

UNIVERSIDADE BANDEIRANTE DE SÃO PAULO
ANHANGUERA
CONSELHO DA PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA MESTRADO
PROFISSIONAL ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI

DANIEL ADOLPHO DALTIM ASSIS

RISCO SOCIAL E SAÚDE MENTAL COMO ARGUMENTOS PARA O
ENCARCERAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

SÃO PAULO, JUNHO DE 2012.

Assis, Daniel Adolpho Daltin

Risco social e saúde mental como argumentos para o encarceramento de crianças e adolescentes / Daniel Adolpho Daltin Assis – São Paulo [s. n.], 2012. 180f., 30 cm.

Monografia (Mestrado) – Universidade Bandeirante de São Paulo / Anhanguera, Mestrado em Adolescente em Conflito com a Lei. Orientadora Profa. Dra. Maria do Carmo Albuquerque.

1. risco social 2. internação psiquiátrica 3. acolhimento institucional 4. dependência química 5. saúde mental 6. Encarceramento 7. criança e adolescente em situação de rua I. Título.

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial dos requisitos do Curso de Pós-Graduação Mestrado Profissional Adolescente em Conflito com a Lei da Universidade Bandeirante / Anhanguera para a obtenção do título de Mestre em Gestão da Política de Direitos do Adolescente em Conflito com a Lei, sob a orientação da Profa. Dra. Maria do Carmo Albuquerque.

Compartilho as idéias
um tanto tortas como as belas árvores do cerrado;
um tanto curvas como o céu anil abobadado do sudeste invernos;
um tanto esguias como os pinheiros do sul;
um tanto resistentes como as toras da madeira que cantam na amazônia;
um tanto rachadas quanto o semi-árido;
idéias um tanto meninas e meninos que sobrevivem no solo
inescapavelmente pedregoso do urbano.

Reconhecimento e pactos

É de se reconhecer a fraterna relação que estabeleceram comigo diversos amigos do círculo que me iniciou na temática de infância e juventude, ainda durante a faculdade de direito. É de se reconhecer a potente amizade que surgiu das primeiras investidas no campo de estágio na área de criança e adolescente, com a equipe da Associação Olha o Menino, particularmente Cristina Salvador, Aline Matos, Flavia Palma, Melisanda Trentin, Ana Paula dos Santos e Adriana Borghi. É de se reconhecer a duradoura e franca irmandade estabelecida com Marcelo Grell e Raul Nin, amigos que testemunharam – cada qual a seu tempo e ao seu modo - e testemunham a construção das outras amizades e meus passos pela vida.

É de se reconhecer a sensibilidade que me aflora por responsabilidade marcante de meu pai, mãe e tio...

É de se reconhecer a generosidade, solidariedade e ética que conduzem a amizade carinhosamente felina que tenho com Roberta Lemos, a amizade freneticamente passarinesca com Liliane Silva, a amizade suavemente canina com Lucia Toledo, a amizade indubitavelmente matilha que tenho com Gabriela Gramkow e a amizade jocosamente equina com Tatiane Cardoso... é de se reconhecer o amor que se conduziu com Fernanda Lavarello.

É de se reconhecer o sereno cuidado que circula nas relações estabelecidas com Flavio Frasseto e Cristina Vicentin, os quais ciceroneiam minhas veredas.

É de se reconhecer a bruxa amizade que tenho com Maria do Carmo, atualmente no posto de orientadora dessas ideias... e com Luciene Jimenez, mágica amizade...

É de se reconhecer, por fim e por tudo, a relação com cada trabalhador e trabalhadora do CEDECA Interlagos, fonte inesgotável de práticas horizontais, éticas e libertadoras, com muito amor, amizade e tesão que surgem dos típicos encontros e desencontros infanto-juvenis...

É de se reconhecer os pactos e, sempre, repactuar as relações...

Sumário

Resumo	06
Abstract	07
Apresentação	08
Glossário	09
Introdução	10
I. Em perigo?	14
Ato 0: Rio de Janeiro	18
Um Rio entre o Acolhimento Compulsório e a Internação Compulsória	20
São Paulo – Ato I: executivo	22
São Paulo – Ato II: legislativo	24
São Paulo – Ato III: judiciário	28
São Paulo – Ato IV: executivo, parte II (operação 2012)	33
Uma perspectiva de análise	36
II. Novos riscos?	40
O Estado, o risco social e psiquiatria.	40
Rua: o lugar arriscado da criança e do adolescente	48
Políticas socioassistenciais e uma nova concepção de risco	51
III. Saúde, Assistência Social e Polícia no Rio de Janeiro e em São Paulo – 2011 – 2012.	60
A cidade, a saúde e a assistência Social: gizando os riscos.	60
Quem está em risco: a criança e o adolescente ou as políticas sociais?	73
Polícia: a gestão dos riscos à risca. Um capítulo à parte.	83
Democracia e Controle Penal Sanitarista: exceção que confirma a regra	100
A onipresença da saúde mental nas políticas sociais e criminais	107
IV. A proteção sucumbe ao controle?	118
Referências Bibliográficas	123
Documentos anexos	136

RESUMO

Esta dissertação analisa as operações de recolhimento e dissipação de crianças e adolescentes ocorridas no Rio de Janeiro e São Paulo. Na cidade carioca, em maio de 2011 uma resolução administrativa da secretaria de assistência social, determinou a realização de “abrigamento compulsório”, que foi alvo de fiscalização de entidades civis e de categorias profissionais. Na cidade paulistana, a Ação Integrada Centro Legal iniciou em janeiro de 2012, operação de dissipação e encarceramento de usuários de drogas, que veio a justificar a instauração de inquérito civil público, por quatro promotorias paulistas. A pesquisa se realizou a partir da coleta de documentos legais e administrativos e de um conjunto diversificado de posicionamentos públicos em relação aos fatos. Recuperamos a trajetória histórica da categoria *risco social* e sua relação atual com o dever do Estado de garantir o direito à saúde mental. No caso de crianças e adolescentes cariocas, enfocamos o mecanismo de recolhimento nas ruas e o encaminhamento forçado aos estabelecimentos de acolhimento institucional. No caso paulistano, iluminamos a atuação dos milicianos municipais e estaduais, para dissipação e encarceramento em massa dessa população. Oficialmente, as ações de Estado foram justificadas em nome da *garantia do direito à vida e à saúde mental* dessa população. Esta postura atrela a questão das drogas ao secular debate sobre a assistência à população infanto-juvenil em situação de rua. Não foram encontradas, na literatura brasileira, referências a fatos que evidenciem ações de Estado de recolhimento em massa de crianças e adolescentes em situação de rua justificadas, exclusivamente, pelo consumo de substâncias psicoativas. Por essa razão, parece inédita a nomeação do direito à saúde mental como principal argumento em defesa desse tipo de operação. O mote desse estudo é justamente a existência da aliança argumentativa e política entre os discursos oficiais sobre *risco social* e *saúde mental*. A hipótese é: em nome da saúde mental de determinado grupo populacional e o correspondente dever do Estado em garantir tal direito, suas agências punitivas (polícias) e sociais (saúde e assistência social) são acionadas para justamente restringir outros diversos direitos civis, e não necessariamente para garantir a saúde e a convivência familiar. Nesse caso, interpretamos que as agências estatais foram acionadas para operar a *gestão dos riscos*, expressão que sintetiza a relação entre o discurso de Estado – protetor - e as ações de exceção – que evidenciam um Estado segregador e disciplinador.

Palavras chave: risco social, internação psiquiátrica, acolhimento institucional, dependência química, saúde mental, encarceramento, criança e adolescente em situação de rua.

Summary

Social risk and mental health as arguments to incarcerate children and adolescents

Daniel Adolpho Daltin Assis

This paper analyses the gathering and dispersing operations of children and adolescents that occurred recently in Rio de Janeiro and San Paulo. In the former city, in May 2011, an administrative resolution from the Social Assistance Secretariat determined the execution of “compulsive institutionalization in shelters”, which was the focus of a supervision by civil and professional entities. In the latter, the Integrated Action – Legal Center started in January 2012; this operation of imprisoning and dispersing drug users, came to justify the instauration of a public civil investigation by four prosecutors from San Paulo. The research was developed from the collect of legal and administrative documents, as well as various public positions in relation to the facts. We highlighted the historical path of *social risk* category and its present relation with the State’s duty of guaranteeing the right to mental health. In the case of children and adolescents in Rio, we concentrated on the gathering mechanism on the streets and the forced orientation towards shelter institutions. In the San Paulo case, we emphasized the municipal and state military police actions of massively dispersing and incarcerating this population. Officially, both these State’s actions were justified in the name of the *guarantee to the right to life and to mental health* of this population. This statement makes the link between the drug issue and the secular debate on assisting the young population who live on the street. No fact was found in Brazilian literature that links massive gathering of street children and adolescents exclusively justified by drug use. For this reason, it seems unprecedented the appointment of the right to mental health as the main argument for this type of operation. The motto of this study is precisely the existence of argumentative and political alliance between the official discourse on *mental health* and social risk. The hypothesis is: on behalf of the mental health of a particular population group and the corresponding duty of the State to guarantee this right, its punitive agencies (police) and social (health and welfare) are driven to just restrict several other civil rights, and not necessarily to ensure the health and family life. In this case, we interpret that state agencies were activated to operate risk management, a phrase that summarizes the relationship between the State speech - guard - and the actions of exception - that reflect a segregating and disciplinarian State.

Keywords: social risk, psychiatric internment, institutionalization in shelter, chemical dependency, mental health, incarceration, street children and adolescents.

Apresentação

Terminada a faculdade de Direito (2004) na PUC-SP, senti-me livre do disciplinamento catedrático e das posturas cotidianas moralistas e maniqueístas de parte dos corpos discente e docente. Parti para o primeiro trabalho profissional: educador social no programa de proteção a crianças e adolescentes ameaçados de morte, a ser implementado, no mês de dezembro, pelo Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente de Interlagos – CEDECA Interlagos -, entidade na qual trabalho até hoje. O convênio durou poucos meses dada a conjuntura administrativa imposta pela nova gestão municipal. Em seguida, fui absorvido, ainda como educador social, na equipe de atendimento socioeducativo em meio aberto do CEDECA Interlagos. Após pouco mais de um ano, transferi-me de equipe, constituindo o núcleo de defesa, pelo qual transitei, como advogado popular, por diversas instâncias da sociedade civil de controle da efetivação dos direitos (fóruns, frentes, coletivos etc) e do Estado (conselhos dos direitos da criança e do adolescente). O repertório, portanto, aumentava constantemente, afinal, defender direitos de crianças e adolescentes significava (e significa) atuar em vários setores das políticas públicas, como orçamento público, sistema de justiça, saúde mental, assistência social, mobilidade urbana, moradia e habitação, educação etc.

Paralelamente, em 2005, ingressei no curso de geografia (USP), deixando-o, seis meses depois, em função da nova rotina que me impunha um percurso diário de cerca de 70 km. Em 2007, ingressei no curso de filosofia (USP), trancado em 2009. As atividades militantes e profissionais consolidavam-se como minhas principais ocupações de modo que me sentia afetado, diuturnamente, pelas produções e articulações realizadas em prol dos (e junto aos) mais jovens. Assim é que, com trajetória de alguns anos no campo da saúde mental, dediquei o mestrado à temática que, desde 2007, influencia minhas leituras sobremaneira: as internações psiquiátricas e a tal situação de risco de crianças e adolescentes, sejam as institucionalizadas, sejam as refugiadas... e assim é que sigo a trajetória profissional, a despeito do encerramento dessa etapa acadêmica: o mundo lá fora continua...

Glossário

ALESP – Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

CREMESP - Conselho Regional de Medicina de São Paulo

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

CRN - Conselho Regional de Nutrição

CRP – Conselho Regional de Psicologia

CDC – Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança

CF – Constituição Federal

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas

SMADS – Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social

SMAS - Secretaria Municipal de Assistência Social

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TJSP – Tribunal de Justiça de São Paulo

ZEIS – Zona Especial de Interesse Social

Introdução

No dia 30 de maio de 2011, a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, por meio de sua Secretaria de Assistência Social, inaugurou uma página – ainda nebulosa – na história da relação entre governos e crianças e adolescentes em situação de rua. O estopim motivador, desta vez com a Resolução n. 20, foi o combinado entre a rua e as substâncias psicoativas ilegais¹, particularmente, o *crack*. No artigo 5º, a Secretaria Municipal de Assistência Social estabelece que as crianças e adolescentes que estejam “nitidamente sob a influência do uso de drogas” devem ser abrigadas de modo compulsório. Durante a noite, o critério “drogas” é desconsiderado e o acolhimento deve ser imposto a qualquer criança ou adolescente que se encontre circulando nas ruas da cidade sem a companhia de um responsável legal. Ao passo em que esses jovens começam a ser buscados nas ruas cariocas, os debates alcançam os plenários da Câmara dos Deputados, que discute então a propositura de projeto de lei federal de mesma finalidade:

A experiência da cidade do Rio de Janeiro no abrigamento compulsório de crianças usuárias de crack pode servir de base para um projeto de lei na Câmara dos Deputados.²

Enquanto isso, no mês de junho de 2011, à Assembleia Legislativa de São Paulo foi apresentado o Projeto de Lei n. 673, de autoria do deputado Orlando Bolçone (PSB), o qual, em 07 artigos, pretendia autorizar o Poder Público “a manter sob sua tutela e a internar para tratamento médico as crianças e adolescentes em situação de risco, por uso de drogas”. Contudo, aos 26 de outubro, seu autor solicitou a retirada da propositura

¹ A expressão *substâncias psicoativas ilegais* (ou *ilícitas*) será utilizada em diversos momentos desse texto para se referir às *drogas*, palavra também recorrente na a dissertação. Embora uma (substâncias psicoativas ilegais) seja comumente classificada como espécie de outra (droga), ambas nomenclaturas aqui são empregadas como sinônimas apenas para facilitar a escrita.

² Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/ASSISTENCIA-SOCIAL/199950-PROJETO-DE-LEI-PODERA-GARANTIR-INTERNACAO-OBRIGATORIA-DE-CRIANCA-VICIADA.html>, acesso em 20/01/2012.

para reexame da matéria, de modo que se arquivou o projeto de lei aos 02 de dezembro de 2011.

Nesse mês de outubro, o Poder Judiciário paulista dedicou-se à questão, vindo a ser o protagonista de documentos midiáticos que destacavam as condições de vida de centenas de pessoas em situação de rua e usuárias de drogas na região central da capital conhecida como cracolândia. Em dezembro, a Coordenadoria da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça paulista executou as primeiras audiências, como projeto piloto, nas ruas do entorno, tanto com o objetivo de acelerar processos judiciais em que figuravam as pessoas encontradas nas ruas quanto para se proporem novas ações judiciais que contemplassem os direitos das mesmas, de modo a se viabilizar sua saída do espaço público.

Enfim, em janeiro de 2012, a prefeitura paulistana e o governo paulista inauguraram uma operação que pretendia alinhar as estratégias policiais – implementadas primeiro – e sociais contra a permanência de pessoas em situação de rua na denominada cracolândia.

É este o cenário que instiga a presente dissertação. As Cenas apresentadas acima desenvolver-se-ão na forma de Atos. As análises percorrerão ambas as cidades, com predominância de São Paulo, especificamente em razão do maior acúmulo de material disponível que, logo, vem a ser propiciador de mais profundo estudo. Ao final, encontraremos os pontos em comum entre o Ato Rio de Janeiro e o Ato São Paulo. Os pontos de contato entre os Atos fundam-se, basicamente, na intervenção estatal na vida de crianças e adolescentes em situação de rua e em suposto abuso de substâncias psicoativas ilícitas, sob o manto da pergunta: em que medida o dever o Estado em garantir o direito à saúde pode se sobrepor ao exercício individual de diversos outros direitos fundamentais, inclusive a liberdade e a convivência familiar e comunitária?

A dissertação foi elaborada inicialmente a partir do levantamento bibliográfico existente sobre a temática, que subsidiou a análise dos fatos retratados nos registros de mídias impressas, televisivas e eletrônicas, de grande e média audiência, e documentos normativos e administrativos. Também foram analisados dados elaborados em atos públicos como seminários, congressos, simpósios e audiências públicas. Devemos

ressaltar que a bibliografia levantada pode ser menor do que a totalmente disponível nas universidades brasileiras e em editoras diversas.

O primeiro capítulo desse estudo desenvolver-se-á com a apresentação minuciosa de dois cenários, nos quais se destacam operações legislativas, judiciais e administrativas cuja legalidade está em dúvida, mas cuja prática encontra campo fértil nas próprias instituições da democracia brasileira e na voz pública predominante nas mídias de grande audiência. Trata-se de intenções anunciadas de subjugo de crianças, adolescentes e adultos jovens, grupos que são submetidos a duas ações sequenciais: i) impedimento de permanecer nas ruas e ii) recolhimento (prisional, socioeducativo, assistencial ou psiquiátrico) dos que resistem àquela ordem proibitiva. Ao final do capítulo, apresenta-se uma opção de análise a conduzir os próximos.

No segundo capítulo, evidenciam-se os referenciais teóricos da dissertação, com duas finalidades. Importa adiantar os campos de análise dos casos denunciados nesse estudo, sendo eles as fragmentações encontradas nas áreas *psis*³, na sociologia criminal, no direito e na assistência social. Também é honesto firmar os pontos teóricos de partida, as correntes literárias perante as quais nos colocamos para concretizar os intentos investigativos. Com efeito, é a literatura residente na Filosofia política de Michel Foucault (1996, 1999), Hannah Arendt (2006) e Giorgio Agamben (2002), e na Sociologia de Robert Castel (1981) e Ulrich Beck (2010) que encontraremos fôlego e direção para conduzir os trabalhos de análise. Alicerçam também autores de menor porte internacional, mas não de menos importância no Brasil, como Roberto Machado (1978), Ângela Oliveira (2006), Maria Liduína de Oliveira e Silva (2011) e José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (2002), referências nos estudos sobre as teorias do risco social alojadas nos encontros entre a medicina social, a saúde mental e a assistência social de crianças e adolescentes, no Brasil.

Ainda nessa parte do texto, abordaremos e aprofundaremos alguns dos conceitos pilares para a trajetória de análise. Com isso, pretendemos criar um fio condutor entre essa e a parte seguinte da dissertação, constituída no desenvolvimento da análise de

³ Segundo Maria Cristina Vicentin, as práticas *psis* significam aquelas componentes de um “conjunto de saberes e fazeres que se ocupam da temática da subjetividade, fortemente presentes no sistema socioeducativo na função de avaliação ou de assistência (psicólogos, psiquiatras e outros trabalhadores do social que se ocupam em discutir a dimensão ‘bio-psico-social’ do adolescente).” (Vicentin, 2006: 153)

cada Ato, timidamente iniciada nas primeira e segunda partes, em que se privilegia apenas descrever as situações.

No terceiro capítulo, desenvolvemos a análise da legalidade dos atos administrativos em foco, bem como a análise teórica sobre os conceitos, manejos e respostas estatais no bojo das políticas públicas em destaque. É o cenário que salta aos olhos e, logo, dá fôlego à hipótese: em nome da saúde mental de determinado grupo populacional e o correspondente dever do Estado em garantir tal direito, suas agências punitivas (polícias) e sociais (saúde e assistência social) são acionadas para justamente restringir outros diversos direitos civis, e não necessariamente para garantir a saúde e a convivência familiar.

O quarto capítulo, então, é reservado às considerações finais.

Recorrida, a metáfora dos atos teatrais auxilia-nos a compreender as situações. Os primeiro capítulo é composto por Cenas que constroem dois Atos distintos, mas confeccionados e manejados por mesmos responsáveis: a própria platéia, constituída, metaforicamente, pelo segmento paulista e carioca da sociedade brasileira, que, de modo difuso, tem nos seus discursos não apenas a capacidade de impedir que vidas se perpetuem, como também de mantê-las vivas pela perpetuação dos cárceres de várias espécies: hospitais psiquiátricos, abrigos e instituições penitenciárias e socioeducativas. É a vigência de um dos fundamentos da sociedade biopolítica a que Foucault faz referência: preferível, neste momento histórico, fazer viver e deixar morrer. Vidas matáveis, mas não matadas; vidas nuas de Giorgio Agamben.

Os diretores da peça? Como qualquer peça editada e reeditada, cada vez que entra em cartaz, pode ser conduzida por um diretor distinto. De modo semelhante, nas situações reais retratadas nesse trabalho, a direção é assumida por alguns chefes de governo que, ao longo do texto, receberão o devido destaque. Nem tanto, para não ofuscarem o brilho da peça, mas o suficiente para terem registradas suas assinaturas nos anais do Teatro, o Brasil.

I. Em perigo?

Quais são os direitos reservados à população em situação de rua? Essa pergunta, ainda que escrita de modo linear e sem meandros subjetivos, pode ser respondida de diversas maneiras, conforme o entendimento de quem a interpreta.

De prima, poder-se-ia responder que a essa população cabem todos os direitos garantidos a qualquer pessoa que esteja dentro do território nacional. Entretanto, a pergunta poderia encontrar outro percurso e, logo, ser respondida da seguinte maneira: como muitas pessoas que estão nas ruas consomem álcool e outras drogas, apresentam, eventualmente, alta taxa de dependência química, razão pela qual, além dos demais direitos, os indivíduos têm o prioritário direito ao tratamento, inclusive de exercício independente de sua vontade. Isto porque seu comportamento passa a oferecer risco aos transeuntes. E no caso de crianças e adolescentes, em certos horários e locais, têm elas restringido o exercício de seu direito de ir e vir, pelo perigo que correm constantemente.

É justamente aí que reside o debate que, por sua vez, inaugura outra frente de discursos: a internação psiquiátrica compulsória de crianças e adolescentes em situação de rua e usuária de substâncias psicoativas. Para esse público, ainda vale um terceiro percurso-resposta: tem o direito de ser tratado e abrigado, mesmo que compulsoriamente, para que outros direitos lhe sejam garantidos. Reside aí um aspecto da hipótese desse estudo: um eventual retrocesso político revelado por procedimentos administrativos que têm autorizado o Poder Público a acolher compulsoriamente crianças e adolescentes em situação de rua e de uso de substâncias psicoativas, justamente em razão do direito à vida e à saúde.

A abordagem do assunto será feita, a seguir, a partir dos recentes discursos que evidenciaram vontades de autoridades públicas de retirada de crianças e adolescentes das ruas centrais de grandes cidades brasileiras, em nome da garantia de seus direitos. Faz-se um recorte temporal – 2011 e 2012 -, não tanto pela proximidade com o momento em que nos encontramos, senão pela inteligência que assemelha os fatos ocorridos nesse período, ainda que em cidades e estados distintos.

Encontramos aí, portanto, um elemento comum entre os acontecimentos correntes no último ano, que dissocia as atuais ocorrências dos fatos surgidos ao longo de toda a história de ocupação urbana brasileira, sobretudo no século XX, na qual se alojou o comumente denominado “problema do menor abandonado”. O “menor abandonado” é expressão da questão social de longa data no Brasil. Quando não fora apenas alvo de reprimendas morais, fora objeto de intervenções estatais, mormente a partir do fim do século XIX, conforme aduz Edson Passetti:

Mudanças sucessivas nos métodos de internação para crianças e jovens, deslocando-se dos orfanatos e internatos privados para a tutela do Estado, e depois retornando a particulares, praticamente deixaram inalteradas as condições de reprodução do abandono e da infração. Foi o tempo das filantropias e políticas sociais que valorizou, preferencialmente, a internação sem encontrar as soluções efetivas. (Passetti, 2006: 348)

Por isso, iniciamos o capítulo emprestando um possível adjetivo refletor dos sentimentos historicamente percebidos e alimentados na e pela sociedade brasileira frente à expressão social apresentada: crianças e adolescentes “em perigo”.

Quem são e por que se encontram em perigo? Uma fonte contemporânea da qual pode emergir a resposta é o aspecto técnico-político de gestão dos riscos sociais: dentre outros documentos públicos, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) apregoa expressão semelhante à “em perigo”, na esfera da proteção especial, dividida em média e alta complexidade, pelas quais se beneficiam, respectivamente, pessoas em “vulnerabilidade social” e pessoas em “risco social”:

Constitui o público usuário da Política de Assistência Social, cidadãos e grupos que se encontram em situações de **vulnerabilidade e riscos**, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem

pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar **risco pessoal e social**. (NOB/SUAS, 2005: 34) (destaques nossos)

Dentre os perfis de possível público-alvo da política encontram-se, portanto, as pessoas em situação de rua. Por isso, ambos adjetivos “vulnerabilidade” e “risco” sociais são, aqui, aglutinados propositada e grosseiramente na forma da expressão “em perigo”.

Outra questão que contorna o estudo e revigora a secular questão social que se exprime pelo “menor abandonado” é a associação entre um hábito infanto-juvenil de recente descoberta – o uso nocivo de substâncias psicoativas –, as ruas e um mecanismo hospitalar de uso cada vez mais excepcional e de definição legal cuja interpretação está em construção – a internação psiquiátrica compulsória. Em outras palavras, cabe partirmos da referência temporal que impõe a questão do abandono infanto-juvenil como um fenômeno social de longo período na história oficial do Brasil. Já a situação de uso abusivo de substâncias psicoativas e a atual forma de tratamento compulsório são fatos recentes em nossa sociedade. Lidamos, assim, com situações localizadas em mesmo período histórico (atual), mas surgidas em distintas épocas.

Com isso, parte desta pesquisa propõe-se a analisar, no tempo e nos procedimentos, a intenção e o efeito de algumas práticas de gestão do espaço público urbano, relacionadas às crianças e adolescentes em situação de rua. Práticas selecionadas, quais sejam: acolhimento compulsório desses jovens nas ruas da cidade do Rio de Janeiro (2011) e recolhimento e/ou expulsão dos mesmos das ruas do centro da cidade de São Paulo (2011 – 2012). Práticas decorrentes e constituintes de discursos que apelam para uma harmônica ocupação do urbano. Vejamos.

O estágio atual de urbanização das grandes cidades brasileiras tem produzido a intensificação das migrações entre as regiões de uma cidade, a exemplo de São Paulo. As migrações ocorrem quanto mais centrífugo é o crescimento da urbe, dinâmica que

constitui o denominado “capitalismo periférico”, que, segundo Erminia Maricato, provoca o aumento da violência e a “queda geral dos índices” de desenvolvimento humano. Isso, possivelmente causado por um precário e arrefecido planejamento urbano inclusivo e participativo; pela diferenciação negativa feita pelos gestores em relação aos habitantes, no que tange à distribuição, com acesso, permanência e qualidade, de bens e serviços públicos; à especulação imobiliária como um dos fortes mecanismos de fortalecimento do capital transnacional, financeiro e informacional, entre outros fatores levantados por Maricato durante entrevista no periódico *Caros Amigos*⁴. Sobre essas questões, mormente os interesses imobiliários, apresenta-se mais adiante breve reflexão baseada em informações sobre o planejamento urbano do centro da capital paulista fruto de disputas em andamento.

Essa movimentação demográfica eleva as taxas de crescimento da população em situação de rua, especialmente em grandes centros urbanos.

A seguir, apresentamos Atos ocorridos entre os anos 2011 e 2012, nessas duas capitais. Esse cenário provoca a análise a ser feita mais adiante, e possibilitará a organização de um percurso-resposta para a questão deste capítulo: a decisão terminativa dos governantes de impor às crianças e adolescentes em situação de rua e uso de substâncias psicoativas seu recolhimento com base em um posicionamento de defesa de seu direito à vida e à saúde. No início da operação carioca e dos anúncios paulistanos – isto é, no meio de 2011 -, os gestores argumentavam em favor da internação psiquiátrica compulsória de crianças e adolescentes, como se as necessidades desses jovens em situação de rua pudessem ser contempladas, como regra, a partir da contenção hospitalar. Ou como se o uso de drogas fosse a causa para a estada nas ruas. Mais que isso, a elaboração de “laudo médico circunstanciado” (art. 6º, lei 10.216/01), que constitui o principal procedimento ordinário a ser executado previamente a qualquer internação, era, inevitavelmente, suprimido, dada a celeridade da operação nas ruas.

Meses depois, as práticas perpetradas no Rio de Janeiro e as iniciadas na capital paulista resumiram-se à retirada das pessoas das ruas e, em muitos casos, no encaminhamento para instituições terapêuticas, socioassistenciais e à delegacia de

⁴ Disponível em: <http://carosamigos.terra.com.br/index2/index.php/artigos-e-debates/1348-entrevista-erminia-maricato>, acesso em 20/02/2012.

polícia. Em outras palavras, alterou-se a regra com o jogo em andamento: significativa parcela da população em situação de rua não saiu desses espaços para que se encaminhassem somente para o tratamento motivado pelo uso de álcool e outras drogas, mas também para as prisões. É o que veremos quando da apresentação dos dados paulistas veiculados na ação civil pública proposta pelo Ministério Público estadual.

O recorte geográfico se deve a dois motivos: são as cidades mais populosas do país e territórios cujos gestores – com evidente destaque em mídia de alcance nacional – realizaram e continuam realizando ações de retirada em massa da população em situação de rua, particularmente em suas regiões centrais.

Durante os relatos, a internação psiquiátrica compulsória pode tomar um segundo plano no cenário, mas, até o momento, não deixa de se manter no palco como um artefato do qual se pode lançar mão a qualquer momento e a qualquer custo. Em paralelo, pratica-se o “acolhimento compulsório”, modalidade não prevista em lei federal, mas surgida como manejo que tornasse a medida carioca politicamente menos desfavorável ao gestor.

Ato 0: Rio de Janeiro

A partir de 30 de maio de 2011, anunciada pela Secretaria Municipal de Assistência Social da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, a Resolução SMAS n. 20/2011 entrou em vigência com a finalidade, entre outras, de propor o “abrigo compulsório”⁵ de crianças e adolescentes em situação de rua. Segundo o documento, durante o dia, devem ser recolhidos os jovens que sejam encontrados sob influência de entorpecentes. À noite, quaisquer crianças e adolescentes podem ser recolhidos da rua pelos agentes públicos. É o que afirma a norma municipal em seu artigo 5º:

⁵ Embora a Lei federal n. 12.010/09 tenha alterado a nomenclatura *abrigo* para *acolhimento institucional*, mantivemos aqui – e em outros trechos pertinentes – por fazermos referência direta à expressão oficialmente utilizada, tal como a presente na Resolução SMAS n. 20/2011, da cidade do Rio de Janeiro.

Art. 5º - São considerados procedimentos do Serviço Especializado em Abordagem Social, devendo ser realizados pelas equipes dos CREAS/Equipe Técnica/Equipe de Educadores:

XV – acompanhar todos os adolescentes abordados à Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente - DPCA, para verificação de existência de mandado de busca e apreensão e após acompanhá-los à Central de Recepção para acolhimento emergencial;

§3º A criança e o adolescente que esteja nitidamente sob a influência do uso de drogas afetando o seu desenvolvimento integral, será avaliado por uma equipe multidisciplinar e, diagnosticada a necessidade de tratamento para recuperação, o mesmo deverá ser mantido **abrigado** em serviço especializado de forma **compulsória**. A unidade de acolhimento deverá comunicar ao Conselho Tutelar e à Vara da Infância, Juventude e Idoso, todos os casos de crianças e adolescentes acolhidos.

§4º Não obstante o previsto nos §§ 2º e 3º deste artigo, a criança e o adolescente acolhidos no período noturno, independente de estarem ou não sob a influência do uso de drogas, também deverão ser mantidos **abrigados/acolhidos** de forma **compulsória**, com o objetivo de garantir sua integridade física. (destaques nossos)

A proposta recebeu críticas e elogios por parcelas distintas da população brasileira, dentre as quais, setores de categorias profissionais envolvidas com o tema, bem como entidades de defesa de direitos humanos, conforme vemos adiante.

Conhecido como “ex-xerife do Choque de Ordem”⁶, o ex-subsecretário da Secretaria Especial da Ordem Pública (2009-2010) e atual Secretário Municipal da Assistência Social, Rodrigo Bethlem (PMDB) fora convidado para expor o projeto em diversos espaços de discussão.

⁶ Brasil de Fato, 05/09/2011. Disponível em: <http://brasildefato.com.br/content/crack-m%C3%A1s-solu%C3%A7%C3%B5es-para-ter%C3%ADveis-problemas>, acesso em 15/02/2012.

