas (como não queria a defesa), ensejando uma sequência de exceções. A primeira foi em 2004 quando a FEBEM solicitou a manutenção do internamento do jovem (posteriormente a assessoria jurídica foi advertida). Situação de exceção é questionada pelo MP: “Fato inusitado nestes autos!”. O MP do DEIJ seguindo o argumento da

Defensoria explica:

“Nos aproximadamente 5000 feitos em andamento no DEIJ sobre experiência de medida socioeducativa de privação de liberdade este é o único em que a assessoria jurídica da FEBEM intervém, indevidamente, para dar parecer de cunho jurídico pela não liberação do interno. Nos termos do art. 94 do ECA a FEBEM deve apresentar relatório regulares, multidisciplinares, com a evolução da medida. A solução jurídica cabível ao caso cabe ao Judiciário, ainda às partes, MP e Defesa. Diante disto, requeiro o desentranhamento de fls. 192 e a devolução de quem de direito”. (MP DEIJ, 2004).

A primeira situação excepcional do caso ACAR é essa solicitação de contenção indeterminada pelo próprio serviço de atendimento, tornando exígua para o jovem qualquer possibilidade de vida fora de uma situação de enclausuramento. Nessa fase chama à atenção a movimentação e atuação do MP DEIJ que fala à imprensa sobre o caso, informando que solicitaria novas avaliações, já que as ofertadas até o momento pela junta médica do IMESC não implicavam a “periculosidade latente” e não tinham objeções à sua desinternação. O técnico do IMESC aparentemente discorda do Promotor:

“Desnecessário (?) ratificar que o examinando **não se encontrava, nem se encontra, preso, ou em medida de segurança**, mas internado em medida socioeducativa embora não seja esse o entendimento do senso comum. Que se houvesse alguma dúvida, e algum instrumento legal em que se apoiar, nenhuma diferença ao nosso ver ocorreria em função do **diagnóstico de psicopatia ou deficiência mental com descontrole de impulsos agressivos. De ambas poderia o MP inferir a periculosidade, inúmeros dados não faltam aos laudos** para isso, e propor sua sugestão. Inclusive na referida reunião (planejamento de projeto de desinternação), melhor contexto até então, pois estavam ali presentes todos os envolvidos no caso. Mas não o fez, e para nossa surpresa **declara (MP) à imprensa que havia sido pedido novo laudo e inclui nos autos manifestação de seu descontentamento com os resultados dos laudos e solicita nova avaliação pelo IML.**

(IMESC, 2006, grifos nossos).

A segunda situação excepcional do caso ACAR ocorre quando o MP vai à imprensa e coloca em questão os laudos do IMESC. O campo jurídico é tensionado pelo campo psi na disputa da rede psi-jurídica com exposição na imprensa das tensões existentes nessas fronteiras. A inferência da figura da periculosidade, segundo o IMESC, já estava composta no processo, pois os dois diagnósticos, TPAS e “deficiência mental” com descontrole, compunham as *provas*. Misturam-se as figuras do “psicopata”, do “deficiente” e do “epilético”. O IMESC argumenta, porém, que as decisões jurídicas cabem aos saberes e fazeres do juiz. Percebemos a relação de verdade produzida pelas instituições jurídicas e instituições qualificadas pelo saber legítimo da

ciência que põe em jogo a articulação desses saberes que em uma imbricação se tornam alheios às suas regras singulares:

“[...] nesse ponto são formulados enunciados que possuem o estatuto de discursos verdadeiros, que detêm efeitos judiciais consideráveis e que têm, no entanto, a curiosa propriedade de ser alheios a todas as regras, mesmo as mais elementares, de formação de um discurso científico; de ser alheios também às regras do direito e de ser, no sentido estrito, como os textos que li há pouco para vocês, grotescos” (Foucault, 2002a, p. 14-15).

Nesse enlace psi-jurídico, tanto o caso LPS, quando os casos ACAR e JOA são alvo de estratégias de controle social que os lançam na posição de *vida nua*: a vida que pode ser descartada, pois foi empurrada para fora dos limites do contrato social e da humanidade (Agamben, 2002), uma vez que se trata de eliminar esses “indesejáveis” da circulação e da vida pública.

A terceira situação excepcional do caso ACAR se dá quando o MP pede a pena de morte:

“A propósito disso, este subscritor está absolutamente convencido que a correta medida a ser aplicada deveria de ser a morte do adolescente, se possível fosse, mesmo sendo menor irresponsável”. (Promotor de Justiça, Processo socioeducativo caso ACAR, 21/06/04)

Nesse momento, fica evidenciado o campo político da UES. A UES funciona numa zona de indiferença, uma zona ilocalizável. Essa *anomia* permite a enunciação da “*demonização*” (Defensoria Pública, 2006) de ACAR enunciada pelo promotor em nome da defesa social impressa pela opinião pública. Essa proposição da “morte” de ACAR retoma emblematicamente a proposta do PROJETO UES de custódia e isolamento dos “verdadeiros psicopatas ineducáveis”. A máquina opera um jogo de continuum internamento com jovens perigosos e “intratáveis” em prol da proteção social, desmembrando o processo de gestão da criminalidade juvenil.

Apesar de similitudes, constata-se mudanças nas formas de controle social exercidas no processo de criminalização e encarceramento no contemporâneo (Batista, 2005). O projeto de “tratar” os infratores ainda perdura como prisões-depósitos, ou hospitais-depósitos, ou ainda, prisões-hospitais-depósitos. O endurecimento penal (Kolker, 2005) se dá no Brasil e no mundo com o entendimento de que há tendências criminosas incuráveis que precisam ser contidas para serem controladas, mas é um mecanismo de apartação do fenômeno do crime do contexto político, como se fosse um fenômeno individual (Rauter, 2005).

O jovem UES encarna a figura de um inimigo que precisa ser segregado do convívio social, a fim de proteger a sociedade:

“Os riscos que elas (pessoas) representam, as angústias que evocam, o senso de impotência que motivam, tudo funciona para reforçar a sentida necessidade de imposição da ordem e da importância de uma resposta estatal forte. (...) Cada figura é, ao revés, selecionada por sua utilidade como „inimigo adequado” – utilidade não apenas para o Estado de justiça criminal em sua versão soberana, mas também para uma política socialmente conservadora que enfatiza a necessidade de autoridade” (Garland, 2008, p. 286).

Investe-se em práticas de encarceramento com o argumento de controle social, em que o pano de fundo é a ressocialização com tratamento compulsório e a figura emergente é o controle social do *risco-perigo*. Como o próprio gestor da SES, responsável pelo atendimento dos jovens na UES afirma: “não existe especial tratamento curativo”, “somente como paliativo e, do tipo cognitivo comportamental”, restando somente na fórmula UES: o “condenado à prisão perpétua”, como argumenta a Defensoria Pública:

“Isso implica necessariamente admitir que não há prazo a pautar a privação de liberdade, durando o encerramento enquanto persiste o diagnóstico. Ora, se o transtorno que dizem se o jovem é portador é incurável e se a custódia durará enquanto presente o transtorno, concluindo que o jovem permanecerá perpetuamente encarcerado” (Defensoria Pública, 2008, caso ACAR).

Se aqui usamos a idéia de *risco-perigo* não é para borrar as diferenças entre risco e perigo ou para inflacionar a noção de risco, como alertam Castel (2005) e O’Malley (2006). Concordamos com Castel quando ele sugere que a *explosão* contemporânea da noção de risco⁷⁵ e a *inflação da preocupação com a segurança* (Castel, 2005, p. 90) dissolve a própria possibilidade de estar protegido e instala o medo no centro da existência social. Concordamos com O’Malley, quando entende que o risco (2006, p. 168) não só se apresenta de muitos modos, desde o século XVIII, mas que não é possível falar de uma sociedade de risco monolítica. Existem diferentes ordenamentos institucionais que carregam (e podem carregar) de diferentes maneiras o nexo entre risco e governo.

Cabe destacar que, para Castel (2005) [na esteira dos estudos de Foucault e Donzelot (1980)], o risco é uma tecnologia de governo, isto é, uma modalidade particular em que os problemas são visualizados e enfrentados. Sua especificidade é

⁷⁵ Castel entende que, desde os anos 1980, uma nova problemática da insegurança se instalou na confluência de duas ordens de transformações: o da erosão dos sistemas de proteção social da sociedade

tratar-se de uma técnica estatística e probabilística através da qual grandes quantidades de eventos são classificados numa distribuição de forma a fazer previsões. Neste processo, os detalhes particulares de cada caso são deslocados para dar lugar às características mais gerais, como grupos ou fatores de risco.

Queremos sinalizar a que serve tal uso do risco-perigo e, principalmente sinalizar que esta assimilação do perigo ao risco em tempos de exacerbação da insegurança civil, reverte facilmente em “pulsão securitária que se volta à caça dos suspeitos e se satisfaz através de bodes expiatórios” (Castel, 2005, p. 91), como é o fantasma de “novas classes perigosas” constituídas pelos jovens da periferia francesa no exemplo de Castel ou de adolescentes e jovens intratáveis, como é o caso da seleção de casos UES que rondam o imaginário da (in)segurança pública no Brasil.

Conforme sinaliza O'Malley (2006), a gestão dos riscos tem suas singularidades conforme os “problemas” que toma como alvo. No caso da psiquiatria, estudada por Castel, trata-se mais propriamente de uma redução dos riscos. Sob o regime da periculosidade não se podia ter uma “política de prevenção total”. Tradicionalmente o risco é concebido como uma modalidade de governo dos problemas por meio da previsão e da prevenção em termos de probabilidades (tradição bastante presente na saúde pública).

O desenvolvimento das técnicas de governo baseadas no risco também impactaram as práticas da justiça penal, assim como da justiça terapêutica. Porém, entendemos tais impactos, com O'Malley (2006), não como tendência universal ou definitiva. São as condições singulares que dirão. A vontade de aplicação generalizada do PCL-R, os projetos de treinamento dos profissionais da FEBEM e a pesquisa de fatores “biológicos”/mapeamento cerebral dos adolescentes infratores (pesquisa proposta pela PUC-RS e a UFRGS, 2007) parecem sinalizar este novo desenho eugenista para o qual o risco pode ser até mesmo um cálculo de probabilidades.

Para Castel, ainda, a emergência do risco em psiquiatria resolve este problema fazendo com que o diagnóstico pareça objetivo, tomando o caso particular como um exemplo de um agregado com características estatísticas “objetivas” e conhecidas.

Assim, as novas estratégias dissolvem a noção de um sujeito concreto e colocam em seu lugar uma combinação de fatores (Castel, 1987).

Ao discutir as relações ambíguas entre insegurança-proteção e segurança-risco na sociedade contemporânea, Castel (2005) entende que não se deve opor insegurança e proteção como se elas pertencessem a dois registros contrários de experiência coletiva. Sua tese é a de que a insegurança é, em grande parte, o reverso da medalha de uma sociedade de segurança. A própria economia de proteções produziria uma *frustração securitária* ou, dito de outro modo, a impossibilidade de segurança seria “consustancial às sociedades que se constroem em torno de uma busca de segurança” (Castel, 2005, p. 10), “uma busca tresloucada de segurança” (Castel, 2005, p. 8) seja porque os programas de proteção jamais podem ser cumpridos, seja porque seu êxito - mesmo que relativo - os faz emergir de novo.

A imagem de que se vale Castel (2005) é a de um cursor que se move continuamente, colocando novas necessidades a cada momento. O sentimento de insegurança seria, então, mais um desnível entre expectativas de proteção e capacidades de efetivá-las⁷⁶.

Do mesmo modo, se, para Castel, “evocar legitimamente o risco não consiste em colocar a incerteza e o medo no centro do futuro, mas fazer do risco um redutor da incerteza...” (p. 63), devemos pensar aqui o risco-perigo como as estratégias pelas quais ativam-se ubuescamente ou institucionalmente o medo e a produção mesma do perigo. Perigo pelo qual o intratável não é mais a qualidade intrínseca de um sujeito aos modos do perigo-periculosidade do século XIX, mas um misto de classe perigosa (na linha eugenia-defesa social) e de “resíduo institucional” (Leonardis, 1998).

Isto é, coincidimos com Leonardis, para quem a “periculosidade” não seria mais uma conotação, necessária e suficiente, de um estado naturalizado de enfermidade. Para Leonardis, juntamente com a Reforma (Psiquiátrica) e a enfermidade mental, “também a periculosidade se socializou”. Nos códigos institucionais de interação entre psiquiatria e justiça, a periculosidade se transformou num conceito “situacional” na medida em que ela aparece “desindividualizada”. Isso pode ser observado em três

⁷⁶ Tal demanda de proteção tem um de seus fundamentos no paradoxo da problemática da segurança civil nas sociedades modernas, qual seja: numa sociedade de indivíduos, a proteção viria de um Estado absoluto. Isto é, as demandas de liberdade e de autonomia dos indivíduos não podem expandir-se a não ser num Estado de direito. Daí esta contradição entre liberdades e demandas de proteção e de legalismos exacerbados (como se observa sob a forma do recurso ao direito em todas as esferas da vida, até as mais privadas). Ou entre a fidelidade aos direitos humanos e a compressão das liberdades públicas. Para situar a sociedade de indivíduos, Castel analisa as diferentes modalidades de proteção (tanto civil quanto social) nas sociedades pré-industriais e nas modernas, destacando na sociedade moderna a perda das proteções por

sentidos. O primeiro é quando se trabalha com o conceito de risco associado a setores da população e não ao indivíduo. O segundo se dá na medida em que a periculosidade está referida ao tecido de relações e condições nos quais está inserida. Finalmente, adquire o sentido de elemento temporário, modificável e superável; está fundada sobre mecanismos de interação concretos que a constituem e não sobre um pressuposto ontológico.

A periculosidade adquire, então, uma perspectiva institucional, podendo ser compreendida como produção institucional, isto é, como o “campo problemático definido por uma co-presença inextrincável de sofrimento individual e distúrbio social, construído pelo acúmulo de ações institucionais, de intervenções e faltas de intervenções, seja sob a vertente da ajuda (terapêutica ou social), seja sob a vertente da sanção (entendida como tratamento ou dissuasão) (De Leonardis, 1998, p. 446). A periculosidade seria então “residual com relação aos códigos interpretativos e de intervenção das instituições que reproduzem a norma social” (p. 446) e é signo de “periculosidade” também dessas últimas, revelando a sua participação nesta produção.

4.2 Experimentações contemporâneas da gestão psi-jurídica da criminalidade

Além das heranças e continuidades constatadas - sem com isso, oprimir singularidades do caso UES - nos valem de duas estratégias contemporâneas vigentes na Espanha e na Argentina de gestão da criminalidade juvenil para recolocar em análise o caso UES pesquisado.

Da prisão perpétua da Argentina à Unidade Terapêutica da Espanha

Situada na reativação biologicista do saber psi, com novas roupagens tecnológicas, tivemos contato durante a empiria do caso UES com duas estratégias contemporâneas vigentes de gestão da criminalidade juvenil; uma na Espanha e outra na Argentina. Trataremos de modo resumido para recolocar em análise o caso pesquisado e refletir sobre as singularidades da política contemporânea da gestão psi-jurídica.

Conhecemos o caso da Argentina pela publicação do Livro “La vida como

castigo” (Cesaroni, 2010). Nesse país latino-americano, foi imposta a prisão perpétua a seis adolescentes com condenações no período de 1999 a 2002. Essa história persiste atualmente (cinco jovens continuam presos e um cometeu suicídio) ainda sem soluções. Instâncias nacionais e internacionais condenaram a prática: o UNICEF em 2005 considerou-a uma violação dos Direitos das Crianças; a Corte Suprema da Justiça da Nação Argentina em 2005 julgou a estratégia como inaplicável; o Ministro da Justiça da Argentina em 2006 analisou a política como inconstitucional; e a Corte Interamericana de Direitos Humanos em 2008 denunciou a tática.

Conhecemos o caso da Espanha mais detidamente, pois, durante o estágio de doutorado em Barcelona, visitamos as instalações da única Unidade Terapêutica de Justiça Juvenil da Catalunya⁷⁷ (UTJJ).

A UTJJ localiza-se no Centro de Menores “El Til lers”, um dos sete Centros Educativos de internação para “menores” ou jovens que cometeram delitos graves da Catalunya. O sistema de justiça juvenil na Espanha é regido pela “Lei Orgânica 5/2000, reguladora da Responsabilidade Penal dos Menores” (LORPM) promulgada em 2001. Diferentemente do ECA (1990), a normativa do LORPM contempla a privação de liberdade para adolescentes de 14 a 17 anos (no Brasil, nosso intervalo é de 12 a 17 anos), podendo atingir até dez anos de privação de liberdade (no Brasil, nosso limite é de três anos de internamento). Há uma diferença jurídica na descrição das medidas impostas aos jovens espanhóis⁷⁸, pois na Espanha estão previstas como medida socioeducativa para sanção do delito as de: internação terapêutica em regime fechado, semi-aberto ou aberto, tratamento ambulatorial, assistência ao Hospital Dia. Desse modo, difere do que acontece no Brasil, onde essas medidas são elencadas como medidas protetivas.

Segundo dados do Departamento de Justiça da Direção Geral de Execução Penal, à Comunidade e Justiça Juvenil⁷⁹, em 2010 foram privados de liberdade 947

industriais.

⁷⁷ A Catalunya é uma das comunidades autônomas da Espanha; essa nomenclatura se aproxima à geografia política brasileira de Estados.

⁷⁸ As medidas penais na Espanha são as seguintes: internação em regime fechado, internação em regime semi-aberto, internação terapêutica em regime fechado, semi-aberto ou aberto, tratamento ambulatorial, assistência ao Hospital Dia, permanência de fim de semana, Liberdade vigiada, proibição de aproximar-se ou comunicar-se com a vítima, convivência com outra pessoa, família ou grupo educativo, prestações em benefício à comunidade, realização de tarefas socioeducativas, advertência e privação de permissão de condução.

⁷⁹ A fonte é o documento “13 Estadística básica de execução penal/JJ/2010”. Disponível em: <<http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=894&lang=es>>. Acesso em 12/02/11.

casos em todo o ano, com uma média de 305 “internos” distribuídos nos sete Centros Educativos (na Catalunya viviam em 2010 aproximadamente 800.000 jovens entre 14 e 24 anos. Temos que 0,00038% do total de jovens estão internados). A medida de privação de liberdade da Espanha contempla, na sua prática, uma progressão de meio fechado para o meio aberto contemplado pela medida de liberdade vigiada (equivalente à liberdade assistida do ECA).

Cabe de antemão apresentar os dados de São Paulo, Estado envolvido na produção do caso UES, não com fins comparativos, mas de trazer à tona informações contextuais interessantes que já dizem de diferentes decisões políticas de gestão. Em São Paulo, em 2010, segundo levantamento nacional do atendimento socioeducativo ao adolescente em conflito com a lei (SEDH, 2010), 5107 jovens estavam internados em medida de privação de liberdade (Segundo o SEADE, no Estado de SP viviam, em 2010, aproximadamente 6.837.896 jovens entre 12 e 21 anos de idade. Temos que, 0,075% do total de jovens de SP estão internados).

Antes da realização das duas visitas à UTJJ, entrevistamos um educador de jovens em medidas de meio aberto que já havia sido diretor de um centro de menores, o “Allzina”. Nesse diálogo, o mesmo me apresentou uma análise crítica das produções de violência dos jovens no período de privação de liberdade em que considerava necessário compreender o impacto do tempo de internamento do adolescente e a distinta dinâmica da vida cotidiana no meio aberto e na privação de liberdade. Quanto à imbricação da temática de saúde mental, posicionou-se com dados de sua experiência durante a direção do centro de menores, mas ressaltou que não é especialista nesta área. De antemão, afirmou que, para ele, o jovem com demanda de saúde mental é um jovem como outro qualquer. Em sua experiência, referiu que, ao iniciar a direção do centro, de 90% a 45% dos jovens estavam medicados. Como gestor, põe em questão o alto custo dessa intervenção e, ao mesmo tempo, afirma que havia ali uma estratégia de controle, a contenção química. Para ele, nesse jogo, o jovem tinha um “ganho” pelo “anestesiamento”, que serviria como suporte da prisão.

Nas duas visitas⁸⁰ ao “Centro de Menores El Til lers”⁸¹ fui atendida gentilmente

⁸⁰ Em duas visitas, realizei entrevistas por duas horas com o diretor de gestão administrativa (psicólogo) do Centro de Menores para aproximar-me da prática do internamento da Justiça Juvenil catalã e por mais uma hora com a psiquiatra e enfermeiro da equipe técnica na UTJJ para aproximar-me do projeto da UTJJ. Depois, visitei as instalações do Centro de Menores e do módulo terapêutico. Por fim, participei de uma assembléia matinal da UTJJ com os jovens, de uma supervisão mensal dos casos da UTJJ com uma

pela equipe da UTJJ, que se colocou prontamente à disposição para que eu conhecesse suas instalações e prática. Desde o primeiro dia abriram as portas do módulo terapêutico que era localizado em um bloco térreo ao lado do prédio com os “módulos comuns” do internamento. Aceitaram a visita à Unidade, mesmo no primeiro contato, sendo que havia ocorrido naquele mesmo dia uma situação de aparente fracasso no resultado do tratamento de um dos jovens internos (eram doze ao todo: uma jovem e onze jovens). Um jovem havia retornado à UTJJ pelo fluxo da delegacia, pois havia vivido um conflito na rua com outros jovens no final de semana anterior, durante período de autorização de convívio externo no território de sua família e comunidade. Em função disso, nesse dia, a diretora não pôde me atender, mas dialoguei com a Psiquiatra e o Enfermeiro da equipe.

De início, chamou-me atenção a predominância de imigrantes na UTJJ (um conflito social-político posto na Europa). A vinculação étnica-religiosa dos jovens estava registrada na lista com os doze nomes dos jovens em um quadro branco. Outra marcação constava nesse mesmo quadro: “Todos os remédios são triturados!”. Perguntei sobre o motivo dessa estratégia do processo de medicação e me esclareceram que, como os jovens tinham tempos diferentes no internamento terapêutico, mesmo que construíssem individualmente a importância do uso do medicamento, quando um jovem recém chegado adentra a UTJJ ocorre necessariamente um processo de resistência. Desse modo, para não ter interferências drásticas, principalmente devido ao compartilhamento de medicações, havia sido decidida essa regra. Salientaram-me, no entanto, que os jovens estavam ali porque queriam se submeter ao tratamento, que não era compulsório. O jovem tinha direito de se desinternar, mesmo que o juiz determinasse a medida de internação terapêutica. Além do que, a equipe de saúde era a responsável pelo fluxo de entrada na UTJJ, ou seja, a equipe também tinha autonomia para analisar o caso.

Estava claro que essa tática era diversa da internação compulsória posta no caso UES. Sempre me remetia à UES, inclusive compartilhei com eles nossa experiência de tratamento compulsório. Em todas as conversações, os entrevistados estranhavam essa

psiquiatra externa e entrevistei – por uma hora – a diretora da UTJJ (psicóloga); a qual me encaminhou posteriormente o projeto de criação da UTJJ.

⁸¹ O centro de Menores El Til lers possui quatro módulos comuns e um módulo terapêutico. Os serviços de escola e de atividades complementares são coletivos. Os quartos eram individuais, com exceção de um deles que havia sido adaptado para um quarto duplo.

proposição do saber psi paulistano, pois entendiam que inviabilizava o projeto de tratamento.

Assim mesmo, uma similaridade foi notada desde o início do acesso à UTJJ: existia, como na UES, controle contínuo dos jovens, incluindo câmeras nos quartos. Atrelado à possibilidade de atividades externas, outro controle dos corpos dos jovens: o exame de urina para analisar o eventual uso de droga. Caso o jovem fosse acusado de uso indevido de drogas, deveria permanecer isolado até que seu teste fosse negativo (aquele jovem da primeira visita estava nesse fluxo de controle, porque havia positivado o exame do uso de drogas). A equipe me explicou que essa regra era ordinária de todo o sistema de justiça juvenil de internamento da Catalunya.

Na breve imersão na dinâmica da UTJJ, vivenciei encontros, desde o primeiro dia, com os jovens e educadores nos corredores, sala de estar/refeitório da unidade. Cumprimentei-os em toda minha visita. Eles estavam lá, jogando em uma mesa, desenhando em cartazes na parede, combinando o almoço coletivo do dia seguinte em uma data cultural especial da Catalunya, e também na tela da televisão da enfermaria que transmitia as imagens dos treze quartos da Unidade (um deles era uma sala de contenção, ela existe em todos os módulos dos Centros de Menores).

O encontro na assembléia com os jovens foi interessante, vozes circularam entre nós, incluindo um jovem recém chegado à UTJJ, que estava “dopado” (psiquiatra da UTJJ, 2011). Ele demandava poder retornar ao momento de alimentação coletiva. Ele havia sofrido uma sanção por proferir brincadeiras sexuais durante o almoço, inclusive na presença da jovem. Essa foi uma argumentação exposta por dois jovens a ele. Naquele breve momento de encontro com esse jovem, ele contrapunha-se ao grupo em seu desejo de retornar ao convívio social, pois estava “altamente drogado”, e ficar contido no seu quarto por muito tempo era prejudicial. Os jovens, junto com os técnicos, afirmaram que ele deveria refletir sobre suas condições individuais, conjuntamente com sua equipe de referência, para analisar esse conflito de situações de respeito ao outro, entendidos por eles como disparadores de conflitos. O mesmo informou que, diante do impasse, iria para seu quarto (um educador o acompanhou).

Posteriormente, provocados pela coordenadora da UTJJ, os jovens passaram a dialogar diretamente comigo sobre a política de socioeducação brasileira. Queriam saber sobre o tempo limite de internamento. Quando compartilhei que eram três anos, ficaram surpresos. Em seguida, perguntei-lhes sobre essa experiência que no Brasil eu

não conhecia pessoalmente, pois nunca havia conversado com os jovens internados na UES. Dois deles abordaram um contraponto: por um lado, o tratamento individualizado ofertado na Unidade, por ser intensivo, era avaliado como vantajoso; por outro lado, comentaram o estigma da loucura por estarem no módulo terapêutico.

