

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL**

Mateus Freitas Cunda

**TRAMAS EMPEDRADAS DE UMA PSICOPATOLOGIA JUVENIL**

Porto Alegre

2011

Mateus Freitas Cunda

**TRAMAS EMPEDRADAS DE UMA PSICOPATOLOGIA JUVENIL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Rosane Azevedo Neves da Silva

Porto Alegre

2011

*Aos desaparecidos Rudi e Maria, moradores do São Pedro.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à orientadora do trabalho, professora Rosane Neves da Silva, pela acolhida deste pesquisador, pela sensibilidade e atenção que permitiu dar leveza a uma temática tão dura. Igualmente ao grupo de estudo e pesquisa, autores em conjunto dessa dissertação.

Às professoras Analice Palombini, Gislei Lazzarotto, Maria Cristina Vicentin e Tânia Galli, luzeiros de orientação em meio aos caminhos da pesquisa. Igualmente, aos professores Danichi Mizoguchi, Guto Piccinini e Leonardo Garavelo, que acompanharam e trouxeram lampejos ao fronte desta escrita.

Às equipes de trabalho que fiz parte no campo da Saúde Mental. Seja no Hospital Psiquiátrico São Pedro: Oficina de Criatividade, ambulatório Melanie Klein, unidades de internação de adultos e, especialmente, Centro Integrado de Atenção Psicossocial – CIAPS; seja extramuros: Cais Mental Centro e PSF Pitoresca; ou muros privados: Clínica Gramado.

À minha equipe de trabalho atual, do Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS – da região sul de Porto Alegre, pela paciência e compreensão dedicadas enquanto a *correria* do Escritor se exercia.

Grato também – e sempre – aos amigos de vida, que partilham dessa questão e de outras tantas, cujos encontros compõem aqui um sem-fim de influências. Existências que não cabem nos nomes e das quais faço parte, sou.

Agradeço imensamente à minha família, especialmente aos meus pais que, pela fé que lhes move, motivaram os filhos a acreditarem em causas impossíveis. Também aos meus quatro irmãos, junto com os quais formo o personagem da juventude aqui estudada, e ao Tio Nenê, contador de histórias que colorem o passado e que me atualizam as poeiras do hoje.

Enfim, à minha amada Marília, leitora atenta desse escrito; companheira de mestrado, de boemia e de vida; poetisa que traz a musicalidade dos meus dias.

## RESUMO

Esta dissertação trata sobre o cenário de usos e abusos de crack que impregna os meios midiáticos e a atual psicopatologia juvenil brasileira. A análise parte da construção de uma cena de *pedras*, com a caracterização dos atores envolvidos e da trama entre eles. O objetivo é *desempedrar* o cenário epidêmico estabelecido, identificando os conceitos, histórias e estórias que, dispersamente, solidificam a questão. Sobretudo, intentamos suspender os nomes e as verdades ficcionais que preenchem o sujeito-objeto dessa cena e que, de modo contundente, o fazem desaparecer num circuito de exclusão.

**Palavras-chave: Crack, Internações Psiquiátricas, Campanhas Publicitárias.**

## ABSTRACT

This dissertation deals with the scenario of use and abuse of *crack* which pervades the press as well as Brazilian youth psychopathology nowadays. The analysis begins by building a scene of *rocks*, with the characterization of the plot and the actors involved in it. The goal is to undo the established epidemic scenario by identifying the concepts, facts and stories that, sparsely, solidify the issue. Above all, we intend to suspend the names and fictional truths that fill in the subject-object of this scene and which, so strongly, make it disappear in a circuit of exclusion.

**Keywords: Crack, Psychiatric hospitalizations, Advertising Campaigns.**

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Prólogo .....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO II: CENÁRIO .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Cena de Abertura .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2 O Técnico .....</b>	<b>14</b>
<b>2.3 Internamento .....</b>	<b>17</b>
<b>2.4 A Pedra do Caminho .....</b>	<b>21</b>
<b>2.5 Doença e Epidemia .....</b>	<b>23</b>
<b>2.6 Campanhismo .....</b>	<b>27</b>
<b>2.7 O Alienista .....</b>	<b>34</b>
<b>2.8 Cena Empedrada .....</b>	<b>37</b>
<b>CAPÍTULO III: DESEMPEDRAR .....</b>	<b>41</b>
<b>3.1 O Poder Psiquiátrico .....</b>	<b>46</b>
3.1.1 O Sujeito Bio-Jurídico .....	46
3.1.2 O Indivíduo Disciplinar .....	49
3.1.3 O Anormal .....	51
3.1.4 Conceitos Fundamentais I .....	52
<b>3.2 Alienismo Brasileiro .....</b>	<b>54</b>
3.2.1 O Historiador .....	55
3.2.2 Hospital Psiquiátrico São Pedro .....	55
3.2.3 A Freira.....	59
3.2.4 Reforma Psiquiátrica .....	61
3.2.5 O Técnico entre o Velho e o Novo .....	62
<b>3.3 Internação Infanto-Juvenil no HPSP .....</b>	<b>64</b>
3.3.1 O Arquivista .....	64
3.3.2 Pesquisa I .....	65
3.3.3 O Espaço-Tempo da Reclusão Infanto-Juvenil no HPSP I .....	67
3.3.4 Pesquisa II .....	67
3.3.5 O Espaço-Tempo da Reclusão Infanto-Juvenil no HPSP II .....	68

3.3.6 Pesquisa III .....	69
<b>CAPÍTULO IV: O SUJEITO-OBJETO .....</b>	<b>73</b>
<b>4.1 O Rosto.....</b>	<b>74</b>
<b>4.2 Jovem-Norma.....</b>	<b>75</b>
4.2.1 Psicologizado.....	76
4.2.2 Mediatizado.....	78
4.2.3 Conceitos Fundamentais II.....	81
4.2.3.1 Delinquência Juvenil.....	81
4.2.3.2 Toxicomania.....	82
<b>4.3 Jovem-Resíduo.....</b>	<b>84</b>
4.3.1 Em Circuito.....	85
4.3.2 Infrator.....	86
4.3.3 Periférico.....	89
4.3.4 Traficante.....	90
4.3.5 Desaparecido.....	92
<b>CAPÍTULO V: OS PEDREGULHOS .....</b>	<b>94</b>
<b>5.1 Contraditórios.....</b>	<b>94</b>
5.1.1 Perfil do Usuário x Multiplicidade.....	94
5.1.2 Intratável x Tratável.....	96
5.1.3 Reforma x Contrarreforma.....	97
5.1.4 Uso compulsivo x Uso controlado.....	98
5.1.5 Publicidade I: Vender x Informar.....	99
5.1.6 Publicidade II: Formatar x Fomentar.....	100
5.1.7 Desaparecido x Existência Clarão.....	100
5.1.8 Estória x História.....	101
<b>5.2 Atualizados.....</b>	<b>102</b>
5.2.1 O Mito das Correntes.....	102
5.2.2 Campanhas e Fabulação.....	102
5.2.3 Anatomia do Cérebro.....	103
<b>5.3 Especializados.....</b>	<b>104</b>
5.3.1 Encaminhantes.....	104



5.3.2 O diagnóstico.....	105
5.3.3 Circuitos Manicomiais.....	105
5.3.4 Política do Medo .....	106
<b>5.4 Inovados.....</b>	<b>107</b>
5.4.1 Crack como Signo e Mercado.....	107
5.4.2 Legitimidade das Mídias.....	108
5.4.3 O Espetáculo e a Definição de Papéis.....	109
<b>5.5 Permanecidos.....</b>	<b>109</b>
<b>CAPÍTULO VI: CENA FINAL: POEIRAS .....</b>	<b>111</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>114</b>
<b>REFERÊNCIAS LITERÁRIAS.....</b>	<b>123</b>
<b>REFERÊNCIAS MUSICAIS .....</b>	<b>123</b>
<b>REFERÊNCIAS CINEMATOGRAFICAS.....</b>	<b>123</b>
<b>REFERÊNCIAS ICONOGRAFICAS.....</b>	<b>124</b>
<b>TABELAS.....</b>	<b>125</b>

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

O texto inicia com a composição do cenário dos últimos anos no campo da saúde mental, sobretudo após o surgimento do crack como droga de uso no Rio Grande do Sul, seguido da renovação do internamento e do advento do campanhismo. Aos poucos, apresentamos os personagens que estão enlaçados na cena, procurando visualizar uma essência que atravessa o usuário de crack, o Técnico encarregado das terapêuticas, o Juiz, o Alienista, o Publicitário.

Adiante, apresentamos uma pesquisa conceitual sobre o poder psiquiátrico e o alienismo brasileiro, trazendo algumas histórias e estórias sobre o internamento psiquiátrico no Hospital Psiquiátrico São Pedro. A trama se fia nas figuras do Pesquisador, do Historiador, da Freira, do Arquivista e do grupo que desenvolve a pesquisa “As patologias nos modos de ser criança e adolescente”, coordenada pela orientadora desta dissertação. A pesquisa alcança os dados e manchetes de hoje, quando o manicômio especializou-se para receber a drogadição e a violência, apoiados por um terror midiático.

Com esses saberes, buscamos *desempedrar* a cena epidêmica estabelecida, tirar algumas fagulhas do muro psicopatológico que empedrou os serviços de saúde mental. O resultado da escavação são alguns pedregulhos colhidos pelo mineiro e que dispersamente se unem na construção do objeto e do sujeito a ser controlado.

As narrativas presentes no texto surgem do pó remanescente, do resto inapreensível que dá movimento à questão e ao escrito. Exploram a romântica ficção presente no fenômeno do crack e propõem, enfim, dar vida ao sujeito-objeto que desaparece nos circuitos de tratamento e prevenção.

#### 1.1 Prólogo

Anos 2000: uma legião de sujeitos é encaminhada aos serviços de saúde mental porto-alegrenses para tratamento da drogadição. Dado que contrasta com os anos anteriores, pelo fato de a dependência química aparecer como questão diagnóstica primeira em relação às demais psicopatologias. O público alvo se constitui de jovens usuários de crack,

majoritariamente moradores da periferia, envolvidos também com delitos, prostituição, situação de rua e outras marginalidades.

O advento do crack como substância de uso cotidiano na cidade alterou o mercado de drogas com a venda a varejo de uma cocaína empobrecida. Os aparatos de segurança e justiça foram os primeiros a aclamarem o problema. O entendimento foi que se faziam urgentes medidas de choque contra a comercialização da droga, bem como estratégias de controle aos usuários dela. O Juiz, nesse proceder, recuperou a nascença da loucura enquanto matéria jurídica, aliando-se uma vez mais ao Alienista. Um produto claro do enlace entre código infracional e diagnóstico médico são as ordens de internação compulsória para os crackeiros.

Na composição do cenário gaúcho, temos a participação direta da mídia no fenômeno da *pedra*. Desde o alarma de violência nas *bocas de fumo* até a defesa de uma terapêutica *psi* para o usuário, jornais, rádios, televisões, sites, cartazes e outdoors produziram uma verdade sobre o tema. Mais que isso, a mazela que uniu sujeitos ávidos por gozo, substratos de cocaína, violência e pobreza foi despejada no jornal do meio-dia, servida na refeição.

Este cenário de imagens, leitões e mandos produziu um enredo que atrelou uso de crack a medo e proclamou o pânico de uma epidemia de violência na cidade.

## CAPÍTULO II

### CENÁRIO

#### 2.1 Cena de Abertura

“Eu não tenho nada a ver com isso”, diz ele ao repórter da TV que lhe entrevista na frente de seu trabalho, sua casa. O entrevistador, visivelmente afetado com a malandragem do menino, mostra no rosto o sangue que lhe sobe à cabeça, aponta o dedo sobre o “vagabundo”, conforme nomeou, e pergunta: “tu tá me tirando pra trouxa?”.

O garoto ri da cena, ri do interlocutor, ri de si. “Hein?”, insiste o homem. “Nada, Seu. Tiro nada”. Irônica e jornalisticamente, o profissional apresenta o programa: “Vejam só, meus amigos, nosso personagem de hoje: vagabundo, assaltante, suspeita de homicídio, parte de uma quadrilha de delinquentes. Foi encontrado nessa maloca reunido com o bando que, por sinal, já estava sendo procurado. Junto com eles foram encontrados armas, drogas, telefones celulares e vídeo games *play station*.”