Aos 12 de julho de 2011, a Câmara dos Deputados recebeu-o para subsidiar o debate em torno do tema. Em 31 de agosto de 2011, a Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo recepcionou-o para expor o conteúdo da Resolução e resultados parciais, em audiência pública promovida pela Frente Parlamentar de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, na qual o convidado explicou:

Em 2009, o Ministério Público e a Vara da Infância obrigou a prefeitura a acolher e tirar das ruas crianças em situação de abandono. Após análise de agentes de saúde, nos locais de maior incidência do uso de drogas, nós passamos a abrigar compulsoriamente crianças e adolescentes, desde maio desse ano.⁷

Duvidosas, a pertinência e legalidade da aplicação da Resolução SMAS n. 20/2011 – seja na forma de “internação compulsória”, seja na de “acolhimento compulsório” – vêm a ser um dos pontos de futura análise, sob os atuais paradigmas da assistência social e da saúde. Ladeia essa análise a que realizaremos, em capítulo a parte, sobre a atuação da polícia (com apoio de assistentes sociais) no cerco aos jovens encontrados pelas ruas do centro carioca – trata-se de um momento prévio à institucionalização autorizada pelas políticas sociais. Analisaremos, adiante, essas questões. Antes, entretanto, cabe-nos pontuar os discursos oficiais que ora misturavam, ora distinguíam as expressões “internação compulsória” e “acolhimento compulsório”.

Um Rio entre o Acolhimento Compulsório e a Internação Compulsória

Cabe detalharmos um aspecto dos discursos produzidos ao longo desses meses em que a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, de um lado, implementava a norma contida na Resolução SMAS n. 20/11, e, de outro, explicava à sociedade brasileira os problemas decorrentes da presença de crianças e adolescentes nas ruas.

⁷ Disponível em: <http://legislativosp.wordpress.com/2011/09/01/meninos-do-crack/>, acesso em 20/01/2012.

A norma prevê que crianças e adolescentes encontradas nas ruas da cidade sob “nítida influência do uso de drogas” devem ser “mantidas abrigadas” de “forma compulsória”. A justificativa é a existência de diagnóstico que demonstrasse “necessidade de tratamento para recuperação”. Nessa medida, a pretensão de se realizar a reabilitação psicossocial desses jovens concretiza-se por meio da internação compulsória, mecanismo confirmado posteriormente pela própria Prefeitura Municipal:

A decisão inédita da Prefeitura do Rio de **internar compulsoriamente** crianças e adolescentes dependentes químicos será tema de audiência pública, nesta terça-feira, dia 12, na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ) da Câmara dos Deputados, às 14h30, no Plenário 1, em Brasília. (destaque nosso)⁸

Na mesma notícia do trecho acima, entretanto, pronuncia-se a prática de acolhimento institucional (vulgarmente denominado abrigo):

Atualmente, a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) tem 81 crianças e adolescentes **abrigados compulsoriamente** por conta do vício em drogas psicoativas, principalmente o crack (destaque nosso).

Observa-se que as palavras “internação” e “abrigo”, quando cujas práticas são realizadas na modalidade compulsória, são simultaneamente utilizadas para os mesmos fins. É o que podemos novamente constatar na reportagem redigida por Debora Pivotto, em *Profissão Repórter*, da emissora Rede Globo de Televisão:

⁸ Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?article-id=1919827>, acesso em 15/02/2012)

Uma das grandes dificuldades de quem trabalha com dependentes químicos, especialmente os que estão nas ruas, é fazer com que os jovens usuários entendam a gravidade do consumo excessivo de drogas e aceitem fazer um tratamento. No Rio de Janeiro, essa dificuldade levou a prefeitura a conseguir na justiça uma autorização para **internar** menores compulsoriamente. (destaque nosso)⁹.

Em seu *blog*, o secretário municipal Rodrigo Bethlem, autor da Resolução em tela, anuncia o evento qualificando a prática local a partir das duas nomenclaturas. No documento intitulado “Abrigamento compulsório será apresentado em Brasília”, inicia o tópico frasal nomeando o mecanismo como internação compulsória¹⁰. Desse modo, podemos concluir que a expressão técnica “internação compulsória” – presente no art. 6º da Lei federal n. 10.216/01 – e a nomenclatura “abrigamento compulsório”, que, por sua vez, não encontra guarida normativa, foram, em notícias sobre o mesmo evento – exceto uma -, reiteradamente utilizadas para significar uma mesma prática em andamento a partir da norma municipal do Rio de Janeiro.

São Paulo – Ato I: executivo

Menos de um mês depois da expedição da resolução carioca, a Prefeitura Municipal de São Paulo apresentou discurso similar:

O prefeito paulistano chegou a admitir que a experiência do Rio de Janeiro com crianças e adolescentes poderia servir de exemplo para a cidade¹¹.

⁹ Disponível em: <http://g1.globo.com/profissao-reporter/noticia/2011/07/internacao-obrigatoria-de-menores-dependentes-de-droga-gera-polemica.html>, acesso em 15/02/2012.

¹⁰ Disponível em <http://rodrigobethlem.blogspot.com/2011/07/abrigamento-compulsorio-sera.html>, acesso em 15/02/2012.

¹¹ Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/temas/saude/2011/09/tres-meses-ainda-e-pouco-tempo-para-avaliar-o-abrigamento-compulsorio-no-rj-afirma-secretario>, acesso em 20/01/2012.

Ao se assemelhar ao cenário carioca, a prefeitura paulistana, de acordo com reportagens produzidas à época, afirmava a possibilidade de utilizar dispositivo congênere: tratamento compulsório diante da dependência química constatada em crianças e adolescentes encontrados nas ruas do centro da cidade. Embora ainda não vigorasse norma municipal específica com essa natureza, veículos de imprensa de grande audiência, ao longo de semanas, apresentavam discursos de autoridades públicas alinhados com a Resolução carioca. A defesa da iniciativa sustentava-se na tutela necessária à criança e ao adolescente.

Dentre os argumentos produzidos pelos procuradores jurídicos municipais e outras autoridades, vale destacar que, em síntese, crianças e adolescentes padeciam de dupla incapacidade para decidir sobre o melhor meio a lhe promover bem-estar: de um lado, sua própria idade era concebida como um indicador legal de incapacidade de autodeterminação; de outro, a situação de dependência química em que se encontrariam denotaria a impossibilidade permanente de discernir e decidir sobre as opções de vida e de segurança da saúde. Em ambas as situações, os defensores da restrição ancoraram-se nos artigos 3º e 4º do Código Civil Brasileiro. É o que apresenta o representante da Ordem dos Advogados do Brasil:

Cid Vieira de Souza, presidente da Comissão de Estudos Sobre Educação e Prevenção de Drogas e Afins da subseção da OAB de São Paulo, discorda. Para ele, a vida das crianças e adolescentes tem de ser preservada e, como usuários de crack, eles não teriam discernimento para decidir o que é bom ou ruim. Por isso a internação compulsória seria uma saída viável.¹²

Cerca de 15 dias antes, a Rede Brasil Atual informou que a Prefeitura Municipal declarou que eventuais pronunciamentos de seus gestores não representavam a real e imediata intenção da administração pública, que ainda não havia decidido decretar a

¹² Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/temas/saude/2011/09/tres-meses-ainda-e-pouco-tempo-para-avaliar-o-abrigamento-compulsorio-no-rj-afirma-secretario>, acesso em 20/01/2012.

norma semelhante à Resolução carioca mas ainda manteve a satisfação com o andamento do ato administrativo do Rio de Janeiro:

Apesar da polêmica em torno de recentes declarações do prefeito de São Paulo, Gilberto Kassab (ex-DEM, rumo ao PSD) e de outras autoridades favoráveis à internação compulsória de dependentes químicos, não existe um projeto definido para São Paulo. Há indicações de que a experiência carioca serviria como exemplo.¹³

A iniciativa administrativa de operar na região central da cidade manteve-se suspensa e em suspense, momento em que surgiam outras iniciativas, abaixo apresentadas.

São Paulo – Ato II: legislativo

Ao final do primeiro semestre de 2011, o poder legislativo paulista agia a partir de proposta semelhante à da cidade do Rio de Janeiro.

Encampado pelo deputado estadual Orlando Bolçone (PSB), o projeto de lei n. 673, proposto aos 29 de junho de 2011, assim dispõe: “Autoriza o Poder Público a manter sob sua tutela e internar para tratamento médico, as crianças e adolescentes apreendidos em situação de risco e fixa outras providências” (SÃO PAULO, 2011a). Composto por apenas 07 artigos, sua intenção localiza-se, basicamente, no primeiro:

Artigo 1º- Fica o Poder Público autorizado a manter sob sua tutela e a internar para tratamento médico as crianças e adolescentes em situação de risco, por uso de drogas.

¹³ Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/temas/saude/2011/08/projeto-de-kassab-sobre-internacao-compulsoria-em-sao-paulo-nao-tem-definicoes-claras/>, acesso em 20/01/2012.

Os demais artigos determinam – sem detalhes – o procedimento e o custeio:

Artigo 2º - O órgão responsável pela internação para tratamento médico deverá cientificar a família ou os responsáveis pela criança ou adolescente, bem como as autoridades judiciárias competentes e ao Ministério Público, indicando o local onde o menor está recebendo tratamento e as circunstâncias em que ocorreu sua apreensão.

Artigo 3º- O tratamento médico para reabilitação da criança e ou adolescente internado por estar em situação de risco por uso de drogas, será integralmente custeado pelo Poder Público.

Artigo 4º- Durante o período de internação, a criança ou adolescente poderá receber, ao menos uma vez por semana, visita de seus familiares ou de seus responsáveis.

Entretanto, mais do que nos artigos, na “Justificativa” da proposta, esmiuçava-se, razoavelmente, a motivação do projeto, do que vale destacar alguns trechos:

... para um projeto de lei dessa envergadura, que pode suscitar dúvidas legais, **há de se considerar, ainda, que o mesmo encontra total amparo na Lei nº8069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.**

Podemos observar, pela leitura do dispositivo retro mencionado, que a alínea “a”, do parágrafo único, afirma claramente: “a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstância”. Ora, receber “socorro em quaisquer circunstâncias” inclui, evidentemente, a intervenção indispensável do Poder Público num momento em que o jovem é encontrado se drogando, situação que coloca em risco sua vida.

É certo que se fazem necessárias medidas de proteção à criança e ao adolescente quando estes se drogam, uma vez que o ato de se drogar,

geralmente, é fruto da própria conduta do menor associado a uma freqüente falta ou omissão de muitos pais. (destaque nosso)

Da leitura dos excertos é possível compreender como foi interpretado o direito de proteção de crianças e adolescentes e seus mecanismos jurídicos previstos no ECA. Importante levantarmos algumas indagações a propósito da leitura do projeto de lei paulista:

- a) É possível concluir que todas as crianças e adolescentes que estejam nas ruas – em “situação de risco, por uso de drogas” – necessitam, urgente e prioritariamente, de atenção dos serviços de saúde mental, independentemente de seus recursos subjetivos e sociofamiliares?
- b) A situação a ser atacada pela norma do projeto autoriza afirmar que a única modalidade cabível deva ser o acompanhamento terapêutico pela via da internação psiquiátrica, a se dar na forma compulsória?
- c) O uso de substâncias psicoativas constitui, em si, uma violação de direito promovido pelo próprio usuário contra si mesmo?
- d) A medida protetiva pode ser imposta aos titulares desse direito, independentemente de sua opinião e participação no processo terapêutico?
- e) Antes da retirada dessas crianças e adolescentes das ruas, importa contatar eventuais familiares e autoridades socioassistenciais e sanitaristas?

Tais perguntas orientarão os passos desse estudo. Desde já, consignamos que os deputados estaduais promoveram outras intervenções para aprofundamento na temática. No mês de setembro de 2011, foram publicados resultados da pesquisa *A situação do crack e outras drogas nos municípios paulistas*, realizada pela Frente Parlamentar de Enfrentamento ao Crack da ALESP, no ano de 2010 (SÃO PAULO, 2011b). A pesquisa foi realizada a partir de 10 perguntas feitas a gestores de serviços de atenção à saúde e socioassistenciais dos 645 municípios paulistas. Apenas 325 cidades enviaram as respostas. Objetivou compreender, por meio de perguntas abertas e fechadas, a situação

local do consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Importante aspecto da pesquisa é o fato de que, entre as 10 perguntas componentes do questionário direcionado aos gestores locais, apenas uma inquiriu sobre a existência de vagas para atendimento. Entretanto, a pergunta não considerava todos os diversos serviços atualmente previstos nas diretrizes do Ministério da Saúde, pois indagava restritivamente: “existem leitos para atendimento aos dependentes químicos no sistema público?” A resposta positiva foi dada por 21% dos entrevistados, sobre o que conclui o pesquisador: “o problema da falta de leitos públicos destinados ao tratamento de dependentes químicos é ainda mais acentuado nos municípios com população de até 50 mil habitantes”.

Vale observar que a pergunta considera apenas o “leito” como mecanismo de atenção ao uso abusivo de substâncias psicoativas, não englobando equipamentos móveis e ambulatoriais. Ademais, a pesquisa aponta que:

- a) Dentre as substâncias psicoativas mais presentes nos municípios, destacam-se o álcool e o crack, em, respectivamente, 49% e 31% das cidades. O crack, todavia, iguala-se ao álcool nas cidades com população situada entre 50.001 e 100.000 habitantes, resultando em 38%.
- b) A reincidência no tratamento atinge 54% das cidades, chegando a 61% nas cidades de pequeno porte (até 50 mil habitantes);
- c) Quanto ao auxílio financeiro das esferas estadual e federal, é realizado, respectivamente, a 5% e 12% das cidades, concentrando-se nas de grande porte.

Ao final, a pesquisa sinaliza que os municípios que mais expressam ausência de programas de prevenção primária, secundária e terciária clamam por implantação de Centros de Apoio Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad), típico equipamento – consagrado na Lei da Reforma Psiquiátrica - substitutivo do leito psiquiátrico hospitalar, conforme preconiza a Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e

CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

(...)

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território.

(...)

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas

(...)

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 (...)

Definido o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad), verifica-se, na pesquisa acima apresentada, a adequação entre o premente pedido das sociedades de pequenas cidades paulistas e a finalidade desse equipamento de atenção à saúde mental. Esse cenário de demanda e oferta de serviços incrementará a análise sobre a utilização da internação compulsória como mecanismo de enfrentamento às questões sociais apresentadas.

São Paulo – Ato III: judiciário

Costumeiramente, na cidade de São Paulo, denomina-se “Cracolândia” o território situado nos bairros da Luz e Campos Elíseos, sobretudo no entorno da Praça Júlio Prestes. É assim nomeado por ser, há cerca de duas décadas, um histórico espaço de presença de centenas de pessoas consumindo crack. Em face dessa questão, a prefeitura paulistana criou o programa municipal Ação Integrada Centro Legal, cujo

objetivo é “proporcionar a Atenção Integral às pessoas que se encontram em situação de rua, na região Central da Cidade”¹⁴.

Há anos, a expressão “Cracolândia” está em pauta na imprensa, provocada seja por interesses imobiliários privados em sintonia com a Prefeitura Municipal¹⁵, por demandas urbanísticas¹⁶, por valorização turística¹⁷, seja por demandas de garantia de direitos da população que por ali permanece, por vezes em situação de rua¹⁸.

A partir de setembro de 2011, a mesma imprensa noticiou à população da cidade informações acerca de projeto de iniciativa da Coordenadoria de Infância e Juventude do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, que versaria sobre o atendimento jurídico de crianças e adolescentes encontrados na chamada “Cracolândia”:

O Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP) vai montar um posto na cracolândia, na região da Luz, no centro da capital, para definir a internação compulsória de crianças e adolescentes viciados em crack¹⁹.

No mês de outubro, noticiava-se que o Tribunal de Justiça declarava que a implementação seria realizada por meio da instalação de um tribunal nas imediações da “Cracolândia”, com a finalidade de determinar quais seriam as pessoas submetidas às determinações de proteção na rede de saúde:

O Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) montará uma tenda, até o fim deste mês, na região conhecida como Cracolândia, no centro antigo

¹⁴ Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudemental/AcaoIntegradaCentroLegal.PDF>, acesso em 15/02/2012.

¹⁵ Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/SaoPaulo/0,,MUL160089-5605,00-PREFEITURA+CALCULA+INVESTIMENTO+DE+R+MILHOES+NA+CRACOLANDIA.html>.

¹⁶ Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/se/noticias/?p=16480>.

¹⁷ Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/blog/blog-na-rede/metro-de-sp-e-prefeitura-de-kassab-fizeram-opcao-informacao-publica-para-poucos>

¹⁸ Disponível em: <http://mais.uol.com.br/view/1575mnadmj5c/para-kassab-cracolandia-e-problema-de-saude-publica-04020D1B3372C4B91326?types=A&->

¹⁹ Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,tj-vai-a-cracolandia-julgar-internacao-,780451,0.htm>.

da capital, para aproximar os juízes da realidade das crianças e adolescentes que vivem no local.

(...)

Em princípio, **as equipes de trabalho vão tentar convencer** as crianças e os adolescentes com dependência química a se tratarem nos postos de saúde disponibilizados pelo Poder Público.²⁰ (destaque nosso)

Embora anunciado na imprensa durante dois meses, somente aos 03 de dezembro de 2012, o projeto entrou em ação, por audiência-piloto realizada nessa data. Até então, nem mesmo os veículos oficiais de imprensa haviam noticiado algo. Até tal data, poucas informações circulavam sobre as intenções judiciais, declaradas por Antonio Carlos Malheiros, autoridade maior da Coordenadoria da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça paulista.

Ademais, sua metodologia incluía a atuação de assistentes sociais e médicos para autorizarem o cumprimento de internações psiquiátricas.

os juízes realizarão as audiências na rua, dentro do posto móvel, após abordagem de um assistente social da Prefeitura ou da Defensoria Pública.

(...)

O projeto prevê parceria com a Secretaria Municipal da Saúde: psiquiatras da rede pública serão destacados para realizar os laudos para possíveis internações.²¹

O projeto judiciário, todavia, apresentava-se com concepção distinta das sugeridas por gestores e técnicos de atendimento nas ruas:

²⁰Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011-10-07/tjsp-monta-tenda-na-cracolandia-para-aproximar-juizes-da-realidade-das-criancas-e-adolescentes>

²¹Idem.

O médico (Raul Gorayeb) coordenava os trabalhos do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Infantil da Sé. Ele afirma que seria irresponsabilidade internar sem critérios. "A gente tem responsabilidade. **A gente ficou três meses avaliando crianças e nenhuma delas tinha indicação de internação.** Eram pegos usando crack, fumando maconha, cheirando cola. Isso não é certo, mas não quer dizer que eu tenha o direito de trancá-la num hospital psiquiátrico."²² (destaque nosso)

Em novembro de 2011, a Coordenadoria da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça apresentou o projeto “Audiências na Cracolândia da Luz: ações integradas de promoção familiar, prevenção e tratamento à drogadição na infância e adolescência”. Nele, convidava-se à parceria o ministério público e a defensoria pública estaduais, a OAB, as secretarias municipais da saúde, assistência social e educação, organizações não governamentais e clínicas especializadas, bem como, para etapas seguintes, órgãos executivos das instâncias estadual e federal. Os objetivos eram:

- a) Permitir o adequado atendimento judicial da questão da drogadição / saúde mental de crianças e adolescentes;
- b) Garantir que a questão fosse tratada dentro da esfera judicial, valorizando-se o papel do Juiz enquanto garantidor da legalidade e da ordem constitucional;
- c) Dar solução a inúmeros processos que se encontram no aguardo da localização de crianças e adolescentes em situação de rua;
- d) Garantir à criança, ao adolescente e suas respectivas famílias acesso às políticas públicas, conforme preconiza a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei Orgânica de Assistência Social.

O público-alvo do projeto seriam “crianças e adolescentes, entre 6 e 18 anos, circunstanciais e/ou dependentes de substâncias psicoativas atendidos pelas Varas da Infância e da Juventude da capital que se encontrem na Cracolândia do bairro da Luz”

²² Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2010/04/psiquiatra-afirma-sofrer-pressao-para-internar-menores-da-cracolandia.html>, acesso em 20 de janeiro de 2012.

(SÃO PAULO, 2011c: 11). Em outras palavras, o projeto passava a se diferenciar das práticas cariocas, do projeto de lei paulista e dos anteriores anúncios executivos paulistanos na medida em que atenderia apenas as crianças e adolescentes que já figurariam em processos judiciais. A internação psiquiátrica compulsória não era mais apresentada como mecanismo principal, já que seria aplicada “quando necessário”. (SÃO PAULO, 2011c: 10)

Importante notarmos o contexto político-institucional em que ocorreria a implementação do projeto judiciário, que contaria com órgãos do poder executivo.

Pertencente à mesma instância federativa do Tribunal de Justiça, o governo do estado manifestou posturas dúbias sobre o assunto. De um lado, sinal da concepção reformista-psiquiátrica de atenção à saúde mental, em 2007, expediu-se a Resolução SS-294, de 29/08/2007 (SÃO PAULO, 2007b) que instituiu Grupo de Trabalho voltado à elaboração de propostas de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo, a partir da organização, acompanhamento, coordenação e elaboração de um diagnóstico situacional dessas pessoas, etapas aglutinadas no “Censo Psicossocial de Moradores de Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo” (SÃO PAULO, 2008b). Tal providência alinha-se com o atual paradigma de desospitalização do paciente psiquiátrico.

De outro, quanto à qualidade da atenção às demandas de internação psiquiátrica, não bastasse a precariedade dos serviços hospitalares municipais e estaduais da rede de atendimento, vêm ganhando espaço as chamadas Comunidades Terapêuticas (CT), já regulamentadas pelo governo do estado paulista. A título de ilustração, o Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas, ligado diretamente à Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania, lançou recentemente o *Manual de Orientação para Instalação e Funcionamento das Comunidades Terapêuticas no Estado de São Paulo* (SÃO PAULO, 2011d), no qual se autoriza o tratamento clínico realizado por equipe que prescindia de médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais cuja formação técnica compõe as diretrizes de atenção à saúde mental previstas nas normas do Sistema Único de Saúde. Assim, as Comunidades Terapêuticas violam a norma do § 3º, art. 4º da lei federal n. 10.216/01, que veda a internação em locais com características asilares, ou seja, “*aquelas desprovidas dos recursos*

mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enunciados no parágrafo único do art. 2º. Vale completar: dentre os “recursos mencionados”, encontra-se o modelo de quadro de recursos humanos apropriado, no qual deve haver todos os profissionais acima citados.

Portanto, embora tenha anunciado potenciais parcerias, a Coordenadoria da Infância e da Juventude do Tribunal de Justiça do estado de São Paulo iniciou o desenvolvimento de projeto em contexto político-institucional no qual não encontrava um discurso uníssono junto ao poder executivo.

No ano de 2012, o projeto do poder judiciário foi interrompido pelo surgimento de ato administrativo denominado Operação Integrada Centro Legal, de autoria da Prefeitura do Município, que, logo, voltava a protagonizar a contenda, a qual, por sua vez, destacava ainda mais o caso “Cracolândia”.

São Paulo – Ato IV: executivo, parte II (operação 2012)

Conforme anunciado ao final do Ato I, a prefeitura paulistana aguardou momento mais oportuno para, em aliança com o governo do estado, lançar mão de mecanismos mais ostensivos de repressão à população em situação de rua.

Iniciada em 03 de janeiro de 2012, a Operação Integrada Centro Legal, a ser executada por órgãos municipais e estaduais, teve, segundo a Polícia Militar, os seguintes objetivos: “resgate da cidadania, a elevação da dignidade humana por meio da reinserção social, a recuperação de áreas degradadas e o combate do tráfico de drogas”²³. Para tanto, segundo Luis Alberto Chaves de Oliveira, coordenador da Coordenadoria Estadual de Políticas sobre Drogas (COED) da Secretaria de Estado da Justiça e Defesa da Cidadania, a

falta da droga e a dificuldade de fixação vão fazer com que as pessoas busquem o tratamento. Como é que você consegue levar o usuário a se

²³Disponível em: <http://www.policiamilitar.sp.gov.br/hotsites/centrolegal/boletim.html>, acesso em 20/01/2012

tratar? Não é pela razão, é pelo sofrimento. Quem busca ajuda não suporta mais aquela situação. Dor e o sofrimento fazem a pessoa pedir ajuda.²⁴

No pronunciamento que se refere a esta Operação, por estarem eleitos o sofrimento e a dor como meios de esvaziamento da área e de busca ativa para serviços terapêuticos, movimentos sociais e universitários alcunharam-na de “Operação Sufoco”²⁵.

A execução da primeira etapa da Operação, denominada “Consolidação da área”, exigiu a convocação de militares estaduais e guardas civis metropolitanos, como únicos agentes a atuarem na relação com as pessoas em situação de rua. Segundo a Secretaria Municipal de Segurança Urbana, a fase foi planejada sem previsão de término, com o seguinte objetivo: “trata-se de operação policial com vistas prioritariamente a prender traficantes, usuários de drogas e procurados pela justiça com ação de presença” (SÃO PAULO, 2012a).

A segunda etapa prevista denomina-se “Ação Social”, a ser “realizada por órgão da Secretaria de Assistência Social e Saúde”. Isto é, apenas na segunda fase da Operação, planejada sem data de início, seriam convocados os funcionários da rede de saúde e socioassistencial. A terceira etapa, por sua vez, é nomeada de “Manutenção da área”, também sem data prévia de instalação. (SÃO PAULO, 2012a).

Cabe observar que, para seu início, a Polícia Militar afirmou em seu portal oficial que se trata de uma “operação programada, inteligente e planejada”, ressaltando que a elaboração das ações data de 2011. Entretanto, governador e prefeito declararam não ter conhecimento prévio sobre a execução da operação, pois as gestões das “duas esferas de governo programavam a operação para fevereiro, depois da abertura de um centro de atendimento com capacidade para 1.200 pessoas na Rua Prates, no Bom

²⁴ Disponível em: <http://exame.abril.com.br/economia/brasil/crime/noticias/sp-usa-dor-e-sofrimento-para-acabar-com-cracolandia>, acesso em 15/02/2012.

²⁵ Disponível em: <http://luzlivre.wordpress.com/about/>, acesso em 15/02/2012.

Retiro”²⁶. A decisão precipitada teria partido do Coordenador Estadual de Política sobre Drogas, que teria ordenado o início apenas ao comandante da região central da Polícia Militar, de modo que nem mesmo o Comando-Geral da corporação teria conhecimento. É o que confirma o prefeito municipal:

O prefeito Gilberto Kassab (PSD) preferiu contemporizar ontem a falta de comunicação entre a Polícia Militar, a Prefeitura e o governo do Estado antes de dar início à Operação Integrada Centro Legal. Ele admitiu, no entanto, que não sabia que a PM colocaria tropas na cracolândia na manhã de terça-feira. 'Não (me avisaram), mas nem precisaria avisar, né? A polícia não responde para nós (Prefeitura)', afirmou.²⁷

Uma vez aliada à Polícia Militar, a Guarda Civil Metropolitana (GCM) expediu os procedimentos que lhe conferiam o papel atuante na região, dentre os quais: “assegurar a proteção da criança e adolescente, garantir seus direitos, em casos de risco, ameaça ou violação, dos mesmos.” (SÃO PAULO, 2012a).

O resultado parcial de 23 de janeiro de 2012, em avaliação publicizada às cinco horas da tarde, no portal da Polícia Militar, apresenta que 154 pessoas foram presas e 148 pessoas foram flagradas cometendo algum crime ou ato infracional. Já a Guarda Civil prendeu 11 pessoas.

Dentre outros resultados publicizados no portal da corporação militar estadual, também podemos extrair que, dos 864 encaminhamentos feitos a órgão de Saúde, 113 resultaram em internações, sem detalhamento da modalidade (voluntária, involuntária ou compulsória). Logo, verifica-se que, depois de meses recuados do cenário de internações psiquiátricas da população em situação de rua e de suposta dependência

²⁶ Disponível em: <http://exame.abril.com.br/economia/brasil/cidades/noticias/alckmin-e-kassab-nao-sabiam-de-acao-da-cracolandia-diz-jornal>, acesso em 18.01.2012.

²⁷ Disponível em: <http://estadao.br.msn.com/ultimas-noticias/nem-precisariam-ter-me-avisado-diz-kassab-sobre-pm>, acesso em 20/01/2012.

química, os poderes executivos municipal e estadual voltaram à tona para prendê-los e impedi-los de permanecerem no espaço público.

Uma perspectiva de análise

Antigas práticas de controle institucional de crianças e adolescentes ainda perduram, sendo os sistemas de justiça juvenil, saúde e assistência social os mais expressivos e atuais meios de disciplinamento por meio do binômio proteção/responsabilização, conforme se posiciona Maria Liduina de Oliveira e Silva (Silva, 2011). A autora adjetiva como “controle sociopenal” essa nova articulação entre o sistema de justiça juvenil e o sistema socioeducativo atuais, isto é, a partir da vigência da Doutrina da Proteção Integral. Segundo Silva, a simbiose entre os sistemas, cuja fronteira é preenchida para dar resposta ao princípio da incompletude institucional pelos sistemas sociais em geral (educação, saúde, assistência social etc.), estabelece-se não exatamente sob o princípio do interesse superior de crianças e adolescentes em situação de rua ou adolescentes em conflito com a lei, mas pelo uso de ferramentas de disciplinamento disponíveis ao Estado e à sociedade civil. Essas ferramentas – expressivas no modelo de controle infracional, mas não restritas a ele, - são marcadas pelo equilíbrio entre proteção e sanção, estratégias componentes das históricas teorias do risco social e da saúde coletiva, conforme trazem Ayres (2002), Castel (1981, 1986, 2005), Beck (2010) e Donzelot (1980). Da leitura desses autores, depreende-se que se trata de teorias oriundas da epidemiologia, passageiras dos ramais da medicina social, e que encontram como terminais atuais as políticas públicas da assistência social, de atenção à saúde mental e sobre drogas.

Conforme veremos a seguir, esses sistemas, aliados ao sistema de segurança pública, disponibilizam mecanismos de contenção física e tortura dessa população, de acordo com o que se verifica nos atos paulistanos e cariocas. As estratégias de dissipação e recolhimento de pessoas em situação de rua parecem ter sido um fim em si mesmo, eis que priorizaram a saída das ruas, e não o eventual tratamento ou fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Por isso, consideramos que estes atos governamentais são, na acepção de Agamben (2002), operações do estado de exceção, no qual, em síntese, tratam-se e normatizam-se situações caóticas ainda não

regulamentadas. De fato, é nesse contexto constitucional - democrático em que vivemos que se torna apropriado lançar mão de Giorgio Agamben, que propõe sejamos atentos à existência de uma “íntima solidariedade entre democracia e totalitarismo”. Com isso, afirmamos, sem precocidade, que as operações de São Paulo e Rio de Janeiro foram de exceção, dentro da região fronteira entre democracia e totalitarismo. Como num processo de fagocitose, o sistema político interdita determinadas situações e comportamentos com vista a interiorizá-los anulando os excessos que os subtraem do controle do mesmo sistema.

Ademais, socorremos à Hannah Arendt (1989), em função da abordagem que realiza sobre o papel das polícias em estado de guerra ou de recomposição dos Estados e dos povos no pós-guerra mundial. A polícia que a autora retrata chegou a ter maior reconhecimento político do que os ministérios de controle das fronteiras e das relações diplomáticas de alguns países. Observaremos que as políticas fluminenses e, sobretudo, paulistas também chegaram ao patamar de ordenar a execução de ações de cunho social objeto desse estudo.

Nesse rumo, devemos reconhecer duas dimensões de produção de saber e de operações políticas em conflito: a) o avanço, em duas décadas, da legislação brasileira no sentido da garantia de direitos e, logo, de inibição e mitigação dos atos arbitrários estatais de restrição do exercício dos mesmos; b) a cotidiana operação de controle das liberdades emanada de agências estatais confiadas pela sociedade brasileira que, paradoxalmente, afirmou-as no ordenamento jurídico constitucional-democrático. Disso, podemos eleger uma hipótese tangente: as operações de exceção têm surgido justamente em razão de, no estado constitucional atual, não haver mecanismos políticos que autorizem a tortura e a contenção manicomial. Sendo assim, os atos normativos presentes no Rio de Janeiro e São Paulo abrem fendas nos sistemas sociais e jurídicos democráticos para que a população em situação de rua vivencie o medo, o pânico e a tortura. E, com isso, dispersem-se das ruas sitiadas pelo capital econômico, financeiro e imobiliário. É o que, mais adiante, entre tantas outras fontes, o conteúdo da ação civil pública paulista proposta contra as ações do governo do estado permite-nos extrair já que historiciza o crescimento da cidade de São Paulo e seu adensamento demográfico.

A tensão visualizada na relação entre as duas dimensões (‘a’ e ‘b’) acima escritas é o campo de férteis ações estatais a serem investigadas e criticamente

interpretadas. Novamente, chegamos à hipótese central: em nome da saúde mental de determinado grupo populacional e o correspondente dever do Estado em garantir tal direito, suas agências punitivas (polícias) e sociais (saúde e assistência social) são acionadas para justamente restringir outros diversos direitos civis - sem necessariamente garantir a saúde. Em decorrência disso, parecem estar em dinâmica de atualização as teorias do risco social, desta vez, focada nas relações de consumo de drogas.