Fiz uma pergunta final que logo foi respondida não pelo jovem da questão proposta, mas pela equipe. Perguntei: Quem é o jovem há mais tempo na UTJJ? Um dos jovens se apresentou e prossegui com minha indagação: Soube que aqui é diferente da experiência que conheço no Brasil, pois lá os casos que pesquisei apenas poderão sair da UES por determinação judicial com subsídio de um laudo psi. Como tem sido para você o processo de desinternação da UTJJ? O jovem responde: Estive em outro Centro antes (módulo comum), mas ainda não estou pronto para sair daqui. Logo agradei o diálogo e nossa assembléia foi concluída. Depois, durante a entrevista, a coordenadora me explicou que ele era o jovem com mais tempo de internamento jurídico de privação de liberdade (seis anos, por homicídio de sua mãe), portanto, a desinternação em seu caso tinha impacto significativo, mas que estava em andamento e estavam cuidando do seu projeto singular, incluindo oficina de manuseio da medicação.

Esse jovem foi um dos que não foi para a UTJJ por decisão jurídica, mas por análise da rede de saúde dos centros de menores que contatou a equipe da UTJJ. A equipe primeiramente entrevistou o jovem no módulo comum de outro centro. Inicialmente, ele não aceitou ser transferido, mas, após um trabalho de adesão ao tratamento, o jovem com diagnóstico de “depressão profunda” pactuou o trabalho proposto. Burocraticamente, o Judiciário foi apenas informado da transferência, pois trabalham em um convênio entre saúde e justiça em que ambos são autônomos em seus saberes e fazeres.

Por fim, finalizo este relato que me serviu para colocar em análise as proposições do serviço obrigatório determinado aos jovens paulistanos internos da UES, referindo-me a mais um caso, àquele do jovem dopado da assembléia. Esse caso é contundente na análise do crivo do TPAS como referência para a política de gestão administrativa dos jovens autores de atos infracionais. O segundo e último contato do caso do jovem “dopado” foi no momento da supervisão, da qual toda a equipe participou, do educador à coordenadora. O tema do caso foi logo apresentado: “soy psicópata”. Segundo uma educadora do jovem, ele se auto etiquetava, pois relatava que tinha raiva da mãe e iria matá-la, mas a equipe põe ao lado desse etiquetamento as cenas

de intenso afeto entre o jovem e sua mãe, assistidas pela mesma durante as visitas.

As seguintes questões postas na atividade de reflexão sobre a prática clínica realizada com esse jovem colocou em análise o jogo da gestão:

1. reconhecimento da impotência do saber psi (equipe UTJJ: “não sei o que fazer”) de reverter os conflitos sociais e afetivos envolvidos no cotidiano da vida, pois esse jovem possuía uma história de conflitos individuais e familiares graves, atravessados ainda de sofrimentos por motivo de saúde;
2. mesmo o jovem com histórico de institucionalização em serviços de proteção do estado, a rede de cuidado do jovem era referida e juntamente com essa rede de origem, sua família – mãe e irmã – foram envolvidas no projeto terapêutico. Elas mantinham visitas ao jovem;
3. compartilhamento da psiquiatra da prescrição excessiva de medicamentos para controlar o jovem que atuava “monstruosamente” na relação com todos os partícipes da UTJJ, com risos e caras estranhas, ameaçando de morte sua mãe e irmã. O jovem em atendimento sofria ao afirmar-se um psicopata por esses pensamentos que lhe circundavam. Analisa-se que “es um chico que puede actuar”, mas deve ser investigado o seu diagnóstico com a finalidade de aproximar-se do sujeito, a fim de conhecê-lo e reconhecê-lo. Algumas referências eram exemplificadas pela equipe como possibilidades analíticas desse caso, o jovem apresentava alucinações auditivas e pensamento mágico. Circula-se a possibilidade de diagnóstico de psicose. Mas, de antemão, a supervisão determina a diminuição dos medicamentos, pois, apesar de entender a ação terapêutica de controle do novo indivíduo que estava adentrando a nova unidade e desestabilizando a rotina, persistir com essa estratégia terapêutica seria muito danoso; e
4. diálogo sobre o cotidiano do jovem acerca de suas potências, como por exemplo: apesar de gago, era talentoso no canto de flamenco, havia se aproximado da professora e esforçava-se para participar do grupo dos jovens.

Essa discussão do projeto terapêutico individual proposto colocou em jogo aquelas fórmulas reeditadas no caso UES: articulação psi-jurídica do circuito de exames psi, em que o sujeito não é assujeitado e objetificado em sua caracterização de indivíduo perigoso. No caso “soy psicópata”, a prática é de prudência na produção de diagnóstico e, principalmente, sabendo que o foco dessa ferramenta clínica deve estar a serviço do fluxo de atendimento do jovem, apreendendo a sua singularidade. A concepção de indivíduo criminoso e sua anormalidade nata não é legitimada à medida que situam a história do sujeito, buscando compreender seu contexto não para selar uma conclusão científica do quadro, mas para propor intervenções de cuidado atreladas ao território de sua vida, para além do internamento.

Se, por um lado, essa experiência mostrou a possibilidade de oferta de cuidado e tratamento especializado e intensivo aos adolescentes durante o internamento, por outro lado, está posto um serviço especializado para adolescentes desmembrado dos “módulos comuns” e operando uma intervenção de tecnologias de controle implicados via

contenção química, controles por câmeras e punições disciplinares por comportamento transgressor às normas. O sujeito envolvido em *serviço incomum* (SES, 2009) parece, nesse caso, partir para a perspectiva de sujeito *tratável*, uma aposta psi pactuada com o sujeito. Essa experiência nos convocou a olhar para a co-elaboração de práticas psi-jurídicas em que se reconhecem as suas falibilidades.

Cabe considerar que essa prática aqui narrada era fundamentada em um projeto cuja justificativa contemplava a questão dos “transtornos mentais” como principal problema da saúde européia. Corroborava a preocupação paulistana do fim da década de 2002 a 2010 do processo-sindicância 01/2002 de SP, com o consumo de drogas em que 25% dos jovens faziam uso das seguintes principais substâncias: álcool, tabaco e maconha. Em seu argumento, a “Orden Hospitalaria de Sant Joan de Déu”, executora da UTJJ (a missão é de um modelo assistencial comunitário, moderno e desenvolvido com uma cultura própria, aberta à sociedade e nos quais as pessoas podem se identificar, participando ativamente), associa o consumo de drogas ilegais à violência, criminalidade e incapacidade de integração social.

Os objetivos do projeto da UTJJ são:

“1. Garantir uma valoração diagnóstica integral do paciente; 2. Elaborar um Plano Terapêutico Individual (PTI), 3. Abordagem terapêutica e estabilização clínica do paciente; Abordagem e acompanhamento familiar; Assessoramento das unidades de origem e instâncias judiciais implicadas; Avaliação periódica; Formação continuada dos profissionais e difusão da atividade da Unidade; Colaboração e coordenação com os dispositivos da rede de saúde mental e atenção das drogadependências e com os recursos da Direção Geral de Justiça Juvenil, para assegurar uma correta continuidade assistencial, assim como com os outros dispositivos sanitários e de suporte social, formativo, educativo e laboral” (transcrição nossa).

(Plano funcional da unidade terapêutica de justiça juvenil, 2007)

Segundo o projeto da UTJJ, o perfil é caracterizado por três parâmetros:

1. **“Saúde individual.** Do um ponto de vista nosológico, o **perfil mais prevalente** destes jovens abarca desde **transtornos de conduta** e de **personalidade até desordens afetivas e abuso de substâncias**. Por outro lado, cabe destacar que têm alta presença de **personalidades pre-mórbidas e existência de déficits nas habilidades psicossociais**. [os critérios de diagnósticos de gravidade tinham a mesma importância dos critérios clínicos devido à etiologia multifatorial do perfil dos usuários];
2. **Fatores de risco social e ambiental.** É importante ter presente o grande número de **antecedentes biográficos vinculados a fatores de risco, tanto passados como recentes, de entre os quais cabe destacar os próprios da institucionalização; e**
3. **Idade.** A adolescência é uma **etapa especialmente vulnerável** devido às características **próprias deste período vital**, fragilidade ainda maior se temos presente a concorrência dos fatores enumerados anteriormente” (transcrições e grifos nossos).

Diante de rápido panorama da história da UTJJ, o Departamento de Justiça, comissão interdepartamental Justiça-Saúde de 2005, produziu (como na FEBEM pelo programa de saúde mental de 2006 coordenado pelo NUFOR) um diagnóstico das necessidades da população. Nesse levantamento, detectou-se a necessidade de aprofundar um modelo de atenção específico em saúde mental. Concluía que precisavam de recurso específico para os “menores” e jovens com transtorno em saúde mental, com uma sintomatologia grave; características e circunstâncias que os impediam de conviver e receber a atenção de que precisavam nos Centros Educativos.

Após o mapeamento do quadro da situação de saúde mental, o governo da Catalunya construiu um Plano Diretor de Saúde Mental y Adições em 2006, feito pelo Departamento de Saúde. Os objetivos prioritários eram: melhorar a atenção aos adolescentes com problemas de consumo de drogas, reordenar o atual sistema de atenção psiquiátrica e das drogadependências nos Centros Educativos e criação de unidade terapêutica (UT) especializada em saúde mental e adições para adolescentes.

Segundo Malventi (2011), estudioso das Unidades Terapêuticas de adultos da Espanha, é necessário problematizar o nascimento da UT. Em suas análises, considera que esta é uma nova ferramenta operativa de castigo: a terapêutica, funcionando como decisão tática do governo contemporâneo. Afirma ainda que é uma solução à necessidade do aparato penitenciário para responder às situações de conflitos no sistema de privação de liberdade (como motins e rebeliões) e à crise de legitimidade da prisão.

Para esse pesquisador-militante, as práticas terapêuticas se valem da administração da vida como nova verdade social do **castigo**.

“Se entendemos que as pessoas privadas de liberdade são corpos restringidos obrigados a atravessar o tempo e a circular em uma experiência de movimento restrito, não surpreende que os primeiros efeitos visíveis do cárcere se manifestam no nível corporal. A economia corporal do castigo marca de maneira multiforme os órgãos vitais das pessoas submetidas a captura. A captura expulsa a vida da existência, a inclui excluindo-la, e a pessoa privada de liberdade entra em um corredor temporal. A captura suspende o tempo e a condenação se dilata, se dissemina. Capturando um corpo, o cárcere aprisiona a existência e se ocupa da vida”.

(Malventi, 2011, p. 3, tradução livre)

Para Malventi (2011), a UT seria um novo território disciplinar com novos saberes e fazeres cotidianos de vigilância e controle que coabita governos de Contenção, Normalização e Disciplina. A UT dá conta de procedimentos de emergência;

procedimentos de registro, exame, diagnóstico, seguimento e apoio; ação terapêutica na vida cotidiana dos módulos: os tempos, espaços e formas de cumprimento da condenação mudam, afetando o sistema classificatório e de atitudes em um processo de recodificação; tempo regressivo da experiência carcerária é substituído por um tempo progressivo (produtivo) da terapêutica.

Oliveira (2009), ao problematizar os investimentos na neurociência (prática contemporânea) e suas articulações com os saberes jurídicos, aponta que persiste a prática rigorosa de exames psi incidindo em corpos de crianças e adolescentes, permitindo a contenção precoce para uma gestão psi-jurídica de maior eficiência. Como exemplo, podemos citar o GT Transtorno de conduta/preventivo produzido no âmbito do Fórum Municipal de Saúde Mental da Criança e Adolescente como política do Poder Judiciário do DEIJ para “detecção precoce” de crianças e adolescentes no contexto escolar. Em 2008, durante o acompanhamento do debate do TPAS no Fórum Municipal de Saúde Mental de Criança e Adolescente, rastreamos a construção de encaminhamentos do “GT Transtorno de conduta” conjuntamente com os atores do MP e Magistrados do DEIJ (disparadores do dia do debate da situação de saúde mental de adolescentes autores de atos infracionais) convidados pela SMS, que organizou o Fórum.

O GT “Transtorno de conduta” era inicialmente composto por juízes e promotores do DEIJ, atores da Fundação Casa, Projeto Quixote, CEDECA Interlagos (participou apenas dos dois primeiros encontros e se retirou do grupo), CRP-SP (participou apenas até a produção da minuta e se retirou do grupo), CRATOD - Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas e ainda de atores de Secretarias do estado e município de São Paulo (saúde, educação, esporte e cultura, assistência social). O GT teve início em 19/12/08, debatendo inicialmente o perfil dos jovens atendidos. Em seguida, fomos conhecer o projeto “Força Tarefa” realizado em São Bernardo em uma parceria do MP local e da Fundação Criança, em que constituíram um fluxo de encaminhamento urgente de casos detectados precocemente nas escolas públicas de crianças e adolescentes que tinham comportamentos identificados de baixa gravidade, como, por exemplo, agressão verbal a um professor.

Em 2009, o GT produziu uma minuta a ser apresentada nas secretarias do Município e do Estado para estabelecer parâmetros comuns, a fim de desenvolver projetos e ações voltadas à prevenção da violência, à atenção especial a casos de

transtorno de conduta em crianças e adolescentes e ao desenvolvimento de formas alternativas de resolução de conflito no âmbito dos órgãos estaduais e municipais na Cidade de São Paulo.

A última ação que acompanhamos foi um encontro com atores da assistência e saúde de uma região escolhida pelos atores do GT com possibilidade de articulação da rede de saúde, educação e justiça para executar um projeto piloto dessa proposta de detecção precoce de casos com demandas de saúde emergencial. Participamos das discussões (das cinco primeiras reuniões) até o ano seguinte (2009). Recentemente tivemos notícias de divulgação de novas ações com essa perspectiva em outra região de São Paulo.

A persistência da política de detecção precoce de crianças e adolescentes, no caso de mapeamento de casos crônicos de autoria de delitos, havia rompido os espaços institucionais da universidade e ido às grandes mídias por meio de notícia de investigação da base biológica da violência, do Jornal Folha de São Paulo de 26/11/07. Saliento que acompanhei essa estratégia de modo mais distante, apenas pelas páginas jornalísticas, em que a reportagem narrava a pesquisa da PUC-RS e a UFRGS de estudos e mapeamentos de ressonância magnética no cérebro de cinquenta “adolescentes infratores” para analisar aspectos neurológicos que seriam causadores de suas práticas de infração.

No ano seguinte, em 06/02/08, a Folha de São Paulo (seção Opinião) divulgou a manifestação *Por que assinamos a nota de repúdio sobre a pesquisa sobre a causa biológica da violência*⁸². O artigo, escrito por Suyanna Linhales Barker e Esther Maria de Magalhães Arantes, tratava da decisão sobre a pertinência ética dessas pesquisas. Elas afirmam que a análise ética ainda fica circunscrita às formalidade dos Comitês de Ética de pesquisa e não alcança um debate amplo e público, como o que se propôs a iniciar a nota de repúdio. O estudo referido é aquele sobre o mapeamento cerebral da causa da violência em jovens e, segundo as pesquisadoras, a notícia do estudo causou imensa perplexidade em professores universitários, profissionais das áreas humanas e sociais, assim como entidades não-governamentais e movimentos sociais que, em resposta, redigiram uma nota de repúdio, que circulou pelas redes eletrônicas. Para as autoras da notícia, a pesquisa remete às mais arcaicas e retrógradas práticas eugenistas do início do século XX. Elas contrapõem-se aos pesquisadores do sul e afirmam que há no Brasil

⁸² Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigos/x/41/45/4145/>>. Acesso em 15/02/08.

inúmeros centros de estudos interdisciplinares que reúnem pesquisadores para analisar o fenômeno da violência e que já se demonstrou, com farta ilustração empírica, o impacto de fatores na produção da violência, tais como qualidade de educação, possibilidades de consumo, acesso a atividades de lazer e cultura e busca de visibilidade social. Defendem que a violência é um problema de saúde pública e os atos de violência jamais podem ser explicados apenas pelos saberes e técnicas psi, pois não se restringem a eventuais problemas cerebrais.

O debate está inclusive nas páginas jornalísticas de grande porte, ultrapassando os periódicos e livros acadêmicos. Rememoro ainda que, em março de 2009, foi inaugurado o Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT) de Psiquiatria do Desenvolvimento para Infância e Adolescência, no IPQ/USP/SP. Os objetivos do instituto são estudar estratégias e intervenções para prevenção de “doenças mentais” em adultos a partir de ações voltadas à infância e à adolescência com ações de diagnóstico precoce de transtornos mentais. O fluxo da estratégia de tratamento específico para crianças e adolescentes, provavelmente, permitirá, como no início do século XX, conter precocemente crianças e adolescentes com novos instrumentos tecnológicos, novos modos de exame psi e com fins de reeducação, se o tipo de personalidade permitir.

Essas estratégias em prol da segurança, diante do perigo social, associam-se a situações de controle dos sujeitos vulneráveis sociais (o “menor abandonado”), em que o ato criminoso continua, como em Lombroso, ilustrado pelo risco localizado em portadores de Transtornos de conduta (o “pequeno psicopata” do século XX), que são um vir a ser do Transtorno de personalidade anti-social.

Oliveira (2009) nos ensina que “hoje essa relação de regime de verdade se desloca para um governo da vida contida duplamente, diante do conceito de vulnerabilidade, e alastrada no cotidiano como qualidade de vida pela moral psiquiátrica” (p. 347). Ela parece sugerir que o *soy psicópata* possa ser, como no GT Transtorno de conduta, assumido pelo sujeito como qualidade de vida/moral psiquiátrica. Mas, como no caso ACAR que recusa ser tomado como figura de população para que sobre ele se construam políticas de saúde mental, o jovem catalão, que consente em sua psicopatia, pode exercer uma distância de algum (ainda que pequeno) exercício de resistência para um modo de subjetivação que passa a incluir a moral psiquiátrica.

A psiquiatria biológica parece que foi reativada. Conforme Rose (2006), a

biologização do psi neste século XXI produz certa máquina de governança com reenquadramento, em termos neurobiológicos, do movimento de higiene mental. De fato, diversos estudiosos (CRP-SP/Grupo Interinstitucional Queixa Escolar, 2010) e outros autores da medicalização) vem problematizando os efeitos desses processos de medicalização no cotidiano. Essa retomada ativa do projeto da prevenção como novas estratégias de gestão das populações (Castel, 1987).

Será que, como no caso UES, a UTJJ se investe de estratégias de individualização da pena em que novos códigos circulam velhas práticas de controle, mas com categorias menos evidentes e mais flexíveis? Será que na UTJJ ocorre a inversão de “preso/delinquente a quase doente/TPAS” como na MÁQUINA UES, ou de preso a enfermo como no “Protótipo de humanização carcerária” (Malventi, 2011)?

Essa pergunta não será respondida. A aproximação do caso UTJJ não tinha a finalidade de pôr em análise aquela unidade, mas permitir que por meio de seu acesso fôssemos provocadas no caso UES.

No caso UES, a tese da pesquisa é de inversão da figura do adolescente autor de ato infracional-“delinqüente” ao sujeito portador de provável demanda de atenção em saúde mental especializada-“quase enfermo”, mas que, pelo seu diagnóstico do TPAS, deve ser ao mesmo tempo tratado e custodiado, já que sua diagnose o suspende entre a figura do preso e do doente. Nesse lugar híbrido entre a doença e a transgressão cabe a gestão “perpétua” da vida dos seis jovens ainda internados.

No caso da prática UES, a prevenção especial da pena tem a função negativa de neutralização e aniquilamento (prisões perpétuas), como narra Beiras (2005), que historicamente são vinculados a regimes políticos autoritários. Já o PROJETO UES, segundo seus atores propulsores, tinha atribuição de tática de prevenção especial da pena positiva como uma política de ressocialização em que o jovem TPAS deveria experimentar montagens terapêuticas inicialmente esboçadas.

Na lógica da prevenção especial da pena negativa, os casos prováveis do PROJETO UES, antes de irromperem o *socius* com algum ato perigoso, caso fossem desinternados, já foram etiquetados como *indivíduo perigoso* pelos *auxiliares jurídicos* por meio de discursos especializados do saber psiquiátrico articulados aos fazeres jurídicos. Tal estratégia os perfilou na máquina de operação de aniquilamento.

Pelo direito à saúde, à proteção, que faz “suspender” a norma, os jovens deixaram de ser adolescentes autores de atos infracionais: não são educandos, não são

nem presos, mas interditados e contidos compulsoriamente. De todo modo, seus corpos estão sujeitados no campo híbrido prisão-hospital, integrados num sistema de controle, mas filiados também a uma política de saúde de reinvestimento no saber psi biologicista como estratégia de regulação da população juvenil transgressora.

Contudo, o que acompanhamos no mapeamento da operação UES é que nessa política da justiça juvenil de *reconhecer e tratar* o adolescente por meio de estratégia de substituição de medida punitiva por medida protetiva ou, na maioria dos casos, de complementação da medida punitiva por medida protetiva e tratamento, a hipótese de garantia do direito à saúde para jovens que experimentaram a produção do diagnóstico TPAS na rede do circuito psi acertado entre atores do campo psi e jurídico, conjuga o tratamento compulsório e a pena de aniquilamento na sua *práxis*.

Por meio do mapa da gestão da criminalidade juvenil, do caso UES ao caso de determinação de prisão perpétua na Argentina, temos que essas experimentações são proposições de intenso castigo do corpo: como a prática limite de CONTINUUM INTERNAMENTO, que transborda a produção da gestão da vida de jovens envolvidos com infrações. Já no caso da Espanha, durante o internamento, isso talvez seja contemplado na extensividade do tratamento nos serviços extramuros. Mas isto já seria um outro desdobramento deste trabalho.

No caso UTJJ, os parâmetros psi e jurídicos vigentes configuram uma prática psi-jurídica regulada. Já o caso UES se vale de novos códigos que circulam velhas práticas de controle com categorias menos evidentes e mais flexíveis já fora do ordenamento jurídico do ECA (1990).

Mas isso pode ser modificado e as práticas podem tornar-se mais explícitas. Movimentos legislativos no Brasil estão em andamento com ações de contenção contínua ou de maior temporalidade (anexo 6). O legislativo no Brasil responde às demandas de violações de direitos nos sistemas de justiça juvenil, elaborando PLs pautados na perspectiva das pesquisas biologicistas, interessadas em diagnosticar e tratar o TPAS. Os projetos têm proposto alterações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para tratamento dos jovens diagnosticados com sofrimento psíquico. Tais alterações focalizam principalmente tratamento especializado para aqueles com atuações transgressoras “graves”, classificadas como crime hediondo para os adultos.

Em alguns casos, propõe-se a *emancipação do menor* para que seja possível

aplicar a legislação penal de inserção em hospital de custódia e tratamento, o antigo manicômio judiciário. Outros projetos propõem diretamente a criação da medida de segurança para os adolescentes, PL 4.151/04⁸³ e Projeto de Lei 395/2007⁸⁴.

O levantamento dos PLs sobre a matéria do TPAS mostra o Projeto de Lei 6225/2002, de autoria do deputado Augusto Nardes, já arquivado em 2008, que instituía regras especiais aos portadores de Transtorno de personalidade anti-social, com restrições mais severas e punitivas. Atualmente, o Projeto de Lei sobre a temática, proposto pela Câmara dos Deputados (PL 1627/2007)⁸⁵ e em andamento no Senado sob o número 135/2009, defende suspensão de medida socioeducativa para os adolescentes com *diagnósticos de transtorno mental* e propõe tratamento em serviço especializado de saúde mental.

Esse último projeto de lei tem recebido diversas intervenções com pareceres contrários e a favor da política de saúde mental de tratamento com contenção para os adolescentes em conflito com a lei. Aqueles que entendem o cuidado à saúde mental, considerando a complexidade da problemática e suas implicações ético-políticas, estão preocupados com a legalização de internações compulsórias com prazo indeterminado que poderiam vir a funcionar como medidas de segurança ou prisões perpétuas.

⁸³ Proposta de criação da medida de segurança para adolescentes apresentado pelo deputado Carlos Sampaio – altera a redação do parágrafo único do art. 384 do Decreto-lei nº 3.689, de 03 de outubro de 1941 – Código de Processo Penal.

⁸⁴ De autoria do deputado Márcio França (PSB-SP). Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente – para ampliar o prazo de internação do adolescente infrator, estabelecer a possibilidade de aplicação de medidas de segurança e dá outras providências.

⁸⁵ Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; altera dispositivos das Leis n. 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente; 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 7.998, de 11 de janeiro de 1990, 5.537, de 21 de novembro de 1968, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, e dos Decretos-Leis n. 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943; e dá outras providências.

Capítulo 5: Uma gestão atuarial da criminalidade juvenil no contemporâneo? Uma biopolítica da imunização?

Seguindo a esteira forjada por Foucault, sabemos que não se trata de pensar os regimes de verdade/poder segundo uma lógica cronológica ou de época (aos moldes soberania-disciplina-governo), muito menos de promover teorias gerais sobre o poder, mas de enfatizar a multiplicidade de relações de poder e a diversidade de suas origens, operações e efeitos. Assim, entendemos a UES como um híbrido soberania-disciplina-governo, combinando efeitos de custódia/defesa; de penologia terapêutica e de gestão técnica dos corpos; tudo isto associado ainda com a Doutrina da Proteção Integral e a perspectiva da proteção, segundo a qual o governo dos corpos faz-se numa perspectiva de direitos e de proteção (principalmente frente às vulnerabilidades).

Diante da fórmula UES que combina tecnologias antigas e contemporâneas, nos perguntamos ao final deste trajeto: que função cumpre a UES? Será que nela se realiza uma modalidade da criminologia atuarial de gestão de danos, principalmente se levamos em conta o ócio da Unidade com mera contenção dos seus internos?

A criminologia atuarial, que emergiu na década de 70 do século XX, segundo Anitua (2008), diz respeito a uma prática de criminologia administrativa em que o cotidiano do fluxo prisional é tomado por um funcionamento de evitação de riscos de conflitos locais evidentes, mas sem perspectiva de transformações de impacto social. Ela foi influenciada pela revolução tecnológica que proporcionou uma “modernização” das classificações e agrupamento dos riscos, “uma forma mais fácil e econômica de se administrar os portadores de um perfil de risco” (p. 825).