Um corte para elogiar e entrevistar o Comandante Policial da Operação: “Mais uma vez, um belo trabalho do 19º Batalhão dos *Panteras Negras*, tocando o terror na vagabundagem, não é Coronel? – Exatamente, enquadrámos os elementos que são conhecidos pelos crimes de tráfico de drogas, 157, etc. Ficha corrida.”

O policial é ainda mais elogiado junto com sua equipe e ambos riem quando o menino repete não saber o porquê da acusação. O repórter, irônico: “Foi tudo invenção da polícia, eu agora represento os direitos humanos e digo que é uma barbaridade a polícia seguir mentindo e inventando histórias dessa gente”, e caem na gargalhada.

Iluminado pela câmera, algemado pelos policiais, chapado pelo *pitíco*<sup>1</sup> que acabara de fumar, ele parece indiferente ao que se passa. Um instante atrás estava num contra-ataque fulminante puxado por Leonel Messi que culminaria no gol da vitória do Barcelona contra o Real Madrid. A realidade em cores do *FIFA Soccer*<sup>2</sup> não mentia que ele era o cara daquela sala, dos moleques do bairro, quiçá do Brasil ou do mundo inteiro! Tão rápido foi que veio esse clarão que o baseado com as pedrinhas de crack mal havia batido na alma.

---

<sup>1</sup> Cigarro de maconha com crack.

<sup>2</sup> Jogo de futebol para vídeo-game.

Aos 14 anos, ele já sabe que a alma se afugenta em si mesma como forma de desaparecer. Agora, essa luz toda. O falatório. A inquisição. “Quem mora nessa casa?”, “Tu trabalha de vapor?”, “Tu entrega droga pra esses vagabundos?”, “Tu não tem vergonha?”. Uma vertigem, um vazio, um branco. Nada vem como resposta, exceto a natural confissão: “eu mando na boca”.

Todos na cena comemoram, mas o ator principal está na tela do *play*. Ele relembra a última jogada e percebe a batida do funk que ainda resiste alto no interior da casa. Flexiona os joelhos e o pescoço: ritmo, ritmo, o corpo não para. Antes de ser repreendido, o menino deixa escapar um *elástico*<sup>3</sup> no ar, como ainda brilha na retina.

A postura parece deboche. O auditório acende as luzes da vaia e, nas casas, o público se satisfaz com o encaminhamento proposto pelo Apresentador: “Tá dançando, malandro? Quero ver tu dançar no xilondróóóóó!”. Brada como se ensinasse definitivamente como as coisas funcionam, explorando a confissão e estipulando o preço do perdão. O público agora se refestela nas poltronas.

No entanto, o adolescente segue avesso à cena. O tic-tac do pulso preso pela algema faz uma batida que busca espaço no corpo restante. Indiferente, incomoda a insolência em permanecer alegre. “Ele não responde nada porque ele é um nada. Ele nem deve saber o que fizeram hoje de tão drogados que estão. Tu sabe o que teu bando fez hoje pela manhã? Hein?”.

Inesperadamente, o menino desencabula: “de manhã eu fui fumar”. “Ahhh”, comemora o Apresentador. Confissão completa. “Fumar o que, vagabundo, o que tu fuma?”. “Fumo tênis, sapato, torneira. Hoje fumei uma panela de pressão cheia de feijão”, disse sinceramente, usando a expressão do rosto pra ajudar na explicação. “Feijão, platéia, feijão!” e todos gargalham.

O menino se lembra da panela quente que roubara de uma tia e de suas mãos – agora atadas – que queimaram no transporte até a *boca*. Recorda que o feijão foi comemorado por todos com enorme alegria. Jogado no denso da alma, ri e se cala. A nova desafetação com a cena não satisfaz a platéia, vaiando a bizarrice do personagem a destemer o microfone que lhe enfiam à boca.

Sem mais palavras do “vagabundo”, o jornalista apresenta o texto final: “Aí está, meus amigos, a criança brasileira”. Repete o histórico do grupo e finaliza elogiando a operação policial que havia enquadrado os indivíduos. Ao todo, manifesta o sentimento de ter

---

<sup>3</sup> Drible do futebol que consiste de dois movimentos simultâneos com o mesmo pé, primeiro para um lado e depois para o outro, dando um efeito “vai-vem” onde o adversário acompanha apenas o “vai”.

colaborado contra o crime na cidade e a certeza de que os meninos terão o destino que lhes cabe.

Enfim, aos chutes e empurrões, o nosso jogador ruma ao camburão com tempo de driblar mais uma vez os zagueiros madrileños travestidos de *panteras*. O Apresentador abençoa a platéia e chama a propaganda de uma cerveja em um paraíso brilhante.



Imagem 1: Promessa de Gozo<sup>4</sup>.

## 2.2 O Técnico

A próxima cena é fechada em uma cortina branca que nubla a visão. O sujeito vê o sol quadrado dentro de uma internação psiquiátrica. O destino não lhe é novo, já estivera sobre essas camas trêmulas e ruidosas. E não faz muito. Há menos de dois meses, o nosso Messi estava entre paredes de uma clínica qualquer da cidade.

Desta feita, um pilar centenário eleva o teto de seu quarto até o quase infinito. Messi tenta medir a distância, mas a vertigem química lhe turva o sentido. Os dois metros são

<sup>4</sup> Cerveja D'Avila, fabricada na cidade de Juazeiro, Bahia. A propaganda segue os moldes das principais cervejas brasileiras.

muitos, ares habitados por fantasmas de uma vida. Chega a ver uma menina com riso pouco avançar com uma arma tal qual a que lhe pertencia e, com sarcasmo, apertar o gatilho. Na tentativa de reter a bala, em movimentos lentos, fecha o olho, franze a testa e tenta escapar virando levemente o rosto. Sente uma dor que atravessa a cabeça e ganha seu braço esquerdo amarrado.

O Técnico do hospital olha o menino catatônico. Ele sabe que nos primeiros dias de internação a medicação causa um efeito acachapante sobre o sujeito. Ainda mais, conforme consta no prontuário, depois da resistência do menino na entrada do Hospital: “encaminhado pela polícia”, “sem referências familiares”, “usuário de crack”, “risco de agressão”, visto que “deu um soco num funcionário do serviço de triagem”.

Não está registrado, todavia, que ele chegou ao hospital depois de não conseguir articular frases com nexos para o inquérito policial. Ficou evidente aos policiais o seu problema com drogas e seu caso não foi julgado normalmente: foi direcionado à central de leitos psiquiátricos, aguardando 32 horas pelo leito de internação.

O fluxo lento da fila de espera serviu para, nas primeiras horas, recuperar o fôlego, respirar com calma, dar-se conta das estátuas e jardins à sua frente. Serviu, sobretudo, para conhecer Janete, uma adolescente que escutava funk no rádio-celular e que balançava o corpo com o olho fixo nele. Aquele remelexo ficara inesquecível, bem como a cena da ambulância que trouxe a menina. Observara o carro desde quando despontou ruidoso na chancela central. Era um despropósito de barulho que atravessava a alma dos presentes. Messi seguiu as luzes pela rua de pedras, depois acompanhou o veículo dobrando para o seu lado, ancorando na triagem e despejando a moça. Não consta, também, que em pouco tempo os dois já estavam trocando beijos no banheiro do serviço, que tentaram escapar por uma janela. Messi pulou, de fato, mas caiu dentro de uma unidade fechada. Correu até encontrar um zagueiro do time dos Guardas, sendo contido com toda a técnica que convinha: uma *gravata*, que amortece até os nervos do pé. Antes de desmaiar, o menino improvisou um soco que acabou certo no rosto do Guarda e lhe complicou as horas seguintes.

Os detalhes que não estão no prontuário são assunto corrente na sala de cafezinho dos técnicos, onde todos lamentam o olho roxo do adversário no jogo dos técnicos contra os guardas. O menino teve o merecido, era a opinião, satisfeitos com a terapêutica implementada. O Técnico vê o corpo absorto, o olhar perdido, a baba escorrida, os movimentos lentos dos pés e mãos amarrados, como quem luta que por hábito contra as cordas; escreve meia linha sobre o quadro do adolescente: “Paciente calmo, sonolento, pouco

comunicativo”. No campo da observação: “RF”<sup>5</sup>. Revisa as amarras e se encaminha para o quarto feminino.

Janete, que se dizia Néti, já havia escrito *Net* no beliche que lhe abrigava. Ao ver o Técnico, esconde-se e finge dormir. Ele já conhece sua história: nos últimos meses já é sua quarta internação, mora num abrigo do qual sempre foge, coloca-se em “risco” nas ruas da cidade e acaba de volta àquelas camas. As outras meninas ainda cochicham algo audível para o Técnico e recebem um “chega de papo” do profissional. Ele apaga a luz. Em minutos terá que estar em outra clínica.

O Técnico que o substituirá conseguiu uma folga de três dias e aproveitara para viajar para uma praia do litoral. O calor no verão estava de enlouquecer e, acrescentado do cotidiano de trabalho no Hospital, ele já andava a tontear pelos corredores da vida. Os três dias de escape lhe arejaram a mente. A ressaca da cerveja do domingo ainda lhe importuna o estômago, mas a cabeça está boa, pensativa, faceira. Meia hora atrasado, tranquilo e atento, ele caminha sobre o pó do centenário hospital e tenta calcular o grito que ficara perdido entre aquelas paredes. Ele lembra a história de que havia ali centenas de internos e imagina o pátio lotado de transeuntes, acúmulo de homens e mulheres a gemer, gritar, pedir cigarro como agora lhe faz um velho morador do hospital. O senhor já de idade mal consegue caminhar. Não fala claro, apenas lhe sai um sussurro e um movimento que indica que deseja fumar. Nem o velho nem o novo sabem que aquela carcaça que se move pelos pavilhões chegou ainda jovem por lá, ninguém lembra o porquê, o tabaco enrolado no jornal parece ter silenciado essas palavras.

O profissional está estranhado com a chegada. Nunca havia pensado naquelas coisas. Estranha, também, quando entra na unidade de internação infanto-juvenil e sente medo ao não ver ninguém. É sabido que, durante a troca de técnicos, acontece dos corredores ficarem vazios assim, mas um horror lhe sobe à espinha no instante em que o timbre de Messi rasga a calma dos quadros de Monet e Miró. O branco ofuscante do ambiente não apaga a imagem do menino amarrado na cama do hospital. Ele esta completamente suado, canta um urro de pavor, triste e solitário.

Visualiza o corpo amarrado e se pergunta: “o que eu tenho a ver com isso?”. Um branco na resposta, um vazio, uma vertigem que acompanha o grito monstruoso do paciente à sua frente. Automaticamente, revisa as ataduras, refaz os nós mais frouxos. Olha o prontuário e a anotação feita hora atrás. Estava calmo. O que teria se passado nesse tempo? Sem chegar a

---

<sup>5</sup> Risco de Fuga.



elaborar hipótese, ele, ato contínuo e mecânico, procura a indicação de SN<sup>6</sup>, busca os comprimidos, aperta o maxilar do menino para baixo e despeja o Fenergan e a Clorpromazina – antialérgico e antipsicótico – que, antes de tudo, serão um *mata-leão*. O menino tenta rejeitar a dose, balança-se e balança a cama, exigindo habilidade do profissional para vencer o pequeno duelo.

Pouco antes de apagar, o cambaleante jogador ainda chora pela lembrança do amigo que teve que matar não fazem duas semanas. Ele devia à *boca* e, sendo ele sujeito-homem, responsável pelo bom andamento dos negócios, ficaria mal se não procedesse desse modo. Não quis que outra pessoa executasse, chamou-o para conversar e matou na sinceridade. Agora essa tormenta tem o rosto do amigo, uma imagem deformada que borra o Técnico a sua frente. Um disforme que pesa contra si, apagando a luz e os vultos.