No cenário escolhido nessa dissertação, dá-se o encontro dos fatores *drogas*, *ruas*, *liberdades* e *saúde*, sobre aquele qual importa fazer um breve adiantamento. O objetivo oficial das ações estatais enquadradas foi oferecer serviços de saúde e assistência social às pessoas que se encontravam em suposto uso abusivo de drogas nas ruas centrais das duas cidades. Entretanto, seu meio foi o recolhimento e a dissipação dessas pessoas, de modo que lhe fosse tolhido o direito de permanecer no espaço público. Entretanto, mais que isso, foi violado o direito à saúde e à assistência social, eis que muitos dos que foram encaminhados para os respectivos estabelecimentos, foram-no sem nenhuma avaliação médico-psiquiátrica; muitos dos que foram encaminhados para casas de acolhimento institucional e albergues não encontraram o espaço adequado de assistência; e a maioria restante, não alvejada pelos camburões cariocas nem pelas detenções paulistas, foi empurrada, ao longo de semanas (São Paulo) e meses (Rio de Janeiro), a se movimentar diuturnamente entre as ruas, sem a possibilidade de descanso ou, pior, de modo fugidivo para se livrar do cerco policial.

Diante disso, restam mais algumas perguntas como: estavam aquelas pessoas em uso abusivo de drogas? A ação estatal contemplou a verificação prévia dessa condição de dependência? São as drogas um fator que tanto mobilizou aquelas pessoas a se encontrar em situação de rua? Ou são as drogas um fator adicional, posterior ao estabelecimento nas ruas? Diante de diversas perguntas, algumas quais serão analisadas nesse estudo, resta-nos fazer um paralelo que provoca a decifrar o tom da pesquisa: as informações produzidas sobre homicídio são sistematizadas por bancos de dados de setores da saúde pública. Se esses dados contabilizam os fatos ocorridos tanto na região central da cidade – sobre mortes ocasionadas pelo uso e comércio de drogas – quanto nas regiões periféricas e favelizadas – onde mais mortes juvenis se produzem na cidade -, por que é o centro da cidade o território onde se executaram as ações de tamanha

magnitude, vindo, em tese, a salvar menos crianças e adolescentes do que as em risco nas demais áreas da cidade?

II. Novos riscos?

Apresentado o objeto a ser estudado, avançaremos para a análise propriamente dita, para a qual, no mesmo bojo, emergirão os referenciais teóricos utilizados para amparar os eixos interpretativos e os posicionamentos surgidos da leitura crítica sobre os casos expostos no Rio de Janeiro e em São Paulo.

Para tanto, organizaremos a análise da seguinte forma: história da assistência oferecida às crianças e adolescentes em situação de rua no século XX e história das instituições e políticas acionadas nas operações executadas no Rio de Janeiro e em São Paulo, recentemente. Assim, em termos metodológicos, temos como escopo compreender como as instituições públicas sempre trataram e tratam, atualmente, crianças e adolescentes em situação de rua, tendo em vista o surgimento recente do fator *drogas* e a correspondente preponderância dos setores de saúde mental, assistência social e segurança pública. Com isso, abordaremos a construção do discurso atual sobre o risco social a que estão expostas determinadas pessoas em situação de rua e uso nocivo de substâncias psicoativas. E, ademais, a resposta estatal dentro dessa realidade, na qual encontramos diversas operações questionáveis, muitas delas presentes nas próprias normas editadas, bem como nas (in)conseqüentes operações estatais de dissipação e recolhimento de crianças e adolescentes. A última parte dessa dissertação dá lugar à reflexão sobre a conjuntura atual na qual se estabelece a relação entre as políticas sociais e as criminais.

Estado, risco social e psiquiatria

O comportamento humano, ainda que seja imprevisível em sua prática e imensurável nos seus efeitos, atrai a atenção dos mais variados campos científicos, eis que todos são pautados pela condição de sermos humanos. O antropocentrismo calca a produção de conhecimento realizada sobretudo a partir do fim do período Escolástico, cujos aspectos racionalistas (ainda que imbuídos de parâmetros monásticos) começavam a dialogar com o Renascimento e a Idade Contemporânea/Industrial. E nesse sentido, a perspectiva de adivinhação e previsão do comportamento futuro fascina os estudiosos das relações e do desenvolvimento humanos. Nesse bojo, as atuais ciências biomédicas,

biológicas e humanas²⁸ dedicam parte significativa de seu repertório para historicizar, analisar e prever os comportamentos, de acordo, obviamente, com a visão de mundo subjacente às correntes teóricas. Com isso, trazemos à baila a noção de *risco* como um fator presente em muitos desses estudos, com a força de redimensioná-lo na medida em que se caracteriza na relação entre probabilidade de ocorrência de uma conduta e seu fato. Mais que isso, sua singularidade é valorativa: o risco serve, por vezes, ao cálculo da probabilidade de as pessoas gerarem danos a si mesmas ou a terceiros envolvidos. Importa, assim, associar a palavra *dano* ao risco justamente porque, no acervo do qual extrairemos elementos de análise, é utilizada no sentido negativo dos efeitos da ocorrência do fato provável. Em outras palavras, neste estudo, o risco confere ao analista a oportunidade de se verificar a chance de geração de danos nos eventos analisados ou nas condutas previamente calculadas.

Podemos dizer que os primórdios da noção de *risco* derivam do crescimento das urbes, a partir do século XVII ocidental, período que coincide com a reorientação de paradigmas históricos, como a passagem do teocentrismo ao antropocentrismo; do absolutismo monárquico ao contrato social *rousseauiano*; da religiosidade dos reis à secularização do Estado; do artesanato feudal à produção fabril; dos estamentos ao estrato social; e, fio deste novelo, da medicina individual à medicina social, conforme nos mostram os autores a seguir utilizados.

É a passagem da medicina individual para a medicina urbana – ou medicina social – que revela alguns porquês de um tipo determinado de relação entre Estado e populações atualmente ditas em vulnerabilidade e em risco social. Por isso, importa-nos destacar alguns elementos que marcaram esse circuito de operações estatais desde o século XVIII até os dias atuais, verificando o que pode, inclusive, haver de permanente – ou semelhante – entre os momentos históricos.

Segundo Machado e outros (1978), a medicina é área de conhecimento que nem sempre privilegiou a saúde como objeto de estudo, mas – e por mais tempo –, a doença. Foi o dano orgânico e psíquico que predominou como objeto dessa ciência nos séculos XVI a XVIII. Enquanto não eram disparadas as primeiras transformações sociais

²⁸ Nesse tipo de classificação, preferimos nomear como “biomédicas” as ciências da saúde, pois, já “saúde” é categoria mais ampliada, incluindo alguns saberes usualmente encontrados nas ciências humanas. Trata-se, aqui, apenas de um didatismo.

oriundas da urbanização das principais cidades latinoamericanas e européias, as práticas medicinais dedicavam-se à cura individual. Os estudos epidemiológicos e demográficos ainda não eram desenvolvidos a ponto de tornar a área médica primordial para pensar a política das populações, ao contrário do que ocorreu no início do processo de urbanização das cidades (séculos XVIII europeu e XIX brasileiro).

Ademais, no Brasil, ainda que o controle das populações não pautasse as práticas médicas até o século XIX, tais práticas sempre foram controladas pelo Estado²⁹. Com isso, observamos a relevância desta ciência para o Estado português em suas colônias, nas quais não se permitia instalar universidade ou congêneres, o que manteve em baixa a proliferação de profissionais e, logo, de autonomia política da colônia. Efeito disso: o controle pleno, pelas Câmaras Municipais, das relações cotidianas entre os poucos médicos autorizados e a população³⁰.

O tema das sujeiras nos logradouros públicos foi o despertador da atenção das Câmaras Municipais para a saúde coletiva. As regiões portuárias foram nomeadas como pauta de urgência para a atuação médico-política de controle da circulação de pessoas doentes. Resposta imediata a isso, os lazaretos foram os primeiros galpões de isolamento e passageiros dos navios suspeitos permaneceram em quarentena para não contaminar os habitantes da cidade. Verifica-se esse momento como o primeiro ilustrador da *medicina social* no Brasil: práticas de controle das populações frente aos vetores contagiosos. Inaugura-se o discurso preventivo do risco. E o *Hospital* vem a ser o primeiro estabelecimento – embora já existente no Brasil desde 1694 - a se tornar uma estratégia de defesa da saúde da sociedade. Tratava-se das Santas Casas de Misericórdia, mantidas pela igreja católica.

Encontramos, portanto, um dos primeiros pontos de contato entre a medicina social e a epidemiologia; essa, em boa medida, um ramo daquela. Ambas, porém, eram

²⁹ No início do século XVI, o processo de povoamento das terras brasileiras foi acompanhado da chegada dos primeiros físicos-mores e cirurgiães-mores, portugueses que coordenariam e fiscalizariam os trabalhos médicos, conforme ditava o Regimento português de 1521. Segundo Machado e outros, “a Fisicatura é um tribunal, o Físico-mor, um juiz” (Machado e outros, 1978: 26), do que se depreende, consoante prossegue o autor, que a medicina brasileira oficializou-se não pelo destaque das práticas de cura, mas de fiscalização da atuação dos curadores populares. O objetivo geral da Fisicatura não era a sociedade, mas a própria medicina e sua regulamentação.

³⁰As Câmaras disputaram com a futura classe profissional, notadamente no século XIX, cotidianos espaços de poder sobre a medicina e as vindouras reconfigurações de sua função social.

incipientes. A epidemiologia desenvolveu-se em trajetória que convergia – e se fortalecia – com a da noção de *risco*. Mais que isso, podemos dizer que é nesse campo de conhecimento que as teorias do risco mais encontram aconchego para se reproduzir. Isso porque o estudo sobre as epidemias, a partir da industrialização e a conseqüente ampliação e adensamento dos centros urbanos, passou a investir mais na prevenção e previsão de doenças do que no tratamento e na cura, o que também vem constituindo o paradigma da medicina social. E o combinado prevenção/previsão passou a ser mensurado, entre outros, por funções denominadas *fatores de risco*, os quais serviriam para apontar possíveis problemas a ocorrerem ou passíveis de serem evitados (Ayres, 2002).

Enquanto a classe médica gozava de pouco prestígio, a Câmara não necessariamente a colocava para a resolução dos problemas dos contágios em massa, como as febres e as pestes, pois estas “respondem a denúncias de sujeira e podridão, ou a sua eventual descoberta, através da fragmentada prática de punição e reparação, onde na maioria das vezes nem mesmo aparece a referência à doença” (Machado e outros, 1978: 54). Essa declaração, de algum modo, encontra paralelo com o que ocorre atualmente nas ruas dos grandes centros urbanos, como São Paulo e Rio de Janeiro: não parece ser a trajetória de desassistência estatal a causa a ser atacada com a intervenção, punitiva e supostamente curativa do Estado, mas existência incômoda de milhares de transeuntes, entre os quais adolescentes e crianças “se drogando” ou dormindo no passeio público, em meio à imundice das ruas.

Do ponto de vista da saúde mental, a *loucura* institucionalizada ocupou relevante espaço no cenário das políticas brasileiras no século XVIII, quando seu portador passou a ser convidado a permanecer nas primeiras vagas separadas dentro da Santa Casa da Bahia. Ainda neste século, com as guerras nacionais intensificadas e a conseqüente crescente clientela de soldados, o Estado assumiu maior responsabilidade sobre a gestão de estabelecimentos hospitalares. E, com isso, uma postura de maior controle dos potenciais clientes dos hospitais, sendo eles, ao mesmo tempo, um risco a ser imediatamente contornado e combatido e um habitante a ser cuidado. Segundo Machado e outros, é nesse momento da metade do século XVIII que se desenvolvem questões meio século depois nomeadas de **periculosidade**, sendo, desde já, o *vadio* o seu gérmen social. Trata-se da primeira representação social do perigo, pois justificava

as ações de intervenções sobre alguns segmentos populacionais que não se alinhavam às regras sociais e jurídicas, a exemplo dos faltosos ao alistamento militar³¹.

Podemos afirmar que as escolhas sobre populações a serem institucionalizadas são continuamente aperfeiçoadas ao longo dos séculos, sem perder seu objetivo: a delimitação da circulação e do contato social de determinados grupos com a sociedade como um todo, como modo de castigo ou prevenção ao dano. Trata-se de prática peculiarmente semelhante à ação da Polícia Militar na região central da cidade de São Paulo, como veremos mais adiante.

Ainda no século XIX, falava-se, sobretudo, das classes empobrecidas. Por indisciplinadas que fossem qualificadas, ao adentrarem o circuito escolar e militar, passavam a entrar em contato com o circuito preventivo da psiquiatria, conforme vemos a seguir. Segundo Donzelot, a psiquiatria entra em cena para reorganizar as populações, de acordo com a nosografia, em três espécies degeneradas a serem precocemente identificadas: a histérica (quadro oriundo da patologia da vontade); o débil (patologia da raça) e o perverso, formado pelo encontro dos dois primeiros, pois nele aparece a questão da vontade (alijada da moral) e da ausência de estrutura mental suficiente para a normalidade. O vetor resultante disso é justamente a *criança*, indivíduo subjugado nas ações do Rio de Janeiro e São Paulo. De acordo com o raciocínio, Donzelot afirma ser o pensamento da época: “todos os componentes da atitude vagabunda têm sua origem, em maior ou menor grau, na natureza infantil, sua sugestibilidade, sua emotividade, sua excessiva imaginação” (Donzelot, 1980: 120). Com isso, vamos nos aproximando do objeto dessa dissertação.

Embora a ordem Real fosse de forçada integração do vadio à cidade – por meio, em especial, da institucionalização escolar e militar -, as expressivas dificuldades de sua execução propiciaram uma resposta prática e distinta. Segundo Machado e outros (1978: 113), desenvolveu-se um “projeto de organização em população dos vadios dispersos. Projeto baseado em uma oposição entre o comportamento urbano e o comportamento selvagem”. As instâncias reais realizaram, não raras vezes, consultas a um conjunto de

³¹ Segundo Machado e outros, já que o período foi realmente marcado por muitos conflitos sociais, outra estratégia seria o aliciamento dos perambulantes para o alistamento militar. Com essa idéia, o Marquês de Lavradio convenceu a realeza da importância em se elaborar um mapa de identificação das pessoas e sua circulação pela cidade, categorizando-as em habitantes, escravos e livres.

médicos de sua confiança para colher sugestões de como aperfeiçoar as operações de mitigação da insalubridade no Rio de Janeiro. Isso nos convoca a analisar os fatos atuais, quando da nomeação do Comitê Estadual de Referência em Saúde Mental de São Paulo da Secretaria de Estado da Saúde, instituído pela Resolução SS – 77, de 28/07/2011, que se constitui de 16 especialistas, dentre os quais, 10 psiquiatras. Tem a finalidade de “assessorar a Secretaria de Estado da Saúde no aprimoramento das ações de prevenção, vigilância e controle de doenças relacionadas à Saúde Mental” (SÃO PAULO, 2011e). Importa, aí, destacar a função médica, que perpassa séculos promovendo ações que influenciam e, mais, constituem as ações de Estado.

A crescente e renovada atuação médica continuou, portanto, no âmbito administrativo, dividindo a atenção entre as ações cotidianas de contato com as pessoas por meio dos hospitais e em suas casas, e a produção de um “status científico” a partir do momento em que suas opiniões de gestão urbana ressoaram cada vez mais nas instâncias oficiais. E concluem Machado e outros: “um modo determinado de existência da medicina em relação à sociedade e ao Estado (...) o saber do poder institucionalmente centralizado” (Machado e outros, 1978: 148). É o que Foucault classifica como a primeira fase da medicina social, a “medicina de Estado” (Foucault, 1996: 80). Abstração que acompanhou a concretude do crescimento urbano, em parte, a presença da medicina no vácuo das instâncias administrativas consolidou a medicina social, hoje, evoluída ao nível de poder adjetivar um modelo de sociedade, o que não significa que não proceda também em nome da saúde da população. Em todo caso, o modelo de sociedade sugerido por alguns setores mais conservadores e aristocráticos da área da medicina estabelece:

a medicalização da sociedade (...) é o reconhecimento de que a partir do século XIX, a medicina em tudo intervém e começa a não mais ter fronteiras; é a compreensão de que o perigo urbano (...) exige a criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos (Machado e outros, 1978: 156)

Desde aí, um novo elemento nos chama atenção: a polícia, em cuja origem não era conceituada como é hoje. Em 1808, com a chegada da Corte Real no Brasil, a medicina passou por uma reformulação em suas premissas político-metodológicas. O novo modelo de integração entre ela e o Estado³² produziu a instância denominada “polícia médica”, conjunto de estratégias aplicáveis à saúde e ao bem-estar das populações, organização de estatísticas, garantia de cuidados e vigilância da circulação dos habitantes. É o fim da chamada “medicina de Estado” e início da “medicina urbana” (Foucault, 1996: 85).

A medicina social, logo, perfaz-se num sistema político de gestão das populações, sobretudo urbanas, ambiente próprio da produção de estratégias de organização social, da disputa pela ocupação das instâncias oficiais, da industrialização e, assim, do crescimento demográfico. Mas também – e, portanto - ambiente da produção do chamado perigo urbano. A psiquiatria moderna se constitui como um braço para o fortalecimento dos métodos da medicina de controle da sociedade. Inaugurada pelo psiquiatra francês Philippe Pinel (1745-1826), produziu uma nova relação entre a loucura e a sociedade baseada nos princípios iluministas do antropocentrismo e da moral, e não mais na metafísica e na teologia. Entretanto, como as “teorias dos primeiros alienistas funcionavam baseadas numa sintomatologia” (Donzelot, 1980: 118), foi Bénédict-Augustin Morel (1809-1873) quem deu início a uma nova concepção de doença mental e, logo, de psiquiatria, inovando com métodos que, para além da classificação dos sintomas, fazia classificar a etiologia das doenças, com o fim de elaborar um sistema de categorias patológicas³³.

³² Cabe o destaque que evidencia esse laço: em 1835, o Regente imperial convidou a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro – instituição que sobressaiu, nas décadas anteriores, em relação às demais constituídas nesse momento de emancipação política da carreira no país – a se elevar ao nível de Academia Imperial de Medicina, proposta que, aceita, concretizou as últimas etapas de estatização da medicina como área de saber e prática profissional.

³³ Na obra *Tratado das degenerescências psíquicas, intelectuais e morais da espécie humana e das causas que produzem as variações de doenças* (1857), Morel desenvolveu a “teoria da degenerescência”, segundo a qual há “influências mórbidas, de ordem física ou moral, que sempre respondem a certas características físicas gerais e a certas características específicas” (Caponi, 2012: 85). Morel definia como princípio geral do Tratado: “os seres degenerados formam grupos e famílias com elementos distintivos relacionados invariavelmente às causas que os transformaram nisso que são: um desvio mórbido do tipo normal de humanidade” (Morel citado por Caponi, 2012: 82)

Foi então que, segundo Caponi, “nas últimas décadas do século XIX e nas primeiras do século XX, começa a se consolidar uma verdadeira biopolítica das populações consideradas de risco (para si e para os outros)” (Caponi, 2012: 22)³⁴.

Importante essa introdução histórica porque nos permite atravessar a temática objeto dessa dissertação a partir de uma visão de mundo e uma perspectiva política que nos asseguram analisar criticamente os fatos ocorridos no Rio de Janeiro e em São Paulo. Isto porque parece constituir-se, atualmente, uma repetição – com algumas distinções, de modo geral, de natureza demográfica - daquele que foi o primeiro ciclo de patologização do comportamento imoral, anti-social ou simplesmente indesejado por determinado grupo de pessoas.

É o que se estabeleceu pela leitura da psiquiatria desenvolvida por Pinel e Morel. Entretanto - o que pode parecer paradoxal - Caponi afirma ter surgido, já no final do século XIX, a “medicina do não patológico”, isto é, um ramo predominante das ciências médico-psiquiátricas a postular como “defensora da ordem social, reclamando para si um poder ainda maior que o dos juristas e higienistas, pois demanda a gestão da anormalidade” (Caponi, 2012: 26). Principia-se pela detenção de um saber e seu redirecionamento para o campo dos comportamentos sociais. Não importaria, aí, a simples condição orgânica do sujeito em exame, senão as afetações de comportamento promovidas pelo organismo em interação com o meio. Mais que isso: em razão de as características causais dessas novas “doenças” se encontrarem em expressivas camadas da sociedade, a resposta era a atribuição de doença a populações, a patologização de grupos sociais. Temos, aí, um dos fundamentos da biopolítica, que, segundo Michel Foucault, é um “conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população etc.” (Foucault, 1999: 290). Nesse bojo, os espectros de medição dos comportamentos ampliaram-se sobre o Estado, bem como o lugar da medicina social e de seu principal ramo – a psiquiatria – no controle responsivo aos anseios oficiais.

³⁴ Se antes afirmamos o elo entre a medicina social e a epidemiologia, reside, aqui, outro elo: da psiquiatria com os sistemas de gestão dos riscos. Seguidores de Morel, Magnan, em 1887, e Emil Kraepelin, em 1908, talharam rotas de permanência e aceitação da teoria da degeneração, sendo alguns de seus elementos seguidos, no século XX, pela Associação Americana de Psiquiatria. (Caponi, 2012: 21)

Rua: o lugar arriscado da criança e do adolescente

O processo de urbanização é fator determinante na constituição das relações de sociabilidade entre as populações que se aproximavam cada vez mais dentro do mesmo território. Com esse processo, vêm as engrenagens de Estado a regular a ocupação do solo, das edificações, dos transportes e – por quê não? – dos papéis sociais de cada instituição e indivíduo: as relações humanas são reinventadas no meio urbano.

Os desagradados também são remodelados. Na medida em que o comportamento urbano se inventa, alguns de seus atos passam a ser novo alvo da regulação estatal. Nesse passo é que se dá o encontro entre as projeções – e realizações – da medicina social, do Estado-provedor e do republicanismo brasileiro, fonte de debates infindáveis acerca da gestão do espaço e dos bens públicos. Debates polarizados prevalentemente pelas disputas em cima da privatização do público e do privilégio reconhecido a alguns setores da população³⁵.

E foi nessa perspectiva que as classes sociais ocuparam seu lugar na sociedade brasileira e no espaço urbano. Todavia, o mesmo ocorre com as classes etárias, onde destacamos a população de crianças e adolescentes que compuseram, aos montes, notícias alarmantes em jornal³⁶ e, em menor mas significativa medida, a legislação social do século XX.

O Brasil Colônia (1532 – 1822) acomodou o desenvolvimento de uma população miscigenada não apenas na sua etnia, mas também no trato de crianças. Especialmente ao fim do período colonial, nota-se que muitas das crianças com até 07 anos de idade brincavam coletivamente nas dependências senhoriais, sendo reduzido o valor social e moral estabelecido nas diferenças entre classes sociais. A depender da região do país,

³⁵ Com isso, queremos lembrar que nosso sistema político contém peculiaridades afetas a essa associação (medicina social, Estado-provedor e republicanismo), haja vista, em ampla escala, a constituição das políticas públicas sociais a partir das bases eclesiais; a origem privadas dos serviços que hoje são públicos; o projeto de sociedade secularmente sustentado pelo hibridismo Estado-Igreja; o controle urbano da circulação das pessoas, promovendo-se segregações contínuas, em especial, dos descendentes de grupos antes escravizados; o reconhecimento de ter sido o Brasil o último país a decretar a abolição da escravatura; a quase ausente autoria popular de revoluções bem sucedidas, entre outros aspectos.

³⁶ Exemplo presente na citação feita por Marco Antonio Cabral dos Santos sobre notícia em periódico de 1895: ‘Quase todos esses menores, que se ocupavam em venda de jornais pelas ruas e em condução de malas de passageiros, fazem parte de verdadeiras associações de malfeitores, organizadas nas prisões em hedionda comunhão com adultos, e cujos planos são executados com extrema habilidade, apenas postos em liberdade’ (Santos, 2006: 219).

brancos e negros – dos variados matizes e classes -, enquanto crianças, conviviam entre si com relativa permissividade. Mas, isso não seria uma exceção ao regime escravocrata, senão uma regra de outro tipo de segregação e inferiorização, que se dava na relação entre os adultos e as crianças. Estas, objeto de permanente sedução e tutela daqueles, restavam no mundo apenas para que, um dia, fossem adultos/as, desconsiderada sua condição específica de desenvolvimento que hoje se nomeia como “condição peculiar de pessoa em desenvolvimento” (Estatuto da Criança e do Adolescente). Assim eram tratadas as crianças e – em nomenclatura mais recente – os adolescentes.

Mas, algo mais determinante diferenciava tais crianças, novamente com a clivagem na estratificação social, e não em sua condição etária: mais um dos efeitos da urbanização, o crescimento do número de pessoas que faziam das ruas seu ambiente de lazer e/ou renda – especialmente no modo ilícito – produzia um olhar crítico dos agentes públicos que passavam a distingui-las das demais pessoas, justamente as oriundas de classes menos empobrecidas. Em outras palavras, o adensamento populacional em pequenos territórios urbanos ensejou a elaboração de mapeamento e identificação das classes populares a partir de sua maior presença nas ruas; daí, passo a frente, a produção de ações de Estado voltadas à proteção dos desvalidos, incapacitados e abandonados, e à segregação dos delinquentes e indisciplinados – costumeiramente, chamados de vadios e vagabundos. Então, entendemos que, bem como as atuais práticas salvacionistas empreendidas pelos governos paulista e carioca frente à situação de risco na qual incorrem crianças e adolescentes pelas ruas, as primeiras ações de proteção dispensadas pelo Estado, em substituição parcial às práticas filantrópicas das Santas Casas de Misericórdia, tinham como finalidade o disciplinamento e a correção de condutas imorais ou propriamente indesejadas socialmente. É o que criticamente apresenta Edson Passetti:

Desta forma, a integração dos indivíduos na sociedade, desde a infância, passou a ser tarefa do Estado por meio de políticas sociais especiais destinadas às crianças e adolescentes provenientes de famílias desestruturadas, com o intuito de reduzir a delinquência e a criminalidade (Passetti, 2006: 348)

Esse excerto sintetiza o que encontramos na primeira iniciativa paulista desse teor, a lei n. 844, de 10 de outubro de 1902, que instituía o Instituto Disciplinar – destinado a ‘incutir hábitos de trabalho e a educar, fornecendo instrução litteraria, profissional e industrial, de referencia agricola’ (art. 2º) – e a Colônia Correccional, que tinha a finalidade de aplicar ‘correccão, pelo trabalho, dos vadios e vagabundos, como taes condemnados. (Codigo Penal, artigos 374, 399 e 400. Lei n. 145, de 11 de Julho de 1893)’ (art. 5º).

Semelhante criação legislativa encontramos em nível federal, quando da expedição do Decreto n. 16.272, de 20 de dezembro de 1923, destinado a regulamentar a ‘assistencia e proteção aos menores abandonados e delinquentes’, determinando que as autoridades encaminhassem os mesmos às instituições de abrigo e correção disciplinar até que, no primeiro caso, os pais reclamassem sua guarda novamente. E, assim por diante, foi essa a regra presente nas demais leis, especialmente nos Códigos de Menores de 1927 (que dispunha sobre a proteção e assistência) e de 1979 (que, além da proteção e assistência, dispunha sobre a vigilância dos menores). Até que, com o Estatuto da Criança e do Adolescente, alterou-se o paradigma secular do *menorismo* – ou da *situação irregular* – para o de *proteção integral*, em atual e contínua construção nas bases normativas e na implementação de políticas publicas.

Esse período de 63 anos entre o primeiro Código de Menores e a promulgação do ECA foi um fundamental catalisador de distintas etapas de condução das práticas de proteção estatal de crianças e adolescentes. Especialmente nesse intervalo, inauguraram-se estilos de intervenções estatais sistematizadas e previstas em plataforma de políticas públicas sociais e infracionais / socioeducativas que, num primeiro momento, previam não tanto direitos, senão instrumentos legais de imposição de disciplina e correção aos abandonados e delinquentes; num segundo tempo, entretanto, esses mecanismos foram parcialmente substituídos e universalizados (especialmente os ligados às políticas sociais) sob um novo paradigma de proteção universal (proteção integral) e se passa a prever direitos comuns e especiais. Todavia, essa universalidade que tanto distingue a doutrina estabelecida no Estatuto da Criança e do Adolescente da anterior não garante

um tratamento necessariamente igualitário no que tange à garantia de direitos, conforme analisemos as operações de 2011 e 2012.

Em especial, o exercício dos direitos civis e políticos – direitos de liberdade – sempre foi relativizado entre classes sociais distintas de crianças e adolescentes. Entre outras categorias que também são diferenciadas na perspectiva da garantia de direitos individuais, para alguns meninos e meninas que se encontram sobrevivendo nas e das ruas – por inúmeras causas aqui não relevantes –, o exercício de alguns direitos de liberdade é condicionado a um disciplinamento veiculado pela segregação, violência física de agentes estatais e negligência.

Os grandes centros urbanos brasileiros alocaram situações de significativa repressão ao modo de vida de muitos jovens que sobreviveram nas ruas, situações que geraram práticas por vezes assistencialistas, por vezes, policialescas, e em outras, institucionalizantes. Essa tônica ainda prevaleceu e prevalece em algumas ações estatais insertas nas políticas sociais contemporâneas.

Políticas socioassistenciais e uma nova concepção de risco

Conseguimos compreender em que medida as ações cariocas e paulistanas analisadas nessa dissertação vão ao encontro das célebres políticas assistenciais secularmente destinadas a crianças e adolescentes objetos de tutela e de intervenção. Uma das qualidades históricas dessas práticas que, atemporalmente, perduram é a perspectiva do *risco* como fator a promover a divisão demográfica entre crianças e adolescentes destinatários das ações restritivas e outros jovens que não são enquadrados nesse perfil.

Particularmente no campo das políticas socioassistenciais, a perspectiva da garantia de direitos é recente - data de 1988, ano de promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF) que criou outro paradigma de assistência social. Todavia, a noção de *risco* atravessou as eras da assistência pré-Constituição, especialmente quando voltadas eminentemente aos empobrecidos.

A Assistência Social deixou o lugar incerto nas políticas de estado, para assumir, com a Carta Magna, a condição de política pública universal, integrada à Seguridade

Social, que também é composta pela Saúde e Previdência Social. Mais que isso – e justamente a partir daí -, é política consagrada pela perspectiva dupla da garantia imediata de direitos (direitos socioassistenciais) e da articulação de políticas sociais básicas diversas. Até esse momento, especialmente no que se refere às crianças e adolescentes, muitas águas rolaram por debaixo da ponte que liga os séculos anteriores da *tutela e repressão* ao fim do último século da *garantia de direitos*.

De acordo com a Lei Orgânica da Assistência Social (1993), a política de assistência social define-se como “Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (art. 1º da lei federal n. 8.742/93), reforçando o que traz a Carta Federal de 1988, de cujo texto ainda destacamos que a política será “prestada a quem dela necessitar” (art. 203, CF). Ainda nesse intróito, vale salientar que ela é garantida para a “proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice”, bem como, entre outros perfis populacionais, o “amparo às crianças e adolescentes carentes” (art. 203, I e II, CF). Com isso, imediatamente, verificamos que o critério prioritário de identificação de pessoas demandantes não é socioeconômico. Entretanto, prestemos atenção aos termos *proteção* e *amparo*, utilizados na norma para crianças e adolescentes em aparente distinta condição de vida. A palavra *proteção* parece ser empregada de modo mais ampliado à *infância* e *adolescência*, pois, ao contrario de *amparo*, não é garantida apenas aos jovens *carentes*. Já a palavra *amparo* restringe a garantia do direito à parcela dessa população que se encontra *carente*.

Conforme Aldaíza Sposati,

A noção de **amparo** indica um estancamento da condição de deterioração, e a noção de **proteção** indica por sua vez o impedimento de que ocorra a destruição. Diríamos que a proteção é mais **vigilante**, por isso mais preservacionista, proativa, desenvolvendo ações para que alguma destruição não venha a ocorrer, enquanto o amparo já ocorre a partir de um risco. (SPOSATI, 2009: 21)

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS)³⁷ desenvolveu tipos de *proteção*, em níveis de prevenção (básica e especial) e de complexidade (média e alta). Ainda segundo Sposati, a Política Nacional ainda deve aprofundar segurança de *sobrevivência* (rendimento, autonomia), *acolhida* e *convívio* (vivência familiar). A proteção social básica tem como objetivos

prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários” e destina-se à pessoas que vivem em situação de “vulnerabilidade social decorrentes da pobreza, privação” e/ou “fragilização dos vínculos afetivos (PNAS, 2004: 27).

A proteção social especial é um conjunto de serviços e diretrizes que assegurem direitos básicos a “famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas” etc. (PNAS, 2004: 30). A proteção especial pauta-se pela iminência de se configurar o cenário de *exclusão social*, expressão cunhada, no campo da assistência social, para definir “um processo que pode levar ao acirramento da desigualdade e da pobreza e, enquanto tal, apresenta-se heterogênea no tempo e no espaço” (PNAS, 2004: 30).