De acordo com Anitua (2008), essa “nova penologia” não estaria implicada com a responsabilização do delito ou com a identificação das motivações do delito por meio de produção diagnóstica e de tratamento do indivíduo criminoso. Sua função é de gestão de “grupos populacionais classificados e identificados previamente como perigosos e de risco, assim como a manutenção do funcionamento do sistema e de seus privilégios com um custo mínimo” (p. 814-815). Essa nova lógica da gestão da criminalidade objetiva “identificar, classificar, ordenar e gerenciar grupos perigosos de modo eficiente” (Anitua, 2008, p. 815).

O *indivíduo perigoso* passa a caso estatístico do risco. Essa nova política criminal considera os casos dos sujeitos *reincidentes* que aguçam um punitivismo de

grande apelo popular responsáveis por um endurecimento penal para as excepcionalidades, como o TPAS. Para esses casos, os custos mínimos precisam ser máximos, pois o impacto de seus riscos seria incalculável. Em uma lógica estatística dos riscos, realiza-se uma distribuição dos gastos com equidade, de acordo com a tipologia do risco: gasta-se o mínimo com o delito mínimo, de menor gravidade, e investe-se o necessário com os atos máximos, ou possivelmente máximos, quando previstos estatisticamente.

O controle populacional em jogo nessa política criminal permite uma gestão de práticas múltiplas. A perspectiva em jogo é uma função gerencial por meio de instrumentos que combinam desde práticas antigas, como o encarceramento, a práticas contemporâneas, como o monitoramento eletrônico. Desse modo, alcançaríamos a redução de danos e o isolamento do perigo.

Para O'Malley (2006), a criminologia atuarial não seria somente uma forma de justiça penal de tecnologia excludente, que atua a partir do uso de probabilidades estatísticas para simplesmente identificar criminosos de alto risco, ou meramente atuar na lógica do controle penal pela análise da probabilidade da variável do risco e determinar a severidade da pena. Parece que restaria a função de incapacitar o criminoso e reduzir o risco. Contudo, tal matematização da política quase parece uma “prepolítica”, em que os transgressores seriam ou os sujeitos em situações limites de vida, seja por motivos econômicos, por exemplo, ou por situações políticas em que estariam “abandonados e absolutamente excluídos”.

Corroboramos com O'Malley de que a criminologia atuarial se vale de uma política que repeliu em sua prática uma estratégia de governo de implicação com o *socius*. Ela se vale de uma tecnologia de governo em que a seguridade não deve ser mais social, mas deve ser “distribuída pelo mercado, pelos indivíduos, as famílias, as comunidades e outras ‘associações voluntárias’ tais como o ‘setor privado’” (p. 259). Pois essa visão da criminologia atuarial, como prepolítica, põe em jogo as políticas sociais que, em sua visão, produziram dependência do indivíduo com o Estado, como seriam as políticas do Bem-Estar Social.

Mas a criminologia atuarial será aqui operada a partir dessas perspectivas de Anitua e O'Malley em que configuram uma política específica de tecnologia de risco. Entenderemos que ela modela riscos conforme as demandas políticas-econômicas do presente em cada país, Estado e cada caso. Talvez seja o caso da UES paulista.

Logo: qual seria a finalidade da UES? O ócio vivido na máquina UES estaria pondo em jogo uma nova economia de gestão da criminalidade juvenil? A diminuição da incidência do campo psi em seu cotidiano, com seus exames e intervenções terapêuticas, refletiria uma desimplicação com os processos de tratamento? Mas e as enunciações de investimento no tratamento para garantia do direito à saúde do jovem autor de ato infracional? Seria mesmo a UES uma proposta positivista de tratamento da “periculosidade”?

As táticas psi-jurídicas de contenção do adolescente autor de ato infracional pela medida protetiva seguida pela interdição com internação psiquiátrica compulsória permitiria esse fluxo de internamento preventivo de riscos pela via do TPAS. A gestão do TPAS seria necessária, pois a alta periculosidade inerente ao diagnóstico demanda uma rede de punição, mas aqui enunciada em São Paulo em nome da defesa e proteção social. Talvez sejam essas as demandas do Estado.

“As conseqüências político-criminais dessa atualização da ‘periculosidade’ positivista no ‘risco’ atuarialista já haviam sido anunciadas anteriormente por Robert Castel, que apontava a emergência de novos especialistas menos vulneráveis ao erro e a conseqüente ampliação da rede punitiva” (Anitua, 2008, p. 818).

De fato, essa gestão contemporânea dos riscos se aproxima da positivista de controle da periculosidade, protege os bens jurídicos, sociais e da vida e antecipa estratégias de controle social. Nossa hipótese era de que o PROJETO UES operava uma gestão positivista de controle da periculosidade, mas esta relação com a gestão atuarial nos parece um elemento a ser considerado, pois a UES parece operar uma nova racionalidade com técnicas de gestão que buscam regular os níveis de desvios sem intervenção custosa junto à criminalidade. O internamento tem servido para reduzir os riscos dos sujeitos TPAS, que encabeçam a tabela da probabilidade de reincidência. É um foco na gerência do risco e não na classificação e identificação para uma análise científica do melhor tratamento penal a ser investido. O quadro TPAS posto como “incurável” permite essa imbricação curiosa com a gestão da criminalidade juvenil atuarial.

Essa imbricação foi percebida ao notar a MÁQUINA UES ociosa e com seu tratamento “moderníssimo” estagnado. De fato, os seis jovens estão “incapacitados”, privados de liberdade e, inclusive, com dificuldade de manter seus vínculos afetivos-familiares, pois estão geograficamente longe de suas cidades de origem e possuem

apoio mínimo da seguridade social. A UES não está investida de “projetos”, nem do seu PROJETO UES, nem de “projetos terapêuticos”, nem de projetos de desinternação (mesmo com o andamento daquele inquérito do MP Estadual e Federal, não acompanhamos mudanças no cotidiano dos jovens e seus familiares até junho de 2011). Localizamos na Unidade uma rotina de contenção intensamente investida pelos atores *extra-jurídicos* que, mesmo com os processos jurídicos dos jovens quase paralisados, atuam divulgando nas mídias impressas a situação do caso UES (em acompanhamento no site do TJ/SP, localizamos que a maioria dos processos estão emaranhados por uma burocracia do fluxo judiciário e ainda aguardando nova perícia, pois a última ocorreu em 2008).

Talvez a MÁQUINA UES, mantenedora do diagnóstico e do tratamento do TPAS, não tenha potência de máquina de tratamento, pois não produz nem transforma, apenas controla e contém. Não importa mais o modelo de regulação com métodos de vigilância e de hospitalização, aquele modelo-pesto (Foucault, 2007) de investigação, conhecimento e modificação. A MÁQUINA UES demandada pelos operadores do Direito do DEIJ e do MP (2005), ou melhor, o PROTÓTIPO DA MÁQUINA UES de tratar TPAS está vinculado ao modelo-lepra (Foucault, 2007), aquele procedimento de exclusão em que o mecanismo operatório é o do exílio para purificação do *socius*. Protótipo, na medida em que o PROJETO UES de tratamento do sujeito TPAS foi edificado e testou nove jovens. O Protótipo é um dispositivo com função de testar os projetos e seus esboços para determinar a melhor articulação de fatores do projeto (Slack, Chambers e Johnston, 2002).

Os protótipos passam por simulações, mas, no caso UES, a simulação proposta perdura por quatro anos; e seis jovens continuam sofrendo experimentações da montagem terapêutica (IMESC, 2007). O resultado do processo de tratamento no caso UES parece “não erradicável” (Castel, 1987), pois o TPAS é “incurável” e “intratável”. Logo, a experiência UES de tratar é necessariamente “malograda”. O TPAS não é uma doença. Segundo sua descrição nos manuais diagnósticos, é um conjunto de caracterizações comportamentais anti-sociais. Ele apenas pode ser gerenciado. Logo, a gestão atuarial da criminalidade juvenil diagnosticada com TPAS tangencia um dos *modus operandis* do funcionamento do PROTÓTIPO DA MÁQUINA UES. Essa gestão parece comportar uma preparação da melhor articulação dos fatores do PROJETO UES e dos fatores dos ditos riscos do TPAS que busca alcançar a maior eficiência possível.

Até o momento, o PROTÓTIPO DA MÁQUINA UES de tratamento do TPAS tem a função efetiva de custódia/segregação. O caso UES vem sendo operado por meio de suas engrenagens de exceção em uma MÁQUINA UES de aniquilamento, como proposto pelos atores psi do IML (2006). Na gestão atuarial, a função “reabilitação” da pena de prisão é substituída pela “inabilitação” (Anitua, 2008). O inábil precisa ser isolado para não oferecer riscos a si e ao outro:

“De acordo com a nova lógica atuarial, enquanto os que estão em risco de delinquir se encontrarem encarcerados, restringe-se fisicamente sua possibilidade de concretizar essa ação, e isso constitui justificativa suficiente para sua consideração. O certo é que, em seus antecedentes históricos, a inabilitação foi considerada uma função secundária ou uma proposta localizada para uma classe especial de „delinquentes“, os habituais, ou especialmente perigosos. Com efeito, a partir das últimas três décadas, a inabilitação começa a ser considerada seriamente como o fim principal da moderna pena de prisão” (Anitua, 2008, p. 819).

Na gestão atuarial, carregada de novos-velhos pensamentos criminológicos, para execução da política de proteção da “parcela ordeira da população” (Juizado do DEIJ, 2006) é necessário tornar inócuo o *sujeito perigoso*, o indivíduo de alto risco e/ou reincidente. Encarceram-se esses sujeitos portadores de variáveis de risco (histórico familiar delitivo, transgressão social-legal na adolescência, fracasso escolar, cometimento de ato infracional grave), como um quadro crônico da conduta anti-social. “A reincidência já não será o indicador do fracasso do „tratamento“, mas sim a demonstração de uma inocuização bem-sucedida” (Anitua, 2008, p. 826).

Talvez a criminologia atuarial tangencie o PROTÓTIPO DE MÁQUINA UES na inocuização do sujeito TPAS: uma biopolítica preventiva. Podemos agregar, agora, uma outra perspectiva de leitura da biopolítica, a de Espósito, com quem chegamos à formulação de que a estratégia UES inscreve-se como *imunização* (Espósito, 2006)⁸⁶ do *socius*.

Agamben (2002) e Espósito (2006) coincidem na compreensão de que a noção de biopolítica instalou-se no centro do debate internacional, marcando uma etapa nova da reflexão contemporânea, especialmente a partir dos aportes de Michel Foucault. Quais sejam, de que as relações entre a vida e a política teriam se modificado desde a Modernidade, tendo a vida entrado diretamente nos mecanismos e dispositivos de

⁸⁶ No desenvolvimento desta tese, Espósito, que é do campo da filosofia política, dialoga com vários autores e perspectivas de conhecimento: direito, medicina, antropologia política, filosofia. Tomaremos para nosso argumento aqui, especialmente seu diálogo com Foucault.

governo dos homens. Esposito (2006), assim como Agamben (2002), buscam extrair novas consequências e desdobramentos desta formulação, especialmente as que se relacionam ao vínculo estreito entre biopolítica e morte⁸⁷.

Diferentemente de Agamben, Espósito (2006) nos leva a outra reflexão sobre a proximidade entre norma biológica e norma jurídico-política. Para Espósito, quando a política toma a vida como conteúdo direto de sua própria atividade, estamos, de pleno direito, no paradigma imunitário. Espósito destaca do biopoder em Foucault, comparativamente à dimensão soberana do Estado, a compreensão de que “os corpos – todos e cada um- devem ser cuidados, estimulados e multiplicados como o bem absoluto do qual o Estado deriva sua própria legitimação” (p. 194). E chama a atenção para a necessidade de compreender o horizonte mesmo de sentido que a biopolítica abre quando situa a vida como objeto e objetivo da política.

Acompanhando a *ilimitada medicalização* daí derivada e o papel preponderante da luta contra o risco do contágio bem como a função de controle social de que se investe a saúde pública - dimensões extensamente sinalizadas por Foucault – Espósito (2006) destaca a aguda percepção de Foucault: é no mesmo momento em que o vivente entra no horizonte de visibilidade do saber moderno que emerge sua relação constitutiva com aquilo que ameaça extingui-lo - a morte e a enfermidade. A figura do *pharmakon* – medicina e veneno- será uma dentre outras que Esposito invoca para situar o paradigma imunitário e seu caráter aporético: “pode-se prolongar a vida, mas apenas se se a expõe continuamente à morte” (Esposito, 2006, p. 18).

Esta antinomia atravessaria, para o autor, todas as linguagens da modernidade e o imunitário seria o necessário antídoto “para defender a vida da possibilidade de dissolução que advém da sua colocação no comum” (Esposito, 2006, p. 27). Ou seja, não existe comunidade desprovida de algum tipo de aparato imunitário: para devir objeto de cuidado político, a vida deve ser separada e encerrada em espaços de progressiva dessocialização que a imunizam de toda deriva comunitária: “Em última instância, a imunidade é o limite interno que corta a comunidade repregando-a sobre si mesma numa forma que resulta simultaneamente constitutiva e destitutiva: que a constitui - ou reconstitui-, precisamente ao destituí-la” (Esposito, 2006, p. 19). Mediante a proteção imunitária a vida combate o que a nega, mas na forma de

⁸⁷ Cabe lembrar que esta é a mesma questão que toma Agamben para chegar à sua formulação do campo como o paradigma político da modernidade e ao estado como estado de exceção.

neutralização; de uma exclusão mediante inclusão.

Assim, para Espósito, a categoria de *imunização* provoca “de forma inequívoca o mortífero laço entre a proteção da vida e sua potencial negação” (2006, p. 185), explicando a hipertrofia dos aparatos de segurança. Ao invés de adequar a proteção ao efetivo nível de risco, tende a adequar a percepção do risco à crescente necessidade de proteção, fazendo assim da proteção mesma um dos maiores riscos. Reencontramos, assim, a perspectiva que trabalhamos com Castel, mas que nos permite entender melhor a osmose entre o biológico, o jurídico e o político que, para cumprir o imperativo da proteção, gera o risco que pretende defender.

Concebemos que a política de gestão de risco do adolescente autor de ato infracional pelo crivo do TPAS toma a vida como objeto e objetivo de intervenção e opera uma biopolítica preventiva com estratégia de imunização que visa neutralizar o TPAS. Como apreendemos com o conceito de imunização, esse paradigma imunitário põe em jogo a adequação da proteção ao efetivo nível de risco do TPAS, pois ao mesmo tempo que se propõe a adequar a percepção do risco de crescente necessidade de proteção, se vale de uma proteção intensa, com radicalização dos seus riscos, o que o torna mortífero.

A estratégia UES de imunização protege a vida e constitutivamente a nega para sua proteção. Talvez como no nazismo que, segundo Espósito (2006), operou sob uma imunização de proteção imunológica contra uma enfermidade infecciosa (por meio de uma política de proteção de contágio de seres superiores por seres inferiores) com uma doença auto-imune. Uma situação extrema na qual o sistema protetor é tão agressivo que se volta contra o próprio corpo que deveria proteger, ocasionando uma explosão.

Entendemos que opere uma intensificação do sistema protetivo do TPAS, em que o objeto a ser protegido é a vida de si e do outro, restando a separação e o confinamento em espaço imune à socialização. Como a vida deve ser cuidada, todos devem ser tratados operando uma economia de governo da vida do sujeito TPAS, mas com gerenciamento da inabilidade do contagioso TPAS no *socius*.

Considerações Finais

O caso UES uma utopia ativa de “proteção integral” entendida sempre na sua provisoriedade e como experimentação de situações problemas, pode-nos permitir fazer apostas em deslocamentos nos regimes de verdade que ordenaram e regularam o internamento de nove jovens no PROTÓTIPO DE MÁQUINA UES?

Ao concluir essa investigação, temos notícias que “projetos de desinternação” dos jovens *inabilitados* da UES estão em andamento. No início do ano foi constituído um grupo de atores psi-jurídicos implicados em promover gestões “garantistas”, diversas do controle positivista da periculosidade e do aniquilamento da existência dos seis indivíduos ainda contidos na Unidade há, pelo menos, sete anos, em nome da proteção e do seu direito à saúde.

A provável mudança de curso no governo da vida dos jovens em confronto ao CONTINUUM INTERNAMENTO ocorre de maneira provisória. O caráter temporário do grupo se dá categoricamente, pois conhecemos apenas notícias incipientes dos primeiros encontros ocorridos em 2011. As notícias enunciam gestões de cuidado a serem estabelecidas no *território* de desejo do jovem e sua família.

A primeira incidência do Grupo ocorreu por meio de ato fiscalizatório⁸⁸ no *campo* UES, experiência do limiar, sob uma *quase medida de segurança*. A medida de segurança não tem amparo no plano do direito para esses raros casos, mas no plano político encontra a experiência da exceção como forma legal do que não poderia ter forma legal: “A norma se aplica à exceção desaplicando-se, retirando-se desta. O estado de exceção não é, portanto, o caos que precede a ordem, mas a situação que resulta da sua suspensão” (Agamben, 2002, p. 25). O acontecimento UES opera uma lógica de poder que dialoga com a concepção de *campo* como modelo político na lógica da exceção: jovens em conflito com a lei estão tutelados/custodiados no *campo* UES.

⁸⁸ O ato fiscalizatório realizado em fevereiro de 2011 foi movido sob coordenação da Promotoria de Justiça de Direitos Humanos – Saúde Pública. Nessa ação o grupo era composto de atores de conselhos profissionais da psicologia e da medicina, acionados pela Promotoria. Essa ação pertence a inquérito aberto pelo Promotor ao ser interpelado em 2009 pela Promotoria cível da cidade de origem do jovem JOA após a sua tentativa de suicídio. O objetivo da visita em 2011 foi diagnosticar a dinâmica da UES para fundamentar propostas interventivas de construção de projetos terapêuticos e pedagógicos singulares para os jovens internos, e, assim, assegurar o direito à saúde e outros assegurados a jovens privados de liberdade. (Tivemos acesso a esse documento pelo inquérito do MPF decorrente de petição feita pelo GI em 2010). Os dois conselhos já haviam realizado anteriormente fiscalizações na UES no ano de 2009, porém independentemente e somente com a finalidade de análise do equipamento.

Como resposta ao encarceramento desses “casos raros”, os defensores dos direitos humanos acusaram prática ilegal que permitiu a fluidez da norma e emergiu inovação jurídica, como uma “humanização do estado de exceção” (Coimbra, Lobo e Nascimento, 2008) que, em nome do direito ao tratamento, permite escapar o argumento da defesa social. Como a prisão, a UES também emergiu das próprias práticas de controle social espalhadas e fabricadas por diferentes grupos e comunidades. Ela é um dispositivo de controle-contenção-aniquilamento que atenderia uma demanda feita pela população ou na própria população. Cabe um alerta “às intervenções humanitárias”: demasia garantia de direitos capturam movimentos sociais no “mercado capitalístico de direitos humanos” (p. 96) que ofertará “hospital moderníssimo” de atendimento aos casos “preocupantes” de TPAS.

Percebe-se nesta análise do acontecimento UES um jogo de forças de saberes e poderes, em que o poder se dá na ação de força sobre força - só existe poder em ato (Foucault, 1995). Ou seja, o poder não é da ordem do consentimento, ele não é em si mesmo renúncia a uma liberdade. O poder é um conjunto de ações sobre ações possíveis, ele opera sobre o campo da possibilidade onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos. Ele é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos. Para Foucault (1995), o poder só se exerce sobre sujeitos livres, campo de possibilidades onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer.

Acompanhando o pensamento de Foucault, entendemos que as relações de poder são móveis, reversíveis e instáveis, há relações de poder em todo o campo social, com isso há liberdade por todo o lado e há resistência. Entendemos, desse modo, o Grupo Interinstitucional no movimento da resistência que enfrenta o jogo de patologização e segregação desses jovens. É um movimento de resistência ao assujeitamento dos jovens objetivados enquanto indivíduos perigosos e de busca por possibilidades de governo de si, a partir de um exercício refletido de liberdade do jovem autor de ato infracional. Consideramos que nossa atuação no GI funciona como uma resistência para dar lugar a novos saberes e poderes, os quais tensionamos por outros destinos.

Cabe sinalizar que, ao longo deste trabalho, fomos interpeladas muito “cientificamente” pelo Poder Judiciário (o mesmo que autorizou parte do acesso aos documentos trabalhados nesta pesquisa) a informar os passos dados pela pesquisa (e principalmente quando os resultados seriam divulgados), com demandas sobre as datas

de qualificação e defesa. Tal “extremado interesse” funcionou por vezes como uma espécie de júdice sobre a pesquisa, também serviu para confirmar as relações entre ciência e política, principalmente, como nos coloca Rodrigues, “os riscos que corremos, todos (cientistas ou não), quando desconsideramos as correlações do discurso científico com práticas outras - que, na situação em apreço, são as de culpabilização, identificação de “inimigos internos” e/ou “perigos biológicos”, cisão sapiente entre (bons) cidadãos e rebotalho social” (Rodrigues, 2008, pp. 141-2).

Diante desse quadro, a tese é finalizada indagando pela interrogativa feita a nós desde o início do processo de investigação da pesquisa: Será que é possível operar políticas de saúde mental na interface com os sistemas de justiça e de socioeducação com jovens etiquetados com o TPAS pelo saber psi-jurídico?

Começamos essa derradeira análise nos baseando nas pistas ofertadas pelos dois psicólogos atuantes no campo da justiça juvenil da Catalunya/Espanha (o gestor administrativo do “Centro Educativo de Menores” e a coordenadora responsável pela UTJJ do mesmo Centro) quando lhes fiz o mesmo questionamento: Não é pelo crivo do TPAS que se pode ofertar uma política de atenção em saúde mental. Pois essa variável da gestão dos riscos opera necessariamente dessocialização próxima à morte.

A gestão da criminalidade juvenil implicada com uma política de controle social de contenção do *sujeito perigoso* não permite produzir uma máquina de cuidado. As suas engrenagens necessariamente operam a partir de mecanismos que regulam populações “FEBEM” no intercâmbio oportuno/inoportuno entre biologia e direito, entre norma biológica e norma jurídico-política. Incide uma estreiteza entre biopolítica e morte em uma zona indistinguível entre lei e vida. Nas práticas de biopoder, o racismo (Foucault, 2005) do sujeito TPAS inscreve uma classificação dos que podem viver e os que podem morrer por meio de procedimento “moderníssimo” que artimanha a sobrevivência de uns em prol da morte de outros.

Por um lado, o jovem e sua defesa demandam que ele não seja tomado na perspectiva da população, mas sim na medida de “um corpo e de uma vida” quando enunciam: “O jovem pede que seja tratado como um fim em si mesmo e pede para não servir de instrumento para a transformação das políticas” (Defensoria Pública, 2007). Por outro, a fala do então coordenador de Saúde Mental em 2008 sugere, como estratégia de intervenção, olhar “o que produziu a biografia destes sete atuais internos do estabelecimento especial” na singularidade de seu percurso. Esses dois fatos parecem

sinalizar um esforço de escapar à biopolítica, principalmente em seu rosto *espécie*.

Tal estratégia de enfrentamento talvez não permita aos jovens escapar das malhas desta “protetiva defesa social”, mas quem sabe podem, como sugere Espósito (2006), não “evitar mirar o cidadão desde o ponto de vista de seu corpo vivo”, mas pelo menos “pôr em jogo o sentido da abertura ao comum” (p. 201). Parecem caminhar, assim, na direção de um cuidado (em saúde?) que se oponha à *vida nua*.

Referências Bibliográficas

Agamben, G. (2002). **Homo sacer. O poder soberano e vida nua**. Belo Horizonte, Editora da UFMG.

Agamben, G. (2004). **Estado de exceção**. São Paulo, Boitempo Editorial.

Alvarez, J.; Passos, E. (2009). Cartografar é habitar um território existencial. Em E. Passos, V. Kastrup e L. Escóssia, **Pistas do método da cartografia. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** (pp. 131-149). Porto Alegre: Sulina.

Amarante, P. (2007). **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. RJ: NAU Editora.

Anitua, G. I. (2008). **Históricos dos pensamentos criminológicos**. Rio de Janeiro: Revan.

Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminalidade (1949). **Sessão ordinária de 17 de Agosto de 1949, Volume XX**, Fascículo 1º, 2º, 3º. Ano XX (janeiro a dezembro).

Baratta, A. (2002). **Criminologia crítica e crítica do direito penal**. Rio de Janeiro: Revan.

Barros, R. D. B.; Leitão, M. B. S. e Rodrigues, H. B. C. (1992). **Grupos e instituições em análise**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Basaglia, F. (1985). **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Batista, V. M. (2005). Para Além dos Limites. Em Marildo Menegat; Regina Neri. (Org.). **Criminologia e Subjetividade** (pp. 41-46). Rio de Janeiro: Lumen Juris.

- Beiras, I. R. (2005). **Política criminal y sistema penal**. Viejas y nuevas racionalidades punitivas. Barcelona: Anthropos.
- Bergalli, R. (1982). **El pensamiento criminológico - volume 1**. Barcelona: Península.
- Castel, R. (1986). De la peligrosidad al riesgo. Em C. Wright Mills, M., M. Foucault, M. Pollak et al., **Materiales de sociologia critica**. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta.
- Castel, R. (1987). **A gestão dos riscos. Da anti-psiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Castel, R. (2005). **O que é ser protegido**. Petrópolis: Editora Vozes.
- Castel, R. Os médicos e os juízes. (2007). Em M. Foucault (org), **Eu, Pierre Rivière, que degolei, minha mãe, minha irmã e meu irmão** (pp. 259-275). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Cesaroni, C. (2010). **La vida como castigo**. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.
- Coimbra, C. M. B., Lobo, L. F. e Nascimento, M. L. (2008). Por uma invenção ética para os direitos humanos. **Psicologia Clínica** 20 (2), 89-102.
- Conselho Regional de Psicologia 6ª Região, Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.). (2010). **Medicalização de Crianças e Adolescentes - conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Conselho Regional de Psicologia 6ª Região (org.). **Políticas de saúde mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas**. Caderno temático 12, no prelo.
- Costa, J. F. (2007). **História da psiquiatria do Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond.