O Técnico sente a agonia do menino. Estranha a cena do duelo e o fato de que fizera aquilo inúmeras vezes sem perceber o sofrimento da pessoa na sua frente. Um nó se forma em sua garganta. Frente ao apagamento forçado, ele silencia seu próprio uivo e parece se debater do mesmo modo que o adolescente. Como conforto, formula para si: “O que eu faço num lugar como esse?”, “O que eu tenho a ver com isso” e, enfim, “o que poderia ser diferente?”. Guardemos as questões do Técnico.

### 2.3 Internamento

Net e Messi são aqui discursos-poeira, existências que voam entre os prazeres e as aventuras. Cada qual a seu jeito, cumprem com a imagem de ser a delícia e o perigo desses duas. Suas condutas são codificadas por sistemas reguladores que alimentam instituições de controle como o Centro Integrado de Atenção Psicossocial – CIAPS –, Unidade Infanto-Juvenil que se abriga no mais que centenário Hospital Psiquiátrico São Pedro, tradicional palco da filantropia e da psiquiatria gaúcha. Acolhe uma legião de sujeitos que aportam na internação e dão movimento a um determinado fluxo macropolítico, que queremos estranhar adiante.

---

<sup>6</sup> Medicação *Se Necessária*, para os momentos em que o técnico, por sua conta e/ou pela ação inesperada de um paciente, julgar a indicação.

O CIAPS, fundado em 2001, é parte do Projeto São Pedro Cidadão, que acompanhou os movimentos de reformas no campo da saúde mental<sup>7</sup> e na política de proteção à criança e ao adolescente<sup>8</sup>. Com a nova legislação, propõem-se no HPSP algumas estratégias de substituição às clássicas atividades do hospital, como o fechamento da Unidade de Dependência Química (Dr. Jurandir Barcelos) e a implementação de duas ações previstas no projeto: um Serviço Residencial Terapêutico e um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil<sup>9</sup> (CAPSi).

O serviço nasce, portanto, como um CAPSi, mas logo se descredencia como tal, por violar a portaria de fevereiro de 2002<sup>10</sup> que especifica os quesitos necessários para a criação dos CAPS. Os desagravos eram, principalmente, porque o serviço deveria substituir integralmente a internação psiquiátrica, não poderia estar vinculado fisicamente a um hospital, deveria regular a porta de entrada, entre outros pontos de ordem jurídica. Sem poder apartar-se do HPSP, a equipe do CAPSi modifica a ordem das letras e sustenta o modelo das internações em continência às demandas e investimentos do Estado, mesclando com os conceitos e diretrizes das reformas.

O Centro Integrado de Atenção Psicossocial do Hospital Psiquiátrico São Pedro é, pois, um serviço público estadual que atende às demandas de internação de três regiões do Rio Grande do Sul (Metropolitana, Vale do Taquari e Litoral Norte: ao todo, 88 municípios<sup>11</sup>). Como resquício do projeto inicial, o CIAPS realiza um trabalho ambulatorial em nível distrital na cidade de Porto Alegre, executado por poucos integrantes da equipe técnica, sustentando-se principalmente pelo trabalho de estagiários e residentes multiprofissionais. A prioridade do serviço está nos leitos de internação: até 2007, havia 15 leitos para adolescentes e 10 para crianças – estes, únicos leitos infantis de um equipamento público no Estado. A ala adolescente, que em 2008 reduziu para 10 leitos, foi o primeiro espaço específico para essa faixa etária na história do São Pedro. E superlota desde sua inauguração.

---

<sup>7</sup> Especialmente a Lei Estadual Nº 9.716 de 07 de agosto de 1992, que “determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências”.

<sup>8</sup> Lei Nacional Nº 8.069 de 13 de julho de 1990 que cria o Estatuto da Criança e do Adolescente que “dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente” e os Conselhos Tutelares “encarregados pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei”.

<sup>9</sup> Serviço substitutivo ao Hospital Psiquiátrico que, segundo a portaria nº 224/MS, de 29 de janeiro de 1992, “são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar”.

<sup>10</sup> Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que regula a criação e o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

<sup>11</sup> 1ª, 2ª e 18ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Os adolescentes que chegam ao CIAPS e demais clínicas da cidade possuem, antes de tudo, possuem trajetórias semelhantes: transgressão às instituições família, escola, trabalho; manifestação de agressividade, exercício da *má* conduta, cometimento de delitos. Caminhos ditos descaminhos, erráticos. Conduta que se nomeia como transtornada pelo espelhamento em contra-imagem do ideal previsto, desviante daquela que encanta a retina do receptor. É como se Net e Messi já fossem velhos conhecidos, sem precisar maiores apresentações: dão corpo a um perfil de jovens pobres, sem escolaridade, perigosos, alvo das medidas de proteção e das ordens judiciais de internação compulsória.

O Juiz é um ator importante desta estória. A atuação judiciária das Varas de Infância e Juventude e do Ministério Público Estadual na regulação das internações é marca fundante do CIAPS. Cabe recuperar que a abertura do serviço foi precipitada por uma ação movida contra o Estado do Rio Grande do Sul, visto que até 1999, ano em que o Estado perdeu a causa, não havia um espaço específico para a faixa de adolescentes. Nos anos que se seguiram à inauguração do CIAPS, as ordens judiciais foram determinantes da maioria das internações: em 2005, representavam 42% dos encaminhamentos, sendo que em 2002 esse número chegou a ser de 66% (SCISLESKI, 2006).

O repetido acionamento da unidade infanto-juvenil do Hospital Psiquiátrico São Pedro como ferramenta de controle da díade drogadição-delinquência criou um fluxo de jovens para internação e, ao mesmo tempo, configurou o próprio perfil de atenção do serviço.

A demanda de internação que fez inflar o CIAPS é motivada, segundo dados colhidos entre março e julho de 2005 pela equipe do serviço<sup>12</sup>, principalmente, por uso de drogas (40,9%) e agressividade (77%). O dado se completa por: fugas de casa (22%), agitação (20%), impulsividade (13%), desestruturação familiar (13%), furtos (9%), situação de rua (9%), labilidade emocional (9%). Os casos de psicose – que tanto marcou a loucura como objeto do manicômio – representavam apenas 5% dos sujeitos atendidos no período.

A equipe também faz uma interessante comparação com o público atendido pelo hospital no ano de 1998, apontando um crescimento das internações justificadas por agressividade (de 51% para 77%) e por uso de drogas (de 24% para 41% em 2005). Ademais, traz outras comparações: o aumento do número de meninas internadas (de 16% para 27%); o número de analfabetos (de 15% para 22%); o aumento de sujeitos em reinternação (de 32% para 42%). Um dado importante é sobre a participação do Conselho Tutelar nos encaminhamentos: a participação deste órgão passa de 29% em 1998 para 64% em 2005. O

---

<sup>12</sup> Internação de Crianças e Adolescentes, documento elaborado pela psiquiatra Suzana Fortes para estudos de caso junto aos residentes de Psiquiatria e de Saúde Mental Coletiva.

dado afirma uma maior participação do Conselho na aplicação das medidas de proteção previstas em lei, indicando também o acolhimento 45% dos internados em abrigos e albergues.

Os diagnósticos mais frequentes, conforme a pesquisa de Andréia Scisleski (2006), são os “Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas” – código F10-19 do CID 10 (OMS, 2000). A autora acompanha a prevalência deste código de 2002 até 2005, partindo de 37% das situações e chegando aos 50% no último ano de análise. Já em 2007, a partir de dados das internações daquele ano coletados pela equipe do CIAPS, o transtorno estava colocado para 70% dos sujeitos atendidos, sendo que o enquadre se dava 37% das vezes na síndrome de dependência de múltiplas drogas (F19.2). Ademais, o transtorno das drogadições está associado aos “Transtornos emocionais e de comportamento com início ocorrendo na infância e adolescência” (F90-99 do CID 10) em 50% dos casos, sobretudo com o Transtorno de Conduta (F91) e o Transtorno misto de conduta e emoções (F92).

O dado mais instigante, no entanto, não aparece claramente nos diagnósticos: o uso de crack. Na pesquisa de Scisleski, já era observável que cerca de 80% dos sujeitos internados no CIAPS eram usuários de crack e chegavam com a demanda dita de desintoxicação. Essa número chegou em 2007 a cerca de 90%. A *pedra* está presente no cotidiano de meninos e meninas internados, sendo utilizada como droga de experimentação e aclamada socialmente como causa e consequência dos comportamentos desviantes. É a justificativa principal que destina Janetes e Messis ao hospital psiquiátrico.

No caso de Messi, a associação foi diretamente relacionada ao fato do menino estar chapado na hora da apreensão. Para Net, a associação foi mais distorcida, já que ela havia caído à margem da avenida pelo uso de álcool na noite anterior. Havia usado crack somente duas vezes, mas o diagnóstico de dependência química foi importante para justificar a internação, classificada como usuária de múltiplas drogas e com transtorno de conduta.

Tais encaminhamentos foram também observáveis nas outras clínicas da cidade, na sua grande maioria conveniadas com as administrações municipais. Nesse arranjo, instaurou-se a venda fixa de leitos privados e criou-se um fluxo direto que despeja crianças, jovens e adultos usuários de crack em suas dependências. Esse mercado movimentou as clínicas psiquiátricas, sendo abertas novas unidades especializadas em dependência química. No próprio Hospital Psiquiátrico São Pedro, que vivia à época um processo de reforma, se reabriu a unidade Jurandir Barcelos, específica para esse público.

A internação psiquiátrica no hospital e nas demais clínicas da cidade afirmou-os como um ponto fundamental do circuito desses jovens, sendo ativado na tentativa de correção ou anestesiamento dos caminhos desviantes. Inglório na primeira tarefa, o serviço responde muito mais pela segunda demanda, operando como uma estratégia efêmera e pontual (em média, 21 dias) – desintoxicando na mesma lógica em que se intoxica. O círculo vicioso é uma das causas do elevado número de reinternações: 62% em 2005 (SCISLESKI, 2006) e 45% em 2007, segundo dados colhidos junto ao CIAPS.

Substância-símbolo desse fluxo, o crack é aclamado como causador dos descaminhos sociomoraís, tido como um mal químico que afeta a condição humana. O crescente uso da droga por uma população imensamente jovem chamou a atenção das autoridades jurídicas e psiquiátricas, contribuindo decisivamente para constituir a drogadição como um dos pilares da vida marginal, da delinquência juvenil, da violência urbana. É hora de tratarmos da pílula deste jogo.

## 2.4 A Pedra do Caminho

A *pedra* é a pílula que dá vida aos atores. É o *pharmakon*, descrito por Melman:, como “objeto suscetível de curar nossa insatisfação, que ao mesmo tempo é uma poção” (2003, p. 59). Tal a pastilha procurada nos videogames, o crack trouxe sobrevida ao usuário aflito por satisfação, ao tráfico ilegal de drogas e, sobretudo, a uma gestão truculenta para com os sujeitos indesejáveis à malha social.

Os primeiros estudos situam o aparecimento do crack nas periferias norte-americanas ainda na década de oitenta, mas o princípio ativo que ele carrega – a cocaína – possui uma longa história. A planta da *coca* tem o consumo de suas folhas registrado há cerca de 5 mil anos por sociedades pré-incaicas, tida como benção divina, privilégio para os nobres<sup>13</sup>. Com o avanço da medicina moderna, isola-se o composto químico de suas folhas, utilizando-a como medicação estimulante<sup>14</sup>. A venda de cocaína foi reprimida e quase desapareceu na primeira metade do século passado, em alegação do poder de dependência que gera no usuário. Todavia, nos anos 1960, a cocaína alastrou-se pelas elites européias e norte-

---

<sup>13</sup> Conforme o site *Álcool e Drogas sem Distorção*, do Programa Álcool e Drogas (PAD) do Hospital Israelita Albert Einstein. In <http://aed.one2one.com.br/alcooledrogas/>.