³⁷ Em 2004, fruto de decisão da assembléia final da IV Conferência Nacional de Assistência Social, o Conselho Nacional de Assistência Social homologou, por meio da Resolução n. 145, a instituição da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que passou a pautar a garantia desse direito a partir de princípios, diretrizes e objetivos voltados a qualquer perfil populacional – ao contrário do que antes se realizava por meio de práticas denominadas assistencialistas, seletivas por si mesmas – que, todavia, esteja em um percurso (momentâneo ou contínuo) de necessidades básicas geradas pela desarticulação das demais políticas sociais ou pela própria violação de direitos por parte do Estado. É, nesse caso, a garantia estatal diante da ação violadora do mesmo Estado. Em 2005, o Conselho Nacional de Assistência Social deliberou, na Resolução n. 130, pela criação da NOB/SUAS (Norma Operacional Básica / Sistema Único de Assistência Social), a ser, definitivamente, a perspectiva da assistência social como um acervo de direitos. Propõe-se a, junto com os demais sistemas de políticas públicas já previstos, consagrar a mudança de paradigma: do assistencialismo religioso e filantrópico à assistência social como direitos e dignidade universal. A IV Conferência Nacional de Assistência Social - instância civil prevista como um mecanismo de controle social, disposta na norma constitucional (art. 204, II, CF) – deliberou pela criação e normatização do Sistema Único de Assistência Social.

Com isso, podemos dizer que o modelo de proteção social assenta-se sob os princípios da universalidade, matricialidade sociofamiliar, descentralização compartilhada, territorialidade e intersetorialidade. Verificamos, então, que, distinto dos princípios da política de saúde, a matricialidade da família dá o tom da política de assistência, eis que se prioriza o foco no desenvolvimento humano sob a égide do núcleo referencial familiar. Em especial, pensa-se nos mais jovens, razão outra não há pela qual se estabelece no Estatuto da Criança e do Adolescente o direito à convivência familiar e comunitária como direito fundamental especial. Isso, porque é um momento da vida “em que ocorrem maiores fragilidades” (BRASIL, 2009: 25), dada a condição de desenvolvimento em que se encontra essa população. Assim, a consideração do direito à convivência familiar e comunitária confere aos fatos produzidos no Rio de Janeiro e em São Paulo uma incoerência em relação às premissas do Sistema Único de Assistência Social.

A autora continua apontando que cabe à política da assistência social aplacar as fissuras possivelmente causadoras de *isolamento*, bem como fortalecer as relações nas quais seus indivíduos e grupos sociais possam se desenvolver produzindo *resistência à subordinação* e *resistência à exclusão social*. São essas algumas metas assumidas pela atual plataforma constitucional da política de assistência social. E, novamente cabe dizer, parecem ser justamente metas não visadas nas operações cariocas e paulistas, nem mesmo pelo setor socioassistencial, que mais foi conivente com as ações policiais e de gestão.

Esses elementos componentes de possibilidades de vida autônoma e atuante estão, entretanto, sempre mais ou menos suscetíveis aos riscos sociais identificados sobre – e ao redor – da situação de vida de cada sujeito, conforme os paradigmas principiológicos da dignidade humana e da equidade. Isto é, os indicadores de risco não bastam em si senão por sua adequação a cada modo de vida. Esse é o aspecto protetivo da Assistência Social no qual se acoplam práticas preventivas (proteção) e reparadoras (defesa).

Sposati conta-nos ainda sobre as várias matrizes definidoras de *risco* – a maioria delas contempladas ao longo dessa dissertação -, vindo a adotar um modelo conceitual que o caracteriza como o produto de um anterior “convívio conflituoso de formas de

pensar diversas bem como das ofensas” e que podem levar à “apartação, ao isolamento, ao abandono, à exclusão” (SPOSATI, 2009: 29). É como se o risco fosse constituído de ruídos entre o modo de vida levado pelo sujeito e o das pessoas e instituições ao seu redor, sem desprezar a automática relação histórica e social que se preserva entre ambos (sujeito – sociedade). Esses ruídos podem causar as fissuras acima escritas, constituindo-se no risco de levar o sujeito à condição de *vulnerabilidade social*, expressão imbricada com a de risco.

Não à toa, como vimos no início desse estudo, *risco* e *vulnerabilidade social* ladeiam-se sob o manto dos conceitos e programas de proteção social, vindo a vulnerabilidade a caracterizar situações cujos efeitos danosos podem, por sua vez, ampliar o espectro de risco social ao qual o sujeito está submetido. Por isso, segundo Sposati, “o trabalho com as vulnerabilidades reduz os danos provocados por riscos, isto é, diminui o possível efeito de deterioração que poderá causar uma futura vivência de risco” (SPOSATI, 2009: 36).

O fator risco, como afirmamos acima, não se restringe ao sujeito em sua individualidade, mas, mais que isso, em sua singularidade³⁸, o que comporta dizer que se localiza não no sujeito, mas nas relações que estabelece com particulares e com o Estado. Sua negligência com relação à garantia dos demais direitos configura uma das principais causas de demanda de serviços e benefícios de assistência social. Logo, encontramos no núcleo familiar a primeira referência do sujeito e, em geral, o menor grupo social a demandar intervenções socioassistenciais. Com isso, cumpre dizer que o risco social é fator a evidenciar condições de vida não apenas do indivíduo, mas de sua família como um todo, fenômeno que nos exige retornar à leitura de *A Polícia das Famílias*, de Jacques Donzelot (1980).

O autor apresenta uma leitura crítica sobre o trabalho social desenvolvido com adultos, crianças e adolescentes, em especial, os componentes de mesmo núcleo familiar. Seu objeto são as tratativas históricas efetivadas – ou homologadas – pelo

³⁸ Emprestada do campo da Saúde, a expressão “singularidade” é mais ampla e, ao mesmo tempo, permite compreender o sujeito em sua complexidade, pois admite a distinção em relação aos outros sem os padronizar no que sejam semelhantes, ao contrário da “individualidade”, que diferencia e homogeneiza os sujeitos.

poder judiciário e pelos gestores dos institutos voltados à avaliação, monitoramento, orientação e disciplinamento das populações atualmente denominadas em *risco* ou *vulnerabilidade*, sobretudo de sua parcela mais jovem. Embora o objeto de pesquisa se localize dentro da realidade francesa, certamente, muito se aproveita de suas análises e conclusões para o Brasil e outros países ocidentais, cujos modelos tutelares e de justiça se assemelham.

Ferramenta de trabalho e instância de registro oficial, segundo Donzelot, o *inquérito social* vem a ser o principal instrumento e operador dos mecanismos para a designação das responsabilidades impostas às famílias, como também o ilustrador de uma trajetória familiar não mais estruturada e versada por seus integrantes, mas compartilhada com autoridades que reconstróem novas versões sobre o passado e anunciam o porvir. Em outras palavras, o inquérito social é a principal ferramenta técnica a ordenar o trabalho social. É um acervo de informações extraídas da vida da **criança em perigo até seu estágio de possível delinqüência**. É a ponte entre o aparelho judiciário e os serviços sociais de disciplinarização dos menores e de seu núcleo familiar. Nesse campo, encontra-se também a psiquiatria infantil, cujo profissional tomará um lugar antes do Juiz: o de determinar se o menor tinha discernimento sobre o comportamento objeto da discussão judicial. Agora, cabe ao juiz dividir esse espaço com o médico³⁹.

Assim, Donzelot recupera um tanto da história da passagem da medicina individual para a medicina social. Afirma que aquela relação médico-juiz apontada tende a ampliar terreno na medida em que as práticas psiquiátricas do fim do século XIX começam a deixar os asilos e se apropriar da organização das cidades, tomando a estratégia da prevenção/profilaxia como uma ferramenta de disciplinarização e medição do comportamento das populações. Nesse sentido é que o *fator risco social* aparece em todo o horizonte das práticas de gestão das populações, especialmente dentro do modelo de sociedade urbana que temos no Brasil, à semelhança dos grandes centros urbanos do

³⁹ Ao juiz, portanto, cabe selecionar os menores a serem objeto de discussão médica, situação “acrobática que irá tanto provocar querelas sobre a delimitação dos poderes respectivos do juiz e do médico, quanto dar lugar a uma colaboração convergente” (Donzelot, 1980, 114). Se a discussão principal do livro aparentava ser a relação entre tribunal de menores e institutos educativos, essa questão passa a ser apenas um aspecto – o ambiente, a geografia – a influenciar o campo de análise do autor, que se debruça, com maior investimento, sobre as relações de poder entre autoridades médicas, sociais e judiciais.

Ocidente. Para essa defesa, Donzelot cita a expressão “gestão dos riscos”, alcunhada por Robert Castel. Essa tomada geográfica (das ruas, casas e instituições estatais, pelos médicos) e teórica (novas nosografias) abre espaço de trabalho médico para além do estudo dos sintomas e dos efeitos do comportamento, mas, como vimos com Machado e outros (1978) e Foucault (1999), propiciam uma antecipação da aplicação de saberes ao tempo do cotidiano, do comum, do popular, sem mais restringir o saber psiquiátrico ao raro, ao extraordinário, aos grandes crimes, aos excêntricos adultos. E, com isso, desenvolvem-se as primeiras técnicas preventivas de aferição precoce de doença mental, sendo, logo, as crianças e adolescentes o principal objeto de estudo⁴⁰. Aqui, vale um pequeno apanhado sobre a história dos diagnósticos psiquiátricos oficiais, referência técnico-procedimental para a atuação das categorias profissionais *psis*.

O Manual de Diagnósticos Psiquiátricos (DSM) é a principal expressão da intensa atividade criadora de diagnósticos sobre o comportamento humano. Todos são de produção estadunidense. Correlato ao Código Internacional de Doenças (CID, na atual décima edição – CID 10), o DSM I foi publicado em 1952, ao tempo do CID – 6, resultante, por sua vez, de um aprimoramento dos demais CID’s, feito pelo exército estadunidense no pós-guerra. É nessa edição que se incluem os transtornos mentais, a perdurarem, numa crescente, até hoje. Anos depois, o DSM II inovou no aperfeiçoamento da metodologia de identificação dos quadros clínicos. O DSM III fora publicado em 1980, em acompanhamento ao CID – 9, e teve a função primordial de “oferecer uma nomenclatura médica para clínicos e pesquisadores”. Em 1987, a Associação Psiquiátrica Americana publicou o DSM III – R, fruto de revisão do anterior manual. Por fim, o DSM IV fora publicado em 1994. Atualmente, está no prelo o lançamento do DSM V. A quarta edição do manual tem autoria – ou co-autoria – da Associação Psiquiátrica Americana (APA), com patrocínio de alguns institutos voltados à dependência química de álcool e outras substâncias, tais como o Instituto Nacional de Saúde Mental, Instituto Nacional para Abuso de Drogas e Instituto Nacional para Abuso

⁴⁰ Ainda sobre o conceito de doença mental, no fim do século XIX, “a doença mental não é mais uma exceção espetacular que deva ser isolada e, eventualmente, tratada, mas um fenômeno sempre latente, necessitando de um diagnóstico precoce, uma intervenção profilática sobre o conjunto das causas que, no corpo social, favorecem os mecanismos de degenerescência, a saber: as condições miseráveis de vida, as intoxicações, como o alcoolismo, às quais as populações pobres são expostas. Bem antes da atual setorização, o psiquiatra aspira, portanto, a sair do asilo para tornar-se o operador de uma obra de regeneração social.” (Donzelot, 1980: 118).

de Álcool e Alcoolismo (Batista, 1995: XVII). Com isso, concluímos que o DSM tem forte influência dos saberes voltados à psiquiatrização do uso de substâncias psicoativas, produção internacional que reverbera nas práticas brasileiras de atenção à saúde mental.

Se antes, a psiquiatria começou a ocupar o espaço do crime a partir do *discernimento*, elege, agora, outro critério a diagnosticar o comportamento infanto-juvenil: a *educabilidade*, escolhida a partir do momento em que as escolas são o ambiente típico para se conhecer a origem dos “distúrbios da família”, raciocínio e ambição característicos dessa nova era profilática. A psiquiatria, então, aproxima-se das questões educacionais formais e informais.

Uma expressiva ação da psiquiatria nesse campo, nas duas primeiras décadas do século XX, é a adaptação de exames médico-psicológicos ao mundo infantil-delinquente, vindo os profissionais a defender que todos os jovens apreendidos devem passar por tal exame, até que, em 1925, na França, nasce a clínica de neuropsiquiatria infantil⁴¹.

Tendo em vista o aprimoramento tecnológico das neurociências, vivemos, na atualidade, um encontro entre estas e a psiquiatria tradicional. Particularmente, entre 1987 e 1996, houve um “momento de ‘viragem psi-bio’” (Rose citado por Caponi, 2012: 11). Importa essa perspectiva para que sirva como uma possível explicação sobre a apropriação da questão das substâncias psicoativas ilícitas pelo campo da psiquiatria infanto-juvenil. Sob essa leitura, as drogas ilícitas são analisadas num campo clínico e na perspectiva do dano que podem causar. E, com isso, a psiquiatria, desde a política de saúde mental, alia-se à assistência social por ser o âmbito de atenção das populações em situação de rua. Mais que isso: é a associação entre a população em situação de rua e as drogas que, primeiro, consolida a assertiva segundo a qual seu desdobramento não é nada mais que a situação de *risco*; segundo, conclama os saberes citados para compor uma análise explosiva, pela qual se conclui que tais pessoas – especialmente se crianças e adolescentes – não podem permanecer nas ruas, devendo ser retiradas para tratamento

⁴¹ Em torno de Heuyer, diretor da clínica, “se reúne toda uma escola de psiquiatras de crianças que vão aperfeiçoar, ao máximo, as classificações, inventar infinitas variedades de perversos, publicar estatísticas consternadoras sobre os índices de patologia mental nos jovens delinquentes”. (Donzelot, 1980, 123).

e acolhimento institucional, mesmo que contra sua vontade. É o que vimos acontecer no Rio de Janeiro e em São Paulo.

Procura-se, com isso, gerir os riscos vistos e previstos na dinâmica de vida desta população em situação de rua.

Castel (1986) trabalha as noções de risco sob diversos aspectos, mas as mantém em duas matrizes: o trabalho assalariado (e as mutações sofridas ao longo do século XX) e a autoridade do Estado na gestão dos sistemas sociais. Obviamente, essas matrizes se interseccionam, sendo o risco (e os mecanismos de sua gestão) um ponto de contato significativo nas obras do autor. Segundo ele, o século XX hospedou diversas transformações sociais pertinentes às relações de trabalho, gerando, entre elas, a dissolução das grandes formações coletivas de trabalhadores, que, por sua vez, contribuiu para a “dessocialização dos indivíduos” que tinham, na maior parte de seu tempo, as relações fabris como a principal conexão de sociabilidade desenvolvida fora do lar. Essa exclusão, pela fragmentação das relações, não os excluiu da sociedade. Entretanto, realocou-os para o campo do enfrentamento permanente, processo que lhes atribuiu uma forte imagem de novas *classes perigosas*. Diante disso, desenvolveram-se novos mecanismos de segurança dos “Outros” perante essas classes de trabalhadores fragmentadas, como a extravagante repressão ao crime e as tecnologias de controle geográfico e biológico. Em outras palavras, ocorreu uma “derrapagem do Estado Social para um Estado securitário que prega e põe em prática o retorno à lei e à ordem, como se o poder público se mobilizasse essencialmente em torno do exercício da autoridade” (Castel, 2005: 58). Com esse “enfraquecimento do Estado nacional-social”, produziu-se um estado instável de vida dessas classes, que Castel intitula como *vulnerabilidade*. Vemos, aí, princípios políticos que se articulam com os previstos na atual política de assistência social.

Ao talhar os conceitos de risco, o autor apresenta as “estratégias preventivas” como um mecanismo sócio-político de desagregação das representações sociais de *sujeito* e *coletivo*, bem como da existência concreta desses quadros. Em outras palavras, “implicam a dissolução da noção de sujeito ou de indivíduo concreto que é substituído por uma combinação construída de fatores, os fatores de risco” (Castel, 1986: 219). Fatores de risco, portanto, que justificam, por si só, a identificação de pessoas em

situação de rua, o mapeamento e sua marcação pelos cercos dos policiais e agentes sociais e, por derradeiro, seu deslocamento da rua, justamente o lugar em que se constitui atualmente.

Cumpra salientar que essa aliança, todavia, não se dá de modo expressamente planejado nos planejamentos das políticas públicas da Saúde (SUS) e Assistência Social (SUAS), eis que surgem como efeito de um manejo estatal frente às insurgências midiáticas e - fundamento (estas) das práticas tradicionais de higienismo social dos grandes centros - fundiárias urbanas. Trata-se, claro, de uma estratégia de *gestão dos riscos*, imponente sobre as populações que se encontram – por definição do próprio modelo de gestão – em situação de *vulnerabilidade e risco social*. A rua torna-se, assim, um lugar arriscado para crianças e adolescentes.

III. Saúde, Assistência Social e Polícia no Rio de Janeiro e em São Paulo – 2011 – 2012.

Esse capítulo destina-se à análise dos fatos ocorridos no Rio de Janeiro e em São Paulo, entre 2011 e 2012. Aqui, a análise se desenvolve a partir da recuperação de informações denunciadas e a articulação com a literatura socorrida para esse trabalho, de modo que estarão em jogo as questões legais e políticas encontradas na concatenação das práticas gestoras das cidades com o marco dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, notadamente as crianças e adolescentes.

A cidade, a saúde e a assistência Social: gizando os riscos.

“Por isso, cuidado, meu bem, há perigo na esquina...”⁴²

Embora seja uma preocupação secular, desde o ano de 2011, a imprensa de São Paulo e Rio de Janeiro veicula manifestações de diversos gestores que se ocupam, numa crescente tomada de causa, com a administração do espaço urbano do ponto de vista da ocupação desordenada e da mobilidade. Os riscos decorrentes das edificações

⁴² Verso que integra a música *Como nossos pais*, de autoria do artista brasileiro conhecido como Belchior.

abandonadas nos centros das capitais, dos adensamentos populacionais em suas periferias territoriais, com intensa favelização e da alta quantidade de pessoas vivendo pelas ruas são necessariamente objeto de diversos debates que circulam em áreas como saúde, educação, habitação, assistência social e segurança pública. Tais políticas, embora sejam fundamentadas em diretrizes federais nas quais imperam princípios constitucionais como dignidade humana e participação popular, não foram, em especial a partir de 2011, executadas sob essa ótica, conforme veremos mais a fundo. Diante disso, certificamos que as práticas de gestão desses riscos careceram da garantia de direitos humanos principalmente da população em situação de rua. Esse público, por sua vez, conforme a discursividade produzida na imprensa, não só está em risco porque consome drogas e está nas ruas, como, em função disso mesmo, oferece risco aos demais ao seu redor. Quem são os “demais” ao redor? Podemos classificar em comerciantes locais, moradores de casa e prédios vizinhos, transeuntes pedestres ou motorizados e turistas.

Associados ao dever de o gestor municipal implementar os Planos Diretores – decorrente da norma presente no Estatuto das Cidades (2001) -, o interesse das grandes corporações imobiliárias pela disputa milimétrica do território – e a correspondente capitalização escalonar do metro quadrado e da estética -, as expectativas financeiras internacionais sobre a execução dos chamados “megaeventos” internacionais – Copa das Confederações de Futebol de 2013 (Brasil), Copa do Mundo de Futebol de 2014 (Brasil) e Jogos Olímpicos de 2016 (Rio de Janeiro) – e o pensamento penal travestido de ações sociais manicomialis e discriminatórias, são fortes propulsores das ações de gestão dos riscos – expressão que, ao longo desse estudo, auxilia-nos a analisar os fatos anunciados desde o início.

Essa leitura crítica acerca dos modos de ocupação do solo combinada com a organização demográfica sobre os territórios paulistanos em disputa é trazida à baila na petição que inaugura a ação civil pública proposta pelo Ministério Público do Estado de São Paulo aos 12 de junho de 2012 (SÃO PAULO, 2012b), frente à operação paulista retratada no Ato IV: executivo, parte II (operação 2012) da dissertação. No documento inicial, os promotores percorrem a história secular de ocupação do bairro da Luz – centro das ações estatais – e destacam o momento atual, dividido em dois tempos: 2004

a 2009⁴³ e 2009 até hoje. No primeiro momento da década, iniciam-se os grandes investimentos na região por duas vias: incentivo fiscal aos comerciantes e empresários que quisessem se instalar na localidade (estes deveriam informar um plano de custo e o compromisso assegurado, em seguida, no *ranking* de empresas candidatas aprovadas para a execução das obras); e traçado de vias públicas e praças na região.

Em 05 de setembro de 2009, inaugurou-se a expressão “Nova Luz”, necessária “à execução de um plano de urbanização”. Segundo os peticionários, o Decreto Municipal n. 46.291, de 2005, submete uma área de 105 mil metros quadrados ao projeto de “desapropriações pagas, segundo seu artigo 2º, ‘por conta das dotações próprias consignadas no orçamento do exercício’, ou seja, a serem custeadas com recursos municipais”. (SÃO PAULO, 2012b: 13) Em outubro, a prefeitura abriu edital para cadastramento de empresas que se candidatavam a receber incentivos na medida em que se obrigavam a investir na área ao menos R\$ 50 mil reais. Em dezembro, a proposta se concretizou com a sanção da lei municipal n. 14.096, que autorizou dois tipos de incentivo: até 50% de desconto a impostos imobiliários e 80% a impostos sobre serviços. O Decreto Municipal n. 48.349, de 15 de maio de 2007 ampliou de 10 para 27 quadras a área destinada à desapropriação e reforma na região. Citando reportagem do jornal *Folha de S. Paulo*, de 19.05.2007, os promotores explicam o crescente interesse de corporações sobre a área em manejo: “um *pool* de empresas organizado pelo Sindicato das Empresas de Imóveis de São Paulo (SECOVI), comandado pela construtora e incorporadora Company S.A., quer fazer um projeto de Jaime Lerner”, arquiteto que fora governador do Paraná.

Todavia, em conflito não somente com os projetos individuais dos comerciantes da região, o projeto de Lerner atritava com o Plano Diretor já estabelecido, notadamente no que tange à delimitação territorial na forma de ZEIS (Zona Especial de Interesse Social). Em entrevista ao mesmo periódico, Cláudio Bernardes, vice-presidente da SECOVI, relatou:

Realizamos com Jaime Lerner um super projeto: a Nova Luz com 200 mil m²; após, vem a Prefeitura e coloca uma Zona Especial de Interesse Social

⁴³ Esse capítulo, presente na petição inicial, é nomeado como “A mais recente tentativa de *higienização* do bairro: O Projeto Nova Luz” (destaque do original).

bem no meio, com cerca de 80 mil m². Falamos para a Prefeitura: tem uma ZEIS aqui, não viabiliza, tem que tirar esse negócio daqui. Eles responderam: não pode, isso aqui foi negociado com os movimentos sociais. Nós falamos: tudo bem, mas nós estamos negociando um super projeto para a cidade, tira a ZEIS e põe isso aqui um pouco para lá. Eles responderam: mas para lá já tem outra, não dá para colocar mais uma. Eu falei: então tira isso daqui, não é possível, nós estamos pensando num modelo eficiente, que pode ser aplicado em outras cidades do país e por causa de uma ZEIS vai inviabilizar? (...) Não somos contra fazer um mix [mistura] com unidades populares, só que não pode concentrá-las, isso acabaria com o projeto. A Prefeitura quer fazer no projeto um **gueto de pobre**? Ninguém vai querer, acaba com o projeto do ponto de vista do desenvolvimento urbano. (SÃO PAULO, 2012b: 24) (destaque nosso)

Fizemos esse breve intróito para chamar atenção em relação à correlação de forças existente no cenário em que se deu o Ato de recolhimento e expulsão de crianças, adolescentes, jovens e adultos da região central da cidade. Com mais elementos do que os produzidos na situação carioca, preferimos detalhar, aqui, os trâmites da capital paulista sem negar a provável semelhança que há entre ambas as cidades, do ponto de vista da reorganização urbana em disputa pelas forças dos movimentos sociais e dos mercados comerciante, empresarial e turístico. Por isso, ressaltados os detalhes a ver com procedimentos administrativos, o mais deve ser considerado para compreender o que também se deu no Rio de Janeiro.

Agregadas as questões urbanísticas de São Paulo, importa ampliar o cenário a partir da estrutura de estado da saúde pública. Em paralelo e há mais tempo do que os fatos descritos acima, agentes sociais e sanitaristas - estratégia saúde da família, agentes comunitários de saúde, atendimento ambulatorial e especialidades (como o CAPS ad) – desempenham um trabalho fundamental voltado à população em situação de rua. Ação que, inclusive, deve considerar as peculiaridades derivadas das faixas etárias, dos territórios deixados e das relações de gênero e étnicas presentes. E foi nesse bojo que o planejamento de segurança pública atravessou a trajetória histórica e custosamente construída entre os trabalhadores sociais e os usuários (e potenciais usuários) dos serviços.

Desde 2009 já vinham ocorrendo ações fragmentadas semelhantes – mas em menor grau – à que aconteceu em janeiro e fevereiro de 2012. Muitas das vezes, os gestores e conselheiros setoriais dos sistemas sociais de assistência social e saúde foram informados antes das pequenas operações, sem, todavia, participar da elaboração das estratégias. Foi o que afirmou a então vice-prefeita e secretária de assistência social (SMADS), Alda Marco Antonio, aos promotores de justiça, ainda em fase de inquérito civil público (SÃO PAULO, 2012c)⁴⁴. Segundo ela, na ação de 2009, o delegado de polícia Galiano “transferiu dependentes químicos para o refeitório Pena Fortes Mendes, sem qualquer aviso prévio”. Por conta da espera demasiada para receber a refeição (pois a SMADS fora pega de surpresa), as pessoas deixaram o refeitório e “começaram a perambular pela região da Bela Vista, tentando voltar à região da Luz. (...) Dias depois, se fez nova operação nos mesmos moldes, igualmente sem aviso prévio à assistência social” (SÃO PAULO, 2012b: 362).

Já durante a execução, a operação de 2012, segundo a secretária, ensejou que a polícia obrigasse várias crianças e adolescentes a seguir para as “Tendas”, de onde muitas saíram diretamente para acolhimento institucional ou foram levadas até suas famílias. E conclui: “Após a operação, foram atendidas na tenda Mauá 49 crianças e adolescentes”. Entretanto, evidencia-se uma disparidade numérica. Segundo a polícia militar, foram encontradas nas ruas apenas 60 crianças e adolescentes – das quais mais de 80%, portanto, foram levadas às Tendas – do total de 400 pessoas. Já o Conselho Municipal de Política sobre Drogas de São Paulo (COMUDA) informou que havia cerca de 1600 pessoas em situação de rua naqueles dias. A despeito da desorganização, a secretária admite que seu projeto foi fundamental para os jovens, aderindo, em certa medida, à realização da operação: “a criação das tendas foi muito positiva para o público infanto-juvenil” (SÃO PAULO, 2012b: 362).

A abordagem nas ruas, em suma, não bastasse ter sido realizada basicamente pelas polícias, além das prisões e apreensões de drogas ilícitas, de fato, também as convocou a exercer conhecimentos atípicos à sua função: encaminharam, forçosamente, diversos/as abordados/as a serviços itinerantes, como as Tendas, e instalados, como

⁴⁴ Inquérito civil público n. 14.0279.0000003/2012-0, sediado na Promotoria de Habitação e Urbanismo, subscrito em conjunto com as Promotorias de Direitos Difusos e Coletivos da Infância e Juventude, Direitos Humanos - Saúde Pública e Direitos Humanos – Inclusão Social.

albergues e postos de saúde. Atipicidade revelada pela ausência de técnica que possibilite aos milicianos avaliar qual a real necessidade dos sujeitos que, em sua maioria, não apresentavam desejo de ser encaminhados. Um dos efeitos disso foi a falta de cobertura nos atendimentos provocados pelas ações policiais. O secretário municipal de saúde, Januário Montone, em declaração inclusa na ação civil pública, afirmou que não houve tempo de se promover nenhuma alteração significativa no número de leitos ou vagas, de modo que “a operação foi realizada sem a previsão de leitos para acolher os dependentes” (SÃO PAULO, 2012b: 44)

Entretanto, uma incógnita: segundo Rodrigo Cataneo, gerente do AMA Boracéia, referência na região central, o estabelecimento conta com 08 leitos de internação para observação, sendo 04 leitos para crianças e adolescentes. Ainda de acordo com ele, após a Operação, o fluxo aumentou até a capacidade máxima do ambulatório, não a exorbitando, o que mostra que a maioria das pessoas encontradas nas ruas pela PM não seguiu para esse órgão. O encaminhamento pós-AMA, que sempre incluía as comunidades terapêuticas, aumentou na quantidade, chegando a 06 por dia. Essa informação remonta o cenário. Nota-se que, por um lado, as polícias realizaram diversas abordagens, algumas das quais resultaram em encaminhamentos tecnicamente duvidosos e, conforme o equipamento destinatário, de atendimento incerto; por outro lado, significativa quantidade de abordagens apresentou-se como ação exemplar e espetacular, confirmando os relatos sobre o comportamento policial militar:

Quanto ao sagrado direito de ir, vir e ficar, as pessoas o perderam quanto ao vir e ao ficar; só podiam ir. Não lhes era possível permanecer nas vias públicas; tinham que circular, ainda que a esmo e sem destino, dando voltas nos quarteirões, em bizarros movimentos que a imprensa denominou de procissões. (SÃO PAULO, 2012b: 44) (destaque do original)

Quanto aos encaminhamentos feitos, conforme assegurou Cataneo, as comunidades terapêuticas eram admitidas no fluxo de atendimento e tratamento, de modo que absorveram grande parte do aumento repentino da demanda. Isso, embora elas sejam de natureza privada, conveniadas com a Prefeitura. Tais clínicas não têm

articulação alguma com a rede de saúde, conforme exigência da Portaria n. 3088/11, do Ministério da Saúde. Possivelmente em razão disso, da involuntariedade das pessoas e outras questões afins com a estratégia de abordagem policial nas ruas, poucos pacientes mantiveram-se em tratamento (43, no total de 129 internações), sendo que, durante as entrevistas realizadas pelos profissionais dos serviços (com 28 internos) viu-se que a maior parte não tinha envolvimento com a “Cracolândia”. Então, encontramos diferença entre as versões das autoridades policiais (que se transformaram em porta de entrada para os serviços de saúde) e dos usuários encaminhados aos postos.

As controvérsias sobre o fluxo de entrada nos serviços e a qualidade do atendimento também estavam presentes no Rio de Janeiro. Em debate organizado pela Ordem dos Advogados do Brasil do Rio de Janeiro (OAB/RJ), denominado “Recolhimento compulsório de crianças e adolescentes usuárias de drogas”, em 2011, o mesmo Secretário expôs algumas reflexões sobre a norma contida na Resolução e os efeitos de sua implementação na vida dos cidadãos da cidade. Dentre elas, destacamos sua afirmação de que, embora disposto como procedimento determinado no texto da Resolução (art. 5º, inciso XV), as crianças e adolescentes não eram conduzidas diretamente para o interior das delegacias: “criança e adolescente não entram na delegacia”. A afirmativa foi contestada pela presidente da comissão de direitos humanos da OAB/RJ, Margarida Pressburger, presente à mesa, segundo a qual, baseando-se em Nota Pública da Secretaria Nacional de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) – expedida em 26 de julho de 2011, “as crianças e adolescentes estão adentrando a delegacia, eles são levados para dentro da delegacia, e não é da delegacia de menores, não, é da delegacia do bairro”⁴⁵.

De acordo com a Nota Pública da Secretaria Nacional,

A SDH manifesta preocupação com o fato de que a abordagem às crianças e adolescentes é feita por educadores sociais acompanhados de policiais e que os adolescentes são imediatamente encaminhados para a delegacia, mesmo

⁴⁵ Disponível em: <http://www.youtube.com/user/COLETIVOPROJECTS?blend=2&ob=video-mustangbase>, acesso em 20/01/2012).

sem flagrante delito. Nesse sentido, a Secretaria de Direitos Humanos sugere a revisão do Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social.⁴⁶

Debatendo sobre a garantia do direito de ir e vir, que estaria restrito pelos §§ 3º e 4º do artigo 5º da Resolução, o secretário posicionou-se a partir do seguinte exemplo: segundo ele, sua filha, que tem 09 anos de idade, não tem pleno direito de locomoção, na medida em que obedece às ordens paternas. Argumenta, assim, que o direito à vida – a ser assegurado pelo Estado – sobrepõe-se ao direito de ir e vir, razão pela qual a criança e o adolescente devem ser impedidos de ficar nas ruas, uma vez relativizada a garantia do exercício de seu direito de locomoção. Para tanto, a gestão carioca utilizou o instituto da internação psiquiátrica compulsória para expulsar do centro da cidade a população infanto-juvenil em situação de rua e de abuso de substâncias psicoativas, parte da qual fora recolhida em casas-abrigo.