- De Leonardis, O. (1999). Estatuto y figuras de la peligrosidad social entre psiquiatria reformada y sistema penal: notas sociológicas. **Revista de Ciencias Penales** 4, 429-449.
- Delgado, P. G. (1992). **As razões da tutela**. Rio de Janeiro: Te Corá.
- Deleuze, G. (2006). **Os intercessores**. Em G. Deleuze, Conversações (p. 151-168). São Paulo: Editora 34.
- Donzelot, J. (1980). **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal.
- Esposito, R. (2006). **Bíos. Biopolítica y filosofía**. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ferla, L. (2009). **Feios, sujos e malvados sob medida. A utopia médica do biodeterminismo**. São Paulo: Alameda.
- Foucault, M. (1977). **História da sexualidade I**. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. Em: Dreyfus, H. & Rabinow, P. **Michel Foucault. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica** (p. 231-249). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2002a). **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2002b). **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (2003). **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: NAU.
- Foucault, M. (2005). **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes.

- Foucault, M. (2006a). A evolução da noção de “indivíduo perigoso” na psiquiatria legal do século XIX. Em M. Foucault, **Ética, sexualidade, política – Ditos e escritos V** (pp. 1-25). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2006b). **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola.
- Foucault, M. (2006c). **A poeira e a nuvem**. Em M. Foucault, **Estratégia, poder-saber – Ditos e escritos IV** (pp. 323-334). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2006d). Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. Em M. Foucault, **Estratégia, poder-saber – Ditos e escritos IV** (pp. 335-351). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2006e). **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2006f). Poder e saber. Em M. Foucault, **Estratégia, poder-saber – Ditos e escritos IV** (pp. 223-240). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2007). **A microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2008a). **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense universitária.
- Foucault, M. (2008b). **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes.
- Fry, P. (1985). Direito positivo versus direito clássico: a psicologização do crime no Brasil no pensamento de Heitor Carrilho. Em S. A. Figueira (org.), **Cultura da psicanálise** (pp. 116-141). São Paulo: Brasiliense.
- Garland, D. (2008). **A cultura do controle: crime e ordem social na sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Revan.
- Goffman, E. (1974). **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva.

Jarry, A. (2007). **Ubu rei**. São Paulo: Peixoto Neto.

Justicia, J. M. M. (2005). **Análisis cualitativo de datos textuales com Atlas ti 5**. Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons.

Kastrup, V., Barros, R. B. (2009). Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. Em E. Passos, V. Kastrup e L. Escóssia, **Pistas do método da cartografia. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** (pp. 76-91). Porto Alegre: Sulina.

Kolker, T. (2005) Instituições totais no século XXI. Em: M. Menegat e R. Neri (orgs), **Criminologia e Subjetividade** (pp. 109-121). Lúmen Júris Editora. Rio de Janeiro.

Laurrari, E. (2000). **La herencia de la criminología crítica**. Madrid: Siglo veintiuno de España Editores.

Lombroso, C. (2010). **O homem delinqüente**. São Paulo: Ícone.

Lourau (1993). **René Lourau na UERJ. Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Lourau, R. (2004). Objeto e método da análise institucional. Em: S. Altoé (org.). **René Lourau: Analista Institucional em tempo integral** (pp. 66-86). São Paulo: HUCITEC.

Machado, R. et al. (1978). **Danação da norma**. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Malventi, D. (2011). Simbiosis vital. Em I. G. Sánchez (org.), **Teoría social, marginalidad avanzada y Estado penal. Aproximaciones al trabajo de Loïc Wacquant**. Madrid: Dykinson.

- Mattos, V. (2005). Trem de doido: o controle especial do controle total. Em: M. Menegat e R. Neri (orgs), **Criminologia e Subjetividade** (pp. 67-75). Lúmen Júris Editora. Rio de Janeiro.
- Méndez, E. G. Adolescentes y responsabilidad penal: un debate latinoamericano. **Cuadernos de doctrina y jurisprudencia pena**, ano VI, n. 10, p. 261-275, 2000.
- Minahim, M. A. e Sposato, K. B. (2010). **Responsabilidade e garantias ao adolescente autor de ato infracional: uma proposta de revisão do ECA em seus 18 anos de vigência**. UFBA/ Projeto Pensando o Direito – Edital 01/2009.
- Morana, H. C. P. (2003). **Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (psychopathy checklist revised) em população forense brasileira: caracterização de dois subtipos da personalidade; transtorno global e parcial**. Tese de doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Morana, H. C. P. (2004). **Escala Hare PCL-R**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nicácio, M. F. S. (1994). **O processo de transformação da saúde mental em Santos**: Desconstrução de saberes, instituições e cultura. Dissertação de mestrado em Ciências Sociais, PUC, SP.
- O'Malley, P. (2006). **Riesgo, neoliberalismo y justicia penal**. Buenos Aires: Ad-Hoc.
- Oliveira, S. (2009). Psiquiatrização da ordem: neurociências, psiquiatria e direito. Em M. Rago e A. Veiga-Neto (org.) **Para uma vida não fascista** (pp. 339-348). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Pelbart, P. P. (1990). O manicômio mental – a outra face da clausura, in: **Saúdeloucura nº. 2** (pp.131 – 138), São Paulo: Hucitec.

Pelbart, P. P. (2003). **Vida capital. Ensaio da biopolítica**. São Paulo: Iluminuras.

Rauter, C. (2003). **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan.

Rauter, C. (2005) Para Além dos Limites. Em: M. Menegat e R. Neri (orgs),
Criminologia e Subjetividade (pp. 47-54). Lúmen Júris Editora. Rio de Janeiro.

Revel, J. (2004). O pensamento vertical: uma ética da problematização. Em F. Gros,
Foucault: a coragem da verdade (pp. 65-87). São Paulo: Parábola Editorial.

Rodrigues, H. B. C. (2009). Sobre a política e discursos (neuro)científicos no Brasil contemporâneo: muitas questões e algumas respostas inventadas a partir de um escrito de Michel Foucault. Em M Rago e A. Veiga-Neto (org.), **Para uma vida não fascista** (pp. 153-168). Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Rodrigues, H. C. R. (2010). A história oral como intercessor – em favor de uma dessujeição metodológica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 10 (1), 190-203.
Disponível em 15/07/11 no sítio <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a13.pdf>

Rose, N. (1988). Governando a alma: a formação do eu privado. Em: T. T. Silva (org.),
Liberdades reguladas, (pp. 30-45). Petrópolis: Vozes.

Rose, N. (2006). **The politics of life itself: Biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century**. Princeton: Princeton UP.

Santa Cruz, M. A. (2009). **Clínica e Política: distintas, mas inseparáveis**. Boletim Online, Departamento de Psicanálise 11, disponível em 15/01/10 no sítio: http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/boletim/edicao11/noticia_dep2.html

SEDH (2010). Secretaria de Direitos Humanos - Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da criança e do adolescente Presidência da República. (2010).

Levantamento nacional do atendimento socioeducativo ao adolescente em conflito com a lei. Disponível em 19/06/2010: http://www.obscriancaeadolescente.org.br/observatorio/pesquisas/index.php?pg=pesquisa&id_submenu=148&id_categoria=2).

Slack, N., Chambers, S. e Johnston, R. (2002). **Administração da produção.** São Paulo: Atlas.

Spink, P. K. (2003). Pesquisa de Campo em Psicologia Social: Uma Perspectiva Pós-Constructivista. **Psicologia e Sociedade**, 15 (2), p. 18-24.

Spink, P. K. (2004). Análise de Documentos de Domínio Público. Em: Spink, M. J. P. (Org.). **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano.** São Paulo: Editora Cortez.

Spink, M. J. P. e Menegon, V. M. (2004). Práticas discursivas como estratégias de governamentalidade: a linguagem dos riscos em documentos de domínio público. Em: L. Iniguez (Org.). **Manual de análise de discurso em Ciências Sociais,** Petrópolis, RJ: Vozes.

Vicentin, M. C. G. (1992). **Fronteiriços: uma geopolítica da delinquência.** Dissertação de mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Vicentin, M. C. G. (2005). **A interface psi-jurídica: a psiquiatria do adolescente em conflito com a lei. Relatório final de pesquisa-doutor (CEPE). PUC-SP.**

Yasui, S. (2010). **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Zuquim, J. (2002). “Pequenos psicopatas”: infância, criminalidade e loucura na primeira república. Em E. H. Antunes, L. H. S. Barbosa e L. M. F. Pereira (orgs.), **Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos da história brasileira** (pp. 123-146). São Paulo: Edusp.

Legislações

Código de menores de 1979. Organização dos textos, notas remissivas e índices por Juarez de Oliveira. (1989). São Paulo: Saraiva. Série legislação brasileira.

Código de menores Mello Mattos. (1978). Em A. Cavallieri. (Org.), Direito do Menor (pp. 281-323). Rio de Janeiro: Freitas Bastos.

Código Penal de 1940. Decreto de lei Nº. 2.848, de 07/12/1940. (1980). Em J. H. Pierangelli, **Códigos penais do Brasil: evolução histórica** (pp. 449-511). Bauru, SP: Jalovi.

Constituição da República Federativa do Brasil. (2004). São Paulo: Saraiva.

Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991. (1990/2000). Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações. Série Fontes de referência. Legislação, nº 32.

Anexos

Anexo 1 [Dossiê UES]: Glossário de atores institucionais envolvidos no caso UES

Este glossário tem a função de situar e oferecer algumas informações contextuais dos centros de perícias que participaram da composição e produção do PROJETO UES: IMESC, IML-SP, NUFOR e Sociedade Rorschach SP.

Propomos uma breve apresentação baseada, em sua maioria, nos próprios documentos dos institutos e núcleo de pesquisa.

Essa inserção não tem a pretensão de produzir uma história da criação e funcionamento complexo das suas articulações administrativas e técnico-políticas.

O objetivo é unicamente possibilitar ao leitor um panorama situacional.

Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (IMESC)

O IMESC¹ é uma autarquia vinculada à Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Governo do Estado de São Paulo. Foi instituído pelo Decreto-Lei Estadual nº 237 de 1970, primeiramente sob denominação de ‘Instituto Oscar Freire’, e em 1976 foi renomeado para IMESC (Decreto nº 8.390 de 1976). O regimento atual do IMESC é o Decreto n.º 42210 de 1997.

Sua atribuição principal é a realização de perícias médico-legais, psiquiátricas (na área criminal, por exemplo, na verificação de “insanidade mental”, “dependência toxicológica” e “cessação de periculosidade”) e imunohematológicas requisitadas pelo Poder Judiciário Estadual e por outros órgãos da Magistratura (Federal e do Trabalho). É um órgão auxiliar do Juízo, conforme estabelece o art. 139 do C.P.C., e realiza suporte técnico a outros órgãos, públicos e privados.

“O IMESC presta relevantes serviços públicos, de profundo alcance social, mormente à população carente e necessitada, eis que a grande maioria das requisições de exames solicitados e dirigidas a este Instituto, referem-se a pessoas beneficiárias da ‘Justiça Gratuita’, pobre na acepção jurídica do termo, propiciando-lhes a oportunidade da realização de uma prova técnica necessária ao alcance da tutela jurisdicional pretendida” (Felice, 1998, Revista IMESC nº 1).

IMESC também realiza “pesquisa científica” articulada ao seu Centro de Estudos, que visa “produzir e difundir conhecimento técnico-científico nas áreas de Medicina

¹ Felice, S. A. (1998). O Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo – IMESC. **Revista IMESC**, 1. Disponível no sítio do Instituto, <http://www.imesc.sp.gov.br>, e acessado em 10/06/2008.

Social, da Prevenção e da Criminologia através de um escopo metodológico que inclui a estatística, a psicologia, o serviço social e a sociologia” (Felice, 1998, Revista IMESC nº 1).

O Instituto tem como função a participação na “prática de uma política criminal de prevenção do delito e tratamento dos delinquentes, segundo os modernos princípios penais e penitenciários” (Felice, 1998, Revista IMESC nº 1).

Segundo Evangelista (2000)², o exame psi em “perícias judiciais” tem a finalidade de investigar a “personalidade do periciando (estrutura e dinâmica), inteligência e maturidade mental e funções neurodinâmicas” (p. 52). Acredita-se que por meio da análise interdisciplinar (Medicina Legal, Psicologia Forense e Saber Jurídico) dos aspectos bio-psico-sociais ocorre uma **“distribuição de justiça reduzindo o papel normativo e punitivo e de controle social das perícias judiciais”** (grifos nossos).

Independentemente da utilização clínica dos métodos psicológicos entende-se que “é indispensável proceder ao estudo da personalidade mediante métodos – principalmente a Prova de Rorschach e o Exame Neuropsicológico de Luria – que demonstrem, objetivamente, sua estrutura e alterações”.

Na perspectiva do IMESC, o psiquiatra forense deve trabalhar com a compreensão das respostas mórbidas da personalidade aos agentes externos ou endógenos do examinando.

Em revista do Instituto, o conceito do TPAS (operador do PROJETO UES) foi discutido por Morana (2000)³ e defendeu-se que as prisões e enfermarias psiquiátricas não são apropriadas para o tratamento e reabilitação psicossocial desse transtorno. Considera-se que o “ambiente terapêutico” deve oferecer diferentes modalidades em função da “periculosidade manifesta”, as “condições de vida pregressa” e os “recursos de personalidade” que propiciem o convívio sem oferta de “risco”.

Na dinâmica da UES, o IMESC atua a partir de sua finalidade de avaliação psiquiátrica e participa em seis dos sete casos pesquisados.

Instituto Médico Legal (IML)

O Instituto Médico Legal⁴ foi fundado em 1885 como Serviço Médico Policial da

² Evangelista, R. (2000) Algumas considerações sobre as perícias judiciais no âmbito cível. **Revista IMESC**, 2, 51-57. Disponível em <http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/art3rev2.pdf> e acessada em 15/06/09.

³ Morana, H. (2000). Variantes do transtorno anti-social e suas implicações em perícia. **Revista IMESC**, 2, 11-43. Disponível em <http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/art1rev2.pdf> e acessada em 13/08/10.

⁴ As informações apresentadas foram extraídas do sítio do IML: http://www.polcientifica.sp.gov.br/institucional_IML_historico.asp, acessado em 12/07/09.

Capital. Ele era composto por dois médicos e seu regulamento foi estabelecido em 7/04/1886 pela Lei nº 18. O IML é o órgão técnico mais antigo da Polícia.

Em 1959 passou a ser chamado de Instituto Médico Legal, antes era nomeado de Gabinete Médico-Legal. Está subordinado à Superintendência da Polícia técnico-científica.

Segundo Abdalla-Filho e Engelhardt (2003)⁵, as perícias psiquiátricas, na área criminal, produzidas por órgãos oficiais no Brasil são realizadas por diferentes instituições. O IML compõe esse cenário, mas suas vinculações institucionais variam. Por exemplo, o IML DF é vinculado à Secretaria de Segurança Pública, já o de São Paulo é ligado à Secretaria de Justiça.

A sua função é de prover “bases técnicas em Medicina Legal para o julgamento de causas criminais”.

A necropsia/autópsia, apesar de ser a função mais referida ao Instituto, envolve apenas 30% do seu movimento. O atendimento majoritário é de atendimento às pessoas que foram vítimas de acidentes de trânsito, agressões, acidentes de trabalho etc.

Na dinâmica da UES, o IML participa apenas por duas vezes – em sua atribuição de atendimento aos vivos – em apenas um dos sete casos estudados. Em 2006, os médicos legistas do IML (com especialização em Psiquiatria Forense pela ABP) realizaram “Avaliações Psiquiátricas e Psicológicas” do primeiro interno da Unidade. Em 2007, sua última presença se deu por meio de “Parecer Médico Legal” para esclarecimento e análise da “conclusão técnica do NUFOR”.

Cabe ressaltar que foi convocado a atuar uma segunda vez para avaliar um dos casos prováveis tipo UES, mas negou-se a compor, alegando ter outras finalidades e não ter condições técnicas para executar a solicitação do DEIJ:

“O IML tem outras finalidades, a de administrar as perícias especializadas nas áreas de Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Neurologia, Psiquiatria e Psicologia, não existe, portanto, um núcleo de Psiquiatria Forense no IML, nem uma equipe multidisciplinar. Nossas atividades periciais de psiquiatria e psicologia restringem-se especificamente aos exames nos incidentes de insanidade mental, e de farmacodependência, exames de cessação de periculosidade nos casos de medida de segurança para maior inimputável e semi-imputável e nos casos de sexologia forense e de lesão corporal com danos psíquicos. **Não temos como já informamos em expediente anterior, capacidade técnica e instrumental para atender menores, nem condições de aplicar de forma rotineira os testes projetivos de personalidade especialmente Prova de Rorschach, dado a excessiva demanda nos exames acima citados.** [Indica NUFOR ou ao IMESC, onde já foi examinado]. Isto posto, devolvemos o presente expediente, uma vez que como vimos acima, este IML não tem condições técnicas de atender ao solicitado”.

(IML em resposta ao DEIJ, caso FAS, 05/07/07, grifos nossos)

⁵ Abdalla-Filho, E.; Engelhardt, W. (2003). A prática da psiquiatria forense na Inglaterra e no Brasil: uma breve comparação. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, (25), 4.

Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica (NUFOR)

O Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica – NUFOR⁶ compõe o grupo de programas especializados do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC/FMUSP).

Criado em 1998, o NUFOR “está voltado para o ensino, pesquisa e assistência no campo da Saúde Mental e sua interface com a Justiça e Cidadania, bem como na prevenção da violência, com ênfase na formulação de políticas públicas e parcerias com entidades estatais e privadas”.

O Núcleo tem a função de desenvolver atividades periciais, objetivando “articular a produção acadêmica com ações efetivas em termos de intervenção social”.

Trabalha com equipe multiprofissional, propondo-se a oferecer “uma visão global e crítica sobre a prática pericial e possibilitando acesso às modernas técnicas de intervenção”.

Segundo Barros (2008)⁷, médico psiquiatra do NUFOR, no século XXI, o campo da psiquiatria forense está atravessado pelo “novo paradigma” da Psiquiatria Forense, a Neurociência Forense. Entende que o novo modelo deve ser proposto como atualização da interface psi-jurídica a partir da delineação do “instrumental da psicopatologia clássica” somado à “neuroimagem, neurofisiologia, neurobiologia”. Essa nova rede de saberes e práticas empreendem uma integração de “mente e cérebro, corpo e alma, forma e função”.

Esse pesquisador e perito do NUFOR anuncia a **Neurociência Forense** como “os olhos da justiça”:

“Se conseguir fugir do reducionismo, evitando a medicalização da sociedade e qualquer tipo de determinismo – quer biológico, psicológico, quer social – e souber trilhar o caminho inverso, ampliando o entendimento do homem sobre si mesmo, a Neurociência Forense será capaz de resgatar seu propósito maior: ser os olhos da justiça diante de uma realidade cada vez mais complexa e, por isso mesmo, mais fascinante” (p. 206).

No PROJETO UES, o NUFOR participa de todo o circuito de avaliações psi que comporta o planejamento e execução da dinâmica UES.

Pelo DOSSIÊ UES, pode-se identificar que compôs desde a FEBEM, em 2006, um programa de mapeamento e atendimento das demandas de saúde mental dos

⁶ Informações extraídas do sítio do NUFOR, http://ipqhc.org.br/pag_detalhe.php?categ=Hospital&id=288 e acessadas em 25/04/09.

⁷ Barros, D. M. (2008). Neurociência Forense – Um novo paradigma para a Psiquiatria Forense. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 35 (5): 205-6.

adolescentes autores de ato infracional em dinâmica intra-muros da Fundação.

Posteriormente, na última versão do PROJETO UES EM 2007, no momento de início das operações da Unidade, tornou-se parceiro da FEBEM. Na rede, continuou compondo mais diretamente com a SES SP, na recepção e no internamento dos jovens. O NUFOR atuou desde a inauguração da Unidade:

“[o jovem] será atendido, em **caráter excepcional e provisório**, na unidade experimental daquela entidade, com **acompanhamento médico do NUFOR**, posto que tal local **assegura a contenção e o tratamento especializado da problemática do menor**, com supervisão contínua no âmbito psicopedagógico e psicoterápico, atividades desatinadas ao desenvolvimento da sociabilidade e introjeção de conceitos de bem e mal, certo e errado, além de valores aceitos pela coletividade. Sobredita informação foi devidamente confirmada pela r. superintendência do HC”.

(Ofício da SES para o DEIJ, caso ACAR, 07/05/07, grifos nossos).

Em 09/11/07, a FEBEM declarou o seu afastamento das atividades na UES: “Com relação ao acompanhamento pelo NUFOR, é fato que este fora interrompido uma vez que o referido Núcleo aponta prognóstico pouco favorável, como inclusive já fundamentado junto ao DEIJ”.

Quando a SES assume a direção da Unidade, a partir de 03/12/07, novamente o NUFOR retorna à operação, em 2008:

“Esta SES está em vias de celebrar um acordo específico com o HC da FMUSP para que o NUFOR possa se responsabilizar pelo atendimento de saúde dos internos. Por fim, vale dispor que a Unidade hoje possui 05 internos, sendo que dois deles foram encaminhados pelas Varas de Família em ações judiciais de interdição”.

(PROCESSO SINDICÂNCIA, 30/01/08)

“já informado [pela SES] os profissionais que atenderão na Unidade Experimental de Saúde são, na sua maioria, pertencentes ao Núcleo de Psiquiatria Forense - NUFOR do HC/FMUSP, podendo obter a colaboração de profissionais de outros serviços de saúde caso entenda-se necessário” (PROCESSO SINDICÂNCIA, 03/03/08).

O Núcleo realizou as últimas avaliações psi dos jovens da UES incluídas no PROCESSO SINDICÂNCIA no final de 2008. Atuaram como peritos subscritores de reavaliação médico-psicológicas, por meio de pareceres psiquiátricos e psicológicos.

Até junho de 2010, no PROCESSO SINDICÂNCIA (limite temporal da pesquisa), a última manifestação do NUFOR foi feita pela SES. O Núcleo continuava parceiro por meio da nova demanda do internamento: a “dependência química”. Registrou-se dupla oferta de: avaliação na FEBEM de “transtorno de dependência ao crack” e “tratamento psiquiátrico especializado”.

Sociedade Rorschach São Paulo

A Sociedade Rorschach de SP foi criada em 1952 pelo psiquiatra e psicólogo Anibal Silveira, é uma das sociedades científicas mais antigas do Brasil⁸.

Desde a década de 60 oferece cursos de especialização e aperfeiçoamento do método de exame psicológico concebido por Hermann Rorschach.

Adota o modelo teórico do psiquismo humano e o método sistêmico-evolutivo de avaliação do Psicodiagnóstico. A “Prova de Rorschach” baseia-se na teoria da personalidade de “compreensão integrada dos fatores biológicos, psicológicos e culturais implícitos no tipo de trabalho mental e no feitio de personalidade do agente”.

“Dessa forma, podemos obter **dados sobre os traços de personalidade que interferem no contato social, o grau de impulsividade de cada um, e quais seus recursos de controle.** Além de dar indícios de disfunções neurológicas, orgânicas, ou dificuldades de ordem cognitiva, que interferem no comportamento explícito de cada um. Com esses dados colhidos, **podemos identificar o quanto se pode imputar a responsabilidade do ato cometido (de acordo com capacidade de entendimento de cada um), quais, seus recursos internos e quais medidas mais adequadas para o tratamento e recuperação,** sendo de fundamental importância sua aplicação no início da internação e no final, para que essas orientações possam ser seguidas, e reavaliações após algum tempo”.

(Sociedade Rorschach, PROCESSO SINDICÂNCIA, 2005, p. 657, grifos nosso)

O Teste de Rorschach é um instrumento de diagnóstico da personalidade e na área jurídica coloca-se a serviço das decisões dos juízes como complemento do relatório conclusivo dos adolescentes institucionalizados.

Historicamente, a Sociedade atende aos “adolescentes infratores” desde o final da década de 60, por solicitações do “Juizado de Menores”, para esclarecimento das condições psicológicas e sócio-familiares do “autor de delitos contra a sociedade”.

Após interrupção das atividades na ditadura militar, em 2002, voltaram a prestar serviços junto ao DEIJ e à FEBEM na aplicação do Rorschach nos “menores institucionalizados”.

A Sociedade atendeu por determinação judicial mais de 300 adolescentes de 2002 a 2005. Ela compõe o circuito psi de avaliação realizado na FEBEM com demanda de solicitações e determinações crescentes, passando de 22 avaliações no ano de 2002 para 134 no ano de 2005.

A Avaliação de Rorschach foi realizada em dois casos do PROJETO UES.

⁸ As informações foram extraídas de documento apresentado pela Sociedade Rorschach ao DEIJ e incluído no PROCESSO SINDICÂNCIA (2005).