<sup>14</sup> É conhecida a história de que Sigmund Freud, então jovem cientista, em meados do século XX, foi um dos anunciadores de suas benfezejas para o corpo.

americanas, sendo cultuada pelas culturas juvenis, “glamourizada e sintonizada ao ambiente *workaholic* dos grandes centros urbanos” (DUALIB, RIBEIRO e LARANJEIRAS, 2008, p. 3).

Nos subúrbios da Nova York de 1980, temos uma especialização da venda de cocaína com a comercialização dos substratos de sua preparação: uma pasta menos pura que, associada a bicarbonato de sódio, forma um cristal que pode ser fumado diretamente. A *pedra*, que quando fumada estala um sonoro “crack”, estabeleceu um preço mais acessível ao clássico estimulante: deixou de ser privilégio de nobres, democratizando seu acesso com uma versão empobrecida, mas eficaz.

Da onomatopéia vem o nome, mas seus efeitos são tão ligeiros quanto a palavra. Por ter um ponto de fusão baixo pode ser fumada, liberando de uma vez a dose na circulação sanguínea: atinge o Sistema Nervoso Central em 10 segundos, durando por no máximo 10 minutos (DUALIB, RIBEIRO e LARANJEIRAS, 2008; KESSLER e PECHANSKY, 2008). Tempo intenso para o usuário, de grande excitação. Os efeitos são semelhantes aos da cocaína, porém mais intensos e mais efêmeros: tão logo o sujeito se abstém, a vontade de repetição se faz. O fumo da *pedra* de crack advém com um acréscimo de gozo, mas também de valor: a insaciedade do uso remete o sujeito a reincidir na compra.

A notícia de que a droga havia ganhado o mercado brasileiro veio de São Paulo. Segundo Oliveira e Nappo (2008), os primeiros relatos de uso de crack na cidade são de 1989, notado pelos serviços de saúde mental e pelas apreensões policiais<sup>15</sup>. Com meia década de diferença, Porto Alegre e seus arredores noticiaram o advento da *pedra* no Estado. O problema, assim como na capital paulista, passou a ser recorrente nos atendimentos em saúde pública e tomou as manchetes das páginas policiais.

A explosão de um laboratório caseiro em São Leopoldo, em 29 de novembro de 1997, colocou o Crack pela primeira vez nas manchetes do Estado. Até aquela data poucos gaúchos tinham ouvido falar daquelas pedras amarelas, que se esfarelam ao toque da mão. Uma década se passou desde então e o Crack (ou “pedra”), uma borra extraída de restos de cocaína mal refinada e extremamente viciante, sofreu uma nova explosão, desta vez nos padrões de consumo. Superou sua prima rica, a cocaína, na preferência dos viciados. (Jornal Zero Hora, 09 de dezembro de 2007)

---

<sup>15</sup> Primeiro registro de interceptação da droga foi em 1991. Em 1993 foram 204 registros e em 1995 foram 1906 casos (Oliveira & Nappo, 2008).

A venda de “prima pobre” nas comunidades gaúchas se tornou um negócio lucrativo. Com a grande demanda, o fácil mecanismo de fabricação, o valor unitário acessível da droga – cerca de 2 dólares por cada dose (KESSLER e PECHANSKY, 2008) –, as *pedras* se tornaram o principal produto das bocas-de-fumo de Porto Alegre. A mudança gerou grandes disputas por mercado, causou um rearranjo nas hierarquias do tráfico na cidade, agregando violência ao advento da droga.

O *boom* do crack não só ativou os mecanismos de controle da nova droga como alterou a epidemiologia no campo da saúde mental. Se, por um lado, o novo produto substituíra as formas de uso da cocaína por inalação ou injeção e, conseqüentemente, os problemas orgânicos decorrentes desses modos de administração, por outro, ampliou enormemente o campo de associação com problemas de conduta e comportamentos de risco.

Os primeiros estudos acadêmicos buscavam a elaboração de um perfil de usuário, como que delimitando o problema em um determinado órgão da sociedade. E foi logo que chegamos ao alvo: jovem de baixa renda, do sexo masculino, de baixa escolaridade, com vínculos informais de trabalho ou desempregados, envolvidos com atividades ilegais, provenientes de famílias desestruturadas, com mais chances de morar na rua e maior envolvimento com prostituição (DUALIB, RIBEIRO e LARANJEIRAS, 2008; SANCHEZ e NAPPO, 2002; PECHANSKY e col., 2004).

A aclamação jurídica e policial foi recebida com seriedade pela comunidade científica de Porto Alegre e das principais metrópoles brasileiras. A validade veio da construção de um roteiro sobre a doença, uma idéia de progressão causal que afeta o cérebro do usuário e sua conduta. Nesta cena, vemos aproximadas as noções biológicas e jurídicas na construção do crackeiro, afirmando uma continuidade entre os dois campos a partir do posicionamento supostamente neutro da neuropsiquiatria.

## **2.5 Doença e Epidemia**

Apesar de a décima edição do Código Internacional de Doenças conceber os transtornos como forma de “indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos [...] para evitar problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos tais como ‘doença’ ou ‘enfermidade’” (OMS, 1993, p. 5), foi com o estatuto de doença que o abuso de crack ganhou reconhecimento no cenário que estamos descrevendo.

A legitimidade para definição médica partiu de uma característica bastante importante do uso recorrente da *pedra*: a *fissura*. O *craving* ou *síndrome de abstinência*, nomes dados cientificamente a esse buraco, foi objeto de inúmeros estudos sobre como se instala o circuito de satisfação dos usuários de crack. Desse campo de observação, surge uma pluralidade de sentidos, defendidos, segundo Araújo e col. (2008), por modelos teóricos como o cognitivo-comportamental, o psicossocial e o modelo neurobiológico. Para os autores, que realizaram uma pesquisa no HPSP de validação internacional sobre escalas e entrevistas padrão sobre o tema, o *craving* pode ser entendido como “resposta à síndrome de abstinência; resposta à falta de prazer; resposta condicionada a estímulos relacionados às substâncias psicoativas; e como tentativa de intensificar o prazer de determinadas atividades” (ARAÚJO e col., 2008, p.58). Em meio à suposta amplitude do tema, o estudo destacava a importância do modelo neurobiológico, diante das inegáveis alterações que afetam o cérebro do dependente químico.

Exemplo desta verdade sobre as afetações orgânicas vem da pesquisa veiculada na Revista Brasileira de Psiquiatria em 2004, que escancara os danos neuronais dos adictos por cocaína e/ou crack:

Os resultados preliminares desta investigação mostraram prejuízos neurocognitivos em dependentes de cocaína/crack quando comparados a indivíduos normais. Foram encontradas alterações em testes de atenção, fluência verbal, memória visual, memória verbal, capacidade de aprendizagem e funções executivas. Estes dados mostram evidências de que o abuso de cocaína está associado a déficits neuropsicológicos significativos, semelhantes aos que ocorrem em transtornos cognitivos, possivelmente relacionados a problemas em regiões cerebrais pré-frontais e temporais (CUNHA e col., 2004).

Somam-se, na sequência, os estudos de uma *Biologia da Violência* pelo geneticista Renato Zamora Flores (2002) e a pesquisa de mestrado desenvolvida pelo então Secretário de Saúde do Rio Grande do Sul sobre o avanço silencioso e epidêmico da violência, associado ao uso de crack, à desestrutura familiar e às predições genéticas. Para os pesquisadores, seria possível identificar ainda no infante as características de um futuro usuário de drogas, bem como as origens do comportamento agressivo. Ficou famoso na cidade e no país o estudo destes senhores com o mapeamento cerebral de adolescentes infratores internos na Fundação de Atendimento Socioeducativo.



O modelo das neurociências aponta para a fatalidade irrevogável da alteração cerebral, a preponderância desse fator na determinação do comportamento humano, conforme indica Flores em uma entrevista à Agência de Notícias dos Direitos da Infância<sup>16</sup>:

Somos um produto de nossos genes e do ambiente do qual fomos expostos. Mas, aparentemente, não somos tão livres assim para escolher nossos destinos. Nós também não temos méritos de sermos o que somos. As pessoas não são quem são apenas pelos próprios esforços. A gente pode pensar: “Bom, eu me esforcei muito!” Mas, quem sabe, me esforcei muito simplesmente porque tenho uma competência cerebral de persistência maior. E aquele outro, que não se esforçou tanto, na verdade, tem um cérebro que não consegue manter a persistência.

A noção de irreversibilidade neuronal trouxe à baila um destino para o perfil predito: uma associação entre o uso de crack e dependência química que coloca no transtorno todo o “mérito” dos comportamentos avessos. Uma vez de posse da doença, o usuário entraria em um destino desenfreado de satisfação, afastando-se das respostas sociais esperadas. A busca instaurada pela *fissura* nos usuários associou diretamente o uso de crack com os comportamentos anti-sociais.

Dessa associação, proliferam os estudos que juntam o uso da droga com prostituição e HIV, com o cometimento de delitos, com o aumento da violência (AZEVEDO; BOTEGA e GUIMARAES, 2007; OLIVEIRA e NAPPO, 2008). Coloca-se, portanto, na mesma corrente, o usuário de crack, as alterações neurobiológicas, a delinquência e os comportamentos sexuais de risco. Para Felix Kessler e Flávio Pechansky (2008), pesquisadores do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da UFRGS, os estudos epidemiológicos brasileiros “correlacionam o uso de crack a um aumento da agressividade, especialmente nos períodos de abstinência”, sendo que “as regiões onde há grande consumo dessa droga costumam apresentar índices mais altos de violência e crimes em geral” (p.97).

Para o alienista de hoje, o usuário de crack possui necessariamente *Transtorno de Conduta*, assim como o portador desta doença será um usuário de crack. O uso indiscriminado deste diagnóstico foi corrente nos corredores do HPSP nos últimos anos, situando sua origem no infante e no púbere. Cabe a definição desse transtorno, apresentado por Bordin e Offord (2002, p. 12):

---

<sup>16</sup> Entrevista realizada por Carlos Etchichury, coordenador da ANDI, em 01 de abril de 2008, publicada sob o título de “Cientistas investigam as causas da violência entre adolescentes” no site [www.promenino.org.br](http://www.promenino.org.br).

[...] na base do transtorno de conduta está a tendência permanente em apresentar comportamentos que incomodam e perturbam, além do envolvimento em atividades perigosas e até ilegais. Esses jovens não aparentam sofrimento psíquico ou constrangimento com as próprias atitudes e não se importam em ferir os sentimentos das pessoas ou desrespeitar seus direitos. Portanto, seu comportamento apresenta maior impacto nos outros que em si mesmo. Os comportamentos anti-sociais tendem a persistir, parecendo faltar a capacidade de aprender com as consequências negativas de seus próprios atos.

Foi pela não dissociação entre conduta e uso de drogas, pela intransigência do transtornado, pela incorreção dos comportamentos “negativos”, pelo caráter “perigoso” desses sujeitos que se instalou no Rio Grande do Sul e no Brasil um pânico sobre o possível alastramento da doença. Foi pela brecha da violência e da imagem monstruosa do viciado em crack que se formou o discurso de uma epidemia virulenta da dependência química e do transtorno de conduta.

Ao mesmo tempo em que ganha o estatuto urgência médica, os principais estudos psiquiátricos apontam para a inexistência de um modelo terapêutico para a cura dos doentes. Uma situação dicotômica, que será mais bem abordada adiante, mas que compõe agora com a idéia de que a cura da dependência química do crack é muito difícil, rara. Entre explicações de desestrutura familiar e comprometimento neuronal, a notícia foi de desesperança quanto ao futuro das crianças e jovens.

A construção desse enredo sem saída, que partiu dos filtros jurídicos e policiais e encontrou na psiquiatria biologicista e fatalista um amparo científico, contou, todavia, com um ator fundamental: a mídia<sup>17</sup> gaúcha. A análise da influência desse poder é igualmente fundamental para seguirmos.

---

<sup>17</sup> Por mídia consideramos aqui a produção de comunicação impressa em jornais e revistas, bem como a transmitida via rádio, televisão e internet.

## 2.6 Campanhismo



Imagem 2: A realidade em cores<sup>18</sup>.