Em contestação ao ato administrativo, o Centro de Defesa da Criança e do Adolescente do Rio de Janeiro – CEDECA Rio de Janeiro – circulou manifesto que, além do posicionamento contrário à norma expedida, continha opinião que reunia de fundamentos legais infringidos a fatos ligados a resultados de ações judiciais que retratavam a postura da gestão municipal frente às demandas sociais e sanitaristas cariocas. Demandas que, de acordo com o documento, teriam conseqüências para o cenário atual da cidade, em que os protagonistas são centenas de pessoas em situação de rua, dentre elas, muitas crianças e adolescentes. Iniciava o manifesto:

O CEDECA Rio de Janeiro (...) vem a público REPUDIAR as ações da Secretaria Municipal de Assistência Social da Prefeitura do Rio de Janeiro em operações realizadas com a presença ostensiva da polícia no desenvolvimento de “RECOLHIMENTO E INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA” de população de rua e a de dependentes químicos, em

⁴⁶ Disponível em: http://www.sdh.gov.br/clientes/sedh/sedh/ministro/agenda/2011/copy_of_07/nota-publica-sobre-o-acolhimento-de-criancas-e-adolescentes-em-situacao-de-rua. Acesso em 15/02/2012.

especial crianças e adolescentes, nas chamadas “cracolândias”.⁴⁷ (destaques do original)

O manifesto do CEDECA informa que a prefeitura do Rio de Janeiro foi condenada em três ações civis públicas, o que era reconhecido pelo secretário carioca. O documento detalhou as decisões judiciais que exigiam a abertura de diversos serviços – das áreas da educação (especialmente infantil), assistência social e saúde - e a qualificação dos já existentes. Em seguida, o manifesto aponta para o planejamento orçamentário da cidade, em significativo desacordo com as demandas existentes de implementação e aprimoramento das políticas sociais. Ao final, após ainda fazer uma breve reflexão teórica sobre a utilização da internação compulsória como dispositivo de retirada das pessoas das ruas, avalia a qualidade dos abrigos municipais e encerra com amplo leque de propostas, dentre as quais destacamos a interrupção das operações de acolhimento compulsório, com a revogação da Resolução em pauta.

Documento oriundo de visitas fiscalizatórias às instituições utilizadas pela operação municipal, realizadas por conselhos de categoria profissional, também ecoou constatações sobre a segunda etapa da operação municipal: o acolhimento institucional das crianças e adolescentes abrigados compulsoriamente. Em ação conjunta⁴⁸, os conselhos do serviço social (CRESS), de enfermagem (COREN), psicologia (CRP) e nutrição (CRN) do estado do Rio de Janeiro consideraram se tratar de equipamentos híbridos, eis que, segundo eles, serviam, nesse propósito, como espaço de contenção, o que contraria a finalidade atual desse tipo de instituição. O Estatuto da Criança e do Adolescente explica, em seus artigos 19 e 90, que o acolhimento institucional é medida protetiva e provisória, razão pela qual se imbuí da qualidade de direito, e não de dever ou imposição à criança e ao adolescente. Por isso, o estabelecimento não pode ofertar a contenção, mas apenas o acolhimento.

Ademais, o ECA impõe, como únicos mecanismos de privação de liberdade, e apenas aos adolescentes, um rol taxativo de medidas socioeducativas. E para tal

⁴⁷ Disponível em: <http://www.cedecarj.org.br/noticias/124>, acesso em 20/01/2012.

⁴⁸ Disponível em: www.cressrj.org.br/download/arquivos/Abrigos.ppt, acesso em 20/02/2012.

finalidade não são as casas de acolhimento, mas as unidades socioeducativas, o destino adequado.

Após visitarem as Casas-Abrigo para Dependência Química (CADQ) Ser Criança, Bezerra de Menezes, Doutor Manoel Filomeno e a Casa Viva, as instituições acima apontaram diversas características em relação à legislação dos direitos de crianças e adolescentes:

- a) a porta de entrada caracteriza-se pelo “trabalho de abordagem e recolhimento compulsório realizado pela SMAS”;
- b) objetivam atender público que apresente dependência química, especialmente da substância conhecida como “crack”;
- c) seu público tinha permanência variada, a ponto de terem encontrado jovens com até um ano de estada no local que oferecia apenas atividades relacionadas a programa de desintoxicação. Essa constatação, embora não decorra da operação municipal em tela, compõe o entendimento sobre o funcionamento do abrigo utilizado para a mesma.
- d) nenhum dos estabelecimentos possuía plano político-pedagógico, plano terapêutico singularizado ou similar;
- e) as visitas familiares eram realizadas em dias fixos e previamente determinados pelas instituições, o que reforça o perfil histórico institucional de utilização do isolamento social e familiar como estratégia para o sucesso do plano de desintoxicação, ferramenta sobremaneira fortalecida pela constatada ausência de planejamento orçamentário que previsse a existência de subsídios financeiros para transporte de familiares, bem como pela não contemplação, nos planos diários de atendimento, da rede de serviços básicos (educação, assistência social, saúde);
- f) Os medicamentos prescritos – ampicilil e haldol –, embora apresentassem validade de apenas uma semana, estavam estocados em grande quantidade e “sem controle farmacêutico”;
- g) Havia crianças e adolescentes acolhidos sem que os abrigos possuíssem suas respectivas “guias judiciais”;
- h) “falta de condições que garantam a inviolabilidade do material técnico de trabalho dos profissionais”;

- i) Em alguns dos estabelecimentos, as condições arquitetônicas e físicas internas, de disposição dos insumos de higiene, alimentação e acomodação, estavam precárias.

O relatório é encerrado com a seguinte consideração:

Os Conselhos profissionais não questionam a necessidade de pensar e acolher a questão do tratamento da dependência química (em especial do flagelo do crack), mas entendem que tal trabalho, dada a sua complexidade de fatores, deve ser organizado de forma efetivamente intersetorial – sem hiper ou atrofias desta ou daquela política pública – e na perspectiva da garantia dos direitos humanos;

Verifica-se que a intenção da política de Assistência está desvirtuada de seus princípios, claramente expressos na PNAS, e produz uma sobreposição do tratamento à dependência química frente a esfera do acolhimento socioassistencial;

Não sendo esta uma prática da política de Assistência, e a ausência de apoio estrutural/intersetorial da Saúde (sic), o que está sendo oferecido acaba se configurando em uma prática tecnicamente frágil, descontextualizada e sem o balizamento da saúde; materializado pela falta de sistematização individualizada, rotinas e procedimentos.

O tratamento está fundamentalmente baseado na medicalização dos usuários fixando a desintoxicação. Cabe ressaltar que estas medicações requerem controle, cuidados especializados e acompanhamento adequado, devido ao comprometimento cognitivo, uma vez que esses, se inadequadamente administrados, podem ocasionar toxicidade, provocando sedação, distúrbios do movimento e efeitos colaterais anticolinérgicos como confusão mental, turvamento da visão, constipação, boca seca, tontura, perda do controle ou dificuldade de micção (Fleming e Goetten, 2005).

A gestão em curso da política da Assistência Social, bem como as entidades que a apóiam, acabam violando os direitos fundamentais de crianças e adolescentes ao negar políticas já existentes para esta população.

Conforme o documento conjunto do CRESS, COREN, CRP e CRN, os estabelecimentos de acolhimento institucional destinados especialmente para a custódia de crianças e adolescentes eventualmente em estado de dependência química não dispunham de estrutura e planejamento típicos da assistência social – para o acolhimento – e da saúde – para o plano terapêutico - adequados e de qualidade.

Temos, aí, um panorama para e de análise das situações retratadas no início desse estudo. Superada a descrição sobre as abordagens, notamos, ademais, que os conflitos gerados entre os serviços policiais e sociais remetem à tentativa de os condutores das ações fazerem prevalecer as estratégias de segurança pública. Efeito disso, as ações de rua foram de ostensiva militarização e as ações institucionais foram de baixa qualidade ou desvio de finalidade (caso das casas-abrigo servindo ao compulsório acolhimento).

Um dos nós encontrados em São Paulo demonstra isso: forte justificativa oficial para o incremento da operação foi a necessidade de se desmontar o tráfico local, já que este impedia a ação dos agentes sociais e de saúde. Era o que dizia, no Inquérito civil público (SÃO PAULO, 2012c), Luiz Alberto Chaves Oliveira, Coordenador das Políticas Públicas de Álcool e Drogas do Estado (COED), ligado à Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania do estado de São Paulo.

Em contraponto, Cataneo afirmou que, antes da operação, os agentes de rua nunca reclamaram da atuação dos comerciantes de drogas em meio ao trabalho social; ao contrário, reclamavam que a presença da polícia prejudicava o vínculo que eles procuravam manter com os dependentes. O mesmo foi declarado por Leonardo Tadeu, gerente da AMA Sé (SÃO PAULO, 2012c: 367)

Persistente nesse entendimento, o Coordenador Luiz Alberto priorizou a presença das Polícias Civil e Militar nas reuniões, que eram preferencialmente realizadas na Secretaria de Justiça e sem a interface com os projetos da Saúde e Assistência Social. É o que relata José Florentino, coordenador do COMUDA. Ainda segundo ele, os órgãos policiais passaram a exigir do governo, no fim do ano de 2011, mais estrutura para maior repressão ao tráfico. Com isso, segundo ele, as reuniões ficaram mais tensas. Em novembro, o aumento do efetivo policial – ainda sem a previsão da magnitude da operação – que se deu apenas durante as rondas diurnas,

mitigou o poder do tráfico e, restando sós, os usuários teriam aumentado o uso de álcool, especialmente via “etanol de bomba”, isto é, combustível de veículos. Já sobre a reunião de dezembro de 2011, última antes de a operação ser deflagrada, dela não surgiu nenhuma proposta de entrada militar mais ostensiva. Portanto, José Florentino também desconhecia a instalação da operação (SÃO PAULO, 2012c: 385)

Segundo Mauro Aranha, vice-presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) e então presidente do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (CONED), órgão independente da esfera governamental, a Secretaria de Justiça teria recebido ordem, transmitida pelo Coordenador, de acordo com a qual o governador dizia que todos deveriam se comportar como se a operação de janeiro fosse planejada, não devendo ninguém criticá-la. E então admite o inevitável: o trabalho social nas ruas fora totalmente prejudicado pela incisiva ação policial comandada pelo governador, intermediada pelo Coordenador e decidida e executada pelo Coronel Pedro Borges, da Polícia Militar. O coronel afirma que houve um recrudescimento com viaturas sendo supostamente depredadas⁴⁹ pelos usuários nas ruas, em 2011. Disse, ainda, que avisou as secretarias de que seria necessário recrudescer as rondas na região para dissipar o tráfico, e não ouviu nenhuma sugestão contrária. Confirma que tomou a decisão sobre procedimentos e data sozinho (SÃO PAULO, 2012b: 99).

As ações da polícia serão melhor analisadas adiante. Cabe-nos, aqui, identificar e analisar a complexa adesão que os serviços sociais e de saúde fizeram às propostas policiais – sobretudo em São Paulo – e vice-versa – especialmente no Rio de Janeiro. Ademais, no todo, podemos analisar a gestão dos alcaides, nas duas cidades, a contemplar um anseio dos mercados imobiliários, comerciantes e turísticos, desejo pulverizado e legitimado na ordem liberal em que vivemos. É nessa ordem que encontramos vidas descartáveis porque em perigo, elimináveis e segregáveis porque perigosas. Nessas práticas de gestão urbana deflagramos práticas de gestão dos corpos que estão alheios ao (ou submetidos ao alheamento perante o) modelo hegemônico de

⁴⁹ Diz-se da suposição justamente porque, na própria ação civil pública, após essa declaração do coronel, os promotores observam a contabilidade feita sobre a quantidade de boletins de ocorrência: de apenas três lavrados, na época, versando sobre dano ao patrimônio público, apenas em um referir-se-ia a um ataque de pedras à viatura policial. Essa informação demonstra que não houve um processo de depredação, mas apenas um ato que, por si, não tem força para justificar a mobilização de recursos humanos e orçamentários envidados contra as pessoas que circulavam pela região.

propriedade, renda e saúde. Com isso, aperfeiçoam-se estratégias de gestão dos riscos atribuídos à existência e atuação desses corpos. Elemento a mais, a droga acentua o *fator risco* a justificar respostas: desta vez, recorre-se à saúde mental para mitigar um suposto sofrimento pelo uso de psicoativos ilícitos bem como garantir um dever de Estado.

Quem está em risco: a criança e o adolescente ou as políticas sociais?

Apurado no inquérito civil público de São Paulo, o dado referente à presença de crianças e adolescentes nas ruas no momento das primeiras investidas policiais, em janeiro de 2012, informa tratar-se de 15% da população em situação de rua identificada. Em certa medida, o recolhimento delas das ruas não seria um grande impacto dentro do universo populacional verificado. Entretanto, no interior da população infanto-juvenil (cerca de 60 crianças encontradas nas ruas nos dias das operações), o impacto foi significativo, pois dezenas delas foram alcançadas pelas mãos policiais. Ademais, bastasse uma a ser recolhida para a caracterização de violação de direitos humanos, já que a ordem de recolhimento e expulsão das ruas se dirigia a qualquer quantidade de jovens. Logo, poderia ser executada perante milhares deles, caso houvesse. Por isso, em razão do tipo de operação, nomeamo-las como ações de recolhimento e dissipação em massa. Trocando em miúdos, ação nunca vista dada a natureza do público-alvo jovem: a localização de quem esteja vivendo nas / das *ruas* e – o diferencial da atualidade – utilizando *drogas* (ou em local em que seja freqüente o uso).

Já no Rio de Janeiro, mais do que garantir o direito à saúde pelo recolhimento, a operação objetivou a execução de procedimentos específicos voltados às crianças e adolescentes. Não só impunha sofrimento e o cárcere nos estabelecimentos de acolhimento institucional como, previamente – e com maior quantidade de jovens –, forçava a passagem pela delegacia de polícia. À noite, a situação piorava: o alvo já não era apenas o usuário de drogas, mas qualquer criança e adolescente que estivesse caminhando pelas ruas sem um adulto intitulado responsável. Curiosamente, o recolhimento noturno pode ser o justo e fiel retrato velado nos discursos oficiais calcados apenas na proteção aos usuários de psicoativos ilícitos.

Diante de tamanha aspereza com que se trataram os jovens em situação de rua, dos desencontros de versões, bem como os entendimentos e visões de políticas públicas havidos entre os gestores e conselheiros municipais das duas cidades, esse assujeitamento dos jovens nomeados *em risco* coloca-nos uma questão: quem está em risco – as crianças e adolescentes ou as políticas de saúde e assistência social? Na tentativa de encontrar respostas, desenvolveremos análise na dimensão do risco dentro das políticas de saúde mental e, logo, como justificador e catalisador da implementação de mecanismos cerceadores de liberdade e autorizadores de negligência (ou **abandono**).

Já que a novidade dessa relação que resulta na configuração de risco social é o consumo de substâncias psicoativas ilícitas, de início, consignamos que, oficial e nacionalmente, há poucos anos é que se fala em dados sobre o uso de drogas, já que não é objeto de antigas e sistemáticas pesquisas. Em recorte pertinente, anotamos que, na década de 2000, a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas fora editada em 2003 e, no ano seguinte, subsidiada pelo *V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras*⁵⁰, do qual se produziram as seguintes informações: a) o primeiro uso de álcool se deu aos 12 anos de idade (média); b) 65,2% dos estudantes já consumiram álcool alguma vez na vida; c) 63,3% consumiram no último ano prévio à pesquisa. Com isso, no ano de 2007, por meio do decreto presidencial n. 6.117, criou-se a Política Nacional sobre o Álcool. E em 2009, a portaria n. 1.190, do Ministério da Saúde, instaurou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde. Em 2010, a Universidade de São Paulo (USP) realizou o *I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre os universitários das 27 capitais brasileiras*, sendo muitos deles, possivelmente, aqueles que ainda eram estudantes fontes da pesquisa do V Levantamento realizado pelo CEBRID⁵¹. Nesse mesmo ano, expediu-se o Decreto n. 7.179, que institui o Plano

⁵⁰ Pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

⁵¹ Nesta pesquisa, feita com estudantes de universidades públicas e privadas, encontraram-se os seguintes dados: 49% já haveriam experimentado alguma substância psicoativa ilícita; 22% teriam apresentado “risco de desenvolver dependência química”; 80% “dos menores de idade já usaram bebida alcoólica”.

Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, reeditado pelo Decreto n. 7.637/2011.

Quanto ao tratamento ofertado ao usuário, se fizermos uma comparação sobre suas modalidades, notaremos, de prima, que a saúde não tem como premissa – para efeito de tratamento - a diferenciação entre licitude e ilicitude, binômio próprio do mundo jurídico, sobretudo da esfera penal. Essa diferenciação é básica, contudo, não se destaca tanto diante das semelhanças existentes entre o sistema penal e o sistema de saúde mental. Retomemos.

Um ano após a chegada da nova Constituição Federal (1988) e no auge da reforma sanitária, o principal projeto de lei em discussão na área da saúde mental inovou o campo dos debates parlamentares federais, com a seguinte proposta: “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (PL n. 3.657/1989). Tratava-se, aí, de mudança necessária do método de atenção e cuidado que tanto gerou mortes e adoecimentos nos séculos anteriores: entrávamos na era da “desinstitucionalização” da atenção à saúde mental.

Mas, somente em 2001, o projeto de lei tornou-se lei, após ter sido alvo de alterações fundamentais em razão das negociações circunstanciais para sua aprovação. Esta lei presta-se a firmar um novo paradigma para a atenção integral à saúde mental, pois “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”⁵². Entretanto, seu artigo 9º ainda estabelece dois modelos de internação psiquiátrica a contragosto do usuário do serviço: a involuntária e a compulsória.

Durante os doze anos de tramitação do projeto de lei no Congresso Nacional, a questão das substâncias psicoativas, entretanto, manteve-se praticamente intocável pelos debates parlamentares, É o que constatamos ao estudar os anais do Senado Federal e da Câmara dos Deputados, no que dizia respeito à tramitação do projeto de lei 3.657/1989, que deu origem à lei federal 10.216/01, bem como do que culminou na lei federal

⁵² São algumas das novas características da chamada lei da reforma psiquiátrica: preferência aos meios extra-hospitalares e comunitários; respeito expresso aos direitos fundamentais da pessoa portadora de transtornos mentais e seus eventuais familiares; estrutura federalista de pactos de gestão e de intersetorialidade.

8.069/90, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Uma leitura corrida sobre todos os debates sediados na tramitação do projeto de lei n. 3.657/1989 mostra que eles cercaram apenas a situação dos moradores de hospitais psiquiátricos e, portanto, por transtornos distintos aos relacionados à dependência química. Com isso, é possível notar que a lei da reforma psiquiátrica contribui, predominantemente, para a dissolução de práticas manicomiais, sem, entretanto, estabelecer parâmetros de cuidados sobre os tipos de diagnósticos e prognósticos, bem como de métodos de tratamentos, o que seria veiculado, a partir de sua promulgação, por decretos executivos e portarias ministeriais, sob maior responsabilidade do Ministério da Saúde. Ademais, os debates não se ocuparam, portanto, das perspectivas de tratamento aos dependentes químicos. E, assim, um resultado da ausência de discussões sobre o assunto pode ter sido a manutenção da criminalização do uso de tais substâncias, de tal forma que apenas em 2006, com a nova lei federal n. 11.343/2006, inova-se em parte: despenaliza-se o uso, não obstante se aumente a pena para o comércio. Sobre isso, detalharemos mais adiante.

Por essa razão, a política criminal brasileira ainda se estabelece sob princípios de combate e eliminação das substâncias classificadas como ilegais, em contraponto à política de saúde mental, que se faz pela oferta de tratamento diante do uso nocivo das mesmas. A lei federal n. 11.343/06 é, no entanto, um aspecto da nova política pública sobre drogas, sobre o que vale um breve resgate histórico contemporâneo. É a lei que atualiza em nível normativo a relação entre sistema penal e sistema de saúde à luz do assunto *drogas*.

Ainda fruto de uma política repressiva capitaneada pelas orientações estadunidenses da chamada “guerra às drogas”, a lei n. 6.368/76 penalizava qualquer conduta referente ao contato com determinados tipos de substâncias psicoativas. A década de 1990 foi marcante para o início da alteração do discurso sobre tais substâncias, anunciando a invertida que se iniciaria anos depois, com a transferência do assunto do campo criminal para o campo médico-sanitário.

Em junho de 1998, na XX Sessão Especial da Assembléia das Nações Unidas, o Brasil aderiu a compromissos de responsabilidade perante a situação polarizada entre o uso e o comércio das *drogas*. Manifestou o comprometimento que ampliou ainda mais a fenda existente entre o uso e o comércio. Dentre outras medidas tomadas para o

cumprimento da assinatura na ONU, criou a Secretaria Nacional Antidrogas, posteriormente denominada Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Esse órgão emparelha as decisões junto às do Ministério da Saúde sobre a criação de diretrizes voltadas ao uso de drogas. Mas, ainda salienta aspectos penais de impacto, eis que, por outro lado, divide com o Ministério da Justiça o assunto relativo ao comércio dessas substâncias.

Já no que se refere à *legislação social* de atenção ao uso de drogas, uma vez constituído o diagnóstico psiquiátrico, o tratamento se dá, geralmente, de acordo com a política nacional de atenção à saúde mental, que oferece opções desde leitos psiquiátricos de internação breve (em hospitais gerais) até atendimentos ambulatoriais comunitários. Aí, reside uma das principais discussões no campo da saúde mental juvenil. Dando continuidade à escolha do território e suas práticas em análise, destacamos as recentes ocorrências no estado de São Paulo, reveladoras de significativo embate dos movimentos políticos de contrarreforma psiquiátrica, que defendem a ampliação dos leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos (e não em hospitais gerais) como opção ao processo terapêutico frente à dependência química. Argumentam sobre tal método:

Orlando Morando (PSDB), juntamente com o governador Geraldo Alckmin, inaugurou, no dia 10/4, dez novos leitos exclusivos para grávidas no Hospital Psiquiátrico Lacan, em São Bernardo do Campo (...) a cidade será a primeira no Estado de São Paulo a ganhar o serviço especializado no tratamento de gestantes com dependência química⁵³.

Ademais, vale entender que esse ato administrativo é parte de um projeto político que engloba outras ações:

⁵³ Disponível em: Diário Oficial Poder Legislativo, 12.04.12, disponível em http://diariooficial.imprensaoficial.com.br/doflash/prototipo/2012/Abril/12/legislativo/pdf/pg_0011.pdf

O Hospital Psiquiátrico Lacan também oferece outros 70 leitos especializados para o tratamento de intoxicação a adultos, de ambos os sexos. Nos próximos dois anos a Secretaria irá investir cerca de R\$ 250 milhões para implantação de 710 novos leitos de internação para dependentes em álcool e drogas no Estado.⁵⁴

São Paulo possui hoje cerca de 400 leitos exclusivos para internação de curta permanência e tratamento de dependentes químicos, na capital, Grande São Paulo e interior. Essas vagas são custeadas pelo governo do Estado, já que a atual política de saúde mental do Ministério da Saúde não prevê tratamento de dependentes por intermédio de internação. Até 2013 este número deverá chegar a 800 leitos. O objetivo é oferecer um modelo voltado à desintoxicação, mas fora do ambiente de enfermagem hospitalar (...). O Estado foi dividido em cinco macro regiões, onde as novas clínicas deverão ser instaladas: Grande São Paulo, Bauru/Botucatu, Ribeirão Preto, Presidente Prudente e São João da Boa Vista.⁵⁵

Nota-se, pelo último trecho, que a projeção do governo estadual paulista de atenção à saúde mental está planejada ao menos desde o ano de 2011, antecipando-se à operação policial executada em janeiro de 2012, mas contemporânea às movimentações legislativas e judiciárias explanadas no início dessa dissertação.

Ademais, diversos mecanismos normativos têm sido lançados também em nível federal, alguns dos quais consoantes às propostas paulistas, sobretudo quando o assunto é o uso de drogas⁵⁶.

⁵⁴ Disponível em: Portal Estadão, 10.04.12, disponível em <http://www.estadao.com.br/noticias/cidades,sp-ganha-servico-de-internacao-de-gravidas-dependentes-quimicas,859406,0.htm>

⁵⁵ Disponível em: http://www.oestenoticias.com.br/lcaderno.php?data_capa=2011-10-29&id=128144, de 29.10.11.

⁵⁶ A adequação das denominadas comunidades terapêuticas dentro do modelo oficial de atenção à saúde mental tem sido cada vez maior justamente na perspectiva de assistência ao público diagnosticado com dependência química; o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas autorizou a edição de Edital da SENAD, junto ao Ministério da Saúde, para o financiamento de 2.500 leitos hospitalares; a Resolução RDC ANVISA n. 29/2011 inclui no rol de perfis a receberem financiamento público para assistência em saúde mental, as entidades confessionais. As entidades religiosas são reconhecidas como instituições capazes de oferecer o devido tratamento, conforme se verifica no portal oficial do Plano

Ultimamente, na forma de um balanço sobre a política de drogas, de acordo com o Relatório da Auditoria Operacional no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas do Tribunal de Contas da União, disposto no Acórdão n. 360/2012, que levou em consideração o intervalo de 2006 a 2010, houve significativo contingenciamento dos recursos orçamentários destinados à atenção à saúde mental, via Fundo Nacional de Saúde (FNS). Em 2010, com a mudança da conta orçamentária do FNS para o Fundo Nacional Antidrogas (Funad), não só o contingenciamento fora eliminado como houve uma ampliação de 600% sobre a verba anteriormente dotada. Portanto, notamos que é com o novo planejamento federal de enfrentamento ao crack que se investe maciçamente nos programas de governo destinados ao combate ao tráfico e ao tratamento ao usuário dessa e outras substâncias. É na perspectiva do enfrentamento e combate ao uso, e não da oferta de cuidados e atenção à saúde do usuário.

Desse modo, observamos que a década de 2000 finalizou com algumas tendências que se comunicam:

- a) o não encarceramento penal de pessoas flagradas no uso de substâncias ilícitas. Em nome de sua saúde, devem ser imediatamente consideradas dependentes químicas e, diante disso, tratadas no âmbito sanitário;
- b) o vultoso crescimento de ações governamentais no âmbito da saúde mental, sobretudo no enfrentamento ao uso de drogas, particularmente o crack, substância mais citada nas operações de rua no Rio de Janeiro (2011) e em São Paulo (2012);
- c) o desenvolvimento de discursos justificadores das internações psiquiátricas compulsórias como fonte de emergência ao apelo midiático e farmacológico;
- d) a absorção de entidades privadas e religiosas no rol de financiadas com recursos do SUS.

Integrado de Enfrentamento ao Crack. Matéria veiculada no jornal Correio Braziliense, aos 11.05.2012, assim abordou a relação entre o governo federal e um dos expoentes proprietários religiosos de comunidades terapêuticas: “[Ministra-chefe da Casa Civil] Gleisi recebeu email do pastor Lori Massolin Filho, liderança de comunidades terapêuticas do Paraná – estado da ministra - no qual ele cobra ‘flexibilização’ por parte do Governo Federal no edital da Saúde que destina R\$ 100 milhões para comunidades terapêuticas integrem o plano Crack”;

Em todas essas tendências, encontramos modelos de controle das populações como um todo, o que serve, obviamente, e com maior rigor, à população que, segundo os discursos oficiais, oferecia risco por estar nas ruas e em uso abusivo de drogas. Portanto, essas tendências apresentam o *fator risco* como um nó que as une. Qualificado como *risco social*, é nomenclatura consolidada nas políticas de saúde e assistência social. Entretanto, devemos perseguir a resposta de uma segunda pergunta: quem é considerado em risco social? Ora, já observamos que a política de assistência social, embora universal, é seletiva no perfil a ser concretamente contemplado. Em parte, esse perfil é preenchido por classes empobrecidas, categoria historicamente afirmada pelas práticas de assistência, mesmo que, atualmente, revistam-se (as práticas) de outros sentidos e dêem outro sentido ao perfil potencialmente usuário dos serviços. Ainda que a questão da renda não seja o critério para inserção nos programas de proteção especial – embora seja da proteção básica – aos quais vincula grande parte das pessoas em situação de rua. É a proteção especial o maior nível de atuação da política para o restabelecimento e fortalecimento das condições vitais do sujeito. São essas pessoas também o alvo das operações entre Rio de Janeiro e São Paulo, promovidas, aliás, sob o discurso do risco, o qual não necessariamente alinhava-se ao discurso da política oficial de assistência social. Mas, tais discursos (policial e assistencial) se encontraram no momento em que as operações se concretizaram. E, nesse momento, parece ter o discurso oficial da assistência social se alterado para se amoldar à proposta imediatista e violenta feita pelos gestores. Ocorreu um ajuste de fluxos de procedimentos que legitimaram o recolhimento e a expulsão das ruas. E, se é justamente esse acerto de fluxos que se justificou com base nos *fatores de risco social* aos quais estariam submetidas tais pessoas em uso abusivo de drogas, fechamos o ciclo com uma primeira conclusão: as políticas de saúde mental e de assistência social colocaram-se, nesse momento específico, a serviço da *gestão dos riscos* provenientes da situação de rua em que vive a população mencionada. As práticas se deram por meio do controle da circulação dessas mesmas pessoas, muitas delas há tempos alijadas de seus direitos básicos, inclusive aos próprios serviços socioassistenciais e de saúde.

Se o uso de drogas acentua os *fatores de risco social*, e não é mais tratado exclusivamente no âmbito penal, vêm os campos da saúde e da assistência social para detectar outras características no usuário. É disso que escreve Michel Foucault em A

verdade e as formas jurídicas (Foucault, 2003). O direito penal clássico foi fundado sob princípios iluministas que determinaram o monopólio da justiça em processar denúncias de crimes que, por sua vez, sejam necessariamente previstos em lei penal anterior e delineadores de conduta concreta específica e individualizante. Foucault, todavia, sugere uma etapa de nova leitura: desde o século XIX, estamos em tempo de ampliar o rol de agências punitivas e disciplinadoras a regularem o comportamento e aplicar sanções. Para além, é o advento do instituto da *periculosidade* que autoriza não só a ampliação desse conjunto estatal, mas a antecipação do julgamento em relação à conduta, de modo que sobra – como base de análise para intervenção – apenas o caráter, o perfil, o modo de ser, a postura, entre diversas outras características que por si não devem ser entendidas como suficientes para ensejar a prática delituosa. E, assim, nova rede de controle vem formando o que Foucault denomina “ortopedia social”.

Tamar Pitch (2003) atribui a esse circuito social de controle das populações o qualificativo “periculosidade social”. Segundo ela, vem com o “resultado da crise da estratégia de reforma penal”. A expressão dá vida a um estigma atribuído a pessoas que são tão escorregadias a um sistema penal quanto a um de reabilitação psicossocial. Torna-se socialmente perigosa a pessoa que ainda não sucumbiu ao controle das exemplares agências punitivas ou disciplinadoras. É notório o alargamento dos mecanismos criados no campo da saúde mental – conforme veremos ao final do estudo –, proporcionalmente à – ou desenvolvido no ritmo da – inclusão, nos quadros clínico-psiquiátricos, de maior quantidade de perfis comportamentais incômodos socialmente. Ainda assim – e talvez por isso – a periculosidade social “funciona como uma categoria residual: todo mundo que não é apto a ser sujeito a tratamento ou reabilitação, é perigoso” (Pitch, 2003: 55)

De acordo com os postulados da autora, as pessoas que ainda não se enredaram nos mecanismos penais ou de reabilitação psicossocial, como muitos dos meninos e meninas em situação de rua, não deixam de dialogar com um sistema orgânico de seletividade social e penal. Inevitavelmente, elas mantêm o vínculo com o sistema político estatal. E, segundo Pitch, uma das expressões desse fenômeno pode ser o “abandono”, a negligência promovida na relação entre o Estado provedor de políticas e as pessoas. Esse “abandono”, segundo ela, tanto indica um fracasso dos sistemas sociais

sob a perspectiva das políticas do bem-estar social quanto “designa um lugar de resistência à intervenção institucional”. E define:

Quando o destaque se coloca sobre o abandono, a periculosidade social é reconfigurada em termos terapêuticos, apropriados para demandas de experimentos em um tipo de controle social “comunitário”, por sua vez, respaldado por medidas custodiais. (Pitch, 2003: 58)

A autora, assim, assevera que, efeito do abandono, a periculosidade social deve ser contida pelo Estado. O modelo de enfrentamento à periculosidade, logo, está eivado de práticas terapêuticas, institucionalizadas ou não. Certamente, esse comentário da autora engrossa nossa argumentação: mais adiante, vamos ver como as práticas sanitaristas de controle das populações em risco se restabelecem, como há mais de século. É o retorno de princípios construídos na transição da medicina individual para a medicina social. E justamente na atualidade, os modelos de contenção dessa periculosidade – que concretizam as práticas de gestão dos riscos que tais pessoas oferecem – têm utilizado significativamente o modelo de atenção à saúde mental. Mas, para promover, efetivamente, a gestão dos riscos como se procedeu em 2011 e 2012, fora preciso enfrentar os princípios da reforma psiquiátrica estabelecidos em lei federal, componentes do atual modelo de atenção à saúde mental. Esse embate ficou evidente nos diálogos produzidos entre autoridades do âmbito sanitário e autoridades do âmbito da segurança pública, estes, respaldados pelas decisões dos gestores. Embate resultante de uma discussão polarizada, vale ressaltar, na associação entre *ruas* e *drogas*. A dependência química, portanto, vem atualizar os debates a ponto de ser utilizada como argumento para o encarceramento promovido pela via da saúde.