Anexo 2 [Dossiê UES]: Cronologia dos eventos da UES

Data	Evento	Descrição
2001	Sancionada a Lei 10216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.	São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único: São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.
19/02/01	Publicada Resolução SS - 17 Política de atenção à saúde mental da infância e adolescência - uma proposta de organização da atenção de São Paulo	Elaborada pela comissão de cuidados à saúde mental de criança e adolescente de São Paulo tendo como referência a lei 10216/01, indicando a rede de serviços assistenciais – atenção básica e cuidados ambulatoriais especializados - preconizando o planejamento terapêutico individualizado com investimento no vínculo entre equipe e família, sabendo que a internação é um continuum de cuidados.
2002	Instaurada o DOCUMENTO SINDICÂNCIA 01/2002 no DEIJ	O procedimento administrativo instaurado que convoca os considerados responsáveis pela situação-problema <i>irregular</i> para que expliquem os motivos da situação dos adolescentes <i>portadores de transtornos mentais</i> no sistema socioeducativo e apresentem e implantem soluções.
14/07/04	Publicação da PORTARIA Nº 340	Aprova as Normas para a Implantação e Implementação da Atenção à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, em unidades masculinas e femininas, a Padronização Física do Estabelecimento de Saúde nas Unidades de Internação e Internação Provisória, o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em conflito com a lei, em Regime de Internação e Internação Provisória e o Termo de Adesão. Define que a atenção à saúde dos adolescentes de que trata a Portaria será realizada em estabelecimento de saúde localizado dentro da unidade de internação ou de internação provisória, devidamente cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e estabelece que os adolescentes que cumprem medidas sócio-educativas de semiliberdade, liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade serão assistidos pela rede do Sistema Único de Saúde - SUS.
2005	Publicação: Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil	Instaurou o Fórum nacional de saúde mental infanto-juvenil e recomendou: 1. A implementação imediata de ações que visem à reversão da tendência institucionalizante de crianças e adolescentes, seja no campo da Saúde Mental, da Assistência Social, da Educação ou da Justiça. Através de:

	/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.	criação de serviços de base territorial (Capsi, ambulatórios ampliados, residências terapêuticas, moradias assistidas, casas-lares e demais equipamentos compatíveis com a lógica territorial); Reestruturação de toda rede de atendimento existente no sentido de afiná-la às atuais diretrizes da política pública de saúde mental; Fortalecimento das redes de apoio comunitárias e familiares; Articulação co-responsável entre os diferentes setores públicos que compõem a rede assistencial; A promoção de um diálogo permanente e conseqüente com os Operadores do Direito, no sentido de que sua ação se coadune com os princípios que norteiam as ações do cuidado em saúde mental.
31/01/06	Divulgação no site da FEBEM de projeto da UES.	Comunica-se andamento do projeto Experimental para se criar uma Unidade de Abrigamento que seja capaz de, sem os antigos vícios da FEBEM, pôr em prática bons modelos de cuidados e recuperação social das crianças e adolescentes que deles necessitem. A unidade abrigará quarenta moradores distribuídos em cinco casas com oito deles em cada uma, reproduzindo um sistema o mais próximo possível da vida familiar comum em nossa cultura. A equipe técnica trabalhará num esquema conhecido como Ambientoterapia, onde se utilizam as atividades rotineiras da vida diária dentro de uma instituição como oportunidade para se efetuar as intervenções sobre a clientela dos abrigados, e que venham a ter efeitos terapêuticos e socializantes. Envolverá parceiros de todos os setores e instâncias sociais implicados na questão, a Educação, a Justiça e outras que queiram dar sua contribuição, como a Universidade Federal de São Paulo, através do seu setor de Psiquiatria da Infância e Adolescência e a Associação Beneficente Santa Fé.
04/02/06	Publicação no DOE pela SJDC - FEBEM para obras na UES.	Pelo processo FB 1824/05 foi aberta a Concorrência n.º 003/06, para execução de obras de construção de 01 (uma) Unidade Experimental de Saúde da FEBEM-SP, São Paulo, incluindo o fornecimento de material e mão-de-obra.
10/03/06	Publicação no DOE pela FEBEM das empresas concorrentes para a construção da UES.	Em processo 1824/2005 - Deliberação da CEJL de 09/03/06, na concorrência Nº 003/2006, que objetiva a execução de obras de construção de 01 (uma) Unidade Experimental de Saúde da FEBEM no bairro de Belém no município de São Paulo, incluindo o fornecimento de material e mão-de-obra.
21/03/06	Publicação no DOE pela FEBEM da construtora selecionada para construir a UES.	Em processo FB 0965/06 comunicado da CEJL de 20/03/06, referente à concorrência pública nº 003/2006 - a execução de obras de construção de 01 (uma) unidade experimental de saúde da FEBEM tendo classificadas pelo valor global da licitação, as propostas comerciais das empresas: em 1º lugar: DP BARROS & VIATEC Arquitetura e Construção Ltda., pelo valor total de R\$1.998.834,25.
22/03/06	Publicação no DOE sobre treinamento de equipe médica da FEBEM pelo psiquiatra do HC (FM-USP), Sergio Rigonatti.	A notícia informa que profissionais da saúde trabalhadores da FEBEM iniciaram treinamento com especialistas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas. Seiscentas pessoas (médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros) assistirão ao curso. A finalidade é a adoção de um programa de saúde mental na fundação do menor, padronizando o atendimento das equipes médicas aos internos. E anuncia que a FEBEM vai instalar sua primeira Unidade Experimental de Saúde, para melhorar o atendimento prestado ao interno com distúrbios psicológicos. O serviço, que vai funcionar num terreno próximo ao Complexo Vila Maria, terá capacidade para atender 40 jovens, distribuídos em cinco casas, com oito pessoas cada. A previsão para o término da obra, ainda em licitação, é de cem dias após o início da construção. O custo estimado é de R\$ 2,5 milhões. O gerenciamento da casa será feito em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e a ONG Associação Beneficente Santa Fé. Os funcionários terão como chefe o professor de psiquiatria Raul Gorayeb, um dos idealizadores do projeto.
30/03/06	Publicação no DOE pela FEBEM de homologação da	Em processo FB 1824/05 – Despacho da Presidente de 29.03.06, homologando e adjudicando a Concorrência n.º 003/06, para execução de obras de construção de 01 (uma) Unidade Experimental de Saúde da FEBEM-SP, incluindo o fornecimento de

	concorrência para a construção da UES.	material e mão-de-obra à empresa DP BARROS & VIATEC ARQUITETURA E CONSTRUÇÃO LTDA, no valor total de R\$1.998.834,25.
11/05/06	Reunião Ampliada sobre o Projeto de Implantação da Unidade Experimental de Saúde da FEBEM – SP no CRP-SP.	Esta reunião foi organizada pela Comissão Criança e Adolescente do CRP-SP e foram convidados os mediadores do debate: Maria Cristina Gonçalves Vicentin – Profª Drª Depto. de Psicologia Social da PUC-SP, Décio Perroni Ribeiro Filho – Psicólogo Sup. Saúde FEBEM – SP e Dr. Raul Gorayeb – Profº Dr. Depto. Psiquiatria UNIFESP e idealizador da Unidade Experimental de Saúde da FEBEM.
19/07/06	Divulgação no sitio da FEBEM de notícia da construção da UES.	Divulgou-se que em outubro de 2006 a UES seria entregue. “Está em fase de construção a obra da primeira Unidade Experimental de Saúde da FEBEM-SP. Trata-se de uma iniciativa pioneira no País que visa melhorar o atendimento prestado aos jovens sob tutela do Estado que apresentam distúrbios psicológicos. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que cerca de 25% da população mundial sofre de algum tipo de transtorno mental. Entre as crianças, adolescentes e jovens as taxas variam de 13% a 22,5%”.
05/10/06	Publicação no DOE pela FEBEM de adição na construção da UES de mais meio milhão.	Em 28/09/2006, no processo FEBEM-SP: Nº1824/2005, a contratante: FEBEM-SP decide alteração de termo com a contratada: DP BARROS/VIATEC Arquitetura e Construção LTDA, por meio de termo de alteração: Nº 081/2006-DOPIM do 3º-Terceiro Termo de Aditamento, Retificação e Ratificação ao Contrato de execução de obras de construção de 01 (uma) Unidade Experimental de Saúde da FEBEM-SP, incluindo o fornecimento de material e mão-de-obra. As cláusulas retificadas: Cláusula Quinta - Do Valor do Contrato, acrescentando R\$477.415,28, o Anexo I - Planilha Orçamentária que passa a denominar-se Anexo I - Quadro Comparativo e o Anexo II - Cronograma Físico- Financeiro. Classificação orçamentária: 449051/1033/0000.
14/11/06	Publicação no DOE de solicitação de esclarecimentos pelo Tribunal de Contas.	Em processo do TC-018948/026/06 da contratante: FEBEM-SP como responsáveis: Berenice Maria Giannella – Presidente e Wilson Acar de Lima – diretor administrativo da contratada: DP Barros/ VIATEC Arquitetura e Construção LTDA sobre execução de obras de construção de 01 (uma) unidade experimental de saúde da FEBEM/SP, em exame: concorrência Nº 003/06 e contrato Nº 065/2006-DSCT celebrado em 07/04/06. A Assessoria Técnica, para emissão de parecer conclusivo, requer esclarecimentos acerca dos óbices apontados em sua manifestação às fls. 645/649. O contrato foi considerado regular em 25/04/07.
15/12/06	Divulgação da inauguração da unidade para internos com problemas psicológicos.	A presidente da Fundação Casa, Berenice Gianella, afirma que o foco do trabalho será a problemática do comportamento anti-social, perfil detectado em uma pequena parcela dos adolescentes internados.
21/12/06	Publicação no DOE de Portaria Administrativa da FEBEM – 1219.	Considerando necessidade da FEBEM-SP atender os adolescentes que manifestam tendência anti-social de acordo com critérios clínicos; considerando a parceria, para esse fim, firmada com a Secretaria de Estado da Saúde e com a Universidade Federal de São Paulo; considerando o disposto no inciso II, alínea “a”, do artigo 9º, da Portaria Administrativa nº 453/2006, que criou a Diretoria da Unidade Experimental de Saúde, subordinada à Superintendência de Saúde, determina: Artigo 1º - Definir a caracterização de atendimento da Unidade Experimental de Saúde, conforme segue: I- capacidade para 52 adolescentes, sendo: a) 40 (quarenta) vagas para os adolescentes em medida sócio-educativa de internação; b) 12 (doze) vagas para os adolescentes em medida sócio-educativa de semi-liberdade, para serem utilizadas como progressão na Unidade Experimental de Saúde; II- faixa etária de 12 a 18 anos incompletos; III- sexo masculino. Artigo 2º - a unidade receberá adolescentes que manifestem tendência anti-social, conforme teoria do desenvolvimento elaborada pelo Dr. Donald Wood Winnicott. Artigo 3º - Os

		profissionais da área psicossocial das unidades de internação e internação provisória da Capital e do Interior poderão indicar os adolescentes que correspondam a esse perfil, à equipe da Unidade Experimental de Saúde, a qual após avaliação e de acordo com o critério estabelecido no artigo 2º, poderão anuir com a indicação. Parágrafo único - a decisão quanto à inserção, baseada na avaliação clínica, será de competência do Diretor da Unidade Experimental de Saúde.
2007	Projeto de lei nº 1.627 – relatora/deputada Rita Camata.	(SINASE), “dispõe sobre os sistemas de atendimento socioeducativo, regulamenta a execução das medidas destinadas ao adolescente, em razão de ato infracional, altera dispositivos da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o ECA.
27/01/07	Publicação no DOE de Comunicado da Divisão de Recursos Humanos – 12.	A Fundação CASA comunica sobre abertura de vagas para transferência de servidores para Unidade Experimental de Saúde com 18 vagas - Agente de Apoio Técnico ou Agente de Segurança.
07/02/07	Aprovação de Plano operativo de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei de SP.	Foi elaborado de acordo com a portaria Ministerial MS/SEDH/SPM 1.426/04 e a Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde 340/04.
07/05/07	Publicada notícia sobre a transferência de jovem para a UES no jornal “Folha de São Paulo”.	A Secretaria de Justiça de São Paulo entrou nesta segunda-feira com recurso na Justiça contra a decisão de enviar o jovem envolvido no assassinato de casal de namorados em 2003, à Unidade Experimental de Saúde da Fundação Casa (ex-FEBEM), na Vila Maria, zona norte de São Paulo. A decisão de transferir o jovem -- atualmente com 20 anos-- ocorreu depois que ele fugiu do complexo Vila Maria, na última quarta (2), e foi recapturado horas depois na região metropolitana. Na ocasião, o secretário da Justiça, pediu a transferência do rapaz para tratamento psiquiátrico na Casa de Custódia de Taubaté (130 km a nordeste de São Paulo) como "melhor solução". A Promotoria da Infância e Juventude defendeu o encaminhamento do jovem para a unidade de saúde da Fundação Casa. Contrariando o secretário, o juiz do Departamento de Execuções da Infância e da Juventude do TJ (Tribunal de Justiça), negou o pedido do governo estadual e determinou, ainda, que o jovem seja acompanhado por profissionais do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Psiquiatria Forense da USP (Universidade de São Paulo). Os especialistas terão de fornecer um relatório sobre a saúde mental do jovem a cada 20 dias.
nov/2007	O CFP e ANCED apresentam posicionamento sobre a prática da justiça juvenil.	Divulgação de posicionamento contrário à patologização e à criminalização de adolescentes que se valem da aliança psi-jurídica para fortalecer o paradigma tutelar correcional em detrimento do paradigma do novo direito humano da criança e do adolescente.
26/11/07	Notícia do Jornal Folha de São Paulo de investigação da base biológica da violência.	A reportagem narra que a PUC-RS e a UFRGS vão realizar estudos e mapeamentos de ressonância magnética no cérebro de 50 adolescentes infratores para analisar aspectos neurológicos que seriam causadores de suas práticas de infração.
29/11/07	Publicação no DOE do Decreto Nº 52.419.	Transfere da administração da Secretaria de Economia e Planejamento para a da Secretaria da Saúde parte de um imóvel denominado “Chácara do Belém”, localizado nesta Capital, antigo Complexo do Tatuapé da Fundação Centro de Atendimento Sócio-Educativo ao Adolescente, com 7.085,56m2 (sete mil e oitenta

		cinco metros quadrados e cinquenta e seis decímetros quadrados) de terreno e 1.660,00 m2 (um mil e seiscentos e sessenta metros quadrados) de área construída, conforme identificado nos autos do Processo FEBEM-SP-SDE-1559/2007. O imóvel de que trata este decreto destinar-se-á à instalação da Unidade Experimental de Saúde, da Secretaria da Saúde.
29/11/07	Assinatura de termo de cooperação técnica entre SES, SAP, Fundação Casa e Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania.	O termo cita que o imóvel será utilizado para abrigar adolescentes/jovens adultos autores de atos infracionais que cumpriram medida socioeducativa na Fundação Casa e tiveram a medida convertida, pelo Poder Judiciário, em medida protetiva, por serem estes portadores de diagnóstico de transtorno de personalidade e/ou possuírem alta periculosidade em virtude de seu quadro clínico, com determinação de permanecer sob contenção, dispondo de tratamento psiquiátrico compatível com sua patologia, sabendo que os hospitais psiquiátricos existentes obedecem às diretrizes da política de saúde mental do SUS, caracterizada por serviços que não dispõem de espaços físicos de contenção. Esclarece que a unidade contará com 10 vagas para adolescentes/jovens adultos egressos da Fundação que contarão com atendimento médico psiquiátrico, clínico e farmacológico. A Fundação será responsável pela administração da UES na transição para a Saúde, devendo se responsabilizar pela administração da Unidade, durante o período de transição desta para a SAÚDE; receber as determinações do Poder Judiciário DEIJ; verificar se os adolescentes /jovens adultos indicados pelo Poder Judiciário enquadram-se no perfil da Unidade, considerando o diagnóstico de transtorno de personalidade e/ou alta periculosidade por seu quadro clínico; verificar a existência de vaga na Unidade, precedentemente ao encaminhamento do adolescente/jovem adulto, tomando as providências junto ao Poder Judiciário no caso da não existência de vagas; indicar o responsável pela gerência da Unidade, que deverá supri-la dos meios, materiais e insumos necessários às necessidades básicas de seus internos, apenas durante o período de transição desta para a SAÚDE; capacitar os profissionais da SAÚDE que irão assumir a gerência/administração da Unidade; responsabilizar-se pela remoção dos internos conforme determinação do Judiciário e garantir os recursos orçamentários. Já a SAÚDE deve: indicar o gestor da unidade e a equipe responsável pelo tratamento dos internos da Unidade; e a SAP deve adotar os meios necessários para salvaguardar a integridade dos internos, funcionários e terceiros que atuem na Unidade; adotar as medidas de segurança apropriadas à Unidade, de modo a garantir a contenção dos internos; remover e acompanhar os adolescentes/jovens adultos em suas saídas externas. Todos os partícipes devem garantir os recursos orçamentários para fazer cumprir suas obrigações assumidas no Termo com vigência de 5 anos.
30/11/07	Notícia da Folha Online sobre a interdição na UES	A notícia relata que a Justiça interditou jovem envolvido na morte de Liana e Felipe.
03/12/07	Publicada Portaria Administrativa – 1034 da Fundação Casa.	Com a transferência do imóvel para a SES, a Fundação Casa extingue a UES de sua estrutura organizacional.
14/12/07	A UES não tem aprovação no Conselho Estadual de Saúde de SP.	Membros do GI conferiram que até aquele momento não havia nenhuma discussão ou aprovação da nova unidade da FEBEM e da SES, a UES, no conselho estadual de saúde (CES). A sugestão de alguns conselheiros do CES é que deve ser pautada a discussão na câmara técnica e em todas as comissões.
17/12/07	O primeiro encontro do GI.	O Grupo Interinstitucional foi reunido e disparado a partir da existência da UES e se colocou como espaço de debate, construção de estratégias e execução de ações sobre temáticas de saúde mental-justiça-adolescente em conflito com a lei no Estado de SP.
2008	Apresentada no GI petição de 23/07/02 pelo defensor	A petição feita pelo advogado de defesa do adulto midiaticamente conhecido por “Chico Picadinho” que é mantido preso no Hospital de Custódia de Taubaté, mesmo após ultrapassados 30 anos de privação de liberdade, tempo máximo de prisão no

	público que acompanhou o primeiro jovem encaminhado para a UES e para ele esse documento exemplifica por analogia a prática jurídica utilizada no caso dos jovens.	Brasil. Em seu texto o advogado explana que o argumento de proteção do sujeito e defesa social utilizado na sentença de seu cliente prejudica-o nos seus direitos fundamentais por meio de estratégias jurídicas de interdição cumulada com internação psiquiátrica compulsória baseada em atos feitos anteriormente e após cumprido a pena, deixando a sentença com ocorrência infinita.
06/02/08	O Jornal Folha de São Paulo – Opinião – “Por que assinamos a nota de repúdio sobre a pesquisa sobre a causa biológica da violência”. http://www.direitonet.com.br/artigos/x/41/45/4145/	Foi divulgado o artigo escrito por Suyanna Linhales Barker e Esther Maria de Magalhães Arantes que trata da decisão sobre a pertinência ética de pesquisas. Elas afirmam que isso é ainda assunto de comitês, e não de um debate amplo e público como o que buscamos iniciar. O estudo referido é sobre o mapeamento cerebral da causa da violência em jovens e para as pesquisadoras a notícia do estudo causou imensa perplexidade em professores universitários, profissionais das áreas humanas e sociais, assim como entidades não-governamentais e movimentos sociais que, em resposta, redigiram uma nota de repúdio, que circulou pela internet e foi posteriormente publicada pela Folha. Para elas, a pesquisa remete às mais arcaicas e retrógradas práticas eugenistas do início do século XX. Citam que há no Brasil inúmeros centros de estudos interdisciplinares que reúnem pesquisadores para tentar entender o fenômeno da violência e que já demonstraram, com farta ilustração empírica, o impacto de fatores tais como qualidade de educação, possibilidades de renda, atividades de lazer e cultura, acesso ao consumo e busca de visibilidade social. Defendem que a violência é um problema de saúde pública, e que a saúde envolve muito mais do que eventuais problemas cerebrais.
08/02/08	Divulgada notícia com posicionamento de defesa de uma política criminal para psicopatas – de Alexandre Magno Fernandes Moreira (http://www.direitonet.com.br/artigos/x/41/45/4145/).	Posiciona-se que é urgente a necessidade de uma política criminal para os psicopatas. Entende que a Constituição prevê que a pena deve ser executada de forma individualizada. Porém, na prática, as diferenças individuais são desprezadas, o que gera diversas distorções. Uma delas é a negligência com relação aos criminosos psicopatas.
08/02/08	Publicação de resolução conjunta SS/SAP sobre horário de entrada dos adolescentes na UES e de visitação.	A SES e a SAP, considerando que se faz necessário o estabelecimento de regras relativas aos horários de entrada de internos e de visitação dos mesmos, para o melhor desenvolvimento da Unidade, visando à proteção destes e à manutenção dos vínculos familiares, resolvem: Artigo 1º - Fica estabelecido que entrada de adolescentes/jovens adultos na Unidade, por determinações judiciais, somente se dará em dias úteis das 8:00 às 17:00 h., após a disponibilidade de vaga pela SAP, avaliadas as condições de segurança do estabelecimento; Artigo 2º - O horário de visita dos internos será aos sábados e domingos das 9:00 h. às 16:00 h.
29/02/08	Oficina nacional de atualização e fortalecimento da defesa do	Na sistematização da Plenária Final foi observado: “Uma participante, integrante do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, destacou que em vários momentos da oficina a questão da saúde mental dos adolescentes foi suscitada e apareceu como medida óbvia a criação de unidades especiais para o tratamento dos jovens.

	adolescente em conflito com a lei em Brasília.	Para ela, tal posição vai na contramão da reforma psiquiátrica e do posicionamento do Conselho Nacional de Psicologia, sendo necessária uma discussão mais profunda sobre o tema”.
18/03/08	A Vara de Infância e Juventude do DF demonstrou interesse pelo equipamento UES.	Foi informe no GI que a Vara da Infância e Juventude de Brasília/DF a partir da demanda de um jovem que está privado de liberdade há 4 anos e meio entrou em contato com o DEIJ para ter informações sobre a UES. Mas ocorreu uma movimentação pelo CONANDA, Ministério da Saúde e SEDH com o debate da produção institucional da infração e esse contato não teve encaminhamentos de novas unidades experimentais.
01/08/08	Foi apresentada proposta de Poupatempo social e CAPS dentro da FEBEM no Fórum Municipal de Saúde Mental de crianças e adolescentes coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde de SP.	O tema desse fórum foi sobre a atenção Integral em Saúde Mental de Adolescentes em Privação de Liberdade, com a presença de atores da saúde e da justiça. A mesa disparadora do debate foi composta por representantes da promotoria da infância e juventude/DEIJ, da SMADS; diretora técnica Fundação CASA; NUFOR/HC/FMUSP, SMS e NEVIS/PUC. O debate girou em torno basicamente de duas propostas: uma trazida pela Secretaria Municipal de Saúde e outra pelo DEIJ. A primeira diz respeito à criação de CAPS dentro das unidade de internação e a segunda de um “poupa tempo social” ou “CIC Juventude”. Dentro de um mesmo serviço o adolescente poderia ter todos os encaminhamentos necessários assim que recebesse uma medida socioeducativa (saúde, educação, assistência etc). As duas propostas foram bastante problematizadas. Encaminhou-se a continuidade do debate no próximo encontro e criação de GT dessa temática, posteriormente denominado “GT Transtorno de conduta”.
28/03/08	Aconteceu a Palestra: Para que serve uma medida de internação?	Palestra ministrada pelo Prof. Dr. Edson Passetti do Nu-sol/PUC-SP – Pós-Graduação de Ciências Sociais, realizada no DEIJ em que o público era constituído de profissionais do campo da socioeducação tanto da justiça, quanto da saúde, na prática cotidiana da FEBEM e debateu o conceito de campo de concentração de Agamben (2004) na prática da FEBEM. No momento das perguntas, ao ser questionado sobre a UES, afirma que a estratégia de enfrentamento é pela luta para fechamento do equipamento.
14/05/08	Ocorreu 1º Seminário organizado pelo GI: Políticas de saúde mental e juventude em situação de vulnerabilidade na PUC-SP. O evento foi uma atividade da “Semana da Luta Antimanicomial: Saúde Mental para tod@s! Por uma sociedade sem manicômios” e Ciclo de Comemorações dos 18 anos do ECA: “Maioridade do ECA: contribuindo com a luta pelo respeito aos direitos das crianças e dos adolescentes” promovidos pelo	O evento teve apoio da ACTESP – Associação dos Conselheiros Tutelares do Estado de São Paulo; ANCED – Associação Nacional dos Centros de Defesa da Criança e do Adolescente; Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cíveis e de Tutela Coletiva do Ministério Público do Estado de São Paulo; CFP – Conselho Federal de Psicologia; CONANDA – Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente; CONECTAS – Direitos Humanos; CRESS/SP - Conselho Regional de Serviço Social; Coordenadoria da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça de São Paulo; Curso de Especialização em Psicologia Jurídica do Instituto Sedes Sapientiae; Faculdade de Psicologia da PUC-SP; Fórum Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente de SP; Fórum Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente; Grupo Tortura Nunca Mais do RJ; ILANUD Brasil; LASAMEC – Laboratório de Saúde Mental Coletiva da Infância e Adolescência da Faculdade de Saúde Pública da USP; NUFOR - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP; OAB-SP Comissão Direitos da Criança e Adolescente da Seccional Paulista da Ordem dos Advogados do Brasil; Projetos Terapêuticos; SPDCA/SEDH – Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Secretaria Especial de Direitos Humanos. Temas debatidos: 1. NOVAS COMPOSIÇÕES SAÚDE MENTAL-JUSTIÇA com os temas “Fronteiras psi-jurídicas nos casos de interdição em andamento em São Paulo e a questão da Unidade Experimental de Saúde”, “A interface Saúde Mental e Sistema de Justiça: o ponto de vista do Poder Judiciário Paulista”, “A função social da periculosidade hoje e a construção/reconstrução do manicômio judiciário”, “A proposta de ações em saúde mental para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em meio fechado” e “Situação das políticas de saúde mental