O Apresentador da cena de abertura sabia do filão de trabalho e mercado que esse público despertava. Assim como ele, a imprensa gaúcha colocou-se no lugar da verdade e apresentou o perigo que representavam os fumadores de *pedra*. As primeiras manchetes vieram das mídias periféricas, em programas que retratavam a *bandidagem* sendo abordada pela polícia e noticiaram que as famílias acorrentavam ou algemavam seus filhos para evitar que saíssem de casa para usar a droga. A grande mídia restringiu o tema, num primeiro momento, às páginas policiais. A centralidade da notícia só veio com a caracterização científica do problema, apostando nos dados que já observamos. Os fatos, nessa etapa, foram retratados com alarme: dizia-se de uma epidemia, de um descontrole ao qual sucumbiria a sociedade gaúcha.

A enxurrada de usuários em surto que tomou clínicas e hospitais de forma repentina é demonstração do que está ocorrendo nas ruas e nos lares do Estado. Raros no começo da década, os usuários de crack já são mais da metade dos internados no setor de Dependência Química do Hospital Psiquiátrico São Pedro, da Capital. O índice atinge 90% na ala para adolescentes. No Centro Terapêutico São Francisco, mantido pela Igreja Católica em Lajeado, o percentual dos que chegam por causa do crack pulou, em apenas três anos, de 10% para 72% - e não pára de subir. Diante

<sup>18</sup> Fragmento de imagem do programa Polícia em Ação, exibido na TV Urbana, canal periférico da televisão gaúcha. A reportagem acompanha a atuação da Brigada Militar na Vila Cachorro Sentado ou Vila São Pedro, curiosamente contígua ao Hospital Psiquiátrico São Pedro e seu Serviço de Residencial Terapêutico.

dessa realidade, a Secretaria Estadual da Saúde é taxativa: define a situação como epidêmica. A estimativa oficial é de 30 mil dependentes. (Zero Hora, 07 de julho de 2008).

A noção de epidemia trouxe nova luz aos ditos dependentes. Uma luz, a saber, desesperada, horrorizada. A associação da dependência química com a violência acabou por direcionar sobre uma grande população o olhar de medo e risco. As manchetes desse período são fortes, marcando o usuário de crack como transgressor definitivo, como se os corpos fossem tomados impiedosamente por um vírus destruidor:

O Rio Grande do Sul foi assolado por uma epidemia de crack, a droga que escraviza em segundos, zomba das esperanças de recuperação, corrói famílias, mata mais do que qualquer outra e afunda os dependentes na degradação moral e no crime. O impacto sobre a violência é avassalador. Uma onda de homicídios está associada ao tráfico nas periferias, e não há dependente de crack sem relatos de brutalidade e morte de amigos a fazer. A delinquência juvenil tornou-se indissociável do vício. Um levantamento realizado para Zero Hora pelo Departamento Estadual da Criança e do Adolescente (DECA) revelou que, neste ano, 55% dos garotos envolvidos em ocorrências relacionadas a drogas estavam sob o efeito de crack. Em 2005, o índice não chegava a 2%. A polícia não encontra forças para reagir. (Zero Hora, 07 de julho de 2008).

O Apresentador, a essa altura, pergunta: o que fazer? "Tem que mandar matar", foi o que disse um radialista popular numa manhã do abril de 2008<sup>19</sup>, recortando uma opinião que parecia transversalizada em vários espaços. Em vez de matar, o que seria diretamente impossível – apesar de dizível –, propagandeou-se três eixos de intervenção: prevenção do uso, tratamento dos dependentes e repressão ao tráfico. A prevenção partiria da “sociedade” com a composição de um movimento em defesa da vida, da família e das boas condutas. O tratamento ficaria a cargo do velho modelo psiquiátrico, enormemente acionado para a desintoxicação dos dependentes. A repressão, enfim, viria de ações decisivas e truculentas da polícia contra o tráfico de drogas na cidade, criminalizando os devidos culpados pela distribuição do crack.

A prevenção que se julgou fazer partiu da iniciativa privada e captou recursos com os órgãos públicos. Destacam-se nessa mobilização a campanha “Crack, ignorar é seu vício”,

---

<sup>19</sup> BAND AM 640, Programa Manhã Bandeirantes do dia 16 de abril de 2008. Mesa de conversas com representante da FASE (Fundação de Atendimento Sócio-Educativo), DENARC (Departamento de Narcóticos da Polícia Civil) e do Hospital Psiquiátrico São Pedro sobre a temática do Crack.

organizada pela Associação do Ministério Público do Rio Grande do Sul, com o apoio de diversos atores, tais como a Associação dos Juizes do RS (AJURIS), a Brigada Militar, a ONG Central Única das Favelas (CUFA) e empresas de comunicação. Lançada em maio de 2009, esta cruzada contra o crack atuou nos últimos dois anos de modo sistemático em inúmeros municípios do Rio Grande do Sul, com ações publicitárias que visaram sensibilizar, conforme seu site, “educadores, pais, professores e lideranças da comunidade” para a causa. O projeto previa, ainda e fundamentalmente, a articulação público-privada para a elaboração de projetos de prevenção.

A campanha mais influente no Estado, todavia, foi a “Crack, nem pensar”, lançada em 28 de maio de 2009 pelo Grupo RBS (Rede Brasil Sul, afiliada da Rede Globo). O movimento que propunha uma intervenção publicitária, editorial e institucional sobre o tema, contou com parceiros diversos e, ao mesmo tempo, obscuros, pois nunca diretamente apresentados.

A primeira fase da campanha foi impactante. A empresa publicitária<sup>20</sup> contratada pelo grupo trouxe cores cinematográficas para o debate, propagando o enredo trágico sobre o uso da droga: uma imagem rápida e definitiva que foi exibida em horário nobre na televisão, no intervalo na novela principal. Messi e Net não tiveram cores e luzes tão cinematográficas em seus percursos, mas ficaram petrificados com a beleza estética da campanha.



Imagem 3: A ficção em sombras<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Agência Matriz, conforme o site da campanha ([www.cracknempensar.com.br](http://www.cracknempensar.com.br)).

<sup>21</sup> Material gráfico da primeira fase da campanha Crack Nem Pensar, contida no site oficial.

Além da mídia televisiva, no ano de 2009, segundo dados do site da campanha, foram veiculadas mais de 600 inserções editoriais nos jornais do Grupo RBS – que possui primeiro e o terceiro jornal mais lido no Estado. A velocidade das manchetes acompanhou a ferocidade do viciamento, ativando uma *correria* como a instaurada pelos usuários da *pedra*. A notícia monstruosa foi espalhada pelo Estado de forma capilar, massificada pelas cidades em manchetes que ganharam rápido o cérebro dos espectadores, ouvintes e leitores mais longínquos.

“Não tire seus filhos da sala”, orientava o vídeo publicitário que apresentou as “imagens chocantes e de forte impacto emocional” sobre a droga que “afeta principalmente crianças e adolescentes”. O enredo repete o discurso científico e carrega nos fortes jargões: “é uma droga tão devastadora que pode viciar logo na primeira vez, provocando as piores consequências. Dor, roubo, prostituição e assassinatos”.

A segunda fase da campanha trouxe a estória de jovens perdidos na busca do crack. O enredo é simples: um uso inocente, experimental, leva ao uso da *pedra*; o vício se instala de imediato, causando uma espécie de doença incurável no cérebro; descontrolado, o usuário apresenta condutas transgressoras para obter a droga; corrompe família, escola, trabalho; torna-se marginal, perigoso. Os relatos a seguir estão no site da campanha<sup>22</sup> e alguns foram noticiados no jornal Zero Hora.

Acabou experimentando sem saber. Um amigo ofereceu um cigarro de maconha, sem avisar que havia crack. O rapaz reclamou, xingou, mas era tarde. Não conseguiu mais parar: - Seis meses de crack me aniquilaram. São 15 segundos do maior prazer e uma eternidade de desgosto.

— Num Natal, meu filho conseguiu trocar por crack até o peru da nossa ceia. Toda noite eu tinha que colocar o botijão de gás no meu quarto senão meu filho vendia por pedra – conta a mãe de um garoto de 18 anos morto a tiros em consequência do vício, mês passado.

— O crack provoca muitas sequelas no organismo e é difícil conseguir algum resultado de longo prazo — revela um psiquiatra especialista em dependência química.

---

<sup>22</sup> Site: <http://www.cracknempensar.com.br>, link “Meninos do Crack: histórias reais sobre o mundo das drogas”

— O usuário não se penaliza com barbaridades que comete, com parentes ou desconhecidos, porque o crack anestesia o afeto — diz a coordenadora da política de saúde mental de um município.

O medo se agravou com a notícia de que sujeitos de classe média, trabalhadores, homens de família, com bom *status* social se marginalizam quando utilizam a droga. Na série especial elaborada pelo jornal Zero Hora na primeira semana de julho de 2009, essas manchetes se empilhavam: “Casa e carro para o tráfico”; “Empresário vira motoboy”; “Parecia uma realidade muito distante da do meu filho – Advogada, 43 anos, mãe de estudante que usou crack”; “A elite cai na pedra”. O drama é retratado com pavor, sendo o descontrole cada vez mais próximo dos corpos juvenis das classes média e alta. A campanha afirma o ato de consumo da *pedra* como caminho irreversível de monstruosidade, corrompendo até os não-vileiros, não-marginais.

Usuário de maconha desde os 15 anos e de cocaína desde os 18, o universitário de 23 anos, filho de um empresário bem-sucedido de Porto Alegre, havia prometido a si mesmo nunca chegar ao crack.- *Pedra é coisa de vileiro, de marginal* - costumava dizer. (Zero Hora, 07 de julho de 2008).

— Sempre fui trabalhador honesto e, de repente, comecei a assaltar. Foi tudo muito rápido. Parece que não é a minha história de vida, mas infelizmente é. Fiquei preso três anos, dez meses e vinte e dois dias. Devo isso ao crack.

Com a aclamação de pânico e descontrole, a imprensa gaúcha fomentou uma campanha em defesa da família e do bem estar social, alegando um estado de medo e perigo. A fase final da campanha traz a imagem dos pais vitimados pelo vício dos filhos, apresentando a imagem transtornada dos cuidadores e uma cartilha de monitoramento dos infantes.

— Eu adoeci mais do que o meu filho. Fiquei completamente fora de controle, só gritava com todo mundo. Pegava meu carro, ia atrás dele de madrugada, brigava com traficantes. Cometi muita loucura – admite a mãe de um jovem de 17 anos que começou a usar crack aos 13.

Esqueça aquele mito de que é bonitinho uma criança experimentar uns goles de cerveja com você. Tenha hábitos saudáveis: as escolhas dos pais influenciam o

comportamento dos filhos. Pesquisas mostram que, em lares com pais fumantes, o índice de filhos fumantes é maior. Dê o exemplo: quando as crianças observam os adultos beberem para relaxar ou superar a timidez, aprendem que também precisam de substâncias químicas para superar seus problemas. Acompanhe a rotina de seu filho: é importante saber onde ele está, o que faz e com quem está. Mudanças bruscas de comportamento podem ser um sinal de que há problemas. (Site: <http://www.cracknempensar.com.br>, link “Como proteger seu filho”)

A imagem do transtorno familiar ganhou contornos trágicos com a notícia que uma mãe matara seu próprio filho em meio a uma crise de abstinência do rapaz. O disparo realizado em 12 de abril de 2009 ativou também o discurso psicológico sobre a incapacidade dos pais em cumprir com a cartilha de proteção indicada. A imagem do desespero familiar foi às telas como argumento definitivo de que estamos numa situação calamitosa e descontrolada.



Imagem 4: O disparo final<sup>23</sup>.

Com o pedido de misericórdia a campanha encerrou sua metodologia de ação. Este argumento final garantiu o sucesso da empreitada, incorporando o enredo de uma juventude violenta – já presente nas mídias periféricas – e a retratando com uma estética cinematográfica bastante vigente entre os adolescentes. Os adesivos ganharam numerosos

<sup>23</sup> Material gráfico da segunda fase da campanha Crack Nem Pensar, contida no site oficial.



carros e capas de caderno, entoaram dissertações nas escolas e legitimaram a *pedra* definitivamente como mais uma das marcas juvenis.