Por fim, encontramos na autora a sintonia fina:

Estas estratégias buscam legitimação através de um apelo ao direito do indivíduo de receber assistência e ao dever do Estado de provê-la, ainda que

contra os desejos do cliente (me refiro ao debate sobre toxicodependência, o tratamento obrigatório, a comunidade terapêutica) (Pitch, 2003: 58)

Com isso, encontramos o fio da meada desse capítulo: assim como afirma Pitch, podemos sintetizar que estamos às voltas com a problemática desenvolvida a partir da relação entre o sujeito e seus direitos fundamentais de *liberdade* e os sistemas sociais. Recuperamos, aí, a questão da liberdade como um dos aspectos anunciados no início desse estudo, e um dos direitos colocados em questão pelas operações de 2011 e 2012. Ela é confrontada na medida em que os sistemas sociais foram amoldados, neste período, às propostas de gestão dos riscos estabelecida pelos gestores cariocas e paulistas. Deparamo-nos, logo, com uma crise na relação entre esses sistemas e o direito de liberdade, já que é possível concluir que, em certo grau, aqueles foram utilizados para violar esse direito.

A depender dos sujeitos envolvidos e das operações de Estado que produzem esse envolvimento, estar em *risco social*, portanto, pode significar ser dotado de certa *periculosidade social*.

Polícia: a gestão dos riscos à risca. Um capítulo à parte.

“Palavras proibidas para qualquer entrevista: espalhar, limpar”⁵⁷

Conforme se organizaram as ações de 2011 no Rio de Janeiro e de 2012 em São Paulo, dedicamo-nos, no caso paulista, a analisar a atuação da polícia apenas nos fatos relatados na cena IV, a “Operação Sufoco”, realizada pelo poder executivo da cidade e do estado em janeiro de 2012.

Sabemos que as ações desenvolvidas no Rio de Janeiro e em São Paulo foram eminentemente sustentadas pelo respaldo da Guarda Civil Municipal e, sobretudo na cidade paulista, pela Polícia Militar. Na cidade carioca, as ações de recolhimento de crianças e adolescentes encontradas nas ruas foram executadas por agentes públicos da

⁵⁷ Ver *Nota de Instrução n. 001/COC/12 – Retificada*, da Secretaria Municipal de Segurança Urbana (SMSU), de 06 de janeiro de 2012. Disponível em: www.capital.sp.gov.br

Secretaria Municipal de Assistência Social e – servindo de apoio para o sucesso das operações – da Guarda Municipal e Polícia Militar, que, com truculência explicitada em diversos programas de televisão e matérias jornalísticas e oficiais⁵⁸, garantiram o cumprimento da meta estipulada na Resolução SMAS n. 20/2011⁵⁹. Já na capital paulista, a atuação em rede de setores públicos foi menor, pois, aos 03 de janeiro de 2012, deu-se largada a uma operação que contou, apenas, com a ação das guardas municipal e estadual. A reboque e, ademais, confrontados nas suas orientações metodológicas para abordagens não violentas, os agentes sociais e sanitários tiveram de se render e assistir ao inédito projeto de recolhimento e dissipação em massa de freqüentadores e moradores das ruas do centro da cidade. Inédito porque invoca como questão a situação do uso de drogas nas ruas praticado por crianças e adolescentes, e se a responde exclusivamente por meio de atuação policial. Ainda que sejam ações respaldadas por agentes sociais e de saúde.

Efeito disso, o Secretário Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro apresentou dados quantitativos sobre o provável sucesso da medida: em agosto de 2011, convidado por deputados estaduais de São Paulo, na Assembléia Legislativa, estabeleceu uma comparação entre o número de crianças e adolescente em situação de rua antes da expedição da Resolução e depois de dois meses de sua vigência. Com isso, conclui que as ações municipais rumavam para o sucesso uma vez que seu objetivo – ausência dos jovens nas ruas – teria sido atingido. De fato, houve uma significativa queda na quantidade de crianças e adolescentes nas ruas do centro da cidade carioca. Todavia, perdura a questão: a queda se deu em razão de um processo de convencimento verbal, junto aos jovens, de que as ruas lhes podem ser prejudiciais e/ou de que é possível rever as relações familiares rompidas e fragilizadas? Ou a queda ocorreu porque o serviço recolheu quase todo o público infante-adolescente? Ou, mais que isso: enquanto não tenha havido recolhimento significativo (em relação ao número de jovens identificados), os que resistiram às ações estatais não mais permaneceram no local,

⁵⁸ Conforme informações disponíveis em: http://www.abmp.org.br/UserFiles/File/Nota_publica_SDH.pdf, <http://www.cedecarj.org.br/noticias/124>, <http://www.direitosdacrianca.org.br/em-pauta/2011/08/recolhimento-compulsorio-de-usuarios-de-crack-gera-polemica>

⁵⁹ De acordo com o blog do Secretário Municipal de Assistência Social, até dia 28 de dezembro de 2011, “Desde o dia 31 de março, a SMAS já realizou no total, em diferentes pontos da cidade, 3.195 acolhimentos (2.580 adultos e 475 crianças e adolescentes)”. Disponível em: <http://rodrigobethlem.blogspot.com.br/2011/12/secretaria-nacional-de-seguranca.html>.

tendo que migrar para outras regiões, a despeito de serem, eventualmente, locais nos quais não tivessem vínculo algum de proteção. Com isso, onde surge a questão da droga? Aparentemente, não surge nas ocasiões suscitadas acima, o que pode significar que as operações no Rio de Janeiro não tiveram como objetivo cercear o uso de substâncias psicoativas a partir do tratamento ofertado a cada criança e adolescente, mas – em especial pela norma contida no art. 5º, inciso XV da Resolução n. 20⁶⁰ -, cercear a circulação desses mesmos jovens pelas ruas da cidade, em razão de estarem vivendo pelas ruas (mas nem todos vivendo *nas* ruas). A perseguição estatal a esses meninos e meninas caracteriza um ato de criminalização de suas condutas e de suas representações sociais, medida única que abre brecha para contenções ilegais, seja na delegacia de polícia – para “verificação de existência de mandado de busca e apreensão” -, seja nas casas de acolhimento institucional ou em estabelecimentos hospitalares. O simples fato de a ação policial suprir a avaliação técnica de profissionais da saúde para que se encaminhe para internações psiquiátricas; o simples fato de a ação policial suprir a avaliação social para o prioritário acionamento da família – antes de ser o jovem acolhido compulsoriamente -; e o simples fato de a abordagem policial não se realizar por meio dos regulares recursos de identificação – criando-se fluxo paralelo de constrangimento e contenção ilegal no encaminhamento à delegacia -, constituem fatores incontornáveis de imposição de força, violência e autoritarismo de Estado.

Assim, ainda que a prefeitura do Rio de Janeiro e o Secretário Municipal – por meio de seu *blog* – tenham feitos explicações e apresentado dados das mais diversas ordens, não lograram explicar onde estariam todas as crianças e adolescentes que resistiram ao acolhimento compulsório.

Na cidade de São Paulo, a atuação dos milicianos foi postulada não a partir de uma norma expedida por secretarias pertinentes à atenção à população em situação de rua, mas pelos próprios órgãos de segurança pública estadual (Polícia Militar) e urbana municipal (Guarda Civil Metropolitana). A *Nota de Instrução n. 001/COC/12* –

⁶⁰ Para lembrarmos: Art. 5º - São considerados procedimentos do Serviço Especializado em Abordagem Social, devendo ser realizados pelas equipes dos CREAS/Equipe Técnica/Equipe de Educadores: XV – acompanhar todos os adolescentes abordados à Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente - DPCA, para verificação de existência de mandado de busca e apreensão e após acompanhá-los à Central de Recepção para acolhimento emergencial.

Retificada, da Secretaria Municipal de Segurança Urbana (SMSU), de 06 de janeiro de 2012, apresenta a proposta:

A região da Nova Luz será alvo de ação integrada entre o Governo do Estado e Prefeitura da Cidade de São Paulo, no sentido de **manter a ordem no local**, tornar a região atrativa para os fins a que se destina, aprimorar os serviços de Zeladoria com a **finalidade principal de resgatar a dignidade das pessoas** que por lá se instalaram e se encontram debilitadas face a **aparente drogadição** buscando a **reinserção social**. (SÃO PAULO, 2012a) (destaques nossos)

Destacamos alguns trechos desse texto: “manter a ordem no local”, “resgatar a dignidade das pessoas”, “aparente drogadição”, “buscando a reinserção social”. A expressão que se refere às drogas é a única que não se apresenta de modo assertivo, sólido e objetivo. As orações “manter a ordem”, “resgatar a dignidade” e “buscando a reinserção social” surgem de forma mais clara, ainda que nem todas as suas palavras tenham significado preciso – como “ordem” e “reinserção”.

Com isso, já notamos que a incerteza presente na escrita do texto abre lacunas, essas sim, de risco à população que se encontrava nas ruas no período de execução das ações descritas. E justamente o trecho que menciona as drogas não se sustenta porque seu qualificativo (“aparente”) não cabe na descrição de situações objetivamente flagradas pelas polícias e objeto de sua atuação. Em outras palavras, indaga-se: como os policiais verificam se há aparente drogadição se, ainda que possível fosse dentro do curto tempo de abordagem, não são profissionais da saúde? Que tipo de reinserção social devem promover se a premissa – aparente drogadição – é frágil para a específica atuação de quem faz a abordagem (policial)? Vemos que, assim como no Rio de Janeiro, a questão da droga não parece ser o cerne do problema motivador das ações policiais nas ruas. Caso fosse, prevê-se que a norma imperativa seria mais consubstanciada e em consonância com a natureza do dever policial. No mais, damos continuidade ao texto normativo da SMSU:

Perímetro

A ação será desenvolvida no quadrilátero compreendido pela Alameda Nothman, Alameda Barão de Limeira, Rua Aurora e Rua Mauá.

Da Operação

A operação será dividida em três fases com início em 03/01/2012 sem data prevista para o término.

Fase 01 – Consolidação da área – início em 03/01/2012.

Trata-se de operação policial com vistas prioritariamente a prender traficantes, usuários de drogas e procurados pela justiça com ação de presença.

Fase 02 – Ação Social – não previsão de início

Trata-se de ação que será realizada por órgão da Secretaria de Assistência Social e Saúde.

Fase 03 – Manutenção da área – não previsão de início. (SÃO PAULO, 2012a)

É notável que se programaram ações para, tão-somente, a execução da Fase 01, exclusivamente feita pelas polícias. Ademais, aqui encontramos outra ilegalidade: a ordem estatal de prisão de usuários de drogas, contrariando a legislação federal que estabelece o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD). O SISNAD foi criado pela lei federal n. 11.343/2006 e, não obstante tenha aumentado a pena para o comerciante de drogas, em relação à lei anterior⁶¹, dispõe que o usuário não mais será penalizado com medidas privativas de liberdade⁶². Vejamos.

⁶¹ A lei federal n. 6.368/76, em seu art. 12, previa pena de três a quinze anos de reclusão para os atos referentes a tráfico de drogas. A lei federal n. 11.343/2006, vigente, prevê, em seu art. 33, para atos classificados como tráfico de drogas, a pena de cinco a quinze anos de reclusão.

⁶² Com isso, assevera-se o tratamento penal ao que comercializa e abrandam-se perante o usuário. Resta, então, atentarmos para outra e conseqüente questão: enquanto sobrevive a volúpia punitiva do Estado – concretizado, por exemplo, no aumento de pena para tráfico de drogas -, em que medida a prisão de traficantes não é apenas a prisão de um usuário? Para tal resposta, levam-se em conta alguns critérios que vão desde a quantidade de droga e as circunstâncias em que foram apreendidas até – e o que, para esse

A Constituição Federal assegura o direito de locomoção:

XV - é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens;

XVI - todos podem reunir-se pacificamente, sem armas, em locais abertos ao público, independentemente de autorização, desde que não frustrem outra reunião anteriormente convocada para o mesmo local, sendo apenas exigido prévio aviso à autoridade competente.

Já o Estatuto da Criança e do Adolescente determina que:

Art. 16. O direito à liberdade compreende os seguintes aspectos:

I - ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;

Por fim, a lei federal 11.343/2006, por sua vez, impõe:

trabalho mais importa – a política criminal que se estabelece com abrandamentos de penas que não necessariamente significam ampliação dos direitos de liberdade. Risco evidente é essa lei tornar-se uma emboscada aos usuários de drogas que se caracterizam por serem jovens do sexo masculino, negros, residentes nas periferias territoriais dos grandes centros urbanos e membro de famílias empobrecidas. Embora sejam eles mais alguns entre tantos jovens usuários e que, estes, contam com características mais respeitadas pelas classes sociais hegemônicas – ou que os tornam alvo de menor preconceito por elas -, são aqueles as vítimas em potencial da violência comunitária, seja entre civis seja entre civis e autoridades policiais. Assim, muitos desses jovens – a exemplo do que possivelmente se identifica a partir do perfil de cada um que fora detido no bairro da Luz, em São Paulo – podem ser apenas usuários, mas, em razão de sua condição étnica e socioeconômica, tem sua conduta previamente enquadrada como relacionada ao tráfico de drogas. Para melhor e atual entendimento sobre o assunto, conferir o Mapa da Violência 2012 – Crianças e Adolescentes no Brasil, disponível em http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf

Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

Trata-se do crime de uso de substâncias ilícitas ou sua posse para consumo pessoal, cujo rol de sanções não prevê a privação de liberdade. Portanto, houve uma despenalização da prática, o que, alinhado ao artigo 48, §§2º e 3º da mesma lei, culmina na determinação da proibição da prisão, mesmo que provisória:

§ 2º Tratando-se da conduta prevista no art. 28 desta Lei, não se imporá prisão em flagrante, devendo o autor do fato ser imediatamente encaminhado ao juízo competente ou, na falta deste, assumir o compromisso de a ele comparecer, lavrando-se termo circunstanciado e providenciando-se as requisições dos exames e perícias necessários.

§ 3º Se ausente a autoridade judicial, as providências previstas no § 2º deste artigo serão tomadas de imediato pela autoridade policial, no local em que se encontrar, vedada a detenção do agente.

Em síntese, torna-se ilegal esse ato administrativo de operação da Guarda Metropolitana. Mas, ainda assim, não fora revogado. Em suma, verificamos que os sujeitos em situação de rua são superqualificados: não bastasse estarem em “aparente drogadição”, vivendo pelas ruas e indo de encontro à “ordem local”, devem estar em *risco*. É o que encontramos no texto do mesmo ato normativo, acerca da missão e atribuições da Guarda Civil:

Proteger as pessoas em situação de risco e vulnerabilidade, buscando por sua iniciativa um relacionamento harmônico com a população e os servidores, de forma educada, polida, atenciosa, com correção de atitudes, demonstrando postura, respeito, urbanidade e autoridade, dosando o uso da força quando necessário o seu emprego (...)

Proteger as pessoas em situação de risco, orientando e promovendo encaminhamento à rede de proteção social e saúde (...)

A GCM deve abordar prioritariamente as pessoas que estiverem em situações e locais que ensejam risco físico, dando especial atenção às mulheres, crianças, adolescentes e idosos (...)

Assegurar a proteção da criança e do adolescente, garantir seus direitos, em casos de risco (...)

Orientar e oferecer às pessoas em situação de risco o encaminhamento aos serviços oferecidos pela rede de proteção social (...) (SÃO PAULO, 2012a)

É a palavra *risco*, aqui, um conceito utilizado para qualificar o objeto das intervenções policiais, mesmo que em nome da proteção. Ademais, a norma que o apresenta faz entender que os serviços de proteção social também utilizam tal conceito. São a palavra e o conceito de *risco* um articulador fundamental dos serviços sociais e policiais que, por meio de seus sistemas respectivos, consolidam a plataforma política estatal de garantia de direitos da população em situação de rua⁶³. É o que destrincharemos mais adiante.

⁶³ Para efeito de comparação e compreensão da longitudinal política de cerceamento das liberdades civis nas ruas, é o disposto na Ordem Interna SMSU 006/2009, de 09/11/2009, para a Praça da Sé, região central da cidade, adjacente ao bairro da Luz: “O Secretário Municipal de Segurança Urbana, no uso de suas atribuições, resolve: 1. A Guarda Civil Metropolitana deverá alocar efetivo e os meios que forem necessários para impedir as seguintes situações na Praça da Sé: a. pessoas em situação de rua ‘acampadas’ ou deitadas nos bancos, nas plantas e jardins ou outros trechos de uso público; (...) k. outras anomalias ou delitos que devem ser combatidos pelo município (...)”. Em seu “Diagnóstico”, define-se: “cartão postal da cidade, a Praça da Sé faz parte do circuito turístico, grande fluxo de pessoas, de veículos e pontos de criminalidade na região central. A praça apresenta pessoas em situação de rua e de **risco**; algumas são usuárias de **álcool e droga**, com dificuldades de ordem psicológica, **contribuindo para o aumento da sensação de insegurança aos moradores, trabalhadores e turistas da região central**” (SÃO PAULO, 2009) (destaque nosso). Conciso, o texto normativo antecipou, em 2009, o que poderia ocorrer em 2012, em São Paulo. Nomeia e qualifica o público a ser protegido (turistas, moradores e trabalhadores da

Já no portal da Polícia Militar foi possível acompanhar a produção de dados quantitativos resultantes de sua atuação, mensalmente divulgados. Eram informações sobre apreensões de drogas, prisões, encaminhamentos aos sistemas sociais etc.

Com isso, conforme se depreende da petição inicial presente na ação civil pública proposta pelo Ministério Público do Estado de São Paulo aos 12 de junho de 2012:

Apurou-se a partir de informações prestadas pelo GAERPA, órgão do Ministério Público do Estado de São Paulo que centraliza todos os procedimentos sobre tráfico de drogas na comarca da Capital, que foram realizadas, no exato perímetro em questão, entre 03 de janeiro e 29 de fevereiro de 2012 as prisões de 90 pessoas. Estas prisões resultaram na apreensão de 1.733,4 gramas de cocaína (incluídas nestas as pedras de crack) e 503,0 gramas de maconha. (SÃO PAULO, 2012b: 58)

A quantidade apreendida significa a média de 19g de cocaína e 5,5g de maconha por pessoa presa. Suspeita-se, logo, que, primeiro, até a operação ser ativada, havia um hiperdimensionamento do número de possíveis comerciantes de drogas - situação não confirmada; em segundo – e o mais grave, porque fático – dentre as pessoas presas, a maioria possuía substâncias para seu consumo pessoal e a minoria que comercializava o fez dentro de um contexto de sobrevivência, possivelmente em função da dependência química que sofria. Comprovou-se que poucas outras pessoas, de fato, comercializavam apenas para auferir renda e lucro. Basta compararmos com o mesmo período do ano anterior:

Aliás, a demonstrar que pouco se alcançou, em termos de resultados efetivos com a operação policial, basta lembrar que um ano antes, em janeiro e fevereiro de 2011, sem qualquer operação midiática e sem aquela

região) e o público-alvo da medida policial: população em situação de rua e de risco que contribui para a insegurança de cada um daqueles cidadãos.

impressionante movimentação de recursos, foram presas em flagrante 50 pessoas por tráfico de drogas naquela mesma região, resultando na apreensão de 19.131,8 gramas de cocaína (incluídas as pedras de crack) e 6.075,9 gramas de maconha. (SÃO PAULO, 2012b: 58)

Em outras palavras, o público que evidentemente comercializava, possivelmente, não auferia lucro, já que a mercancia das substâncias se revertia direta e imediatamente para seu consumo próprio. É o que conclui o Ministério Público:

Não se conseguiu a prisão de nenhum traficante de algum vulto ou importância na estrutura de distribuição de droga na região. Foram presos apenas usuários que também vendem migalhas de crack para sustentar seu próprio vício ou, quando muito, teriam sido presos pequenos varejistas, os últimos e mais insignificantes elos da sólida e robusta corrente de distribuição de drogas no local. (SÃO PAULO, 2012b: 52)

Se considerarmos os dados apresentados no portal da Polícia Militar⁶⁴, confirmamos a defasagem entre os fatos e os argumentos das ações policiais, que anunciam terem realizado, em um mês de execução da Operação Integrada Centro Legal, 443 prisões, 195 internações, e apreendido cerca de 5kg de crack, 17kg de cocaína e 43kg de maconha, o que totaliza média em torno de 11g de crack, 38g de cocaína e 97g de maconha, por pessoa presa. Devemos ressaltar: trata-se de resultado novamente inferior ao encontrado em janeiro e fevereiro de 2011.

Outra questão latente está para além do conjunto normativo que demandou atuação das polícias em São Paulo. Trata-se da operação dos procedimentos em si: enquanto a Guarda Civil caminhava pelas ruas e abordava, indiscriminadamente, freqüentadores da chamada “cracolândia”, a Polícia Militar fez o mesmo utilizando-se de viaturas e motocicletas com as quais subiam nos pavimentos; espingardas de balas de

⁶⁴ Disponível em: <http://www.policiamilitar.sp.gov.br/hotsites/centrolegal/index.html>.

borracha, bombas de gás lacrimogênio, gás de pimenta, entre outros mecanismos menos notórios no cotidiano de meses de abordagem. É o que extraímos da ação civil pública proposta:

Nos dias e noites que se seguiram, centenas de policiais militares ocuparam as ruas do bairro. Com violência, obrigaram os dependentes químicos a se dispersarem e os afugentaram com ameaças, golpes de cassetetes e movimentos articulados com viaturas e motocicletas, inclusive sobre as calçadas. (SÃO PAULO, 2012b: 44)

Nesse sentido, rumamos para outra querela: pela violência imbuída em seus atos de abordagem, a atuação da Polícia Militar paulista teve força suficiente para romper diversos vínculos existentes entre as próprias pessoas que por ali circulavam e moravam, bem como entre elas e os agentes dos serviços de saúde e assistência social. O vínculo fundamental havido entre trabalhadores sociais e a população em situação de rua – sobretudo a dependente química – esteve suscetível às ordens policiais de controle das regiões e, logo, ameaçado. É o que se verifica da leitura da petição ministerial:

Tal operação policial do Governo Estadual “atropelou” aquelas iniciativas e, sem qualquer planejamento global que levasse em conta aquelas providências, abortou as iniciativas dos órgãos e, ao mesmo tempo, não construiu qualquer solução consistente para o problema da Cracolândia. (destaque do original) (SÃO PAULO, 2012b: 40)

Cabe ressaltar que os vínculos produzidos entre agentes públicos dos sistemas sociais e pessoas em situação de rua não são facilmente construídos e mantidos. Os desafios de se viver nas ruas – e de se trabalhar nas ruas – impõem um processo de elaboração de sensibilidades e dedicação de ambos os grupos (trabalhadores sociais e pessoas em situação de rua), em um método evidentemente oposto ao executado nas ações policiais em São Paulo e no Rio de Janeiro. Conforme lemos em trechos da ação

civil pública paulista, preponderante, a atuação policial foi equivocada em seu objetivo – porque não deteve o fluxo do comércio de drogas alvejado – e, como efeito colateral, promoveu rompimentos na execução dos demais serviços públicos, há anos em andamento na região, destinados às pessoas que moravam nas ruas e que têm direito aos serviços socioassistenciais e de saúde independentemente de serem dependentes químicos.

A proteção publicizada nestas operações, em nome da dignidade das pessoas em situação de rua, concretizou-se por meio de uma ação quase exclusiva das polícias municipais e estaduais do Rio de Janeiro e São Paulo. Na cidade carioca, o principal alvo foi a população infanto-juvenil, cujo direito de proteção fora discurso transmutado em moeda de troca para a expulsão das ruas. Adicionando força ao argumento oficial, por algumas vezes, ouviu-se do Secretário de Assistência Social que as ações também visavam a acatar e cumprir as decisões judiciais proferidas em três ações civis públicas propostas, em 2002, pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Foram intervenções de naturezas distintas, porém, complementares: providência de estabelecimentos e serviços educacionais, de saúde mental e socioassistenciais, conforme as demandas produzidas a partir do diagnóstico da proteção a criança e adolescente na cidade. A prefeitura carioca escorrou-se nessas decisões judiciais interpretando-as em desfavor dos próprios jovens beneficiários dos serviços exigidos pelos magistrados.

Já na cidade paulista, o alvo foi a população em geral, localizada em específico quadrilátero central da cidade. Nota-se, entretanto, que houve um recolhimento em massa de pessoas de todas as faixas etárias, com significativo dano para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, sejam as recolhidas e dissipadas, sejam as filhas de jovens e adultos submetidos às mesmas medidas coercitivas.

Além dessas considerações, as ações policiais carioca e paulista são merecedoras de mais uma linha de análise: sua potência que emerge para a configuração de conflitos e a violação de direitos presente no modo de dissolver esses conflitos.

As ações milicianas constituíram um notório capítulo que expressou o tom das ações de controle dos riscos como um todo. A gestão dos riscos anunciada por autores como Robert Castel fora seguida à risca e de um modo evidente. Procurou-se, com

medidas desproporcionais e equivocadas, recolher e dissipar pessoas que se encontravam sobrevivendo ou circulando nas ruas das maiores capitais do país. Tais características violentas apresentam-se como um dos principais vieses das políticas de segurança pública e, paralelamente, de garantia de direitos sociais. Isso porque, de qualquer modo, o discurso oficial impresso no anúncio das ações sempre foi alicerçado nos aspectos sociais de tratamento à dependência química e fortalecimento dos vínculos familiares – inclusive nesse caso -, ainda que, para tanto, tenham se socorrido, em primeira instância, aos órgãos policiais. Ambos argumentos serviam à necessidade de se romper com a presença e a circulação de determinadas pessoas nas ruas centrais das cidades. Portanto, temos aí, como pedra fundamental dos atos municipais e estaduais, a tentativa de coibir a permanência de pessoas em situação de rua, bem como sua livre locomoção.

Ainda que as diretrizes federais, estaduais e municipais que regulam a implementação e execução das políticas sociais e de segurança pública sejam razoavelmente coerentes e sintonizadas entre si, não foi o que se concretizou, abruptamente, no Rio de Janeiro e em São Paulo. Promoveu-se, aí, uma operação questionável porque de controle das populações pela anulação de seus direitos de liberdade, em nome da proteção da sociedade frente aos que “contribuem para o aumento da sensação de insegurança” – vide Ordem Interna SMSU 006/2009 de São Paulo – mesmo que em nome da saúde dos que incomodam. Em São Paulo, ainda, a atuação policial foi de tamanha magnitude e independência que apenas um Coronel da Polícia Militar teve o poder de decidir sobre a inauguração da operação no terceiro dia do ano. É o que descrever o Ministério Público:

Numa outra reunião, realizada na Secretaria de Justiça em 19 de dezembro o Coronel Pedro Borges teria anunciado o propósito de realizar a operação policial em janeiro, porque teria maior disponibilidade de efetivo; teria alertado sobre os efeitos da dispersão, mas os representantes da saúde não se opuseram, enquanto o Doutor Luiz Alberto Chaves Oliveira, conhecido como Laco, Coordenador das Políticas Públicas de Álcool e Drogas do Estado, chegou a entender como conveniente a dispersão (SÃO PAULO, 2012b: 40)

Confirma-se não apenas a convivência de alguns setores da política municipal com a decisão do Coronel Borges, mas a ignorância de outras autoridades fundamentais para decidir sobre o assunto:

O certo é que a apuração aqui realizada demonstra que os órgãos assistenciais e de saúde não foram consultados em momento algum sobre a pertinência ou conveniência de se promover uma forte ação repressiva contra os dependentes químicos da região.

Na verdade, não foram sequer avisados! A Senhora Secretária de Assistência Social, por exemplo, que, a despeito de sua participação em reuniões anteriores e de estar diretamente interessada e implicada na questão, não foi avisada da operação e dela só soube quando os policiais já estavam nas ruas e, ainda assim, de modo casual: o Senhor Secretário de Habitação (que também desconhecia a operação, embora seja responsável pelo aproveitamento dos imóveis da área para projetos sociais de habitação) passava casualmente pelo local e, ao perceber o maciço contingente policial, inteirou-se da situação e, por seu celular, ligou para a Secretária da Assistência, dando-lhe conhecimento do que ocorria na área onde seus (da SMADS) agentes atuavam diuturnamente. (destaque do original) (SÃO PAULO, 2012b: 41)

A polícia, contudo, não inovou nesse campo de exceções, conforme explica Hannah Arendt, sobre a vida de refugiados e apátridas durante as décadas de grandes guerras mundiais:

O Estado-Nação, incapaz de prover uma lei para aqueles que haviam perdido a proteção de um governo nacional, transferiu o problema para a polícia. Foi essa a primeira vez em que a polícia da Europa ocidental recebeu autoridade para agir por conta própria, para governar diretamente as pessoas; nessa esfera da vida pública, já não era um

instrumento para executar e fazer cumprir a lei, mas se havia tornado autoridade governante independente de governo e de ministérios. (Arendt, 2006: 320)

Arendt ainda denuncia que no Estado francês, ordens de expulsão proferidas pela polícia – especialmente a polícia de fronteira – tinham maior aceitação do que as expedidas pelo Ministério do Interior, a despeito de, constitucionalmente, este ser superior àquela.

Os meninos e meninas encontrados nas ruas do centro do Rio de Janeiro e de São Paulo são, em sua maioria, provenientes de bairros distantes e, alguns, de cidades da região metropolitana. Entre as andanças pendulares e sazonais, esses jovens são compreendidos como “refugiados urbanos” dentro de sua própria terra. É a expressão emprestada de um dos trabalhos executados – há mais de oito anos - pelo Projeto Quixote⁶⁵, entidade paulista que atua no atendimento de rua, institucional e, atualmente, na especialidade CAPS ad ij (Centro de Apoio Psicossocial álcool e outras drogas infanto-juvenil). Em nova leitura de seu texto, Arendt nos permite encontrar algo semelhante: a situação dos apátridas e refugiados internacionais. Destacamos parte da historicização que a autora faz acerca dos processos de fragmentação de nações, Estados e povos, especialmente a partir das invasões e ataques fulminantes nos períodos de guerras do século XX.

Segundo Arendt, em meio às diversas tentativas de sobrevivência tanto pela via na naturalização ou da residência apátrida, surge um movimento contrário de forte criminalização dessas populações andarilhas. E é justamente a partir da conexão entre polícia de fronteira / refugiado / apátrida / país estranho que os crimes começam a se configurar. Todavia, um movimento de resistência dos estrangeiros surpreende as próprias regras locais: os crimes passam a constituir roupagens protetoras porque atribuem os primeiros direitos àqueles desprovidos de direitos em terra estranha, “pois o crime passa a ser, então, a melhor forma de recuperação de certa igualdade humana, mesmo que ela seja reconhecida como exceção à norma”. Em outras palavras, “como

⁶⁵ Disponível em: <http://colunas.revistaepocasp.globo.com/centroavante/2012/01/26/projeto-quixote-quem-sao-os-meninos-do-crack/>, acesso em 15/06/2012.

criminoso, mesmo um apátrida não será tratado pior que outro criminoso, isto é, será tratado como qualquer outra pessoa nas mesmas condições” (Arendt, 1989: 320). Mas, em outra via, é justamente a marca que a condição de ser criminoso carrega que assegura estar o apátrida destituído de seus direitos humanos.

Portanto, cabe aproximar os tempos e os espaços entre as populações apátridas e refugiadas do período da paz armada e pós - Segunda Grande Guerra e as apátridas e refugiadas dos centros urbanos das grandes capitais brasileiras, mormente Rio de Janeiro e São Paulo, já que ambas as populações:

- a) são provenientes de uma terra e criminalizadas em outra, sob alto controle de circulação;
- b) deslocam-se entre terras em busca de sobrevivência;
- c) adquirem direitos alicerçados em leis presentes em terras estrangeiras, ainda que nas formas penais;
- d) são qualificadas como em situação de risco. Isso, num primeiro momento, vitimiza tais pessoas (torna-as *em perigo*) por lhes retirar, inclusive, a possibilidade de atuar com autonomia, pois direitos não lhes são garantidos costumeiramente – caso contrário, possivelmente, não estariam vivendo nessas fronteiras (rua, território estrangeiro). Em segundo, atualiza-as na condição de perigosas ao meio em que vivem, pois são classificadas em norma como um incômodo aos demais, razão maior da criminalização de suas condutas;
- e) são submetidas a um determinante controle policial⁶⁶ que impera criando, ademais, artifícios que extravazam ou contrariam a legislação.