	CRP SP.	para adolescentes nos municípios do Estado de São Paulo”; 2. POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL PARA ADOLESCENTES E JOVENS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE E NO CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA com o tema: “A Reforma em saúde mental e os desafios na interface com a justiça: proposições da Coordenação de Saúde Mental para adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade e nas fronteiras com o sistema de justiça”, “Política de saúde mental para jovens inseridos no sistema de justiça: diagnósticos e proposições da SPDCA/SEDH”, “A questão da saúde mental no âmbito do sistema socioeducativo”.
14/05/08	Foi divulgada Nota pública do GI sobre a UES de SP – “A invisível unidade da contra-reforma psiquiátrica”.	A nota afirma que a UES trata-se de espécie de custódia ilegal, que se presta a prorrogar o limite improrrogável de três anos de internação, cumpridos pelos jovens na FEBEM/FCASA. Após o esgotamento da competência da Justiça da Infância, ao invés de proceder-se à compulsória liberação em virtude do alcance máximo do tempo de encarceramento, o jovem dito perigoso, diagnosticado como sendo portador de Transtorno de personalidade anti-social, é enviado à Unidade Experimental de Saúde, tanto sob o novo processo de interdição cumulado com internação, quanto, no mesmo processo sócio-educativo (enquanto o jovem não complete 21 anos), sob a conversão em medida protetiva de tratamento psiquiátrico, com contenção, o que contraria o ECA, que não permite que a medida protetiva seja uma obrigação, mas somente um direito da criança e do adolescente. O GI apontou que: verificamos que a UES: Não possui Regimento Interno; Não está registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Não apresenta aos jovens, familiares e defensores o Plano de Trabalho Terapêutico; Proíbe ao jovem, seus familiares e defensores, o acesso aos prontuários médicos; Atribui à Secretaria de Administração Penitenciária (SAP) a segurança interna do estabelecimento, o que caracteriza o ambiente como uma prisão, com traços asilares, violando, mais uma vez, a legislação nacional (principalmente a lei 10.216/01) e internacional; Diz-se (pelo Decreto) regida com base nos princípios do ECA, sendo que já há jovens com 21 e 22 anos de idade, que não podem ser obrigados a se submeterem ao ECA; Não está presente no Organograma da Secretaria Estadual de Saúde de SP; Proíbe os defensores de conhecer o ambiente interno do estabelecimento dos jovens.
maio/2008	Foi publicada uma Reportagem do Jornal do CRP-SP na capa “NA DIREÇÃO CERTA, MAS PRECISANDO ACERTAR O PASSO”, número 156 de Maio/Junho de 2008 sobre a UES refletindo o seminário de 14/05/08.	Nesta notícia, o jornal discute as práticas atuais de saúde mental debatendo os avanços no campo da saúde mental, com as conquistas de ampliação dos serviços de cuidado humanizado às pessoas com sofrimento psíquico grave. No entanto, enfatizou a situação da UES em SP. Destaca-se os posicionamentos dos atores do campo da socioeducação, como do Poder Judiciário, que declarou em entrevista: “Não foram os juízes que inventaram que o atendimento especial ao transtorno de personalidade deve ser feito sob contenção”, “Todas as nossas decisões são baseadas em laudos e perícias médicas elaboradas por órgãos do Estado”. O tratamento em regime de contenção foi também qualificado pela juíza como a “exceção da exceção” Segundo ela, apenas sete adolescentes tiveram sua medida de internação suspensa para fins de tratamento em um universo de milhares de processos. Ela afirmou, contudo, que em recente visita à UES observou que “nenhum tratamento estava em curso, nem estavam ocorrendo ações visando à capacitação dos jovens ali detidos. Está ocorrendo uma distorção, pois, na prática, a unidade está sendo usada só para conter”. Já a médica Tânia Kolker, do Grupo Tortura Nunca Mais/RJ, descreveu “um retorno a concepções biologistas da loucura e da violência, um discurso contra a reforma psiquiátrica e a favor dos hospitais psiquiátricos, além da defesa de intervenções medicalizantes ou psicologizantes em relação ao infrator”. Segundo Tânia, o que hoje está ocorrendo é um aparente paradoxo: “Há uma legislação garantista de direitos, mas há também leis que caminham no

		sentido contrário. Essa situação leva a fatos contraditórios. No Rio de Janeiro, ao mesmo tempo em que acontece a desconstrução do manicômio judiciário como lugar para receber o inimputável, o louco infrator, reabilita-se esse mesmo aparelho para receber o dependente químico que comete delito". Segundo ela, "um dos desafios para os que se opõem ao discurso da emergência - que justifica que a algumas pessoas seja negado o direito de terem suas infrações sancionadas dentro dos limites legais - é desconstruir a individualização do perigo na figura do infrator e lutar pela adoção de políticas públicas". Para o Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Pedro Gabriel Delgado, o que está em questão nesse debate é a psiquiatria. "O diagnóstico de personalidade existiu ao longo dos 200 anos de construção dos fundamentos da clínica psiquiátrica e sempre foi uma coisa que deixou os velhos alienistas de cabelos em pé. Porque sempre foi uma demanda da ordem social para que a psiquiatria desse um corpo de cientificidade a essa coisa que nós não conhecemos. Ela é o campo de produção de verdade que dá legitimidade ao processo." Delgado afirmou, contudo, que o momento atual se mostra propício à busca de soluções novas, "que não sejam mais do mesmo". Ou seja, a Psiquiatria colonizando a Justiça, ou a Justiça fazendo apelo à Psiquiatria para rotular e excluir os indesejáveis. Uma proposta nesse sentido, segundo ele, seria produzir a biografia dos sete atuais internos da UES. "O Brasil precisa criar uma historicidade nesse aspecto de biografia e entender como se produziu cada um desses casos." O coordenador manifestou seu ceticismo sobre a possibilidade de que esses jovens possam se beneficiar de medidas de internação. "Não acredito que ela possa produzir um efeito terapêutico. É uma impossibilidade". Disse, porém, que a situação de fato coloca os juízes e os operadores do Direito diante de situações impossíveis. "A justiça não tem condições de apreender esta história, esta biografia do jovem a não ser a partir de fragmentos, fragmento sobre o qual será aplicado um fragmento de legislação; daí, a importância das biografias", disse. Para Delgado, não adianta tentar usar um prêt-à-porter de personalidade anti-social. "As soluções fáceis, baseadas na aplicação de modelos 'objetivos', sob a forma de classificações diagnósticas, são insuficientes para a compreensão do problema. Da mesma forma, também não adianta buscar respostas ideológicas, apontando a exclusão social como resultado de uma sociedade de classes. Isso não produz conhecimento. O que nós precisamos é saber quem são e como são essas pessoas para, a partir daí, construirmos projetos terapêuticos individuais."
04/06/08	Publicação no DOE de Reforma na UES pela SES.	Aberta na Secretaria de Estado da Saúde, a Tomada de Preços Nº 03/2008 referente ao processo nº 001/0001/001.234/2008, objetivando a execução de Obras de Reforma e Adequação de Unidade Experimental de Saúde.
14/07/08	PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1426.	Aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e dá outras providências, oferecendo uma abordagem educativa, integral, humanizada e de qualidade.
ago/2008	Notícia do Jornal CRP-RJ - Ano 5, nº 18, agosto de 2008: "Após 18 anos, ECA é desrespeitado por	A notícia refere-se à violação dos direitos dos jovens brasileiros e apresenta dois casos emblemáticos de desrespeito ao ECA: o primeiro caso diz respeito à criação de uma ala psiquiátrica para adolescentes no Hospital Psiquiátrico de Maringá (conhecido como "Sanatório de Maringá"), no Paraná, com o nome de "Unidade de Adolescentes Senador Lucídio Portella" e outra situação é a internação de "jovens infratores" em uma unidade psiquiátrica em São Paulo, a UES.

	autoridades”.	
22/08/08	Apresentado do documento do FEDDCA/SP publicado no Encontro Sudeste dos Fóruns DCAs em Belo Horizonte sobre posicionamento contrário à UES.	A FEDDCA/SP encaminhou para publicação do Fórum Nacional de Entidades Não-Governamentais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, FNDCA o texto: “Juventude, saúde mental e Judiciário: um capítulo ilustrativo sobre o Estado Paulista”.
01/09/08	I Reunião dos Grupos de Trabalho: Políticas de Saúde Mental e Juventude Em Situação de Vulnerabilidade na PUC-SP.	A Plenária Final do seminário de 14/05/08 foi bastante produtiva e provocativa e tirou como encaminhamento a criação de GT que aprofundasse discussões sobre 1. a biografia dos sete jovens que estavam na época internados na unidade experimental de saúde e as políticas de saúde para este segmento, 2. PIA – Plano Individual de Atendimento, além de 3. estratégias de gestão junto aos conselhos de direitos e setoriais. Este encontro sofreu várias ausências inscritas na plenária do evento de maio. Como encaminhamento do GT, a partir da constatação de que é fundamental ampliar a discussão, entendeu-se que deve ser pela via do engajamento do campo da saúde mental ocupando fóruns mais amplos e trabalhando com eixos mais transversais, como por exemplo, observatório de vigilância das internações compulsórias. O DEIJ e o MP Estadual entraram em contato para saber do andamento do GT constituído e justificaram suas ausências por dificuldades de agenda.
16/09/08	Criação e organização da UES na SES pelo Decreto nº 53.427.	Considerando as determinações do Poder Judiciário ao Executivo para que adolescentes e jovens adultos, autores de atos infracionais graves, portadores de distúrbios de personalidade e de alta periculosidade, tenham a conversão da medida socioeducativa em medida protetiva, recebendo tratamento psiquiátrico em local com contenção; e Considerando que a política de saúde mental do Sistema Único de Saúde - SUS/SP preconiza a atenção psiquiátrica, quando hospitalar, em ambientes livres de contenção e preferencialmente em hospitais gerais, cria-se, na SES diretamente subordinada ao Chefe de Gabinete, a Unidade Experimental de Saúde. Artigo 2º - Cabe à UES: I - cumprir, exclusivamente, as determinações do Poder Judiciário de tratamento psiquiátrico em regime de contenção, para atendimento de adolescentes e jovens adultos com diagnóstico de distúrbio de personalidade, de alta periculosidade: a) egressos da Fundação Centro de Atendimento Sócio-Educativo ao Adolescente - Fundação CASA - SP, que cometeram graves atos infracionais; b) que forem interditados pelas Varas de Família e Sucessões; II - proporcionar ao custodiado atendimento humanizado, em consonância com as diretrizes e normas do ECA.
23/09/08	Carta de Intenção da Fundação CASA sobre a implantação do SINASE.	A Fundação CASA realizou, em parceria com a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), 11 encontros regionais para discutir a implantação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) no âmbito do Estado de São Paulo. Do encontro, surgiu uma série de diretrizes que visam facilitar a adoção do SINASE pelos municípios e pelos demais atores que lidam com as medidas socioeducativas. O documento é uma síntese das propostas que foram apresentadas e aprovadas nos 11 encontros, que contaram com a participação de 1.817 profissionais de 352 cidades paulistas (http://www.casa.sp.gov.br/files/CartaFinal.pdf): “Neste momento, é necessária a união das forças das esferas de Governo, Poder Legislativo, Poder Judiciário e Sociedade Civil para a configuração prática do SINASE. Para isso, entendemos ser necessário estabelecer os seguintes encaminhamentos para reflexão, discussão e implementação pelos diferentes atores sociais aqui presentes: 1. Estado e Municípios deverão estabelecer as ações necessárias para o processo de

		municipalização das medidas socioeducativas em meio aberto (liberdade assistida e prestação de serviços a comunidade) como previsto no ECA, no SINASE e no SUAS; 2. Estabelecer a pactuação para suplementação financeira do processo de municipalização por parte do Governo Federal, a fim de somar com os recursos estadual e municipais, com atualizações periódicas que considerem e fortaleçam o nível de gestão da assistência social e a intersectorialidade das políticas públicas, por intermédio do repasse fundo a fundo; 3. Estabelecer e garantir diálogo contínuo com as forças municipais atuantes com medidas socioeducativas e garantia de direitos para construção/ implementação de modelo de atenção aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa que respeite suas características, necessidades e as possibilidades da rede socioassistencial, elaborando Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo em consonância com o Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo e as normativas do CONANDA; 4. Garantir a interface com os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e a rede socioassistencial, seguindo as diretrizes da NOB-RH e as deliberações da Conferência Nacional dos Direitos da Criança e Adolescente de 2007, para a execução das medidas socioeducativas em meio aberto, com atendimentos integrados aos adolescentes, familiares e/ou responsáveis; 5. Garantir pactuações necessárias com as demais políticas públicas presentes no Estado e Municípios, para viabilizar a intersectorialidade, sem sobreposição, visando atendimento integral aos adolescentes, familiares e/ou responsáveis; 6. União, Estado e Municípios devem concretizar espaços de formação continuada para os profissionais atuantes em medidas socioeducativas, espaços estes, de reflexão, aprofundamento e discussão de políticas públicas.
26/09/08	Circulação de informação no GI virtual sobre posicionamento da Fundação Casa acerca da UES.	Em reunião no Conselho Estadual de Saúde, a presidente da Fundação CASA esteve presente e apresentou as conquistas e transformações da entidade, com execução da municipalização, que o tempo médio de internação é de 9 meses. Os motivos da internação: 1º roubo qualificado, 2º drogas (tráfico), 3º roubo simples e 4º crimes hediondos (1%). Que o Estado tem várias parcerias, entre elas NUFOR, Projeto Guri, entre outros com serviços de capacitação profissional, olimpíadas interestadual, cultura, lazer, psicologia, médicos, CAPS e investimento na capacitação dos profissionais. Que a violência diminuiu, pois as casas são apenas para 20 jovens e o próximo passo é a extinção do complexo do Brás. Ao ser questionada sobre a UES e parceria com a rede de atenção de saúde mental com a crescente patologização dos jovens, informou que não falaria nada sobre a Unidade Experimental de Saúde, porque a Fundação não responde por essa unidade, já que a medida protetiva não é de competência da Fundação Casa. E caso quisesse discutir a unidade fosse agendada reunião específica.
31/10/08	Notícia: “Saúde pode instalar unidade para menores perigosos em Botucatu” repassada por email no GI e disponível no sítio: http://infanciaurgente.blogspot.com/2008/11/velhanova-febemfundao-casa-71.html	A reportagem narra que Botucatu poderá abrigar um centro de tratamento psiquiátrico para menores com distúrbios de personalidade. Afirma que a nova unidade de saúde e assistencial poderá funcionar nas instalações do “Hospital Psiquiátrico Cantídio de Moura Campos”. Relata que, segundo a Secretaria de Saúde do Estado, além de outras secretarias como a de Justiça e Cidadania e Assistência e Desenvolvimento Social, a nova unidade teria capacidade para no máximo 10 pacientes crônicos. Os pacientes seriam menores de 18 anos, envolvidos em crimes contra a vida, seqüestros e roubos, que não têm condições, ou necessitam de tratamento com alta especialização para reintegração social.

11/11/08	Portaria Nº 647 da Secretaria de Atenção à Saúde.	A Secretária de Atenção à Saúde - Substituta, no uso de suas atribuições, considerando a Portaria Interministerial Nº 1.426, de 14 de julho de 2004 e a aprovação do Documento do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - SINASE, em junho de 2006, em Assembléia do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, aprova as Normas para a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória - PNAISARI, em unidades masculinas e femininas, os parâmetros para construção, ampliação ou reforma de estabelecimento de saúde nas Unidades de Internação e Internação Provisória e o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em conflito com a lei, em Regime de Internação e Internação Provisória e define que a atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória compreenderá o desenvolvimento das ações de saúde e deve ser realizada por equipe de saúde, de caráter multidisciplinar, composta por profissionais de nível médio e superior, visando garantir uma atenção à saúde humanizada e de qualidade.
19/12/08	“GT Transtorno de conduta” criado a partir de encaminhamento proposto por Promotor Público e Juíza do DEIJ que participou do Fórum Municipal de Saúde Mental de Criança e Adolescente coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde de SP. O fórum funciona a partir de demandas disparadas pelos seus integrantes.	Os membros desse grupo eram juízes e promotores do departamento de execução da infância e juventude e atores da Fundação Casa, projeto Quixote, Cedeca Interlagos, CRP-SP, Cratod – centro de referência de álcool, tabaco e outras drogas - e das diversas Secretarias do estado e município de São Paulo (saúde, educação, esporte e cultura, assistência social). O GT teve início em 19/12/08 do qual participei das discussões até o ano de 2009 em que o grupo debateu inicialmente o perfil dos jovens atendidos, depois conhecemos o projeto “Força Tarefa” realizado em São Bernardo em uma parceria do MP local e da Fundação Criança, em que constituíram um fluxo de encaminhamento urgente de casos detectados precocemente nas escolas públicas de crianças e adolescentes que tinham comportamentos identificados de baixa gravidade, como, por exemplo, agressão verbal a um professor. Em 2009 o grupo produziu uma minuta a ser apresentada nas secretarias do município e do estado para estabelecer parâmetros comuns, a fim de desenvolver projetos e ações voltadas à prevenção da violência, à atenção especial a casos de transtorno de conduta em crianças e adolescentes e ao desenvolvimento de formas alternativas de resolução de conflito no âmbito dos órgãos estaduais e municipais na cidade de São Paulo. A última ação acompanhada pela pesquisa foi um encontro com uma região delineada pelos atores do grupo com possibilidade de articulação da rede de saúde, educação e justiça para executar um projeto piloto dessa proposta de detecção precoce de casos com demandas de saúde emergencial.
08/01/09	Divulgação no GI de liberação de um jovem da UES, publicado em Boletim do CRP-SP em fevereiro.	A defensoria pública divulgou que um dos jovens da UES foi liberado de lá após tentativa de suicídio dentro da Unidade. Os advogados de defesa argumentaram que a própria internação prejudicava psiquicamente o jovem, corroborada por avaliações psiquiátricas realizadas.
março/2009	Inauguração do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT) de Psiquiatria do Desenvolvimento para Infância e Adolescência, sediado no IPQ/USP/SP.	Seus objetivos: estudar estratégias e intervenções para prevenção de doenças mentais em adultos a partir de ações voltadas à infância e à adolescência, bem como “capacitar” professores da rede pública de educação e profissionais da rede pública de saúde para o diagnóstico precoce de transtornos mentais (www.inpd.org.br).
26/03/09	VIII Reunião do Fórum Nacional de Saúde Mental	No relatório final: no EIXO 3: Sistema Sócio-Educativo, Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - CONSIDERANDO: A necessidade de reconhecimento e aprimoramento de fluxos de atendimento à saúde mental do/a adolescente privado

	Infanto-Juvenil coordenado pelo MS.	de liberdade, bem como a construção de outros, levando-se em conta a instância federativa, as redes regionais e locais já existentes, e as circunstâncias demográficas, sócio-econômicas e territoriais; Que a medida sócio-educativa não deve ser aplicada como uma prática compensatória frente à insuficiência das políticas sociais voltadas para crianças e adolescentes e, neste sentido, não deve ser usada como medida protetiva; Que a medida sócio-educativa não seja a porta de entrada para assegurar direitos; Que o tempo máximo de internação de até três anos, garantido pelo ECA, não pode ser extrapolado, mesmo quando a justificativa seja a presença de transtorno mental ou uso de álcool e outras drogas, e nem mesmo pela gravidade do ato infracional. RECOMENDA: A efetivação dos instrumentos de garantia de direitos constantes no ECA, Convenção Internacional dos Direitos Humanos, Declaração Internacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e Resoluções do CONANDA; A interlocução permanente entre os atores que compõem o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente, possibilitando a construção de respostas para as demandas cotidianas, evitando a prática de violação de direitos humanos de crianças e adolescentes. A criação de Fóruns Regionais ou Estaduais de Saúde Mental para ampliação de diálogos entre os diferentes setores, a exemplo do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, contemplando as diversidades regionais e com produção escrita, registros de boas práticas e construção de recomendações, diretrizes e moções. Aos gestores da saúde, a adesão e a elaboração do plano operativo a partir do diálogo ampliado com o sistema de garantia de direitos, efetivando a implantação das ações propostas na portaria interministerial 1426/04 e na portaria SAS 647/08 quanto à organização dos serviços de saúde dentro dos princípios do SUS e do SINASE; A garantia da retaguarda na rede pública de saúde e saúde mental para o desenvolvimento de ações junto às unidades sócio-educativas, com a prática de diagnóstico situacional sem prejuízo de responsabilização do próprio sujeito; A garantia de atendimento do adolescente em cumprimento de medida sócio-educativa (meio fechado e aberto) na rede de saúde mental sempre que for necessário, em especial nos CAPS, como usuários legítimos; A garantia, após o desligamento da unidade de internação, das referências básicas de cuidado para as equipes de saúde do território onde o adolescente habita, dando continuidade aos atendimentos na sua comunidade, quando indicado. A desativação urgente da Unidade Experimental de Saúde de São Paulo (Decreto Estadual Paulista nº 53.427/2008), uma vez que o fundamento legal de sua criação e finalidade está em desacordo com os diversos princípios constitucionais e infra-constitucionais (Estatuto da Criança e do Adolescente e Lei 10.216/2001). A criação de comissões intersetoriais de implementação do SINASE nos estados e que seja priorizada, na pauta das discussões, a questão da saúde mental; A elaboração do Plano Individual de Atendimento (PIA) de forma multiprofissional e intersetorial, tal como previsto pelo SINASE; A estratégia de redução de danos, como estratégia oficial que integra a Política Nacional de Álcool e Outras Drogas cuja implementação e efetivação não ferem os princípios estabelecidos no ECA, pois fomenta o reconhecimento da autonomia do indivíduo e da singularidade de cada situação; O acompanhamento e discussão neste Fórum do andamento do Fluxo de Atenção à Saúde Mental do/a Adolescente Privado/a de Liberdade, fomentado pela Associação Brasileira de Magistrados e Promotores e em fase de avaliação pelo CONANDA; REGISTRA: A indignação e repulsa diante das práticas abusivas e violadoras dos direitos das crianças e adolescentes, como internação involuntária em hospitais psiquiátricos e/ou unidades especializadas, extrapolação do tempo de 45 dias de internação provisória ou de três anos no caso de internação em unidades sócio-educativas, instauração de incidentes de sanidade mental e aplicação de medidas de segurança. REAFIRMA: A sua posição contrária à redução da maioridade penal.
27/03/09	Carta de Ribeirão Preto do “Encontro	Na Carta delimitou-se que: 1. A legislação brasileira admite a internação compulsória apenas nas hipóteses de medidas de segurança, definidos no art. 97 e

	de Saúde Mental: Assistência e Legislação”	98 do Código Penal, assim como no art. 183 da Lei de Execução Penal, 2. Não se admite a internação compulsória na legislação cível, 3. Não existe a possibilidade jurídica, na legislação brasileira, da internação compulsória de crianças ou adolescentes, sendo a elas garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente o acesso ao pleno atendimento em saúde mental. Admite-se, todavia, na hipótese, a internação involuntária, 4. Os casos de internação compulsória realizados fora das hipóteses taxativamente previstas na lei brasileira devem ser revistos pelo juízo competente, ou mesmo em sede de habeas corpus e 5. Os hospitais psiquiátricos que acolhem casos de internação compulsória devem provocar as instâncias competentes (Poder Judiciário, Defensoria, Ministério Público) para a revisão de todos os casos de internação compulsória realizados fora das hipóteses taxativamente estabelecidas na lei.
abril/2009	Publicação na Carta Capital notícia sobre a UES pautada pelo GI como ação de visibilidade da unidade. http://www.cartacapital.com.br/app/materia.jsp?a=2&a2=6&i=3861	Tratou da “síndrome do infrator”, referindo-se ao processo de medicalização do jovem em conflito com a lei por meio da contenção química nas unidades de internação, os conflitos na rede entre os atores da saúde e justiça, discorrendo sobre a psiquiatria, exemplificando o caso da vistoria no “Centro de Internação Provisória Carlos Santos”, em Porto Alegre, em 2006, quando 80% dos jovens eram medicados com o antipsicótico “amplictil”, em que os jovens faziam triagem psiquiátrica automática, não prevista no ECA nem nas diretrizes do Conanda, e a produção do diagnóstico de TPAS e a interferência nas decisões judiciais sobre o futuro do jovem autor de ato infracional com a finalidade de protegê-lo de si e da sociedade. Nesta notícia é citada a criação da UES como uma internação infinita: “É uma Guantánamo paulista, pois não existe regulamentação para controlar a privação de liberdade desses internos. É um equipamento carcerário sem fundamento legal, uma modalidade de privação de liberdade disfarçada de tratamento, à revelia da lei. Aí está o perigo”.
05/06/09	MP e a Associação Brasileira de Psiquiatria assinaram convênio.	Visando à fiscalização e à promoção de medidas para a adequada prestação das ações e serviços de saúde mental e o respeito aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, nas respectivas áreas de atuação das duas instituições. O acordo prevê, ainda, a concentração de esforços para a geração de projetos conjuntos na área e a realização de perícias pela ABP. Para o promotor de Justiça Reynaldo Mappeli Junior, coordenador da Área de Saúde Pública do Centro de Apoio Operacional Cível e de Tutela Coletiva (CAO-Cível), o convênio com a ABP auxiliará em muito o Ministério Público na defesa dos interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos para garantir a atenção integral em saúde mental.
25/06/09	Encaminhamento do caso de um dos jovens da UES para pesquisa da “Child” s Legal Centre – consultores da UNICEF” sobre detenção arbitrária.	A articulação dessa ação foi realizada por um dos membros do GI que encaminhou o relato de um dos casos da UES para uma pesquisa sobre detenção administrativa de crianças e adolescentes por diversos motivos, dentre eles o relacionado a saúde mental.
01/07/09	Notícia na revista “Caros Amigos” – “Unidade misteriosa esconde jovens infratores”. http://carosamigos.terra.com.br/index_site.php?pag=revista&id=128&iditens=	O GI pautou a revista para produzir visibilidade da UES com tentativa de produzir novas redes de enfrentamento à política de saúde mental para adolescentes em conflito com a lei efetivada em SP. O texto dizia que a UES foi criada em 2006 e é uma prisão-hospício. Ou seja, um depósito do Judiciário onde estão internados os casos considerados perigosos devido ao diagnóstico de “transtorno antissocial”.