Com tal legitimidade, temos a realização em Porto Alegre, no inverno de 2010, o I Congresso Internacional sobre Crack<sup>24</sup>, configurando o auge das campanhas anti-crack. O evento foi organizado pelo Ministério Público do RS em associação com Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os eixos de discussão foram, mais uma vez, repressão, tratamento e prevenção. Diversas discussões descentralizadas foram realizadas, dando margem para uma amplitude de possibilidades, mas as conferências centrais repetiram o enredo que já sabíamos: o uso de crack afeta o cérebro; a medida de contenção é a mais apropriada e pode durar até um ano; a associação entre uso de crack e comportamentos de risco. O crack foi abertamente entendido como uma “doença crônica”, como diz Pechansky na sua conferência, sendo necessário tratá-la como as demais doenças de “primeira classe”.

No entanto, o discurso mais marcante veio da conferência do psiquiatra argentino Eduardo Kalina, representante das pessoas “do mais alto gabarito científico do mundo”. Ele diz que os usuários de crack ou paco<sup>25</sup> têm seus cérebros “estragados”, sendo a própria “degradação humana”, tornando-se “estúpidos” ou “burros”. Assim, a causa científica se torna um “problema ético-moral”, pois os usuários “podem mudar a condição humana”. O psiquiatra afirma, ainda, que se trata de uma “pandemia”, de uma “doença contagiosa”, defendendo a penalização máxima das drogas. Por fim, diz-se temeroso de sair numa cidade como Porto Alegre porque, em suma, há muitos cérebros desumanos em trânsito. Seu discurso foi manchete no outro dia:

Psiquiatra argentino defende que ação do crack no cérebro transforma humanos em animais. Droga seca veias de área do cérebro responsável por diferenciar homens de macacos – “O crack atua em uma área responsável pelas noções de civilidade, provocando desinibição e liberando a fantasia. O usuário passa a agir como um zumbi, um chimpanzé. Por isso, os usuários matam por qualquer coisa e nem se dão conta do que estão fazendo, agem simplesmente”, explica. (Zero Hora, 09 de julho de 2010).

---

<sup>24</sup> *I Congresso Internacional de sobre Crack e Outras Drogas: um debate social que se impõe*, realizado de 07 a 09 de julho de 2010. Os vídeos da conferência estão no site <http://www.conicrack.com.br/>

<sup>25</sup> “Droga suja”, equivalente ao crack na Argentina.

A cena instaura o pânico e abre uma fenda no campo da saúde mental. Entre a emergência do problema e a urgência de uma resposta, a hora acabou propícia para o nosso próximo ator.

## 2.7 O Alienista

A cadeira ainda chacoalha com o peso do Alienista. Olhando assim parece mais fraca, tal o tamanho do sujeito. A fala firme parte convicta detrás do bigode escuro de pelo grosso, ensebado pela refeição que recém fizera. O prato de louça branca ainda está sobre a mesa, desorganizando o cenário de papéis e livros, sujando o ambiente com o cheiro de banha e alho. O silêncio dos quadros parece combinar com a voz gutural do nosso ator. Dali ele fala, recebe a imprensa, os estudantes, os técnicos e acolhe a validade social do tema.

O Alienista foi aos rádios e televisões da cidade propagando as associações entre o uso de crack, as alterações neurológicas e o comportamento delinquente. Num discurso memorável proferido na Câmara de Vereadores da cidade – que bem poderia ser a Itaguaí de Machado de Assis<sup>26</sup> – um doutor afirma que o cérebro do viciado em crack fica igual ao de um esquizofrênico, gerando um poder energizante e euforizante no usuário. O descontrole associado à droga foi destacado, na mesma oportunidade, pelo seu companheiro de mesa, o Juiz que é também especialista: a droga causa dependência quase que imediata, acarretando diretamente o aumento da violência urbana e doméstica.

O psiquiatra compreendeu a exigência de uma resposta urgente. Com o descrédito midiático dos serviços de tecnologia leve ou média, como os ambulatórios, os Centros de Atenção Psicossocial, os Postos de Saúde e os Centros de Referência em Assistência Social, bem como das instituições de proteção à infância, como Conselho Tutelar, Abrigos, Escolas, exigiu a retomada da complexidade dos leitos psiquiátricos, com o prolongamento do tempo de internação dos sujeitos. Por essa brecha, reergueram-se as bandeiras do internamento e do alienismo, que vinham em processo de desinstitucionalização nos arranjos sociais brasileiros, mas que buscavam espaço para uma contrarreforma.

---

<sup>26</sup> Cidade fictícia do conto O alienista, escrito em 1882 (ASSIS, 1995).



Imagem 5: O contra-ataque<sup>27</sup>.

Os hospitais e clínicas receberam a demanda com empolgação. Segundo o diretor de uma dessas instituições, seria necessário o psiquiatra se preparar como nos tempos áureos para tratar dessa demanda imperativa, colocando-se numa situação de emergência. O discurso apresentado formatou-se ao movimento campanhista, sendo esses especialistas convocados para afirmar, em tons fatais, a associação direta entre o uso da droga, transtorno psiquiátrico e violência. É o que repete, por exemplo, o psiquiatra de uma grande clínica privada, herdeira de uma envelhecida psiquiatria gaúcha: a virulência ímpar da droga o fazia desconhecer caso de quem tenha experimentado sem tornar-se um viciado.

Os psiquiatras exploraram a noção de irreversibilidade da dependência química do crack, acoplando-se às imagens da neurobiologia e da desestrutura familiar, ligando-se às imagens de fragmentação dos lares e do desmantelamento das famílias. As explicações apresentadas remontam às falhas da função parental na educação e controle dos infantes transtornados.

Nesse sentido, aos especialistas chamados para elucidar o ato desesperado da mãe-assassina, coube explicar que haveria uma ligação entre os cuidados infanto-juvenis e o comportamento violento adulto, alertando para um olhar cauteloso sobre alguns temas infantis: o recorrente Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; a ausência dos pais na criação dos filhos em razão do trabalho; a consequente incapacidade de “dar limites”; a desatenção para o uso de drogas consideradas leves como maconha e álcool<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> Campanha lançada pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul em agosto de 2007.

<sup>28</sup> A avaliação dos psiquiatras Carla Bicca, do ambulatório de Terapia Cognitiva do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, na Capital, Carlos Salgado, coordenador do Departamento de Dependência Química da Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, e Jair Segal, do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, foi apresentado no Jornal Zero Hora no dia 27 de maio de 2009.

Para Sérgio de Paula Ramos, psiquiatra bastante acionado nas capacitações aos servidores públicos de saúde, não haveria dúvidas em situar a etiologia do problema uma vez mais (e sempre) no seio familiar (RAMOS, 2008, p. 99-100):

Percebemos que, nas áreas pobres, onde se iniciou a atual epidemia, vive-se uma total ausência concreta de pai, e nas classes média e rica, para onde a epidemia está se espalhando, o movimento ocorre às custas de famílias onde a dita função paterna está, em regra, comprometida.

O discurso psiquiátrico recuperou, por fim, um parceiro importante e antigo: o filantropo-religioso. Na sequência das internações, as Comunidades Terapêuticas se assumiram como caminho natural do tratamento da dependência química. O caráter desses espaços, no entanto, em nada se parece com o tratamento psiquiátrico a não ser pelo regime de contenção: a terapêutica consiste de ensinamentos religiosos, organização laboral de papéis, disciplina quanto aos horários e compromissos, incorporando ainda conceitos fragmentados de grupo-terapia e dos grupos de Alcoólicos e Narcóticos Anônimos. Para esses espaços, foram destinadas muitas das verbas angariadas pela campanha anti-crack, com internações de, no mínimo, nove meses, sendo comum a história de sujeitos que passam diversos anos nesse regime, isolados das vicissitudes da droga.

Com esses movimentos, o internamento recuperou fôlego e legitimidade, captando uma grande clientela com o pânico associado ao crack. Mesmo afirmando que se trata de uma doença sem cura, o psiquiatra assumiu-se como a verdade no cenário apresentado, beneficiando-se do momento para contrapor o movimento de Reforma Psiquiátrica. A díade psiquiatria-filantropia legitimou o discurso por mais leitos psiquiátricos e mais vagas nas Fazendas Terapêuticas, alcançando resultados importantes como a arrecadação caridosa para o cuidado dos infantes perdidos, a reabertura de unidades para dependência química. A re-legitimação, enfim, do famigerado modelo manicomial no controle da epidemia.

## 2.8 Cena Empedrada

A TV silencia. As pessoas na sala ficam sem palavras, esperando a próxima propaganda. Verdade sobre verdade: a tela apresenta um caminho pronto, uma discussão já feita, uma opinião pronta, mesa posta.



Imagem 6: Eu como, eu como, eu como<sup>29</sup>.

Quando a imagem se tornou menos turva, Messi percebeu seus companheiros de unidade. Soube da trajetória dos outros jogadores que se equilibravam na mesma corda bamba. A maioria circulava por outros espaços protegidos, como Net, que morava num abrigo desde os oito anos, mas fugia para “fazer festa”, como gostava de afirmar, no centro da cidade.

Na segunda semana de internação eles já sabiam o nome de todos os profissionais, já tinham elaborado as artimanhas para enganar a vigília, para poder jogar uma bola no pátio aberto ou ir para a oficina de artes. Já conheciam os horários dos técnicos, o funcionamento da casa, suas leis e sentenças. O jogo brota das brechas, entre olhares escancarados e *fodas* escondidas, reanima-se a vida: uma partida se anuncia e é preciso continuar.

“Comi, comi, comi” – disse Messi para o enfermeiro que lhe avistou com Net na madrugada da enfermaria. Sendo proibida relação sexual no hospital, a confissão sincera de Messi foi um pênalti contra. Assim e de modos diferentes os dois acabaram amarrados algumas vezes; ela rindo do jogo, ele temeroso do teto químico.

Num dos devaneios químicos, Messi delira ou sonha que caminha sobre a corda bamba. Entre o medo de cair e a vontade de continuar no jogo ele dá alguns passos no vazio

<sup>29</sup> Imagem da campanha publicitária da Coca-cola: “Viva o que é bom”, em 2004.

do sonho, caindo no chão de seu quarto, babando em uma convulsão que deve ter lhe garantido mais algum diagnóstico. Nenhum nome, entretanto, foi tão marcante quanto o apelido dado pelos adolescentes mais experientes: Tropeço. A contrariedade com o apelido só faz valer a nomeação.

Já na fase tardia do tratamento, os personagens principais dessa estória são também líderes dos demais internos, ditando as piadas, as regras do carteadado ou do ping-pong, os jogos de satisfação. Junto com a massa depositada nas internações, tentam enganar o tempo em que estão aprisionados. Alguns conseguem ver os familiares, outros participaram de reuniões com a rede que lhes atende, alguns fogem, outros se beneficiam do tratamento, todos saem medicados e com seus diagnósticos.

A patologia deles é algo geral, classificada de modo impreciso: um odor que cobre a todos, assim como a terapêutica implementada. É melhor trancarmos o nariz. No último dia de internação, Net entra na cena da sala de jogos e sente o cheiro forte de flatulência que vinha do local. Com semblante bravo, ela pergunta pelo autor da façanha e a maioria deles, com passos malandros e risinhos, esquiva-se da pergunta e procura ar nas janelas. Uma menina, tida como depressiva e suicida, não se mexe. Pensa um pouco na pergunta e logo sentencia: “não tem como saber, a gente come a mesma comida, toma os mesmos remédios, dorme e toma banho na mesma hora, não tem como saber quem peidou, é tudo igual”. Messi solta também os seus, que se misturam no ar homogêneo e cai no chão de gargalhar. Manicômico. Todos riem, inclusive o Técnico que partilha as mesmas refeições e já havia notado a semelhança dos flatos. O fedor é assaz impregnante, parte e chega aos corpos presentes num metabolismo coletivo.