Em suma, o fato de os jovens localizados nas ruas dos centros urbanos em destaque serem capturados ou torturados – para caminhar sem destino - pela polícia os faz reinventar seu lugar na cidade, tornando-os vulneráveis à imposição de medidas penais, socioassistenciais e sanitárias, para garantia de direitos mínimos. Ou seja,

⁶⁶ Segundo Arendt (2006), o poder ofensivo das polícias detinha a soberania da decisão sobre quem era “fora da lei” e quem não era. A polícia, portanto, re-instituía os pactos federativos sobre a força legal. Soberanamente, a força policial sobrepunha-se ao ponto de designar quem deveria morrer e quem deveria ser expulso dos territórios fronteiriços. O refugiado tornou-se criminoso pela sua própria existência, e não pela sua conduta. Algo semelhante às estratégias policiais de controle das populações em situações de risco social na atualidade.

ressalvadas as proporções históricas, ocorre algo semelhante à situação dos refugiados de décadas atrás: uma vez alçados pela corporação que apresenta o primeiro olhar criminalizante do Estado, os jovens, enfim, passam a ter direitos. É a justificativa presente nos discursos oficiais: antes pegos à força, em nome do resguardo de suas vidas, do que mantidos ao léu nas ruas, em risco e sem direitos.

De outro lado, atualmente, são diversos os educadores terapêuticos e de rua, assistentes sociais e agentes de saúde que, em atuação cotidiana, tentam afirmar os direitos desses jovens. Atravessam seus trajetos e lhes propõem a reconstrução do projeto de vida ou, no mínimo, a assunção de cuidados vitais imediatos. No que tange aos dependentes químicos, embora a lei federal n. 10.216/01 preveja as internações psiquiátricas involuntária e compulsória como excepcionais mecanismos que confrontam a vontade do usuário do serviço de saúde mental, é a mesma lei que inova, no Brasil, em termos de garantia de direitos. Um desses direitos é a oferta de atendimento em saúde mental prioritariamente em meio extra-hospitalar. Nesse sentido, no mais das vezes, deve ocorrer, no máximo, internação involuntária para contenção de surtos, conforme se vê mais adiante.

Queremos dizer, portanto, que os cuidados de proteção e de garantia de direitos em serviços de saúde e socioassistenciais são constituídos como de livre acesso pelos usuários – especialmente em razão de a lei reconhecer que sua vontade é imprescindível para a entrada no serviço -, sem intermédio de agências policiais. E para isso se voltam os agentes sociais: a construção de vínculos que independam – senão afastem – da relação com a polícia local.

Entretanto, as intervenções policiais valorizam ainda mais os atributos criminosos impostos aos jovens, que passam a assumir outra configuração: a de criminosos em potencial, qualificativo único a justificar a replicação da ação miliciana, ciclicamente. E com isso, encontramos-nos novamente com o texto *arendtiano*.

A gestão das pessoas em risco localizadas nos centros urbanos carioca e paulistano impactou a vida de crianças e adolescentes que, assim, são subtraídos de sua vida privada, trasladados para o espaço público do espetáculo, tornando seu destino um quase-suplicio, posto que insacrificável, uma quase-disciplina da alma, posto que matável.

Democracia e Controle Penal Sanitarista: exceção que confirma a regra

Os dispositivos constitucionais de garantia de direitos e da ordem pública são, na superfície, sinais de garantia da liberdade individual e de igualdade na mesma medida em que, no fundo, de argumentos conservadores. Na forma de brechas imersas, são utilizadas em contraponto ao próprio discurso que sustenta essa comemorada Carta, a que Salo de Carvalho (2005) denomina “Constituição Penal dirigente”.

A Constituição brasileira de 1988 (...) como não poderia deixar de ser, cumpriu o programa do direito penal da modernidade, fornecendo travas ao exercício desmedido do poder público (violência estatal)

No entanto,

É que há uma tendência muito forte (e justificada) de crítica à ineficácia das normas constitucionais (...) não invariavelmente esta apreciação recai nos dispositivos relativos aos DESC's. (...) Nítido, pois, que, em matéria repressiva a efetividade das normas constitucionais não apenas foi integral como o legislador, aproveitando a ascensão do pânico moral, excedeu aos parâmetros (freios) estabelecidos pelo constituinte originário – p. ex., a inconstitucionalidade por excesso presente na lei dos crimes hediondos (Carvalho, 2005: 33)⁶⁷

Em sua dissertação de mestrado, Marcelo Campos (2010), ao estudar a produção legislativa voltada para o controle penal e criminal brasileiro, descobriu que, entre 1989 e 2006 – período inaugural da Constituição-cidadã -, houve uma crescente criação de normas punitivas, especialmente dedicadas a tipificar novas condutas ou a aumentar

⁶⁷ DESC's é a sigla utilizada para abreviar a expressão Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

penas de crimes já em vigor. A maior taxa evolutiva se deu na primeira metade da década de 1990. Segundo ele,

O Parlamento e o Executivo 'escolhem' o uso simbólico do Penal como forma fundamental de resolução de conflitos, a partir de demandas estatais (ou da sociedade civil) por maior (ou mais pesada) criminalização de condutas.⁶⁸

No século XX, quanto maior sua abrangência, mais o sistema penal abandonou o lugar de exceção para se tornar regra na normatização do comportamento humano, qualificado como indesejado socialmente. Trata-se, mais do que um simples sistema normativo, de um pensamento comum e preponderante: um tipo de *pensamento penal*, incrustado em comandos introjetados nos indivíduos. De acordo com esse modo de pensar, o comportamento se adequa para os reajustes necessários e cada vez mais desafiadores, quanto maior a rigidez legal e, portanto, moral (Villey: 140).

Considerando, ainda, que o sistema penal não vigora sob um complexo normativo de igualdade material, é possível afirmar que o estado brasileiro é tão democrático no nível institucional (afirmação de direitos) quanto desigual no campo individual (concretização e garantia real dos direitos).

Qual um processo de fagocitose, em que, “diante de um excesso, o sistema interioriza através de uma interdição aquilo que o excede” (Agamben, 2002: 27), o mesmo ocorre com a absorção de jovens em situação de rua num circuito sustentado por agências policiais e sociais que, como num sistema elétrico em série, não atuam de modo articulado, deixando uma a reboque da outra a cada falha que ocorra no circuito interno. É o que se nota nas fases das operações de recolhimento e dissipação de rua, com atuações tão isoladas quanto seus planejamentos. A norma fora suspensa: a vida dos jovens tornou-se manipulável e suscetível às novas decisões soberanas, executadas por meio da ostensiva presença de elementos discursivos (o risco), administrativos (gestão dos riscos), policiais (contenção e tortura nas ruas) e sociais (envolvimento de

⁶⁸ Disponível em: <http://www.ibccrim.org.br/site/monografia/monografia.php?id=79>.

agentes sociais destinados a legitimizar a ação militar planejada à luz das estratégias de gestão daqueles riscos). A atuação do Estado, em nome da proteção dos que incomodam os transeuntes – conforme a norma mandamental das ações da Guarda Civil Metropolitana de São Paulo -, portanto, perfaz a zona limítrofe entre o direito e o fato: é a linha que excepciona a regra jurídica, recriando-a. Em outras palavras, apesar de crianças e adolescentes em situação de rua terem afirmados em lei seus direitos civis e políticos – como os de liberdade, locomoção e mobilidade -, tais direitos são violados por operações de Estado justamente em nome do restabelecimento da ordem pública. E em nome dessa necessidade de retorno da ordem, promove-se um discurso real e normativo que autoriza a suspensão das liberdades de determinada parcela da população. Assim, a operação que parecia estar à margem da lei, integra-se à lei porque é justamente essa norma antiga e duradoura que permitiu, em alguma medida, a produção de novas normas, mesmo que sejam normas autorizadoras de ações de exceção. Conforme Agambem,

O estado de exceção, no qual a vida nua era, ao mesmo tempo, excluída e capturada pelo ordenamento, constituía, na verdade, em seu apartamento, o fundamento oculto sobre o qual repousava o inteiro sistema político (Agamben, 2002: 16).

A partir de uma leitura mais ampla sobre o foco que ousamos denominar *penal-sanitarista* do estado brasileiro, é possível localizá-lo no seio de um projeto político contemporâneo ocidental – pois, a partir da década de 1980 - que inclui no programa a gestão da pobreza por meio de políticas sociais de ações afirmativas (expressivas por meio da Assistência Social), a administração das tensões sociais (por meio de uma reestruturação dos órgãos de estado)⁶⁹, a satisfação dos desejos de determinados grupos civis; em suma, promove um equacionamento entre as forças transformadoras, as conservadoras e a imensa massa delineada, de um lado, pela subjetivação e introspecção

⁶⁹ Exemplo disso, no Brasil, é a crescente demanda produzida por meio da Secretaria-Geral da Presidência da República, que tem como uma das atribuições o diálogo permanente do poder executivo federal com os movimentos sociais.

do indivíduo em si próprio e, de outro, pelo cuidado estatal de sua vida natural, conforme interpretação de Agamben à tese foucaultiana de um “duplo vínculo político, constituído pela individuação e pela simultânea totalização das estruturas do poder moderno” (Foucault citado por Agamben, 2002: 13). É o mesmo estado brasileiro que avança na produção de teses de gestão das políticas sociais, econômicas e culturais (os DESC’s citados por Carvalho), em prol de coletividades indeterminadas, como as populações em situação de rua nos centros de São Paulo e Rio de Janeiro. E é o mesmo estado brasileiro que condensa e contorna a diversidade de pensamentos e opiniões, fortalecendo-se, por fim, no bojo do movimento liberal:

o neoliberalismo contemporâneo (...) não se interessa pelo sentido desta aventura, permanecendo aferrado a uma teoria da elite que se manteve pela evicção do direito à fala das camadas mais numerosas e particularmente mais pobres da sociedade (Lefort, 2001: 60)

É nessa sociedade brasileira que encontramos, portanto, mais um elemento justificador da gestão dos riscos, identificado, ainda, na própria gestão da vida dos jovens encontrados nas ruas centrais das capitais brasileiras. Jovens que, segundo Lefort, tem a fala simbólica embargada pelas instâncias sociais hegemônicas e oficiais.

O projeto político contemporâneo, enfim, atinge, pelo aspecto social – dado o discurso sobre a produção de risco - ou penal – sobre a conduta indesejada proveniente da situação de risco -, a toda a massa de jovens dentro da qual se selecionam sujeitos “matáveis” (Agamben, 2002) na mesma medida em que eles se tornam um dos públicos principais do normativo nacional e internacional de proteção dos direitos humanos. É a característica levantada por Carvalho, qual seja, as normas constitucionais e internacionais contemporâneas asseguram uma série de direitos que apresentam um novo marco político de proteção dos direitos humanos, mas, ao mesmo tempo, assegura a criação e o desenvolvimento de mecanismos de controle de populações (em risco) a partir de ações de violações de direitos de liberdade.

O modo de ser dos jovens, logo, autoriza seu desnudamento. São, afinal, vísceras de um intestino intoxicado, embora parte de um corpo saudável. É preciso extraí-las

para a limpeza, precedente de uma modificação de sua estrutura. É preciso retirá-las da órbita orgânica para demonstrar seus prejuízos ao corpo e evidenciar sua existência degenerativa. A aparição das vísceras sobre a mesa de cirurgia, fora do corpo, é a principal certeza de que a ele pertencem, sem fuga possível. É a vida dos jovens a ser “politizada”, extraída, sob a suspensão da norma, que a recria em estado estável. É o “novo corpo biopolítico da humanidade”. Segundo Agamben, “a vida humana é incluída no ordenamento unicamente sob a forma de sua exclusão” (Agamben, 2002: 25)

Em um processo de validação pela exclusão, o soberano é autorizado por lei a dela se excluir para aplicar, quando necessária, sua suspensão. Sendo assim, é evidente que nela se inclui a todo tempo. Logo, passo a passo, observamos que o soberano está dentro e fora da lei. Soberanos, portanto, são todos os corpos sociais responsáveis, em algum momento, pela tomada de decisão, poder especialmente notável quando da suspensão da norma para reintegração excludente da “vida nua” (Agamben, 2002). Vida nua é a vida matável, desnudada de proteções que revelam dignidade. Constitui-se nos atos includentes/excludentes do soberano. Esta inclusão é delineada pelo intangível, porém presente, “estado de exceção”, momento em que nada é certo a não ser a incerteza legítima da norma e de sua operação.

O estado de exceção é a “zona de indiscernibilidade” aferida, eis que não localizável, pela operação da suspensão da regra para, na medida em que a ela se associa uma situação desaforada, recriá-la, estabilizá-la, aforá-la. Em seguida, o estado de exceção tende a operar a harmonização do regramento. Conforme Agamben,

Uma das teses da presente investigação é a de que o próprio estado de exceção, como estrutura política fundamental, em nosso tempo, emerge sempre mais ao primeiro plano e tende, por fim, a tornar-se a regra (Agamben, 2002: 23)

No que tange ao Rio de Janeiro, o relatório dos conselhos de categoria profissional fluminenses que realizaram visitas fiscalizatórias apresentou dados expressivos que nos convidam a pensar no passo seguinte ao recolhimento: a resposta

estatal dispensada na atenção aos meninos e meninas acolhidos compulsoriamente. Observamos, com isso, dois movimentos: o estado de exceção *emerge ao primeiro plano* e, por fim, torna-se *regra*. Adicionamos a esse fato a dificuldade de sua localização, tal qual o *campo de concentração*:

Quando nosso tempo procurou dar uma localização visível permanente a este ilocalizável, o resultado foi o campo de concentração. (...)

O campo, como espaço absoluto de exceção, é topologicamente distinto de um simples espaço de reclusão. E é este o espaço de exceção, no qual o nexo entre localização e ordenamento é definitivamente rompido. (Agamben, 2002: 27)

Não obstante tenham sido identificadas, concretizadas e produtoras de dor e isolamento – porque acessadas compulsoriamente pelos jovens -, as casas-abrigo cariocas constituíram-se em campos não identificáveis porque fora do eixo normativo, com práticas institucionais não registráveis, pois carente de sentido terapêutico e de legalidade. As casas-abrigo, entretanto, passaram a ser localizáveis na medida em que atravessavam as trajetórias e os desejos dos meninos e meninas abrigadas compulsoriamente. Perduraram recebendo jovens que desapareciam da cena pública, mas tampouco apareciam em cena privada, familiar. Em nome do risco e da proteção automaticamente ofertada aos jovens, pouco importava a participação dos mesmos no processo de oferta de cuidados, e menos ainda a legalidade dos atos desde sua origem, nas ruas.

Se o elemento discursivo articulador das práticas contemporâneas de recolhimento e dissipação torturante das ruas é o *fator risco*, determinante na vida de uma pessoa que sobreviver nesse ambiente público, ele está proporcionando uma nova leitura sobre o uso de substâncias psicoativas e a eventual dependência que se constrói a partir de seu uso. O risco atribuído à condição de vida nas ruas – e associado ao uso de drogas – tem promovido a migração da discussão sobre os psicoativos do âmbito penal para, lentamente, o campo sanitário-psiquiátrico, dentro do qual gestores e técnicos dedicam-se a promover terapêuticas diversas em nome da saúde mental do usuário cuja

conduta era antes criminalizada e (hoje) patologizada. Essa passagem enquadra-se, exatamente, na medida da conceituação que Carvalho faz sobre a Constituição penal dirigente. E é justamente porque ainda não se estabelece totalmente no campo da saúde que a associação risco / ruas / drogas nos convida a adjetivar o estado brasileiro como democrático penal-sanitarista.

Ademais, a passagem entre as searas penal e sanitária oportuniza justamente a mercantilização do uso e do desuso. Se, com a tradicional política criminal, o Estado era o único executor das próprias respostas (apenas penal) ao uso e comércio – por meio dos crimes e sanções penais -, porque detentor do monopólio da penalização, atualmente, o controle do uso de drogas no campo da saúde permite a entrada em cena de outros atores – inclusive particulares e civis – para disputar com os órgãos estatais os modelos de atenção à saúde. A resposta estatal passa a ser um bem de comércio. Paradoxal concluir, portanto, que poderia haver maior segurança jurídica aos cidadãos que eram apenas apenados, em relação aos disputados hoje em dia pela concorrente rede público-privada de ofertas de serviços de saúde mental.

A condição de crianças e adolescentes em situação de rua é ainda mais precarizada do que os atos contra adultos em mesma condição, haja vista as históricas práticas de sublimação de sua opinião (modelo tutelar), desconsideração de seu bom senso e anulação de sua autonomia. Conforme vimos, em 2011, no primeiro anúncio da prefeitura municipal de São Paulo, concomitante ao início das operações no Rio de Janeiro, autoridades paulistanas argumentaram que crianças e adolescentes padecem de uma dupla falta de discernimento sobre os atos de consumo de drogas: em razão da idade e do estado mental entorpecido, encontram-se absolutamente incapazes de se orientar no cuidado com a própria saúde.

E em nome de sua vida, o Estado se coloca no dever de garantir o direito à saúde dessa população, não obstante não se trate, de acordo com as expressivas normas policiais, de um problema de saúde detectado, mas de ordem pública e de risco social.

Com isso, avançamos na travessia dessa ponte que une o tratamento penal ao tratamento sanitário, perante o risco social nas ruas e o uso de drogas. O lado de lá? Bem, a terra a ser alcançada é vislumbrada adiante: o âmbito penal está dando lugar e legitimidade ao âmbito da saúde mental, política que serve de mecanismo de dupla e

oposta finalidade. Por um lado, salva vidas! Por outro, é capaz de matá-las ou condená-las ao exílio, ao manicômio, à prisão... seu manuseio deve ser analisado. A seguir, verificaremos em que medida o campo da saúde mental tem ocupado espaços de garantia de direitos e, mais que isso – e o que importa aqui -, de imposição de responsabilizações e segregações. A seguir, campos paralelos de atuação estatal que guardam relativa sintonia com as operações de 2011 e 2012.

A onipresença da saúde mental nas políticas sociais e criminais

A passagem para o século XXI está marcada pelo recurso às práticas ligadas à política de saúde mental. Mas, também, a experiências não muito alinhadas com os princípios atuais dessa mesma política, conforme se explicará adiante. Diversas políticas sociais e criminais são, atualmente, atravessadas por tais práticas, vindo estas a compor um estado que escolheremos denominar *onipresença*, entre os programas de garantia de direitos e de responsabilização de sujeitos que infringem as normas.

O campo hoje alcunhado de *saúde mental* não tem destaque apenas na contemporaneidade: no Brasil, os largos passos dados por reis, imperadores e presidentes, rumo ao controle das doenças e das populações, talharam sulcos notadamente sustentados em operações de isolamento, segregação, adoecimento, institucionalização e, atualmente, recuperação e reabilitação psicossocial.

Ocorre que, agora, em nome da intersetorialidade, as políticas criminais de responsabilização adulta e adolescente, diversas políticas sociais de base, como as de educação, assistência social, drogas e, propriamente, saúde, têm sido objeto de significativas cruzadas parlamentares e executivas em nome da saúde mental do povo brasileiro. No Congresso Nacional e nas Assembléias Legislativas, intensificam-se os discursos renovados de cuidado especial com a população marginalizada e empobrecida associada ao consumo abusivo de substâncias psicoativas ilícitas nas ruas. É o que ocorre no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Conforme vimos, nesse Sistema, o uso de entorpecentes, embora ainda não tenha sido excluído do rol de crimes, não enseja a resposta estatal de pena privativa de liberdade, mas de: “advertência sobre os efeitos das drogas”; “prestação de serviços à comunidade” ou

“medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo” (art. 28 da lei federal n. 11.343/2006). Em outras palavras, atualmente, há um empenho da sociedade brasileira em impor ao usuário de substâncias psicoativas um tratamento não prisional. Mas isso significa que esse público usuário de substâncias ilícitas está livre de qualquer outra sanção privativa de liberdade?

Para a faixa etária adolescente, prevalecem o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, lei federal 8.069/90) e a lei federal n. 12.594/12, que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Conforme esse arcabouço legal, ao adolescente que pratica ato infracional – como o uso de substâncias psicoativas ilícitas – cabem as medidas socioeducativas como também as protetivas, conforme leitura do art. 112 do ECA, sendo sua operacionalização conforme os dispositivos presentes no SINASE. Dentre eles, os contidos nos artigos 60 a 65 da lei, os quais abarcam as questões relativas à saúde e à saúde mental dos adolescentes, na perspectiva da integralidade, um dos princípios justificadores da instituição da nomenclatura *Sistema Único de Saúde* (SUS, lei federal n. 8.080/90). Com relação à saúde mental, verificada a condição psíquica que demande atenção específica, vale destacar a oportunidade de o Poder Judiciário emendar o processo socioeducativo com uma ação de interdição civil:

Art. 65. Enquanto não cessada a jurisdição da Infância e Juventude, a autoridade judiciária, nas hipóteses tratadas no art. 64, poderá remeter cópia dos autos ao Ministério Público para eventual propositura de interdição e outras providências pertinentes. (BRASIL, 2012)

A interdição civil é instituto previsto no Código Civil e no Código de Processo Civil que visa a impedir a continuidade do exercício de alguns direitos do sujeito a ser interditado. Conforme o art. 1767:

Art. 1.767. Estão sujeitos à curatela:

I - aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil;

II - aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade;

III - os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos;

IV - os excepcionais sem completo desenvolvimento mental;

Portanto, o SINASE reforça a norma presente no Código Civil na medida em que torna os adolescentes egressos do sistema socioeducativo vulneráveis à submissão a um novo processo judicial de interdição; e que objetiva o impedimento de sua plena autodeterminação. Para melhor elucidação do leitor e precisão sobre as questões subliminares que geraram essa norma, vale ampliarmos esse ponto. Hipótese: esse trecho da lei 12.594/12 tem gênese em debates paulistas que provocaram a criação de equipamento denominado “Unidade Experimental de Saúde”, em funcionamento desde 2006, inicialmente dentro do sistema socioeducativo. Vejamos.

No estado de São Paulo, o fim dos anos 90 foi marcado pela permanente circulação de informações midiáticas segundo as quais se multiplicavam os tumultos e rebeliões promovidos por adolescentes que cumpriam medida de internação no interior de unidades privativas de liberdade⁷⁰. Desses fatos emergia, nos debates cotidianos, uma atenção especificamente voltada ao perfil dos jovens aos quais se atribuía a liderança dos movimentos internos a então Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor (FEBEM-SP). Nesse mesmo plano de monitoramento, juízes das varas da infância e juventude, sobretudo da capital paulista, incluíam outro público a ser identificado: jovens acusados da prática de atos infracionais considerados *de alta gravidade*. As preocupações judiciais motivaram a instauração da sindicância n. 01/02, pelo Departamento de Execuções da Infância e Juventude (DEIJ) do Fórum Judicial das Varas Especiais da Infância e Juventude da capital, processo que visava a apurar irregularidades no sistema de atendimento de adolescentes portadores de transtorno mental. Estabelecia-se, aí, uma etapa político-judicial – porque construída pelas ações

⁷⁰ Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u67642.html>, acessado em 15/03/2012.

mediáticas e judiciais - de aproximação de fatos relacionados a atos infracionais graves, rebeliões internas ao sistema socioeducativo e transtornos psíquicos.

No mesmo estado paulista, o início da década de 2000 inaugura um período de alinhamento dessas questões, e, para tal, promove-se a *aproximação dos saberes jurídico-judiciais e do campo “psi”*. Intentava-se desvendar eventuais relações entre os comportamentos juvenis e a condição psíquica enquadrada em algum diagnóstico previsto no Código Internacional de Doenças (CID 10). Na primeira metade da década de 2000, a celebração do convênio administrativo entre FEBEM/SP e Instituto de Medicina Social e Criminologia (IMESC) configurou um dos principais passos para essa meta: emprestou-se ao sistema de justiça juvenil o conhecimento pericial historicamente produzido pela psiquiatria forense no sistema prisional. Essa iniciativa resultou na execução de metodologias avaliativas e na constituição de novos entendimentos sobre o psiquismo adolescente. Os peritos do IMESC, até então contratados pelo governo paulista para desenvolver trabalhos nas penitenciárias, foram inseridos nas unidades da FEBEM. Uma das resultantes é a transposição do diagnóstico de Transtorno de Personalidade Anti-Social (TPAS) - tipicamente atribuído a adultos - para a instituição socioeducativa, muito embora seja pacífica a opinião médica de que se trata de quadro clínico não aferido em pessoas menores de 18 anos de idade.

Uma das portas para o enquadre *psi*, o comportamento adolescente ao qual se atribui o TPAS, vem, a partir dos anos 2000, acompanhado sobremaneira do qualificativo *periculosidade*, adjetivo que promove uma rotulação do indivíduo e de determinados grupos sociais, especialmente assemelhados a partir de uma visão de mundo que deprecia o sujeito por compaixão ou o rejeita por medo. Mais que isso, adjetiva a pessoa em função de comportamento cujos atos sejam entendidos como parte de uma postura completamente determinada, isto é, sem possibilidade de alteração e variação em mesmas circunstâncias (Zaffaroni, 2001: 116). Enquanto a aplicação dos critérios definidos pelos peritos pretendia criar um diagnóstico para caracterizar e normatizar o comportamento a partir do ato cometido (passado), o instituto da periculosidade agregava àquele a perspectiva de perigo futuro, servindo para normatizar o vir-a-ser. Isto é, procurou demonstrar, por determinado escalonamento na relação *psiquismo / risco*, a probabilidade de uma pessoa realizar novamente um ato gravoso à sociedade.

Em avanço nos debates, os documentos da sindicância mencionada demonstravam estar em andamento, com apoio das secretarias de estado, a elaboração de dispositivos de identificação e tratamento mais eficazes do que os empregados até o momento, no campo da saúde mental.

O processo evidencia uma fase político-pedagógica no tratamento da questão da violência juvenil em interface com o direito à saúde mental que se distingue da desenvolvida no século XX por dois fatores fundamentais: o aprimoramento e uso acelerados dos manuais de diagnósticos, acompanhados de crescente conjunto de doenças codificadas; e o aumento da violência urbana juvenil, que enseja a produção dos mais altos índices de letalidade em grupos jovens tão vítimas quanto autores.

Pretendeu-se, a partir da sindicância instaurada, encontrar na relação psi/jurídica a chave tanto para identificação do quadro psíquico supostamente influenciador nos atos infracionais violentos, como para criação de métodos de contenção eficazes dentro do sistema socioeducativo. A partir daí, surgiu a Unidade Experimental de Saúde de São Paulo (UES), para onde, inicialmente, seriam levados alguns jovens em cumprimento de medida socioeducativa privativa de liberdade.

Fundada pela Portaria Administrativa FEBEM n. 1219, de 18/12/2006, a Unidade Experimental de Saúde (UES) foi destinada a “receber adolescentes que manifestem tendência anti-social de acordo com os critérios clínicos” (art. 1º). Entretanto, em maio de 2007, a fuga de jovem contido há 03 anos e 07 meses na Fundação CASA⁷¹ ensejou a repentina abertura das portas da UES pelo governo do estado, internando-o como primeiro paciente no espaço previsto para 52 jovens que ainda estivessem em medida socioeducativa.

Em 28 de novembro de 2007, foi firmado Termo de Cooperação Técnica entre a Fundação CASA - SP, Secretaria de Estado da Saúde (SES) e Secretaria de Estado da Administração Penitenciária (SAP), motivo pelo qual a UES passou a ser gerida pela tríplice aliança, para promover a transição para a plena e futura gestão da SES, que ocorreu com o Decreto Estadual n. 53.427, de 16/09/2008, que a destina a:

⁷¹ O jovem em questão estava já há 07 meses com sua medida de internação suspensa.

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** da Lei federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o **Estatuto da Criança e do Adolescente**, e alterações posteriores. (SÃO PAULO, 2008a) (destaque nosso)

Observa-se que a UES fora ajustada duas vezes para a contemplação de vontades político-judicial-administrativas, de modo a situá-la, neste último formato, no campo da exceção à norma, pois à margem da lei, eis que parece contrariar o Sistema Único de Saúde, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Constituição Federal. Pois, no preâmbulo do Decreto, assim, estabelece: “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” (SÃO PAULO, 2008a). Vemos, assim, que o Decreto admite, em primeiro plano, que o SUS não permite a realização do tratamento em ambiente de contenção. E, num segundo momento, responde a essa questão afirmando que, excepcionalmente ao SUS, a UES vem a ser um estabelecimento destinado ao “tratamento psiquiátrico em regime de contenção”.

Verificamos que a década de 2000 direcionou o poder judiciário e o sistema socioeducativo paulistas para os debates sobre o tratamento institucional a ser dado a jovens que apresentem diagnósticos psiquiátricos que sugerem manutenção da contenção. E a UES surgiu como um mecanismo emergencial para sanar parte dos problemas, bem como anunciar, legitimar e contornar os riscos que essa população

adolescente encarcerada ofereceria, conforme as circunstâncias se apresentem. Neste sentido, perguntamos: é a UES o protótipo de operação a ser generalizada e anunciada em norma, agora na lei que institui o SINASE, para todos os jovens enfeitados do sistema socioeducativo, sob a justificativa de serem portadores de transtornos de personalidade? Ainda que possível, não podemos afirmar de modo assertivo, mas podemos concluir, desde já, que este é mais um campo a equalizar práticas de controle dos corpos e das populações a partir dos mecanismos e das verdades típicos da saúde mental.

Outra plataforma de influência de práticas de saúde mental é a legislação processual penal. O Código de Processo Penal estabelece um mecanismo psiquiátrico dentre as opções de prisão cautelar, isto é, aquela imposta provisoriamente, durante a produção de provas.

Art. 319. São medidas cautelares diversas da prisão

VII - **internação provisória** do acusado nas hipóteses de crimes praticados com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluírem ser inimputável ou semi-imputável (art. 26 do Código Penal) e houver **risco** de reiteração. (destaque nosso)

Podemos traçar diversas críticas, inclusive técnicas, acerca da norma. Do ponto de vista político, é dubitável a associação imediata entre violência e loucura, pois se utilizam do sistema penal para aprisionar provisoriamente alguém que ainda não está condenado judicialmente. Aprisionamento que não responde à eventual necessidade de tratamento, tanto porque não cabe ao sistema penal tratar – e sim à saúde – quanto porque ainda não está confirmada a autoria do crime, de modo que não se sabe, portanto, se a loucura eventualmente apresentada pela pessoa tem a ver com – ou enseja – a prática delitiva.

Ademais, associar a loucura à semi ou inimputabilidade também é um desvio técnico de compreensão, eis que nenhuma lei brasileira atesta haver uma relação de causa (loucura) – consequência (semi ou inimputabilidade). Nem todos os quadros

clínicos encontrados no CID 10 atribuem ao sujeito a condição de incapacidade de discernimento sobre os atos praticados, indicador do estado de semi ou inimputabilidade. Tecnicamente, ainda, bastante questionável a responsabilidade de um profissional da saúde mensurar o “risco de reiteração”. Tão desafiadora a resposta a essa dúvida porque afeta a liberdade dos sujeitos em análise. Por fim, tem a breve análise desse capítulo a intenção de evidenciar os atravessamentos, por mecanismos de saúde mental, das gestões criminais e sociais das populações *em risco*. Cristalina a utilização da internação psiquiátrica provisória não para fins terapêuticos, mas como meio (de contenção) para a regular produção de provas, até que se encerre o processo-crime.

A seguir, identificamos a política de educação sendo permeada de ações das áreas *psi*, mormente as disciplinadoras de comportamento dos escolares. É o que apontam os encontros, fóruns e movimentos que deflagram a *medicalização da educação* presente nos estabelecimentos educacionais, devassadores, por sua vez, de uma perspectiva mais ampla de medicalização da sociedade.

Organizado pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP), em novembro de 2011, o II Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos - Novas capturas, antigos diagnósticos na ‘Era dos Transtornos’”⁷² foi fruto de inúmeras discussões em andamento pelos segmentos da sociedade civil em favor da qualificação de debates que desanuviem operações cotidianas de psiquiatrização e medicalização dos corpos, que, segundo o Conselho, traduz o

processo em que as questões da vida social, sempre complexas, multifatoriais e marcadas pela cultura e pelo tempo histórico, são reduzidas à lógica médica, vinculando aquilo que não está adequado às normas sociais a uma suposta causalidade orgânica, expressa no adoecimento do indivíduo. Assim, questões como os comportamentos não aceitos socialmente, as performances escolares que não atingem as metas das instituições, as conquistas desenvolvimentais que não ocorrem no período estipulado, são retiradas de seus contextos, isolados

⁷² Disponível em: <http://www.crsp.org.br/seminariomedicalizacao/>

dos determinantes sociais, políticos, históricos e relacionais, passando a ser compreendidos apenas como uma doença, que deve ser tratada. (CRP-SP, 2011⁷³)

É a contenção química tomando assento na locomotiva do disciplinamento e controle das populações.