	221	
03/07/09	Circulação de informação no grupo virtual do GI sobre agressão e medicalização na UES.	Em debate virtual do GI circulou novamente o registro de agressão entre os jovens na UES, mas desta vez a violência foi por meio de ameaças escritas. Conjuntamente com esse registro tivemos uma ressalva de alta medicação de um dos jovens que recebeu duas injeções servindo com um “sossega-leão”, chegando a cair no chão na frente do outro jovem e tendo depois passado três dias praticamente dormindo. Essa intervenção foi decidida após compartilhamento de um dos jovens sobre um comportamento estranho do outro. Esse relato foi feito por um dos jovens ao seu advogado em visita à UES. Por fim, apontou que esse jovem, com o qual divide a casa está tomando três tipos de remédios por dia. Nessa conversa com o seu defensor, o jovem questionou se poderiam obrigá-lo a tomar medicamentos e foi respondido que, se não for em caso de surto de fato nocivo ao meio, eles não podem, sequer, obrigar verbalmente a tomar. Depois foi relatado que o psiquiatra da UES estava em congresso no exterior apresentando a Unidade.
27/07/09	Notícia na FolhaOnline de SP: “Mesmo após cumprir medida socioeducativa, Justiça mantém jovens internados”. http://www1.folha.uol.com.br/folha/coltidiano/ult95u600754.shtml	A questão foi pautada pelo GI como estratégia de visibilidade da UES: “Os jovens que têm mais de 18 anos e já cumpriram medidas socioeducativas na Fundação Casa (ex-FEBEM) foram obrigados pela Justiça a serem internados em uma unidade experimental de saúde criada pelo governo de São Paulo para tratamento psiquiátrico. As internações compulsórias, no entanto, contrariam a lei da reforma psiquiátrica, que só as prevê em casos de surto e por curta permanência. A SES afirmou, em resposta por e-mail, que sempre ofereceu alternativas de tratamento para os atuais internos da UES. Segundo a pasta, nenhum dos juízes aceitou porque não havia contenção nos locais indicados”.
ago/2009	Organizou-se Grupo de Trabalho entre MP PUC-SP para pensar soluções para a situação das crianças e adolescente em SP frente às demanda de SM.	O grupo é constituído de atores do MP, PUC-SP, USP e Instituto Sedes Sapientiae e tem a finalidade de construir modos de ativar a rede de atendimento de crianças e adolescentes no Estado de São Paulo. Trabalhou-se a partir de casos para compreender a dinâmica atual de atendimento e depois foi proposto rodas de conversa intersectoriais para criar re-arranjos políticos e técnicos nos atendimentos que envolvem demandas da justiça e da saúde.
07/08/09	Foi feita Petição do CEDECA Interlagos ao CNPCP.	A petição requereu ao Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária Parecer Técnico sobre a UES, em especial sobre o conflito normativo estabelecido pela existência de funções e agentes penitenciários (cerca de 10 agentes) no interior da Unidade. Pois apesar de ter citação no decreto que inaugura a UES de que “cabe à Administração Penitenciária adotar as medidas de segurança apropriadas à Unidade, de modo a garantir a contenção dos internos”, a presença de agentes da SAP em Unidade de saúde primeiramente destoa da política de saúde mental brasileira, a lei 10.216/01, pois a segurança deveria ser garantida por funcionários próprios das Instituições ou Secretarias gestoras dos estabelecimentos, isso entendendo que a UES não é concebida entre os Estabelecimentos Penais definidos pelo próprio Conselho.
11 a 14/08/09	Documento debatido durante a “II Oficina da Rede Nacional de Defesa do Adolescente em Conflito com a Lei”	A oficina contou com a participação de todos os estados do Brasil que foram representados por meio de Defensoras e Defensores Públicos, representantes de Centros de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECAs), Associações de Familiares (AMAR), membros da sociedade civil atuantes no campo da defesa do adolescente em conflito com a lei e representantes de programas do Governo Federal de implementação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo –

	e elaborado por uma comissão formada pelos organizadores da oficina realizada em Salvador.	Pró-SINASE, de crianças e adolescentes ameaçados de morte (PPCAAM) e de enfrentamento da violência sexual (PAIR) para a integração da rede de defesa e proteção dos direitos humanos de crianças e adolescentes nas diversas temáticas. Os profissionais reafirmaram o seu compromisso com a defesa dos direitos dos adolescentes em conflito com a lei e com a construção da seguinte diretriz sobre o campo da saúde mental: Contra a internação compulsória em casos de saúde mental e drogadição. Os participantes da II Oficina da Renade manifestam seu repúdio à internação compulsória de adolescentes com diagnóstico de distúrbio de personalidade e alta periculosidade, ou usuários de drogas, que cometeram atos infracionais, egressos e interditados pelas Varas de Família e Sucessões, principalmente nos casos onde o embasamento para a internação seja eminentemente jurídico e não fundamentados em laudos médicos, hipótese que enseja a utilização de habeas corpus. Ainda, como instrumento de garantia do direito à saúde num contexto integral, e especificamente do direito à saúde mental de crianças e adolescentes, a defesa da inclusão destes, nos serviços da rede SUS de todos os níveis, além da defesa da estratégia de redução de danos.
17/08/09	Notícia que capital terá AME psiquiátrica no Jornal da Tarde http://www.abpbrasil.org.br/medicos/clipping/exibClipping/?clipping=10108	Anuncia que Unidade experimental deve ser inaugurada na Vila Maria pelo governo do Estado e comenta que com o respaldo de universidades paulistas, o governo estadual vai investir em um modelo complementar aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e retomar o serviço ambulatorial na área de saúde mental. A iniciativa deve ter resistência de profissionais de saúde alinhados à reforma psiquiátrica, defensores da ampliação da rede de Caps. Ronaldo Laranjeira, da Unifesp, Valentim Gentil, da USP, Sérgio Tamai, da Santa Casa, e Kalil Duailibi, da Unisa, defendem um modelo para a área de saúde mental mais medicalizado do que o atual e a população a ser atendida seria composta por “patologias” atendidas através de cinco programas: casos de depressão, de transtorno bipolar, de álcool e drogas, idosos com transtorno mental, primeiros surtos psicóticos e crianças com quadros de autismo, hiperatividade e déficit de atenção.
19/08/09	Seminário Interno do GI com a Psicóloga Fernanda Otoni para analisar as estratégias do grupo e pensar em encaminhamentos.	Neste encontro o NUFOR esteve presente e narrou que eles assumiram a UES após a proposta feita por médica da FEBEM de criar laboratórios de psicopatas, mas esta chegou a receber ordem de prisão e o NUFOR teve que criar um programa emergente com produtividade de laudos para dar parecer e avaliar para o juiz se era ou não caso de saúde mental, que tem perfil epidemiológico de menos de 1% de diagnósticos de TPAS – o sujeito pode ter algum traço, mas isso não o torna perigoso -, que foram obrigados a atuar judicialmente e que em todos os pareceres se posicionaram em favor da desinternação e que não têm o poder de verificar a futura reincidência do jovem. O encontro foi importante para situar que essa política da UES na verdade é uma prática altamente de ponta na modernidade. Com relação a isso, Fernanda apontou que em oito países onde pesquisou sobre essa temática esse é o modo de intervenção proposto, tratamento com contenção. Por fim, definiu que a posição do PAI-PJ é sempre articular, mesmo que não sejam casos de saúde mental, pois no processo o sujeito irá demonstrar possibilidade de resistência e de constituição de novos modos de existência.
26/8/09	11º Congresso Paulista de Saúde Pública, realizado em São José dos Campos – “Saúde Pública e crise(S): fronteiras e caminhos”.	A Carta de São José dos Campos indicou que a Secretaria de Estado Saúde de São Paulo reveja sua política de implantação de leitos para usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos, a criação de AMES Psiquiátricas e providencie o fechamento da Unidade Experimental de Saúde para adolescentes em conflito com a lei, que ferem os princípios da Política Nacional de Saúde Mental.
27/08/09	Nota à Imprensa do CEDECA Interlagos sobre questionamentos da	O CEDECA manifesta-se acerca das reportagens veiculadas em órgão de imprensa nos dias 26 e 27 de agosto. As reportagens acusam o CEDECA de utilizar recursos públicos para defender o jovem apelidado por “Champinha”. Explica que a acusação é improcedente e justifica que apresenta mensalmente de modo bastante

	ONG atuar como defensor de um jovem-adulto internado na UES.	transparente e assertivo a destinação dos recursos conveniados aos órgãos competentes, utilizados apenas para as atividades finalísticas planejadas nos projetos de convênio com as instituições governamentais. Ressalta que nenhuma atividade de defesa processual é financiada por recursos públicos governamentais. Especificamente sobre o teor das matérias veiculadas pela emissora, a defesa do jovem referido nas reportagens foi iniciada, pelo CEDECA Interlagos, quando ele ainda possuía menos de 21 anos de idade, especialmente em razão de sua trajetória no sistema sócio-educativo. Durante os mais de três anos em que o jovem esteve internado na FEBEM/Fundação CASA, sua defesa foi realizada pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Quando do surgimento do processo de internação hospitalar - pelo qual responde atualmente – a Defensoria Pública entrou em contato com o CEDECA Interlagos solicitando que assumisse a defesa. Finaliza posicionando que há dez anos reconhecidamente luta pela garantia de direitos humanos para todos.
02/09/09	Nota da Prefeitura de SP sobre o convênio entre o CEDECA e a SMADS.	A Prefeitura informou que o serviço que o CEDECA está prestando ao jovem da UES é uma oferta que todos os CEDECA's espalhados pelo Brasil prestam a crianças, adolescentes e jovens de famílias que não têm condições de custear a sua própria defesa, direito previsto na Constituição Federal.
09/09/09	Nota Pública do Núcleo da Infância e Juventude em apoio ao CEDECA Interlagos.	A nota da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, por sua Unidade da Infância e Juventude da Regional Criminal da Capital, esclarece que atuou na defesa do jovem ACAR, enquanto cumpriu medida socioeducativa de internação em Unidades da Fundação Casa. A atuação decorreu do cumprimento da atribuição da Defensoria que é prestar assistência jurídica gratuita àqueles que não possuam condições financeiras para contratar um advogado. Justifica que, no entanto, antes de completar 21 anos, o jovem continuou custodiado por decisão proferida pela Justiça de Embu-Guaçu, cidade que ainda não conta com Unidade da Defensoria instalada. Assim, considerando a necessidade de um acompanhamento especializado, já que a custódia determinada em Embu-Guaçu era decorrência de processo que tramitou na Vara da Infância e Juventude, a mãe do jovem foi encaminhada, pelo Defensor Público que acompanhava o processo, aos advogados do Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDECA) Interlagos para análise e eventual acompanhamento do caso. Desde então os advogados vêm atuando na defesa do jovem, garantindo a efetivação do direito de defesa previsto na Constituição Federal.
13/09/09	Nota de apoio ao CEDECA do CFP, Conanda e ANCED.	A nota afirma que colocar a sociedade contra os direitos humanos ou contra as organizações que lutam bravamente para fazer do Brasil uma sociedade justa, igualitária e democrática é um ato irresponsável e deve ser repudiado. O caminho para a liberdade e para a democracia é o aprofundamento e a ampliação do exercício dos direitos. Entendem que setores da mídia cumpririam seu papel público se, ao invés de buscar a espetacularização da violência e a criminalização dos defensores de direitos humanos, contribuíssem para a efetivação das garantias legais, permitindo efetivo controle social sobre as deficiências do Estado na socioeducação de adolescentes em conflito com a lei; afirmam que solidarizam com o CEDECA Interlagos e sua equipe de profissionais, a trajetória histórica e sua ação pública o credenciam como uma das mais respeitadas organizações de direitos humanos no cenário nacional; a defesa técnica que promove respeita os paradigmas de direitos humanos, da Constituição Federal e dos princípios republicanos.
26/10/09	Convênio entre o MP Estadual e o CRP-SP.	De acordo com o convênio, as duas instituições irão prestar assistência recíproca na apuração de fatos de maior relevância ou gravidade, fornecendo o Ministério Público informações que sejam públicas acerca das suas iniciativas e recebendo, quando possível, auxílio técnico do Conselho Regional de Psicologia. Também irão realizar conjuntamente palestras, cursos e seminários no âmbito de questões relativas à assistência em saúde mental; permutar material bibliográfico nas áreas de interesse comum, e concentrar esforços para a geração de projetos conjuntos, entre

		outras atividades. O convênio garantirá que o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo passe a dar orientação e apoio técnico ao Ministério Público no exercício da sua atribuição institucional de fiscalização do respeito aos direitos dos portadores de transtornos mentais e da correta implementação das políticas públicas de saúde mental, por meio da instauração de inquéritos civis para a apuração de supostos fatos ilícitos e da propositura de ação civil pública quando necessário. Isso porque, além da defesa dos interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos para garantir a atenção integral em saúde mental, a legislação também atribui ao Ministério Público a legitimidade para medidas extrajudiciais e judiciais de proteção ao portador de transtorno mental individualmente.
set/2009	INESC aponta baixa execução orçamentária de medidas socioeducativas. http://www.crianca.noparlamento.org.br/sites/default/files/PLOA_2010_SINASE.pdf	O Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC) publicou uma nota técnica que analisa a aplicação de recursos previstos no orçamento do Governo Federal para as ações referentes ao atendimento socioeducativo. O documento tem como base as exigências e considerações do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), política que regulamenta o atendimento dos adolescentes em conflito com a lei. Os apontamentos do INESC indicam que os recursos direcionados para essa área foram reduzidos em 2 milhões de reais no Projeto da Lei Orçamentária 2010, se comparados ao montante autorizado em 2009. O mais preocupante é que, do orçamento autorizado na Lei Orçamentária de 2009, apenas 20% dos recursos foram executados até o dia 5 de novembro. A ação referente à construção, reforma e ampliação de unidades de internação, que representam 63,4% do orçamento direcionado a essas políticas, tiveram apenas 2,3% dos recursos executados.
18/09/09	Carta de São Paulo do “I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental”, realizado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.	Aprovam os seguintes princípios e diretrizes: 1. Enquanto existirem, devem ser credenciados junto ao SUS todos os hospitais de custódia ou equipamentos similares, além de aumento de recursos financeiros, humanos para a desinstitucionalização das pessoas que estão em Hospitais de custódia; 2. A atenção em saúde mental deve se pautar pelos dispositivos da lei 10.216/01, adotando-se posicionamento ético-político no sentido de buscar sua efetivação no que tange à aplicação de medida de segurança, assegurando-se e viabilizando-se a desconstrução da instituição manicomial; 3. A internação compulsória só pode ser determinada por juiz de conhecimento ou de execução penal, nos termos da Lei 10.216/01, que não autoriza internação quer involuntária, quer compulsória, por determinação do juiz cível. E a MOÇÃO DE REPÚDIO: Não existe a possibilidade jurídica, na legislação brasileira, da internação psiquiátrica compulsória de crianças ou adolescentes, sendo a elas garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente o acesso ao pleno atendimento em saúde mental; Não se admite a internação compulsória na legislação cível; Os participantes do I Simpósio Internacional sobre Manicômios Judiciários e Saúde Mental manifestam repúdio à existência da Unidade Experimental de Saúde (UES/SP), destinada a jovens autores de atos infracionais, por representar violação a todo o ordenamento jurídico relacionado à saúde mental, à Constituição Federal e ao Estatuto da Criança e Adolescente.
19/09/09	Publicação no jornal “Folha de São Paulo” – opinião – “O „toque de recolher” para menores de 18 anos é uma boa medida de combate à violência?”	Foram publicados dois posicionamentos diversos sobre a prática jurídica do “toque de recolher” para menores de 18 anos, no primeiro, Dalmo de Abreu Dallari defende que se de fato é uma boa medida de combate à violência, pois afirma-se que o “menor protegido” significaria menos violência. O segundo posicionamento é de Paula Miraglia, do Ilanud, que adverte sobre a mentira da segurança dos jovens.
nov/2009	Evento “Mais Juventude na Saúde: vamos falar disso? Adolescentes em	A pesquisa apontou que o Sudeste concentra 44,5% das UMSE. O Estado de São Paulo apresenta 32% dos adolescentes privados de liberdade da região, o que corresponde a aproximadamente 5.340 adolescentes. Nos procedimentos da atenção em saúde mental para garantir a integridade pessoal do adolescente, previstos pela UMSE, observou-se que 55% (n=129) das UMSE preveem em seu

	Conflito com a Lei” coordenado pelo MS. Apresentou-se o levantamento nacional dos serviços de saúde mental no atendimento aos adolescentes privados de liberdade e sua articulação com as unidades socioeducativas.	regimento/regulamento interno medidas de contenção, relacionadas à saúde mental. A previsão em regimento é a resposta predominante em todas as regiões brasileiras. Sob o recorte das respostas afirmativas, nota-se que a maioria das unidades (63,8%, n=81) indicou que o Diretor é quem determina a utilização do procedimento de contenção. Monitor/socioeducador aparece em segundo lugar (46,5%, n=59); psicólogo em terceiro (45,7%, n=58) e médico (42,5%, n=54). Considerou-se neste estudo que, ainda no esteio dos 20 anos de implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente, há muito que se avançar no sentido da superação de violações de direitos de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, haja vista os resquícios da cultura menorista que por muitos anos prevaleceu em nosso país. Os dados revelam avanços na política de superação dos grandes complexos arquitetônicos, com destaque para o surgimento de unidades em momento posterior ao SINASE, as quais consideram a dimensão estrutural a partir da concepção pedagógica do atendimento. Esse investimento contribui na qualificação e na individualização do atendimento, direta ou indiretamente, por conta da redução do número de adolescentes nas unidades, favorecendo a prevalência do aspecto pedagógico da medida sobre o aspecto contencioso da privação de liberdade. A consolidação de um sistema de efetiva garantia de direitos demanda por parte dos seus próprios atores uma concepção de atuação intransigente em relação à garantia dos direitos humanos e fundamentais, voltada ao enfrentamento de violações institucionais e ao combate da arbitrariedade decorrente de posturas incoerentes de operadores dos sistemas de justiça e segurança. 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 perpetua modelos hospitalocêntricos, manicomiais e de instituições totais. Esses modelos, inclusive, comprometem sobremaneira a qualidade do atendimento que é ofertada ao adolescente em conflito com a lei, ao forçar uma atuação correccional- repressiva, quando não mascarada de uma proposta terapêutica-psiquiátrica, inclusive com recentes propostas voltadas à manutenção compulsória da internação de adolescentes acima dos 21 anos de idade.
14/11/09	Divulgação de extrato de termo de reti-ratificação ao termo de cooperação técnica.	Altera-se a denominação de termo de cooperação técnica feito entre SES, SAP, SJDC /Fundação Casa para convênio retirando a SJDC pela Fundação Casa por ter finalizado a transição da UES para a SES com vigência de 24 meses, a partir de 02 de outubro de 2009.
17/12/09	Licitação de obras de UES de Botucatu publicada no DOE da Pasta de Saúde.	No DOE consta despacho de Secretário Adjunto da SES com homologação de licitação de construtora para execução de obras de construção de edifício para implantação de UES de Botucatu. Despacho do secretário adjunto de 14/12/2009 em Processo nº 001/0001/001.698/2009.
janeiro /2010	Encaminhamento do 9º adolescente para a UES.	No início de 2010, a Defensoria Pública relatou que mais um jovem foi encaminhado a UES. Segundo informações iniciais, o caso deste jovem tem outra configuração, já que cumpriu 11 meses de internação, veio do interior com determinação de internação na UES pelo juiz de acompanhamento da execução da medida sócioeducativa. A informação da UES para o juízo teria sido feita pela Fundação CASA que estava tendo problemas com o jovem na unidade.
16/01/10	Contratação de enfermeiro por tempo indeterminado para a UES.	A Comissão Especial de Contratação por Tempo Determinado, da Unidade Experimental de Saúde do Gabinete do Secretário, da Secretaria de Estado da Saúde, torna público a classificação final do Processo Seletivo Simplificado para a classe de Enfermeiro (Especialidade: Psiquiatria e Saúde Mental), para a Unidade Experimental de Saúde do Gabinete do Secretário, da Secretaria de Estado da Saúde.

27/02/10	Publicação no DOE de encerramento do contrato de construção da UES.	Foi publicado termo de encerramento de obrigações contratuais por meio do processo VD nº1824/2005 entre Fundação CASA-SP e DP Barros Arquitetura e Construção Ltda CNPJ: 04.780.776/0001-22, com Nº do termo de alteração: 107/2009-DOPIM relativas ao termo de contrato visando à execução de obras de construção de 01 (uma) Unidade Experimental de Saúde da FEBEM-SP, incluindo o fornecimento de material e mão de obra.
28/05/10	Publicação de Resolução SAP – 117 no DOE que dispõe sobre convocação de funcionários de 1º a 30 de junho de 2010.	Convoca em caráter excepcional, com prejuízo de suas atribuições nas respectivas unidades de classificação, mas sem prejuízo de seus vencimentos/ salário e demais vantagens do cargo/função, os funcionários/servidores relacionados, para em missão prestarem serviços junto a Unidade Experimental de Saúde.
junho/2010	Recusa aos jovens e seus representantes de acesso aos prontuários.	Segundo os advogados de defesa dos jovens da UES, vem sendo negado acesso ao prontuário dos jovens internados na UES, mesmo constando na lei 10216/01 essa garantia do usuário de ter acesso aos seus registros.
01/07/10	Reunião com Relator da Comissão Interamericana de Direitos Humanos/OEA.	O GI pautou a UES em reunião com Presidente e Relator para o Brasil da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (OEA), Dr. Felipe González, e os advogados da Comissão Mario López-Garelli e LPS Hidaka. A visita do Relator da CIDH foi para preparar a Relatoria oficial que acontecerá em 2011 com o tema da segurança pública.
06/07/10	O CRP-SP encaminhou novo documento ao MP Estadual de SP para averiguação de descumprimentos no campo da saúde do jovem em conflito com a lei.	O CRP-SP após procedimento fiscalizatório e em virtude do encaminhamento realizado na audiência de 10 de novembro de 2009, encaminhou documento propositivo sobre as violações ocorridas com relação às questões de saúde na Unidade Experimental de Saúde de São Paulo (UES) ao MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO/PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE DIREITOS HUMANOS – SAÚDE PÚBLICA (Esse documento foi acessado na representação feita por membros do GI ao MP Federal).
08/07/10	Representação da situação ilegal da UES ao MP Federal solicitando instauração de processo administrativo.	O coletivo CRP-SP, CONECTAS, ILANUD, CEDECA INTERLAGOS, INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE E NEVIS/PUC-SP entregou representação ao Procurador Regional dos Direitos do Cidadão em São Paulo – sobre o caso da UES. Demandou-se instauração de procedimento administrativo necessário para apurar a existência de inconstitucionalidades e ilegalidades e adotar as medidas administrativas e judiciais cabíveis.
14/07/10	O GI peticionou o “Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental” para enfrentamento da situação ilegal da UES.	Membros do GI encaminharam ao Ministro de Estado da Saúde e Secretário Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República por meio do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental (NBSMDH) petição sobre encarceramento de jovem em unidade de saúde ilegal. Argumentou-se que o estatuto da Periculosidade é utilizado como um dos motivadores do recurso à UNIDADE EXPERIMENTAL DE SAÚDE, que a UES é um desserviço ao tratamento terapêutico dos internos, inaugurando-se Política Estadual contrária à Política Nacional e, portanto, ao SUS. Citou que a UES não consta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no Organograma da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e não é fiscalizada por nenhum órgão competente, o que agrava a situação dos internos. Ainda não se encontra nenhuma informação referente à verba destinada à instalação e manutenção da UES. Os jovens não têm direito a acessar seus prontuários. Posiciona-se contrário ao posicionamento da SES de obedecer à ordem judicial mesmo que vá ao encontro de suas diretrizes. REQUEREM acolhida e, apreciada a

		DENÚNCIA, que seja realizada VISITA TÉCNICA de fiscalização da UNIDADE EXPERIMENTAL DE SAÚDE; com instauração de SINDICÂNCIA e, por fim, seja realizada AUDIÊNCIA entre o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e o Conselho Estadual de Saúde com elaboração de PARECER TÉCNICO acerca da existência da UNIDADE EXPERIMENTAL DE SAÚDE.
julho/ 2010	A Defensoria Pública conseguiu arquivamento de processo do último jovem internado na UES.	“O novo jovem encaminhado a UES frequentou a APAE. Sua família, inclusive, recebe BPC (do LOAS). Fez tratamento durante a adolescência junto ao Hospital de Base de São José do Rio Preto. A APAE diagnosticava como "deficiência mental leve". Depois na adolescência cometeu ato infracional e foi internado em serviço de atendimento da Fundação CASA/FEBEM. Durante o cumprimento, solicitaram "exame de insanidade" e concluíram: "transtorno de conduta, necessitando de clínica especializada em crianças e adolescentes, em internação, sob guarda da Justiça". Quando internado em Mirassol, chegou a passar no Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes, (28.01.09), mas saiu por ordem da Justiça (não tinha escolta e não era especializado em crianças e adolescentes). Passou por uma outra avaliação no processo, com HD: "transtorno esquizoafetivo/ tipo depressivo". No Lar São Francisco de Assis, em Jaci, a avaliação dispôs: tratamento ambulatorial e medicamentoso. Depois uma avaliação no projeto sentinela específica que pode repetir o ato e que compreende a medida (nesta época se tentava colocá-lo em medida protetiva porque não tinha condições de assimilar a internação em unidade da Fundação)”. Depois dessas avaliações, o jovem foi encaminhado para SP para a Unidade Experimental de Saúde, um equipamento formato prisão-hospital, como se fosse um Manicômio Judiciário para adolescentes autores de atos infracionais com histórico de diagnóstico de TPAS. Atualmente, o processo da medida sócioeducativa do jovem foi arquivado, ou seja, ele poderá ser encaminhado para outro serviço de saúde de sua região para ser de fato cuidado. Por isso, o GI solicitou parceria para localizar os serviços do território dele e investir em um projeto com vistas à desinternação do jovem e atendimento em serviços substitutivo.
julho/ 2010	Notícias de possibilidade de mudança da UES/Vila Maria para Botucatu.	A Defensoria Pública de SP fez reunião com o Secretário Adjunto Nilson Páschoa da SES para esclarecer sobre informações compartilhadas via os pais dos jovens da UES que eles seriam transferidos para Botucatu.