Uma parcela dos adolescentes consegue respirar: pintam com cores o cinza do muro centenário, procuram seguir a festa do hoje tendo como salão o grande palácio imperial. É preciso sempre andar, ficar alheio à máquina anestesiadora. O cenário é turvo, mas as cores são vivas. Amanhã é menos um dia, a festa continua. Tudo é tri!



Imagem 7: O cinza e as cores<sup>30</sup>

Antes de se igualarem nos intestinos, os meninos possuem condutas morais semelhantes. Quem acusa não é paciente depressiva, mas uma organização social esquizofrênica, que estabelece uma cena, um sujeito, um enredo e um objeto.

“A culpa é da pedra” acusam os que assistem a vontade persistente do usuário e que não conseguem se reconhecer na cena. “Se o diabo inventou um inferno na terra, esse inferno é o crack”<sup>31</sup>, diz outro especialista. A cena foi batida com martelo pesado, sem chance para intervalos. Aos poucos, vê-se uma parede de concreto firme como muralha. Pedra sobre pedra, cimentada com diversas areias, coberto pela mensagem de que a verdade cura”<sup>32</sup>.

O arranjo entre justiça, psiquiatria e mídia estabeleceu uma discursividade própria sobre o advento do crack e seu uso na cidade. As primeiras figuras já haviam formado ao longo de suas histórias outras parcerias tão famosas quanto à atual, e lembraremos isso em breve no texto. Observaremos, no entanto, que o ingresso da mídia e seu espetáculo acabou por *empedrar* o receptor da informação, cobrindo com marketing o cenário que atrela Net, Messi, o Técnico, o Apresentador, o Pesquisador, o Juiz e, claro, o Alienista. A pedra da última década contou com a participação de todos os sapatos, cada qual com sua poeira e incômodo, favorecendo a construção de um escoamento de um público marginal para a díade médico-judiciário.

<sup>30</sup> A figura é um recorte de algumas oficinas de arte realizadas com os adolescentes do CIAPS no Núcleo de Atividades Expressivas Nise da Silveira, localizado nos antigos pavilhões do hospital.

<sup>31</sup> <http://zerohora.clicrbs.com.br/especial/rs/cracknempensar/19,0,2523689,Crack-motivou-51-dos-assassinatos-em-Caxias-ate-marco.html>

<sup>32</sup> O slogan “A verdade faz bem à Saúde” foi lançado pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul nos últimos anos, publicado amplamente nos veículos midiáticos.

O fedor que atrapalha o passo *normal* foi ensacado como fragrância marginal e comercializado em pequenos *drops* sombrios. Como dizem, a *pedra* alcançou a mente em segundos, reproduzindo em cada indivíduo uma parede de moral e conduta sobre o tema.

Nossa tarefa agora será *desempedrar* a cena. É tempo de deixar o Pesquisador assumir a escrita.



### CAPÍTULO III

#### DESEMPEDRAR



Imagem 8: O Escritor.

Pois bem, por onde anda o Pesquisador nesse cenário? Transeunte dos mesmos regimes de verdade do público alvo, espectador da mesma tela chapada, seus passos parecem menos intrusos. O olhar parte do cotidiano vivido no Hospital Psiquiátrico São Pedro<sup>33</sup>, a cargo, diga-se a verdade, de normalizar o passo transviado de muitos adolescentes que lá ancoravam para temporadas de correção, como mais um técnico especializado nas irracionalidades.

Do lado dito oposto ao do paciente, o impaciente técnico é aqui um personagem que tem por referência de atuação os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica, do Sistema Único de Saúde. Além disso, parte de uma discussão sobre uma ética de relação técnico-paciente, de uma relativização do papel dos analistas dentro de tamanha e histórica instituição.

Entre um jaleco perto e distante, a atuação do técnico se forma desde um ponto paradoxal entre ser analista e maluco, entre ser disciplinar e transdisciplinar, entre ser

---

<sup>33</sup> No caso desse Escritor, a cargo de estágios voluntários e de Psicologia Social, de residências de Saúde Mental Coletiva e de Infância e Adolescência.

referência e estar perdido. Nosso Pesquisador vai além do Técnico, vestido por vezes com as roupas de interno, babando e tossindo em certos alienismos.

Uma baba que se forma pela boca aberta tal a vista estalada na TV. O encanto com as cores de um caminho faz bem ao perdido: no espaço relativizado das referências, ao mesmo tempo em que se possibilita a profusão de múltiplas identidades, ergue-se também o fascínio pelas faces anunciadas publicitariamente. Na história da questão, o Pesquisador traz por vezes o olhar vidrado, a alma aflita e temerosa do espectador que, convicto, encerra a discussão sobre o mal desta cidade e incorpora as imagens oferecidas.

O Escritor traz, ainda e antes, um olhar acadêmico sobre a questão, questionador do que está posto como realidade, a pensar com uma gama de outros narradores, com os conceitos e os arquivos. Um percurso que encontrou neste mestrado um dos rumos de pesquisa desta orientadora, sobre as patologizações infanto-juvenis de toda a história do hospital.

A pesquisa acadêmica apresentará ingredientes fundamentais para o *desempedrar*: a genealogia do poder psiquiátrico de Michel Foucault, os documentos apresentados pelo Historiador do São Pedro sobre a psiquiatria gaúcha, os arquivos empoeirados localizados pelo Arquivista e pelas pesquisadoras do projeto referido.

Assim, o Pesquisador estala o olho, levanta de seu habitual cotidiano e procura uma saída frente ao rochedo. Uma estratégia, afinal, montada com vários papéis. Um vento que tenta desmoronar algum concreto, soltar algum dos pós que cimentam a trama em que nossos personagens se acorrentam.

\* \* \*

Conforme a arqueologia do saber foucaultiana, o exercício do *desempedrar* busca “isolar as condições de emergência de um enunciado, a lei de sua coexistência com os outros, a forma específica de seu modo de ser, os princípios sob os quais se transformam e desaparecem” (FOUCAULT, 2008, p. 144). Na cena em análise, será preciso depreender que a construção da figura do jovem-crackeiro-violento-delinquente, apresenta uma formação discursiva que, na aparente homogeneidade, carrega grupos enunciativos distintos, contraditórios.

Na definição de formação discursiva por Foucault (2008), os grupos de enunciados não estão ligados entre si, seja no nível das *frases*, das *proposições*, dos laços lógicos, tampouco no nível das formulações por laços psicológicos. O que liga essas diferenças é a

própria definição de discurso proposta por Foucault, ou seja, “um conjunto de enunciados que se apóia em um mesmo sistema de formação” (p. 122).

Desse sistema, todavia, podemos conhecer apenas sua exterioridade/superfície pela prática discursiva em um determinado tempo e espaço. Para Deleuze (2007), o expresso em nada se parece com a expressão, embora não exista fora dela: ele insiste, persiste, subsiste como sentido em um determinado estado de coisas. O sentido *acontece*, portanto, na superfície dos corpos, habitados por uma dupla causalidade onde já não se pode falar de um lado ou de outro, de superfície e profundidade, apenas de fronteira, de paradoxo (GIL, 2008).

Em tal limiar se forma a trama. Na superfície discursiva de nossos dias a novidade do jovem crackeiro remonta arranjos discursivos pré-existentes, estabelecidos em jogos de poder e saber. Os fragmentos discursivos, narrativos, imagéticos dessas discursividades serão nossas ferramentas para a diluição do pesado cimento que cola as unidades discursivas da atual psicopatologia juvenil.

Não há, entretanto, uma linearidade de forças, tampouco uma repetição idêntica ao que já se viu. Melhor explicado por Foucault (2008, p. 36), um objeto como a loucura, enunciado pela psicopatologia médica, “não é idêntico ao objeto que se delineia através das sentenças judiciais ou das medidas policiais”; no entanto, a partir de um jogo de forças desses discursos, formam um conjunto enunciativo que define as transformações dos objetos através do tempo. Assim, o modo como o discurso psiquiátrico constrói seus objetos não decorre somente da invenção de uma psicopatologia, mas de elementos dispersos que se tramam e ganham sentido numa determinada.

No caso da delinquência ou da conduta transgressora, Foucault (2008, p. 49) apresenta um conjunto de relações e tramas presentes na constituição do indivíduo perigoso do século XIX e que aqui recuperamos:

Relações entre planos de especificação, com as categorias penais e os graus de responsabilidade diminuída e planos psicológicos de caracterização [...]. Relação entre a instância de decisão médica e a instância de decisão judiciária [...]. Relação entre o filtro constituído pela interrogação judiciária, as informações policiais [...] e o filtro constituído pelo questionário médico [...]. Relação entre as normas familiares, sexuais, penais, do comportamento dos indivíduos, e o quadro dos sintomas patológicos e doenças de que eles são os sinais. Relação entre a restrição terapêutica no meio hospitalar [...] e a restrição punitiva na prisão.

Para o autor, a psicologização do sujeito transgressor aparece, desde os princípios da psicopatologia, associando os registros da delinquência aos da caracterização patológica: roubos, delitos sexuais, homicídios, vagabundagem, agressividade, são exemplos que se inscrevem tanto no discurso da psiquiatria quanto no sistema jurídico-policial.

Para melhor compreendermos este arranjo, será preciso avançar para o passado. Teremos um estudo com o pesquisador Michel Foucault, que produziu, entre outros temas, uma profunda análise sobre as histórias da loucura e do poder psiquiátrico.

Voltemos ao Técnico e à cena inicial, caminhemos um pouco.

\* \* \*

O corpo do menino amarrado na frente do Técnico não encontra uma representação direta, como sempre houve, do lugar destinado ao paciente e ao profissional na cena. A não-resposta deixou o homem angustiado por todo o turno de trabalho. Sem poder encontrar saída, ele deixa a unidade quase uma hora depois do previsto, atrelado que estava à questão que lançara.

Ao sair para o pátio interno do hospital, caminha com passo indeciso e ao mesmo tempo certo de que não iria pra casa, tampouco para o boteco onde seus amigos a essa altura já entornam a cerveja do dia. Toma o rumo do campo verde e alcança o prédio histórico. Olhando para a fachada de paredes descascadas, úmidas e cobertas de limo, percebe uma luz amarela no interior do prédio. Aproxima-se e escuta o craquear de uma gota de umidade a despencar do teto envelhecido. Avança. Entra num dos pavilhões. Não havia cadeado nem pessoa.

A simetria de portas, pilares, saguões, a monotonia das cores, o envelhecido pó. Novamente o grito perdido, a imagem de pessoas centenárias a fumarem seus luzeiros. O passo, nesse ponto, já erra por errar, perdendo-se ainda mais no labirinto do palácio. Já distante, sente-se perdido. Palpitante, acende um cigarro e o consome o mais rápido que pode. No meio da dose, já se sentindo melhor, põe atenção no lugar onde parara. Olha por uma janela e avista as palmeiras imperiais que sombreiam o prédio.

Virando-se, nota diante de si os vidros quebrados, as luminárias sem lâmpadas, as paredes descamadas, uma porta.



Imagem 9: A porta.

“Conteúdo técnico”, diz o pequeno cartaz. Técnico? Repete, perguntando-se. Avança. Mais detalhes. O vitral, a corrente, a fresta.



Imagem 10: Peça despedaçado.



Imagem 11: A fresta.

Aproxima o rosto da porta, entrevê pelo buraco da fechadura o cheiro de mofo. Cheirou os quadros pintados ao fundo, o arquivo, os santos, as cadeiras, a toalha caída, a poeira sobre a mesa. Dessa figura brota o “que é isso?” e, mais propriamente, faz reformá-lo em “de onde vim?”. A porta comporta a passagem e um porto provisório. O Técnico-Pesquisador mergulha pela fenda da fechadura. É hora de saber o que se passa aqui dentro.

### 3.1 O Poder Psiquiátrico



Imagem 12: O alienismo<sup>34</sup>.

O que deve acontecer no interior desse cenário? Pois bem, no interior desse cenário, claro, reina a ordem, a lei, reina o poder [...], dentro desse castelo reina, antes de mais nada, simplesmente uma ordem, no sentido simples de uma regulação perpétua, permanente, dos tempos, das atividades, dos gestos; uma ordem que envolve os corpos, que os penetra, que os trabalha, que se aplica à superfície deles, mas que também se imprime até mesmo nos nervos (FOUCAULT, 2006, p. 4).