O Seminário sucedeu a uma primeira edição realizada em novembro de 2010, da qual resultou a elaboração do *Manifesto de Lançamento do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*, subscrito por 33 coletivos – instituições civis, conselhos de categoria profissional, fóruns de defesa de direitos etc. Destaque de intervenção dos segmentos sociais preocupados com a esteira produtiva de diagnósticos psiquiátricos e normalização dos comportamentos, o Fórum, de atuação permanente, teria por finalidade “articular entidades, grupos e pessoas para o enfrentamento e a superação do fenômeno da medicalização, bem como mobilizar a sociedade para a crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento”⁷⁴.

Nesse mesmo sentido crítico seguem outros coletivos, como a Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)⁷⁵; publicações, como a “Medicalização de Crianças e Adolescentes - Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos” (CRP-SP)⁷⁶; e a promulgação da lei municipal n. 15.554/2010, que institui o Dia Municipal de Luta contra a Medicalização da Educação de São Paulo, fruto de incidência política gestada no seio da parceria entre o CRP SP e o Grupo Institucional Queixa Escolar, que “evidencia a corrente reducionista dos processos sociais, relacionados à precarização das condições de vida e à uniformização de comportamentos, sentimentos e pensamentos”⁷⁷.

Esses episódios de resistência frente a um movimento de controle sanitário no interior dos estabelecimentos escolares nos lembram a esteira histórica na qual este se

⁷³ Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/medicalizacao>

⁷⁴ Disponível em: http://www.crpsp.org.br/medicalizacao/manifesto_forum.aspx

⁷⁵ Disponível em: <http://www.abrapee.wordpress.com/2012/04/18/luta-contra-a-medicalizacao-da-educacao>

⁷⁶ Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/medicalizacao/publicacoes.aspx>

⁷⁷ Disponível em: <http://www.medicalizacao.com.br/lei-institui-o-dia-municipal-de-luta-contra-a-medicalizacao-da-educacao>

encaixaria, desde o início do século. Em *A Gestão dos riscos*, Castel (1981) trata dos processos políticos franceses pelos quais se institucionalizou um modelo pedagógico fundado nos saberes psis. Assim como registrou Donzelot, Castel conta-nos que houve um

movimento acentuado pela lei sobre a escolaridade obrigatória que, multiplicando o número de pessoas necessitando de uma educação especial, exigia a criação de um dispositivo montado em derivação sobre o sistema escolar e não sobre o sistema psiquiátrico (Castel, 1981:52)

Castel descreve a passagem histórica que revelou a preocupação da sociedade francesa em acolher crianças e adolescentes portadores de retardo mental. Criaram-se dispositivos que confirmam duas premissas: a) determinadas crianças e adolescentes possuem retardo mental que a incapacitam de conviver rotineiramente com os demais colegas escolares; b) o modelo psiquiátrico é a melhor alternativa para a devida acolhida, que não mais será em conjunto com os demais jovens. É exatamente o que, atualmente, verifica-se nos discursos que depõem a favor da medicalização da educação. Castel ainda complementa com os tipos de estabelecimentos escolares criados como resposta ao anseio social: “classes especiais a partir de 1909, internatos médico-pedagógicos a partir de 1935, centros médico-pedagógicos a partir de 1945, grupos de ação psicopedagógicos a partir de 1970 etc.” (Castel, 1981, 53)⁷⁸

A par desse cenário, convidamos ao debate sobre a *relação entre a política de assistência social e a política de saúde mental*. É a política socioassistencial o alvo das práticas *psi* no campo de batalha em que as vítimas são a população em situação de rua, sobretudo crianças e adolescentes. É especificamente sobre essa simbiótica relação que avaliamos as operações de recolhimento, acolhimento compulsório e internação psiquiátrica compulsória executadas no Rio de Janeiro e em São Paulo, entre 2011 e 2012.

⁷⁸ Com isso, Castel arrebatava afirmando se tratar de um arcabouço educacional que inaugura, ao final da Segunda Guerra Mundial, a relação entre psicanálise e infância.

Portanto, o entrecruzamento de políticas voltadas ao desenvolvimento humano e à punição tem sido interseccionado por mecanismos próprios da legislação de saúde.

IV. A proteção sucumbe ao controle?

Em virtude da sobreposição numérica da população urbana sobre a rural, a administração do adensamento populacional gerou conflitos na medida em que novos segmentos populacionais se destacaram na luta por direitos. O século XX foi crescentemente irrigado pela produção de estratégias de afirmação de direitos por grupos sociais aos poucos classificados como minorias políticas. Dentre eles, os trabalhadores por seus direitos laborais; as mulheres, por seus direitos civis e políticos; crianças e adolescentes, pelos direitos de proteção e assistência; refugiados e apátridas, pelos direitos transnacionais, entre outros.

No Brasil, muito embora denominado como um conjunto de direitos, o normativo que reconhecia a existência de crianças e adolescentes pouco assegurou – ainda que expresso na legislação – um acervo de normas destinadas a garantir o desenvolvimento saudável desse público: detinha-se, basicamente, a impor deveres correccionais aos jovens e penalidades às instituições e familiares que prejudicassem o regular desenvolvimento daqueles. A propósito, o Código de Menores de 1927 (primeira normativa codificada no país) dispunha sobre a *proteção e assistência a menores*; já o Código de Menores de 1979 não fez jus à campanha internacional que intitulou o momento como o Ano Internacional da Criança: dispunha sobre a assistência, proteção e *vigilância a menores* (art. 1º). Estampava-se na norma o caráter de controle da sociedade contemporânea, conforme expressão consagrada por Michel Foucault (1979).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) inaugurou, em 1990, um cenário promissor para a garantia de direitos humanos, no bojo da denominada Constituição-cidadã (1988), absorvendo, ainda, efeitos da paralela produção da Convenção Internacional dos Direitos da Criança (CDC), ratificada em 1990 pelo estado brasileiro. Sob a égide da Doutrina da Proteção Integral, esse normativo garante direitos à luz da universalidade, integralidade, equidade, dignidade da pessoa humana, condição peculiar de pessoa em desenvolvimento e prioridade absoluta, princípios ausentes nas leis brasileiras até essa nova etapa democrática.

Esses princípios respondem à principal expectativa dos movimentos sociais de defesa dos direitos de crianças e adolescente: a incondicional garantia de direitos para o desenvolvimento de qualquer jovem, por meio das demais leis sociais que, de modo integrado, conjugariam todos os direitos consagrados internacionalmente, consubstanciados em quatro pilares definidos na Convenção Internacional: direito à participação, direito ao desenvolvimento, interesse superior da criança e direito à autonomia.

Pois é dentro dessa dinâmica legislativa e da plataforma de políticas de estado que políticas de governo antagônicas surgem e se estabelecem. Confrontos dialeticamente produzidos pelos setores da sociedade que não são estanques, mas se reaglutinam conforme a circulação de interesses e a vetorização das forças.

Em substanciosa – mas nunca esgotada – análise sobre as operações de governo de 2011 e 2012, propusemos uma leitura crítica que, no mínimo, colocasse-as em questão. Para tanto, nomeamos a *rua* e as *drogas* como fatores colocados pelas operações em contraposição aos conceitos de *saúde e liberdade*. O guarda-chuva – ou a coluna vertebral – dessa associação múltipla é o conceito histórico de *risco*.

A seguir, fragmentamos as situações analisadas em partes que propusessem linhas próprias de abordagem. Na forma das *políticas*, verificamos certo (des)alinhamento entre a plataforma brasileira de saúde e assistência social e as práticas afins identificadas nos procedimentos de recolhimento e dissipação de crianças e adolescentes no período observado. Agregamos a essa dupla de políticas públicas a análise sobre o modelo de ação das polícias municipais e estaduais, em acordo com as ordens dos gestores públicos. O modelo executado nas duas capitais recorreu a: práticas semelhantes às encontradas no processo de transição da medicina individual para a social, com base nas teorias epidemiológicas; procedimentos similares aos deflagrados por Hannah Arendt acerca do controle da circulação de refugiados e apátridas nos países europeus; teorias resistentes aos ditames da reforma psiquiátrica brasileira.

Na medida em que avançamos para a certificação de que os tradicionais ditames da ordem e da segurança pública dividem, numa crescente, espaço com as ações socioassistenciais e de saúde mental, começamos a ver reconfigurar o sistema político brasileiro. Resultado disso é expresso na nomenclatura “controle penal-sanitarista”, com

a qual quisemos apontar para uma perspectiva de alteração de instituições e saberes na manutenção do controle das populações e da gestão dos riscos. E então, colocamos uma lupa nessa perspectiva, apresentando exemplos de fatores que a compõem, fenômeno que nomeamos como “onipresença” da saúde mental.

Retomando a leitura completa, ideal é a verificação da hipótese. Em certa medida, confirmamos: nas operações de 2011 e 2012, em virtude do uso de substâncias psicoativas, o dever do Estado em garantir saúde à população em situação de rua sobrepôs-se ao exercício dos direitos de liberdade desse mesmo grupo social. Para além, pudemos extrair significados e produzir reflexões mais profundas.

A primeira é a utilização de artifícios militares e penais para a consecução do fim social a que se destinavam as operações. O normativo que disparou as ações privilegiou a execução de natureza militar. Em paralelo, a norma que regulou a atuação da guarda civil metropolitana de São Paulo ordenou a prisão de usuários de drogas. A segunda é a não garantia do direito à saúde mental. Isso porque não houve fluxo administrativo adequado, dadas a ausência de planejamento integrado entre os gestores das políticas e a insuficiente cobertura destinada à tamanha e rápida demanda produzida nos primeiros dias de operações. E também porque, conforme disseram alguns dos declarantes ao Ministério Público estadual, os processos terapêuticos parecem vingar, geralmente, quando há adesão dos usuários.

Nunca tantos direitos foram publicados em nosso país; nunca tamanho paradoxo fora gerado em virtude, por outro lado, das normas de proibição em crescente produção. Assim, a terceira e talvez mais importante conclusão desse estudo: a configuração de novos modelos de gestão de riscos, plantados em terras “sanitário-penais” e enunciadores de um novo tempo: a intensificação amena – porque menos penal e menos judicial – do proibicionismo das condutas fundamentada justamente numa legislação constitucional que se destaca pela promulgação de tão ampliado rol de direitos de liberdade. Para determinados grupos sociais, tanto se liberta quanto se proíbe! Fazem parte desses grupos os meninos e meninas sorrateiramente cercados pelas instituições sociais e pelas polícias. Meninos e meninas que vivem nas – e das – ruas. Em situação de risco são classificados; porém, no mundo concreto e cotidiano, são comumente identificados como perigosos. Em nome desse perigo latente, ações descabidas e ilegais

são praticadas, para, ao final, executar-se a retirada forçosa da população das ruas dos centros das capitais. Essa prática é justamente um dos mecanismos de governo que fundamentam a expressão *gestão dos riscos*, emprestada para guiar a análise dos fatos.

Instrumento dos discursos políticos e dos atos administrativos e legislativos apresentados, o *crack* tem sido nomeado como a droga que impõe risco maior ao usuário que está nas ruas, em situação de vulnerabilidade alimentar e habitacional. Nesses discursos, verifica-se que o crack é ligado a uma suposta insanidade mental do usuário. Tratado como adoecido apenas porque consome a substância, é submetido tanto a intervenções destinadas à mitigação da eventual dependência química como, mais a fundo, de tratamento frente à *escolha do uso* e previamente a ele. É essa liberdade para as escolhas que está em questão e que, portanto, toma espaço nesse estudo, muito mais do que o próprio efeito do uso no corpo ou o eventual e futuro dano à saúde. Um dos aspectos de liberdade que a população em situação de rua ainda possui, o uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas – mormente o crack - é alvo de enfrentamento por parte daqueles discursos e atos, ainda que o uso de substâncias psicoativas em geral não seja mais um dos principais focos do proibicionismo penal (pois o uso não é mais respondido com pena privativa de liberdade); mesmo que seja, logo, debatido do ponto de vista da saúde. A droga é o concreto, alvo possível para o Estado promover o deslocamento dos sujeitos que, mesmo morando ou freqüentando as ruas, exercem mínimos direitos de escolha sobre o corpo e a vida. Antes de se constatar dano à saúde de cada pessoa em situação de rua, esta fora afligida em razão de sua escolha, de seu desejo e de sua prática contra ninguém.

No caso desses meninos e meninas, a experiência de não serem cidadãos/ãs e, mais, tornarem-se uns/mas “apátridas” na terra estrangeira – embora natal (ou de sua criação) - é astutamente ajustada pela suspensão da norma ao desnudar, de modo exemplar e aterrorizante, a história de cada um dos jovens invisibilizados que ocupam as ruas em disputa. E esse quadro de desnudamento realizado em virtude do risco social produzido pelo uso abusivo de drogas nas ruas é a ponte constituída para um atualizado

modelo de controle das populações, executado não apenas por via das leis penais⁷⁹, mas das leis sociais, sobretudo as de saúde – política de proteção.

É tempo, portanto, de revermos em que medida a proteção integral de crianças e adolescentes está sucumbindo aos ditames do controle sociopenal de diversas ordens que não eram visadas – e, portanto, enfrentadas - pelos movimentos sociais que promoveram a promulgação do ECA. E, com isso, em que medida os próprios protagonistas desses movimentos, hoje, aderem aos novos modelos de gestão dos riscos ou, ao contrário, ainda produzem resistência. É a dúvida a ser finalmente considerada...

⁷⁹ É comum encontramos, na história brasileira do século XX, mecanismos penais inscritos nas principais leis da República, que se destinavam a regular a circulação das pessoas pelas ruas, notadamente as denominadas como vadias, vagabundas, mendigas e em perambulação. Atualmente, temos outros recursos normativos, não instalados nas leis penais, que também proporcionam a execução do controle da locomoção e permanência das pessoas nas ruas.

Referências Bibliográficas

Documentos literários

AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. Trad. Henrique Burigo. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

ARENDT, Hannah. *As origens do Totalitarismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco*. In: Revista Brasileira de Epidemiologia, Vol. 5, Supl. 1, Fac. Medicina, USP, 2002.

BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica: organização Paulo Amarante: trad. Joana Angélica d'Ávila Melo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BATISTA, Dayse (trad.). *DSM IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BATISTA, Vera Malaguti. *O medo na cidade do Rio de Janeiro: dois tempos de uma história*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

BECK, Ulrich. *Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade*. São Paulo: Ed. 34, 2010.

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

CARVALHO, Salo. *Observações sobre as (dis)funções do controle penal na sociedade contemporânea*. In: MENEGAT, Marildo e NERI, Regina. *Criminologia e Subjetividade*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005.

CASTEL, Robert. *A gestão dos riscos*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1981.

CASTEL, Robert. *Da periculosidade ao risco*. In: Alvarez-Uría, Fernando e Varela, Julia. *Materiales de sociologia crítica*. Madrid, Espanha: Las Ediciones de La Piqueta, 1986.

CASTEL, Robert. *A insegurança social: o que é ser protegido?* Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CEDECA Rio de Janeiro. *Pronunciamento público do Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente do Rio de Janeiro*. Acessado em 14.03.2012, disponível em: <http://www.cedecarj.org.br/noticias/124>.

DONZELOT, Jacques. *A Polícia das Famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

EXAME, Revista. *São Paulo usa dor e sofrimento para acabar com cracolândia*. Disponível em <http://exame.abril.com.br/economia/brasil/crime/noticias/sp-usa-dor-e-sofrimento-para-acabar-com-cracolandia>, de 05/01/2012, acesso em 20/01/2012).

FERNANDES, Antônio Carlos Gomes Belchior Fontenelle. *Como Nossos Pais*. Disco Alucinação: Polygram, 1976.

FLACSO Brasil. *Mapa da Violência 2012 – Criança e Adolescente no Brasil*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americano, 2012.

FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas*. Roberto Machado e outros (trad.). Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975 / 1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Roberto Machado (org. e trad.). Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987. FURINI, Luciano Antonio. *Redes sociais de proteção integral à criança e ao adolescente*. São Paulo: Unifesp, 2011.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2003.

ILANUD, ABMP, SEDH, UNFPA (orgs), *Justiça, Adolescente e Ato Infracional: socioeducação e responsabilização*. 2006.

LEFORT, Claude. *Pensando o político. Ensaios sobre democracia, revolução e liberdade*. Trad. Eliana M. Souza. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

MACHADO e outros. *Danação da Norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

NEVES, Ednalva Maciel. *Expertise da saúde: autoridade e legitimidade do discurso epidemiológico do risco*. Trabalho apresentado na 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho, Porto Seguro, Bahia, Brasil, DESOC/PPGCS/UFMA, Disponível em:

http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_26_RBA/grupos_de_trabalho/trabalhos/GT%2009/ednalva%20maciel%20neves.pdf

OMS. *Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ONU. *Convenção Internacional dos Direitos da Criança (CDC)*, 1989.

PASSETTI, Edson. *Crianças carentes e políticas públicas*. In: PRIORE, Mary Del (org). *História da Criança no Brasil*. 5ª ed., São Paulo: Contexto, 2006.

PINHEIRO, Ângela. *Criança e Adolescente no Brasil: porque o abismo entre a lei e a realidade*. Fortaleza: Ed. UFC, 2006.

PITCH, Tamar. *Responsabilidades limitadas. Actores, conflictos y justicia penal*. 1ª Ed. Buenos Aires: Ad-Hoc, 2003.

PASSETTI, Edson. *Crianças carentes e políticas públicas*. Em *História das Crianças no Brasil* (org. Mary Del Priore). 5ª. Ed. São Paulo: Contexto 2006.

SANTOS, Marco Antonio Cabral dos. *Criança e criminalidade no início do século* In: PRIORE, Mary Del (org). *História da Criança no Brasil*. 5ª ed., São Paulo: Contexto, 2006.

SILVA, Maria Liduína de Oliveira e. *Entre proteção e punição: o controle sociopenal dos adolescentes*. São Paulo: Unifesp, 2011.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília: UNESCO, 2009.

TRASSI, Maria de Lourdes. *Adolescência-violência: desperdício de vidas*. São Paulo: Cortez, 2006.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. *A interface psi-jurídica: a psiquiatrização do adolescente em conflito com a lei*. Relatório final de pesquisa-doutor (CEPE), PUC-SP, São Paulo, 2005.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. *A questão da responsabilidade penal juvenil: notas para uma perspectiva ético-política*. In: ILANUD; ABMP; SEDH; UNFPA (orgs.). *Justiça, Adolescente e Ato Infracional: socioeducação e responsabilização*. São Paulo: Ilanud, 2006.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl e PIERANGELI, José Henrique. *Manual de Direito Penal Brasileiro. Parte Geral*. 3ª Ed. rev. e atualizada. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

Documentos normativos

BRASIL, *Lei n. 145, de 11 de Julho de 1893*. Autorisa o Governo a fundar uma colonia correccional no proprio nacional Fazenda da Boa Vista, existente na Parahyba do Sul, ou onde melhor lhe parecer, e dá outras providencias, 1893.

BRASIL. *Lei n. 844, de 10 de outubro de 1902*. Auctoriza o Governo a fundar um Instituto Disciplinar e uma Colonia Correccional, 1902.

BRASIL, *Decreto n. 16.272, de 20 de dezembro de 1923*. Approva o regulamento da assistencia e protecção aos menores abandonados e delinquentes, 1923.

BRASIL. *Decreto n. 17.943-A/1927*. Consolida as leis de assistencia e protecção a menores – Código de Menores de 1927.

BRASIL. *Decreto-lei n. 2.848/40*. Código Penal, 1940.

BRASIL. *Lei n. 3.689/41*. Código de Processo Penal, 1941.

BRASIL. *Lei n. 5.869/73*. Institui o Código de Processo Civil, 1973.

BRASIL. *Lei n. 6368/76*, Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências, 1976.

BRASIL. *Lei n. 6.697/79*. Institui o Código de Menores, 1979.

BRASIL, *Constituição Federal*, 1988.

BRASIL. *Projeto de Lei n. 3657/1989*. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, 1989.

BRASIL. *Lei n. 8.069/90*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, 1990.

BRASIL. *Lei n. 8.080/90*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990.

BRASIL. *Lei n. 8.242/91*. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências, 1991.

BRASIL, *Lei federal n. 8.742/93*. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências 1993.

BRASIL. *Lei n. 10.216/01*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2001.

BRASIL, *Lei n. 10.257/2001*. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências, 2001.

BRASIL. *Lei 10.406/02*. Institui o Código Civil, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 336/GM/2002.

BRASIL, *Política Nacional de Assistência Social*, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria interministerial n. 1.426/2004*. 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, 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria SAS/MS n. 340/2004*. 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, 2004b.

BRASIL, Secretaria Nacional Antidrogas. *V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras*. CEBRID e Unifesp (org.), Brasília, 2004

BRASIL, CNAS. *Resolução n. 130/2005*. Aprova a Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB SUAS, 2005.

BRASIL. *Norma Operacional Básica NOB/SUAS – Construindo as Bases para a Implantação do Sistema Único de Assistência Social*, 2005.

BRASIL, Conanda. *Resolução n. 117/2006* Altera dispositivos da Resolução n.113/2006, que dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2006.

BRASIL. *Lei 11.343/2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências, 2006.

BRASIL, SEDH/Conanda. *Resolução CONANDA n. 119/2006* - Dispõe sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e dá outras providências, 2006.

BRASIL, Câmara dos Deputados, *PL 1627/2007* - 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 Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. 2007.

BRASIL, *Decreto n. 6.117/2007*. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria SAS/MS n. 647/2008*. 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, 2008.

BRASIL, *Lei n. 12.010/09*. Dispõe sobre adoção; altera as Leis nos 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943; e dá outras providências, 2009.

BRASIL, Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, 2009. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/documentos/idha.pdf>.

BRASIL, Senado Federal, *PLS 134/2009* - Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - SINASE, regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; altera dispositivos da Lei nº 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 os Decretos-Leis nºs 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. 2009.

BRASIL, *Decreto 7.179/2010*. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências, 2010.

BRASIL, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre os universitários das 27 capitais brasileiras*, 2010.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *RDC 29/2011*. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, 2011.

BRASIL, *Decreto n. 7.637/2011*. Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria n. 3.088/2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2011.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Acórdão n. 360/2012*, 2012.

RIO JANEIRO. Prefeitura Municipal. *Resolução SMAS n. 20/2011*. Cria e regulamenta o protocolo do serviço especializado em abordagem social, no âmbito das ações da proteção social especial de média complexidade da Secretaria Municipal de Assistência Social, assim como institui os instrumentos a serem utilizados no processo de trabalho, 2011.

BRASIL. *Lei n. 12.594/12*. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis nºs 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, os Decretos-Leis nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. 2012.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. *Decreto Municipal n. 48.349, de 15 de maio de 2007*. Dá nova redação ao artigo 1º do Decreto nº 46.291, de 5 de setembro de 2005, 2001.

SÃO PAULO. Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania. *Portaria Administrativa FEBEM n. 1219/2006*.

SÃO PAULO. Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania. Extrato de Termo de Cooperação Técnica. Processo SS: 01/0001/004.735/2007. Dispõe sobre a conjugação de esforços entre os partícipes visando propiciar aos adolescentes/jovens adultos, internados na unidade cujo uso foi permitido à Saúde, tratamento adequado à patologia diagnosticada, sob regime de contenção conforme determinação do Poder Judiciário, 2007a.

SÃO PAULO, Secretaria Estadual de Saúde. *Resolução SS-294/2007*, que institui Grupo de Trabalho para construção de proposta de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. 2007b.

SÃO PAULO, Governo do Estado. *Decreto Estadual n. 53.427/2008*, que “Cria e organiza, na Secretaria da Saúde, a Unidade Experimental de Saúde e dá providências correlatas”, 2008a.

SÃO PAULO, Secretaria Estadual de Saúde. *Censo Psicossocial de Moradores de Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo*. 2008b.

SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Segurança Urbana. *Ordem Interna SMSU 006/2009*, 2009.

SÃO PAULO. *Lei municipal n. 15.554/2010*. Institui o dia municipal de luta contra a medicalização da educação em São Paulo, 2010.

SÃO PAULO, Assembléia Legislativa. *Projeto de lei n. 673/11*. Autoriza o Poder Público a manter sob sua tutela e internar para tratamento médico, as crianças e os adolescentes apreendidos em situação de risco e fixa outras providências, 2011a.

SÃO PAULO. Assembléia Legislativa. *A situação do crack e outras drogas nos municípios paulistas*, 2011b.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça, Coordenadoria da Infância e Juventude. “*Audiências na Cracolândia*”: *ações integradas de promoção familiar, prevenção e tratamento à drogadição na infância e adolescência*, 2011c.

SÃO PAULO. Secretaria de Justiça e de Defesa da Cidadania. *Manual de Orientação para Instalação e Funcionamento das Comunidades Terapêuticas no Estado de São Paulo*. 2011d.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. *Resolução SS – 77, de 28/07/2011*. Institui Comitê Estadual de Referência em Saúde Mental visando o aprimoramento das ações de prevenção e tratamento de doenças mentais, assim como reabilitação e reinserção social de pacientes acometidos e dá outras providências, 2011e.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Segurança Urbana. Nota de Instrução n. 001/COC/12 – Retificada. 06/01/2012, 2012a

SÃO PAULO. Ministério Público do Estado. *Ação Civil Pública n. 0023977-42.2012.8.26.0053*, 2012b.

SÃO PAULO. Ministério Público do Estado. *Inquérito civil público n. 14.0279.0000003/2012-0*, 2012c.

Sites visitados

Agência Brasil

<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011-10-07/tjsp-monta-tenda-na-cracolandia-para-aproximar-juizes-da-realidade-das-criancas-e-adolescentes>.

Blog Rodrigo Bethlem

<http://rodrigobethlem.blogspot.com/2011/07/abrigamento-compulsorio-sera.html>, acesso em 15/02/2012.

<http://rodrigobethlem.blogspot.com.br/2011/12/secretaria-nacional-de-seguranca.html>, acesso em 20/06/2012

Brasil de Fato

<http://brasildefato.com.br/content/crack-m%C3%A1s-solu%C3%A7%C3%B5es-para-terr%C3%ADveis-problemas>, acesso em 15/02/2012.

Câmara dos Deputados

<http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/ASSISTENCIA-SOCIAL/199950-PROJETO-DE-LEI-PODERA-GARANTIR-INTERNACAO-OBRIGATORIA-DE-CRIANCA-VICIADA.html>, acesso em 20/01/2012, acesso em 15 de janeiro de 2012.

Caros Amigos

<http://carosamigos.terra.com.br/index2/index.php/artigos-e-debates/1348-entrevista-erminia-maricato>, acesso em 20/02/2012.

CEDECA Rio de Janeiro. <http://www.cedecarj.org.br/noticias/124>, acesso em 20/01/2012

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo

<http://www.crpsp.org.br/seminariomedicalizacao/>, acesso em 20/06/2012.

http://www.crpsp.org.br/medicalizacao/manifesto_forum.aspx, acesso em 20/06/2012.

<http://www.crpsp.org.br/medicalizacao/publicacoes.aspx>, acesso em 20/06/2012.

CRESS-RJ

www.cressrj.org.br/download/arquivos/Abrigos.ppt, acesso em 20/02/2012.

Diário Oficial do Legislativo do Estado de São Paulo

http://diariooficial.imprensaoficial.com.br/doflash/prototipo/2012/Abril/12/legislativo/pdf/pg_0011.pdf. Acesso em: 12.04.12.

Estadão

<http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,tj-vai-a-cracolandia-julgar-internacao-.780451,0.htm>, acesso em 20/01/2012

<http://estadao.br.msn.com/ultimas-noticias/nem-precisariam-ter-me-avisado-diz-kassab-sobre-pm>, acesso em 20/01/2012.

<http://www.estadao.com.br/noticias/cidades,sp-ganha-servico-de-internacao-de-gravidas-dependentes-quimicas,859406,0.htm>, acesso em 10/04/2012.

Folha de S. Paulo

<http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u67642.shtml>, acesso em 15/03/2012.

G1

<http://g1.globo.com/profissao-reporter/noticia/2011/07/internacao-obrigatoria-de-menores-dependentes-de-droga-gera-polemica.html>, acesso em 15/02/2012.

<http://g1.globo.com/Noticias/SaoPaulo/0,,MUL160089-5605,00-PREFEITURA+CALCULA+INVESTIMENTO+DE+R+MILHOES+NA+CRACOLANDIA.html>.

<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2010/04/psiquiatra-afirma-sofrer-pessao-para-internar-menores-da-cracolandia.html>, acesso em 20 de janeiro de 2012.

Luz Livre

<http://luzlivre.wordpress.com/about/>, acesso em 15/02/2012.

Oeste Notícias

http://www.oestenoticias.com.br/1caderno.php?data_capa=2011-10-29&id=128144, acesso em 10/04/2012.

Polícia Militar de São Paulo

<http://www.policiamilitar.sp.gov.br/hotsites/centrolegal/boletim.html>, acesso em 20/06/2012.

<http://www.policiamilitar.sp.gov.br/hotsites/centrolegal/index.html>, acesso em 20/06/2012.

Prefeitura Municipal de São Paulo

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudemental/AcaoIntegradaCentroLegal.PDF>, acesso em 15/02/2012.

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/se/noticias/?p=16480>.

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro

<http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?article-id=1919827>, acesso em 15/02/2012

Rede Brasil Atual

<http://www.redebrasilatual.com.br/temas/saude/2011/09/tres-meses-ainda-e-pouco-tempo-para-avaliar-o-abrigamento-compulsorio-no-rj-afirma-secretario>, acesso em 20/01/2012.

<http://www.redebrasilatual.com.br/temas/saude/2011/08/projeto-de-kassab-sobre-internacao-compulsoria-em-sao-paulo-nao-tem-definicoes-claras/>, acesso em 20/01/2012.

<http://www.redebrasilatual.com.br/blog/blog-na-rede/metro-de-sp-e-prefeitura-de-kassab-fizeram-opcao-informacao-publica-para-poucos>

Revista Época

<http://colunas.revistaepocasp.globo.com/centroavante/2012/01/26/projeto-quixote-quem-sao-os-meninos-do-crack/>, acesso em 15/06/2012.

Revista Exame

<http://exame.abril.com.br/economia/brasil/crime/noticias/sp-usa-dor-e-sofrimento-para-acabar-com-cracolandia>, acesso em 15.02.2012

<http://exame.abril.com.br/economia/brasil/cidades/noticias/alckmin-e-kassab-nao-sabiam-de-acao-da-cracolandia-diz-jornal>, acesso em 18.01.2012

Secretaria Nacional de Direitos Humanos

http://www.sdh.gov.br/clientes/sedh/sedh/ministro/agenda/2011/copy_of_07/nota-publica-sobre-o-acolhimento-de-criancas-e-adolescentes-em-situacao-de-rua

Senado Federal

<http://www.senado.gov.br/noticias/opiniaopublica/inc/senamidia/notSenamidia.asp?ud=20120511&datNoticia=20120511&codNoticia=696565&nomeOrgao=&nomeJornal=Correio+Braziliense&codOrgao=47&tipPagina=1>, acesso em 20/06/2012.

Tribunal de Justiça de São Paulo - Coordenadoria da Juventude

<http://www.tj.sp.gov.br/CoordenadoriaInfanciaJuventude/Default.aspx>

UOL

<http://mais.uol.com.br/view/1575mnadmj5c/para-kassab-cracolandia-e-problema-de-saude-publica-04020D1B3372C4B91326?types=A&>.

Outros

<http://legislativosp.wordpress.com/2011/09/01/meninos-do-crac/>, acesso em 20/01/2012.

<http://www.youtube.com/user/COLETIVOPROJECTS?blend=2&ob=video-mustangbase>, acesso em 20/01/2012.

http://www.abmp.org.br/UserFiles/File/Nota_publica_SDH.pdf, acesso em 20/06/2012

<http://www.cedecarj.org.br/noticias/124>, acesso em 20/06/2012

<http://www.direitosdacrianca.org.br/em-pauta/2011/08/recolhimento-compulsorio-de-usuarios-de-crack-gera-polemica>, acesso em 20/06/2012

<http://www.ibccrim.org.br/site/monografia/monografia.php?id=79>, acesso em 20/06/2012.

<http://www.abrapee.wordpress.com/2012/04/18/luta-contr-a-medicalizacao-da-educacao>, acesso em 20/06/2012.

<http://www.medicalizacao.com.br/lei-institui-o-dia-municipal-de-luta-contr-a-medicalizacao-da-educacao>, acesso em 20/06/2012.

Documentos anexos