Anexo 3: Lista de códigos e agrupamentos das cronologias dos processos dos jovens na análise do Atlas ti

1. Figuras da gestão da criminalidade e produção da demanda de atendimento (1023 citações)
[Caracterização de comportamento anti-social] [Clamor popular e mídia] [Defesa social] [Discordâncias avaliativas] [Histórico infracional] [Internamento e Violências institucionais - Rebeliões, tumultos, autolesões e tentativa de suicídio] [Internamento e a dinâmica institucional] [Intervenções terapêuticas com a rede de cuidado] [Intervenções terapêuticas com o jovem] [Transgressão (tipo e motivo)] [Transgressão e a família] [Transgressão e as vítimas envolvidas] [Transgressão e autoria] [Transgressão e seus sentidos] [Tratamento-avaliação]
2. Figuras da gestão da criminalidade e a produção do TPAS (477 citações)
[Caracterização clínico-física] [História de envolvimento com álcool e outras drogas] [História familiar] [História familiar delitiva] [História produtiva (escola e trabalho)] [Histórico de atenção em saúde mental] [Risco-perigo] [TPAS - risco-perigo] [TPAS e diagnóstico] [TPAS e produção de diagnóstico]
3. Figuras da gestão da criminalidade e o processo de internamento (207 citações)
[CONTINUUM INTERNAMENTO] [Sentença da internação psiquiátrica compulsória] [Sentença da internação] [TPAS e tratamento experimental] [TPAS: perigo, tratamento e contenção]
4. Processo de legalização da gestão da criminalidade (572 citações)
[Continuum psi-jurídico] [Diálogos e conflitos entre os atores envolvidos na UES] [Internação e tempo legal máximo de contenção] [Internamento e a rede de cuidado] [Internamento e o processo escolar-profissional] [MSE e Intedição civil] [Situação de exceção à regra] [TPAS e Justiça] [TPAS e o direito à saúde] [TPAS e Saúde] [TPAS não tem cura] [TPAS x Saúde]
5. Os atos de resistência ao novo/velho processo de gestão da criminalidade (198 citações)
[TPAS e seu tratamento em questão] [TPAS em questão]

Anexo 4: Projeto de desinternação do circuito FEBEM dos jovens internados na UES

Projeto de escape	Avaliação FEBEM	Avaliação externa (ETJ e/ou perícia)
O jovem ACL que recebia visitas usuais da genitora, esta interessada e preocupada em respaldá-lo, que tem um pai que vivenciou estreitamento dos laços afetivos com ele (ao mesmo tempo que o pai se investiu do seu tratamento do uso indevido de álcool no Alcoólicos Anônimos), ou seja, segundo a equipe da FEBEM (2006) um membro de uma família com “recursos e interesse para acompanhar o jovem” e como disse a sua mãe em 2007 “para uma vida saudável e equilibrada em sociedade” com apoio dos atendimentos no CRASS de sua cidade de origem. Cabe pontuar que a FEBEM realizou visita domiciliar em 2007 e segundo relato “constatamos a veracidade das informações prestadas pela genitora em entrevista com a equipe técnica” com registro do vínculo empregatício dos pais do jovem. O jovem fez planos de trabalhar com o pai na função de pedreiro e ambicionava cursar faculdade de medicina, registrado nos relatórios de acompanhamento como assíduo e participativo, estudante da 2ª série do Ensino Médio e de vários cursos profissionalizantes.	“Assim do ponto de vista social, suas novas perspectivas e o apoio fam ao jovem, deixa transparecer que reúne condições que tomará adequado a sua reinserção em medida mais branda, ou seja, receber a progressão de medida a dar sequência nos atendimentos em meio aberto”. (2007)	Não está apto: deverá terminar os estudos e ser encaminhado para adquirir uma qualificação profissional e com isto ter condições de prover seu sustento e cumprir com suas obrigações. Na esfera social saber melhor se relacionar com a família e elaborar seu juízo de valor e juízo crítico. Na parte psicológica tratar da visão imediatista e simplista que o mesmo tem, colocá-lo dentro da sua realidade, trabalhando a noção de obrigação e responsabilidade, desenvolver mecanismos de controle da sua satisfação e frustração, além de melhor trabalhar sua conduta delitiva. (IMESC, 09/08/07) “desde uma visão dinâmica, foi observada estrutura perversa pela insuficiente ou ausente aquisição (e incorporação) de valores normatizadores da conduta do periciando, para sua inserção sociocultural. O que vale dizer, adequação das pulsões instintuais ao nosso modelo de civilização” (IMESC, 29/11/07)
O jovem DCS que recebia visitas mensais de sua genitora, em razão da distância de sua região de moradia e estabelecia contatos telefônicos quinzenais, e que no início do internamento sofria pela ausência de seu pai devido viagens de trabalho, projetava retornar ao seu território de origem já que cessaram os conflitos e ameaças em sua cidade contra sua família, mas com a possibilidade caso necessária de mudar de estado e viver com a família extensa. Ele era assíduo e	“Embora de perfil introvertido, DCS tem revelado neste último período de internação significativas evoluções maturacional, boa noção de limites e abertura para o diálogo, denotando condições satisfatórias para o convívio social/familiar” (2007).	“Cumprir esclarecer que, desde uma visão dinâmica, foi observada estrutura perversa pela insuficiente ou ausente aquisição (e incorporação) de valores normatizadores da conduta do periciando, para sua inserção sociocultural. O que vale dizer, adequação das pulsões instintuais ao nosso modelo de civilização” (IMESC, 25/10/07).

compromissado com a 2ª série do Ensino Médio e os cursos profissionalizantes.		
FAS que recebia visitas regulares dos tios e tias que residem em São Paulo durante a FEBEM, os quais denotam afetividade e preocupação pelo bem estar do jovem, inclusive recebeu visita da avó materna quando esteve em SP, especialmente para ver o neto e, com empenho da equipe, a genitora que reside em outro estado e mantinha contato por telefone, fez visitas anuais posteriores ao jovem desde 2005, junto com o projeto da genitora almejava mudar para a cidade de residência da mãe em outro estado visando estudar e trabalhar lícitamente. Cabe pontuar que foi feita visita domiciliar à casa da família do jovem nesse outro estado, quando se mapeou a situação econômica familiar precária e os incluiu na rede de benefícios sociais do governo, ressaltando que os irmãos do jovem estavam com “aparência de crianças felizes e saudáveis, respectivamente matriculados e freqüentando regularmente às aulas”. Inclusive foi articulado apoio com rede de defesa do adolescente local da Bahia para atender a família e auxiliar financeiramente nas visitas ao jovem em SP. Ele passou da 7ª para a 3ª série do Ensino Médio e cumpriu os cursos profissionalizantes.	“o jovem vem recebendo intervenções psicológicas_sistemáticas nos atendimentos realizados neste Internato, onde vem apresentando bom desenvolvimento afetivo. A genitora continua mantendo contatos sistemáticos com o jovem via telefone, onde demonstra relação de afeto e carinho para com o mesmo. FAS continua se esmerando em suas atividades neste Internato, demonstra responsabilidade e capricho em tudo que se compromete a fazer. Quanto ao seu comportamento temos a informar que o educando mostra-se sempre predisposto a colaborar com a manutenção do equipamento, relaciona-se de forma respeitosa e afetiva com o corpo funcional, e equilibrada para com os pares, excitando de participar de qualquer situação de cunho aversivo. Salientamos que o adolescente tem mantido humor eutímico diante de todas as interjeições para com sua progressão de medida” (2007).	“não vemos condições propícias, por ora, para progressão de medida; faz-se indispensável e urgente, sim, que seja FAS submetido a tratamento psicológico profundo, a nível clínico, de freqüência mínima de duas vezes por semana” (ETJ, 01/03/07). “Probando revela grau anormal de indiferença em relação aos valores morais, afetivos e em relação aos outros. Probando apresenta extrema pobreza de recursos da personalidade. Seu funcionamento psíquico apresenta-se apenas no nível de reação afetiva anormal e impulsiva, aos incitantes do meio. A capacidade intelectual está rebaixada e a capacidade de elaborar logicamente as idéias para uma ação construtiva no meio está abolida, quando mobilizado em seus propósitos mais egoístas” (IMESC, 14/12/07).
No caso do GFC, no início do processo da socioeducação, a mãe “concorda que GFC tem sido orientado adequadamente, mas não consegue persuadir o filho para mudanças” e consta que comparecia aos encontros programados com a Equipe. Além do que participava do grupo de orientação para Renda Cidadã. Já seu genitor por sua vez, mostrava-se evasivo nos	“Por evidenciarmos cotidianamente todo trajeto elencado até o momento e por entendermos que os genitores e filho estão preparados para se relacionarem em meio aberto é que vimos sugerir a Vossa Excelência a progressão	"A Fundação acabou reforçando alguns pontos que deveriam ter sido trabalhados mais profundamente, tais como o ego exacerbado, seus mecanismos de defesa, e sua forte identificação com o pai, que embora afetivo, é figura aderida ao meio marginal. Deveria ter sido feita uma investigação psíquica mais

atendimentos. Mas o grupo familiar o visitava semanalmente e contatavam via telefone em busca de informações a respeito do comportamento do adolescente. A mãe dele se vinculou a AMAR - Associação de Mães e Amigos da Criança e do Adolescente em Risco (Psicóloga Luciana) e o pai foi encaminhado para atendimento na Prefeitura Municipal. Ao longo dos anos do internamento, o jovem evidencia se preocupar quanto ao direcionamento que dará ao seu futuro; quanto à acolhida familiar pretende residir com a genitora e deseja uma colocação profissional e dar continuidade aos estudos. O jovem no terceiro ano da medida passou a receber visita de namorada e com relações aos estudos nos três anos da FEBEM passou da 5ª para a 8 série do ensino fundamental.	da atual medida para a Liberdade Assistida, se assim considerar” (FEBEM, 28/11/06). “Quando ousamos sugerir a progressão da atual medida paraa Liberdade Assistida é que ao nosso ver, pois somente no efetivo contato com o meio social mais amplo e aberto poder-se-á avaliar, se concretamente este jovem adulto introjetou as regras que regimentam nossa sociedade, mais ainda acreditamos que a prática só se efetiva quando vivendo no meio social e exercitando a sua cidadania, portanto uma vez que limitado em sua liberdade fica impossibilitado e experimentação de novas situações restringindo suas reações” (FEBEM, 28/03/07).	profunda, além de um acompanhamento mais próximo do "processo psicoterapêutico" desenvolvido na DIR IV. Entendemos ser temerária a desinternação do jovem, embora prazo legal máximo não esteja tão distante". (ETJ, 24/04/07) “(…) há uma necessidade imperiosa de maior investimento na família, na ativação da rede de atendimento local, para que tanto o jovem quanto seus familiares possam receber os atendimentos que necessitam (ETJ, 27/07/07) “O jovem apresenta refratariedade às tentativas de educação e socialização anteriores, prejuízo da autocensura, postura sedutora e dissimuladora e discurso racionalizado, destituído de convicção e de ressonância afetiva; apresenta discernimento sobre seus atos, porém, demonstra crítica comprometida em relação aos atos praticados, gravidade e conseqüências” (IMESC, 21/09/07).
O jovem JOA recebia visitas quinzenais da genitora devido à distância e à situação financeira precária e esta, no meio da sua internação, mudou-se para o seu estado natal, onde possui parentes, pois acreditava que mudando de localidade teria mais oportunidade de emprego e foi apoiar o pai do jovem que estava com problemas de saúde. Ela continuou mantendo contato com a Equipe Técnica para saber sobre a situação do filho e no último ano retornou para São Paulo para visitar o filho e ficou para acompanhar o jovem em todo o seu esperado período de L.A. O plano	“2 anos e 7 meses de privação de liberdade, revelando progressiva adaptabilidade as normas. Vínculo afetivo estável com companhia há 3 anos. Vínculo/respeito com educadores. Foram trabalhados ao longo da internação, sentimentos de angústia pelas perdas e conseqüente privação de liberdade (...). O problema não é a Unidade onde entelado encontra-se, o problema é sabermos, doravante,	“JOA NÃO parece permeável a propostas interditivas mais brandas, muito embora a nível discursivo ele se proponha a tanto. Desta perspectiva, entendo prematura a progressão” (ETJ, 24/07/06) “Mostra restrita capacidade de compreensão da medida sócio-educativa, justificando com pouca coerência seus delitos. No entanto almeja mudança de postura temendo a detenção em regime prisional. Apresenta ainda pouca capacidade

residir com a sua companheira e filha em São Paulo no interior. Os dois tinha apoio das duas famílias e durante o internamento a sogra também passou a visitá-la junto com a filha. No final dos três anos o jovem foi inscrito no 'Programa Primeiro Emprego' e projetava perspectivas de forma digna para a criação da filha. Nos anos que esteve na FEBEM, passou da 6ª para a 8ª série.	tratá-lo em seu benefício, oportunizando uma substituição de medida sócioeducativa, preferencialmente para Semiliberdade, a qual notoriamente satisfará as necessidades de JOA, isto é, será assistido psico-socialmente e não contido em suas espontaneidades, receberá indicações, setas, aconselhamentos, acompanhamentos acadêmico e profissionalizante os quais serão proficuamente aproveitados no seu momento vivencial, paralelo ao retorno gradativo ao meio familiar” (FEBEM, 13/03/07)	prospectiva, não tendo claro os meios pelos quais pretende estabelecer suas metas futuras. (...) não há restrições para a progressão de medida sob o ponto de vista psiquiátrico” (NUFOR, 03/07/07) “Considerando a personalidade perversa associada ao retardo mental com impulsividade e ausência de mecanismos frenadores, denota periculosidade, sendo indicado rigoroso tratamento por equipe de saúde mental” (IMESC, 06/07/07)
O adolescente LPS ficou órfão durante o cumprimento da medida de internação e dois tios fizeram poucos contatos nesse período. No descumprimento de uma semi liberdade, após alguns meses se reapresentou, pois como disse na época “não quer ficar na rua”. A equipe da FEBEM fez visita domiciliar a uma tia, mas essa compartilhou desilusão com o comportamento do jovem. LPS almejava complementar sua escolarização como “cidadão digno”. Com 17 anos cursava a 5ª série e era considerado disperso, com dificuldades de interagir com os demais colegas, e muitas vezes não aceitava as normas da Unidade.		“entendo indispensável a IMEDIATA transferência de L. para Unidade efetivamente aparelhada para atender a „jovens especialmente difíceis“, ficando desde já indicada a Unidade Experimental de Saúde, em face de sua proposta pedagógica „diferenciada“ amplamente noticiada pela atual gestão da Fundação na mídia” (ETJ, 03/08/07). - “No que tange à ciência médica, ele teria maiores chances de melhora se esta atenção fosse oferecida em regime ambulatorial, enquanto lhe é provida provavelmente impediria esta modalidade de tratamento e eu desconheço, no momento, instâncias alternativas para encaminhamento” (NUFOR, 22/10/07) “O adolescente tem

		acompanhamento sistemático, especializado por profissionais adequados à problemática do mesmo. Ressaltamos, que o adolescente em questão no meio dos demais, além de se colocar em risco pessoal, também coloca os que encontram-se em sua proximidade, devido a sua saúde mental e instabilidade, necessitando de manejos específicos. Em consulta a parte, atentamo-nos ao ofício de 08/08/07 - encaminhamento para UES o que não foi atendido na época, pois a unidade estava em obras, sugerimos a reavaliação e manutenção do requerimento do encaminhamento para UES” (FEBEM, 15/02/08)
ACAR recebeu visitas periódicas de sua família e tinha forte vínculo afetivo com a genitora, uma figura de sustentação a toda estrutura familiar. O seu pai faleceu no início do cumprimento da medida por motivos de saúde. Segundo a FEBEM, observava-se mobilização familiar na busca de oferecer ao jovem o respaldo que é necessário para um convívio saudável em sociedade, inclusive com a mudança da genitora para outro estado no terceiro ano da internação do jovem, para o início de uma nova etapa de vida. Nesse momento, os irmãos o visitavam quinzenalmente e a genitora mantinha contato telefônico constante. Cabe pontuar que foi feita visita domiciliar a família dele em São Paulo, posteriormente contato com sua rede local (escola e comunidade) com avaliações positivas de suas relações. A mãe alugou moradia e matriculou sua filha mais nova em outro estado para executar o plano construído com as equipes da FEBEM, ETJ e os atores do DEIJ. O jovem planejava em cidade interiorana	“Após ouvir os participantes e em concordância com o MP e defesa, decidiu-se: após longa discussão do caso, fica claro que há necessidade de um período de transição para substituição da medida socioeducativa por protetiva. Nesse período, deverão ser adotadas as seguintes providências: orientação da família para mudança de residência e fixação em localidade cujos moradores desconheçam o histórico do educando, a fim de que este e sua família não sofram assédios indevidos; constatação das condições da nova moradia e dos equipamentos existentes na comunidade para atendimento contínuo do caso; criação de uma referência de atendimento para	“Salientamos que entendemos por acompanhamento, neste caso específico: apesar dos indiscutíveis progressos da genitora, ela está vivendo uma situação de grande mudança, de modo que esses ganhos precisam ser reforçados para que se consolidem dentro dessa nova realidade; isso exige periodicidade e regularidade” (ETJ, 23/05/06) “A possibilidade de melhora de suas conduções implica um tipo de intervenção técnica que julgamos não foi realizada a contento durante a sua internação na FEBEM. É preciso um trabalho muito mais profundo, contínuo, dentro de um processo de convivência com os outros, assistido e avaliado por equipes atentas para os detalhes de sua personalidade, para que haja recuperação. Infelizmente esse trabalho não foi

trabalhar com atividade anteriormente executada. A família extensa organizou-se para articular uma atividade remunerada em sua rede e foi feita visita pela FEBEM a essa cidade fora de SP. O jovem no processo da medida passou da 3ª para a 4ª série e participava das atividades oferecidas.	situações novas, que exijam orientações profissionais específicas (Audiência, 21/02/06) “Considerando ambiente favorável a recepcionar o jovem, onde não há repercussão vinculada a sua pessoa e a família encontra-se preparada e organizada, bem como o local de residência conta com o suporte necessário ao seu desenvolvimento psicossocial” (FEBEM, 17/04/06. “Somos favoráveis à transformação de seu atual regime para medida protetiva” (IMESC, 12/07/06). “consideramos que ACAR necessite de convívio interpessoal amigável e espontâneo em um ambiente protetor, em que seja acompanhado em suas necessidades e limitações, bem como em sua participação no entorno social; hoje, sua família parece estar plenamente ciente disso e disposta graças ao desenvolvimento que ela própria pode alcançar em face da tragédia em que se viu envolvida, a representar para ACAR a continência de que ele necessita. Ele mesmo apropriou-se da necessidade de autocuidado, no sentido especificamente de procurar se manter somente próximo de pessoas conhecidas e confiáveis, mas esse avanço, dadas as suas limitações requer	realizado” (IMESC, 30/08/06). “Como vimos, não há condições de garantir sua adaptação numa convivência extra muros” (IML, 27/09/06);
--	---	--

	continua supervisão” (ETJ, 04/09/06).	
--	--	--

Anexo 5: Avaliações produzidas no internamento da UES

Jovem / Internamento UES	Avaliações na UES	Tratamento
ACAR (03/05/07)	04/05/07 – NUFOR - ausentes transtornos mentais e imaturidade para reagir aos estímulos ambientais 16/07/07 – IML - Transtorno Orgânico de Personalidade (CID 10-F 07.0 20/07/07 – NUFOR - inexistência de transtorno psiquiátrico e inteligência na faixa limítrofe 01/08/07 – NUFOR - não apresenta transtorno mental 13/09/07 – NUFOR - limitações intelectuais e personalidade imatura 25/09/07 – NUFOR - não alterando 31/8/07 – IMESC - Retardo Mental de Leve para Moderado (CID F 70/71) e Transtorno de Personalidade Dissocial (CID F 60.2) 03/12/08 – NUFOR -Parecer psiquiátrico e psicológico - limitações intelectuais	-04/05/07 - inexistem condutas terapêuticas, quer na Medicina, quer na Psicologia, que possam suprir os déficits intelectivos. -16/07/07 – Custódia e não tratamento. -20/07/07 - pouco sucesso terapêutico não é devido a falhas diagnósticas ou procedimentos médicos específicos, mas sim às precárias condições do todo processo de institucionalização. -01/08/07 – sem necessidade de internação ou tratamento -13/09/07 - não tem benefícios a auferir de qualquer medida de internação -as atividades a serem seguidas a partir deste momento já não apresentam finalidade curativa -31/8/07 - sob o ponto de vista médico legal, absoluta e permanentemente incapaz de reger sua vida e administrar seus bens e interesses. -03/12/08 – Do ponto de vista psiquiátrico e psicológico, não apresenta ao exame sinais ou sintomas compatíveis com transtorno mental que o prive de entendimento ou autodeterminação
JOA (28/11/07 até 08/01/09- suspensão da internação compulsória pelo Juiz Cível)	29/10/08 – NUFOR - Parecer Psiquiátrico e Psicológico – Ansiedade, crises de pânico e tentativas de suicídio (não apresenta qualquer outro transtorno mental).	-Medicado e sem sintomas -Internação não desempenha qualquer papel terapêutica do ponto de vista médico-psicológico.
DCS (22/01/08)	28/03/08 – NUFOR - Parecer Psiquiátrico e Psicológico: TPDS (F 60.2) 06/11/08 - Parecer Psiquiátrico e Psicológico - não apresenta critérios para psicopatia	-28/03/08 - sem medidas compulsórias na saúde capazes de modificar tal quadro, não sendo indicada internação médica. -06/11/08: a manutenção de sua internação não se justifica do ponto de vista médico-psicológico.
GFC (22/01/08)	15/12/08 – NUFOR - não apresenta qualquer sintomatologia de doença mental e apresenta traços de personalidade anti-social	Sem recomendações de tratamento
ACL (11/02/08)	11/02/08 - Diretor UES - F. 60.2 da CID 10 TPAS	-11/02/08 - Inicialmente não apresentou demanda espontânea ou estimulada pelo

	23/10/08 – Avaliação psiquiátrica e psicológica/NUFOR: traços de personalidade anti-social.	tratamento psiquiatra -Em 23/10/08, não indica tratamento médico em regime de internação. O tratamento psicoterápico pode ser instituído se houver real demanda do jovem.
LPS (08/04/08 até 16/09/08 - retorno a FEBEM por determinação do DEIJ)	18/04/08 - Diretor UES: HD de F 60.3 do CID 10 – Transtorno de Personalidade limítrofe 12/08/08 - NUFOR: epilepsia e inteligência limítrofe.	-Medicamentos anticonvulsivantes e neurolépticos, para conter sua impulsividade, mas não adere adequadamente.
FAS (10/07/08)	(sem data) - NUFOR - não foi identificada doença mental que o prive de plena capacidade de entendimento e de autodeterminação.	-conhecimento médico ainda não avançou a ponto de desenvolver tratamento capaz de alterar a personalidade -tratamento em regime de internação visam à proteção da sociedade -não existe nenhuma evidência na literatura médica que mostre a eficácia de algum tipo de centro correccional ou algum programa de internação, voluntária ou não, que seja hábil para “curar” pessoas com transtorno anti-social.

Anexo 6: Propostas de emendas à CF (1988) sobre redução da maioridade penal

Número	Autor	Ementa	Alteração do texto (do artigo 228 da CF)
PEC 18/1999	Senador Romero Jucá	Altera a redação do artigo 228 da Constituição Federal.	“Art. 228. Parágrafo único. Nos crimes contra a vida ou o patrimônio cometidos com violência, ou grave ameaça à pessoa, são penalmente inimputáveis apenas os menores de dezesseis anos, sujeitos às normas da legislação especial”.
PEC 20/1999	Senador José ACAR Arruda	Altera o artigo 228 da Constituição Federal, reduzindo para 16 (dezesseis) anos a idade para imputabilidade penal.	“Art. 228. São penalmente inimputáveis os menores de dezesseis anos, sujeitos às normas da legislação especial. Parágrafo único. Os menores de dezoito anos e maiores de dezesseis anos são penalmente imputáveis quando constatado seu amadurecimento intelectual e emocional, na forma da lei”.
PEC 03/2001	Senador José ACAR Arruda	Altera o artigo 228 da Constituição Federal, reduzindo para dezesseis anos a idade para imputabilidade penal.	“Art. 228. São penalmente inimputáveis os menores de dezesseis anos, sujeitos às normas da legislação especial. Parágrafo único. Os menores de dezoito anos e maiores de dezesseis anos são penalmente imputáveis na hipótese de reiteração ou reincidência em ato infracional e quando constatado seu amadurecimento intelectual e emocional, na forma da lei.”
PEC 26/2002	Senador Iris Rezende	Altera o artigo 228 da Constituição Federal, para reduzir a idade prevista para a imputabilidade penal, nas condições que estabelece.	“Art. 228. Parágrafo único. Os menores de dezoito e maiores de dezesseis anos responderão pela prática de crime hediondo ou contra a vida, na forma da lei, que exigirá laudo técnico, elaborado por junta nomeada pelo Juiz, para atestar se o agente, à época dos fatos, tinha capacidade de entender o caráter ilícito de seu ato;”
PEC 90/2003	Senador Magno Malta	Inclui parágrafo único no artigo 228, da Constituição Federal, para considerar penalmente imputáveis os maiores de treze anos que tenham praticado crimes definidos como hediondos.	“Art.228 Parágrafo único. Os menores de dezoito anos e maiores de treze anos que tenham praticado crimes definidos como hediondos são penalmente imputáveis”.

PEC 09/2004	Senador Papaléo Paes	Acrescenta parágrafo ao artigo 228 da Constituição Federal, para determinar a imputabilidade penal quando o menor apresentar idade psicológica igual ou superior a dezoito anos.	“Art. 228. Parágrafo único. Nos casos de crimes hediondos ou lesão corporal de natureza grave, são imputáveis os menores que apresentem idade psicológica igual ou superior a dezoito anos, sendo capazes de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.
PEC 26/2007	Senador Eduardo Azeredo	Altera o art. 228 da Constituição Federal, para prever a imputabilidade do menor com mais de dezesesseis anos de idade, na hipótese que especifica, com redução de pena.	“Art. 228. Parágrafo único. Não se aplica o disposto no <i>caput</i> deste artigo se o menor de dezoito anos, já tendo completado dezesseis anos, revelar suficiente desenvolvimento mental para entender o caráter ilícito do fato e determinar- se de acordo com esse entendimento, caso em que a pena aplicável poderá ser diminuída em até dois terços”.