#### 3.1.1 O Sujeito Bio-Jurídico

Para Foucault, o nascimento do poder psiquiátrico deveu-se ao interesse jurídico pelas almas e corpos dos criminosos ininteligíveis. Era o espírito da criminologia do século XVIII. Questionava-se sobre a forma de punir crimes como o de Henriette Cornier, que cortou o pescoço da filha de sua patroa com tranquila previsão de detalhes sem apresentar motivo algum; ou da mãe que esquartejou a filha, cozinhou sua perna com repolho e depois comeu

---

<sup>34</sup> As imagens 9, 10, 11, 12 são de uma sala chamada “Reserva Técnica”, que abriga algumas relíquias do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Localiza-se no pavilhão principal do prédio histórico.

(FOUCAULT, 2002). Desse intervalo de resposta, surge a noção de inimizabilidade, ou seja, a impossibilidade de uma pessoa ser julgada, pois não racionaliza seus atos.

Cabe recuperar a aula de Michel Foucault em 29 de janeiro de 1975 (2002, p.106) sobre o interesse jurídico nas causas obscuras, com base num texto de 1715: “O juiz deve estudar o acusado, deve estudar seu espírito, seus costumes, o vigor das suas qualidades corporais, sua idade, seu sexo. Deve transportar-se, tanto quanto puder, para dentro do criminoso, a fim de penetrar, se possível, sua alma”. Em vez de punir, tratar. Ou melhor: tratar como forma de punir.

Uma semana antes, na aula de 22 de janeiro de 1975, o autor dizia que a protopsiquiatria, anterior aos manicômios, acolheu essa figura essencialmente jurídica, o *monstro humano*, violador das leis da sociedade e da biologia: imagem de um erro duplo de existência: contranatureza. A figura do canibal, incestuoso e amoral aliou-se aos desvios de natureza somática, tais como hermafroditismo, desvio sexual e nascimento de irmãos siameses. Ao mesmo tempo impossível e proibido, essas aberrações extrapolam a resposta legal e se inscrevem no território da inteligibilidade.

Foi este modelo e este público que Philippe Pinel encontrou em *Bicêtre*<sup>35</sup>, na Paris de 1793. Conhecida como a “casa dos pobres”, com uma população de “indigentes, velhos, condenados e loucos” (FOUCAULT, 1999, p. 463), era composta ainda pelos avessos políticos da recente Revolução Francesa. No momento em que Pinel, tido como especialista nas doenças do espírito, assume o comando das enfermarias do asilo, imediatamente se instala a compreensão médica sobre tais irracionalidades. A medicina busca num espaço estritamente jurídico-político inventar métodos de desvelar a razão dos desvios e implementar formas de corrigi-lo.

A terapêutica baseou-se no *tratado médico filosófico* de Pinel, que consistia no adestramento da força do louco, na retificação de seu erro por meio de intervenções de enfrentamento moral. O entendimento da nova ciência era que o louco, antes de ser controlado por correntes, ventosas ou banheiras de água fria, como no grande internamento dos séculos passados (FOUCAULT, 1999), deveria ser interpelado na sua livre vontade, numa lógica de soberania do doutor frente ao acusado. Nessa cena, diz Foucault no curso dos Anormais (2002), há uma diferenciação clara entre as verdades do soberano e do súdito: um choque dual que precisava ser resolvido com a devida vantagem do alienista.

---

<sup>35</sup> Antigo asilo militar inaugurado em 1642. Funciona atualmente como um Hospital Geral.

O posicionamento buscava retirar os insensatos de um enquadre puramente policial e, sob alegação de uma causa humana, trazer uma compreensão médica sobre a questão. Dessa mudança brota a imagem das correntes sendo tiradas dos alienados no asilo e marca o advento da função médica no território dos inválidos.



Imagem 13: O mito psiquiátrico<sup>36</sup>.

Segundo Pereira (2004) é bastante provável que a cena das correntes nunca tenha acontecido. O autor recupera a pesquisa histórica de Gladis Swain em *Le sujet de la folie* para afirmar que Pinel e William Tuke – com a reforma inglesa – realizaram mais que um ato: um mito, uma peça construída imaginariamente.

Essa imagem alicerçada sob o nome da filantropia e do humanismo, ao mesmo tempo em que permitiu a implementação do tratamento moral, estabeleceu as referências de uma clínica orgânica, com suas racionalidades e simetrias.

Uma postura de oposição, portanto, entre humanização e animalização, doença e crime, tratamento e punição, que Foucault (1999, p. 476) reafirma ser mítica, pois a nova clínica seguiu com o entendimento do caráter maldoso, violento e vicioso da loucura. A categoria jurídico-biológica do *monstro* modelou as compreensões futuras sobre a anormalidade e impregnou a psiquiatria porvir.

---

<sup>36</sup> Quadro pintado entre 1840-1850 por Charles Louis Lucien Muller: Philippe Pinel Releasing Lunatics from Their Chains at the Bicetre Asylum in Paris in 1793.



### 3.1.2 Indivíduo Disciplinar

Para Foucault, o alastramento da clínica psiquiátrica moldou-se ao desenvolvimento da sociedade moderna e seus conceitos de família nuclear e técnicas disciplinares. A chamada sociedade disciplinar, analisada por Foucault no curso sobre o poder psiquiátrico (2006), advém com o Renascimento e suas crises históricas no campo econômico, jurídico, político, científico, artístico, religioso, entre outros. A estratégia tornou o exercício do poder menos custoso, mais impessoal e tão duradouro quanto possível. Logro fundamental da estratégia é seu entranhamento no âmago das instituições, alcançando de modo dispersivo as forças de trabalho mais periféricas do sistema.

A psiquiatria clássica, cujo reino foi exercido sem problemas entre 1850 e 1930, incorporou o dispositivo disciplinar de modo decisivo no controle dos sujeitos erráticos. Na substituição dos “mecanismos histórico-rituais” pelos “mecanismos científico-disciplinares”, diz Fonseca (2003), sobrevém o sujeito calculável, previamente classificado e enquadrado na rede social.

Dessa especialização resulta o sujeito disciplinar, individualizado como corpo e *psiquê*, advertido das normas jurídicas e atento aos desvios dela. A sociedade moderna esquadriña os modos de viver, geometriza suas cidades e estabelece o devido lugar a toda coisa que nela habita. A medicina cumprirá aí um grande papel, a saber, de traduzir o conhecimento científico – em ebulição – para o campo social de administração das irracionalidades.

A amplitude da causa ganhou os aparelhos de diagnóstico e correção. Aperfeiçoam-se à época os espaços policiais, a família, a escola, o bairro, a vizinhança, etc. Passamos da macrofísica da soberania, típica da protopsiquiatria, para uma microfísica de poder (FOUCAULT, 2006), com ramificações que alcançam o corpo do doente e o olhar do técnico. Na névoa que se instala no território da loucura, enxerga-se a torto e direito os sujeitos indisciplinados.

Alcança-se assim uma vigília total dos desvios, uma prática não identificada a uma instituição isolada, mas a uma conexão de várias técnicas de vigilância e punição aplicadas aos lugares institucionais (FONSECA, 2003). Foucault diz que o indivíduo moderno não escapa de um *continuum* de observação próprio do sistema carcerário, de um efeito panóptico: “implica uma ação punitiva e contínua sobre as virtualidades de comportamento, que projeta atrás do próprio corpo algo como uma psiquê” (FOUCAULT, 2006, p.65).

Com o escrutínio realizado pelo método disciplinar, a clínica médica generalizou seu olhar e alcançou, para além do *monstro*, a psique do *indivíduo a ser corrigido* – segunda figura da anormalidade (FOUCAULT, 2002). Este não era necessariamente um monstro criminoso, mas, amiúde, um *monstro moral*: objeto amplo e difuso que possui como característica intrínseca a inaptidão para disciplina, que mantém certa constância no erro, que carece de reeducação. O novo objeto é paradoxalmente mais frequente que o *monstro* e mais indefinível em suas determinantes, amplificando o sujeito alienado.

Foucault (2006), em 7 de novembro de 1975, aponta a ordenação isotópica como uma das marcas do poder disciplinar e apresenta três características importantes: as instituições devem ser coerentes e compatíveis entre si, articulando-se sem conflitos; a distribuição dos sujeitos deve obedecer a certo cálculo de previsão dos lugares e papéis; ao hospício cabe classificar os desvios jurídico-biológicos em códigos científicos para que, identificados, possuam uma terapêutica de correção; cabe, também, o resto da conta, o *resíduo* que deve ser gerenciado conforme sua função marginal.

Nesse arranjo, os manicômios sobrevieram como administradores dos avessos aos modelos disciplinares, assumindo um papel fundamental na geografia das cidades: espaço do diferente, do inútil, do incógnito e do inclassificável. Na aula de duas semanas adiante, em 21 de novembro do mesmo ano, Foucault (2006, p. 67) dirá que o poder psiquiátrico forma-se à margem do poder disciplinar, captando os diversos resíduos institucionais. O autor exemplifica com base nos modelos militar, escolar e policial:

A partir do momento em que se tem um exército disciplinado, isto é, gente que entra no exército, que faz carreira nele, que segue certa linha, é vigiada de ponta a ponta, o desertor é aquele que escapa desse sistema e que é irredutível a ele [...]. O irredutível à disciplina escolar só pode existir em relação a essa disciplina; aquele que não aprende a ler e a escrever só pode aparecer como problema, com o limite, a partir do momento em que a escola segue o esquema disciplinar [...]. Os delinquentes não são os infratores – é verdade que toda lei tem como correlato a existência de infratores que violam a lei –, mas o delinquente como grupo inassimilável, como grupo irredutível, só pode aparecer a partir do momento em que existe uma disciplina policial em relação à qual ele emerge [...]. Quanto ao doente mental, ele é sem dúvida nenhuma o resíduo de todos os resíduos, o resíduo de todas as disciplinas, aquele que é inassimilável a todas as disciplinas escolares, militares, policiais, etc. que podem ser encontradas numa sociedade.

O manicômio se forma com as metrópoles disciplinares, segmentadas em centralidades morais e periferias opulentas; administra o *resíduo* social com um olhar científico, atrelando o indivíduo ao erro e criando as identidades da loucura.

### 3.1.3 O Anormal

Ao final do século XIX, a nova clínica amadureceu e adentrou um território fértil para suas observações: o ambiente familiar. O controle disciplinar dos corpos alcançou pais e filhos, permitindo formar, a partir da infância, uma discursividade sobre a etiologia das psicopatologias.

Foucault (2006) diz que a relação entre pais e filhos, o intervalo entre eles, foi assumido pelo poder médico e seu método disciplinar, estabelecendo o corpo sexual dos infantes como foco dos futuros desvios. A luz sobre a sexualidade infantil especializou o poder disciplinar e formou o que Foucault chama de *biopoder*, regime de controle que modula a sexualidade humana através do próprio seio familiar (FONSECA, 2003). O dispositivo evidenciou a existência de sexualidades periféricas, como a histeria, a masturbação infantil, a procriação desmedida, o prazer perverso, e buscou uma norma sobre o exercício da sexualidade. O saber médico sobre o tema se recheou de mistério e se tornou uma espécie de fetiche do mundo moderno.

Fiquem atentos à criança que busca a sombra e a solidão, que fica muito tempo sozinha sem poder dar bons motivos para esse isolamento. Que tal vigilância se volte principalmente para os instantes que sucedem o deitar e precedem o levantar; é principalmente então que o masturbador deve ser pego em flagrante. Nunca suas mãos estão fora da cama, e geralmente ele gosta de ficar com a cabeça debaixo do cobertor (FOUCAULT, 2002, p. 212).

O autor diz que, antes de qualquer reconhecimento de hedonismo ou satisfação, os atos sexuais infantis foram relegados ao esconderijo dos lares burgueses, ganhando uma roupagem doentia, sujando as roupas e lençóis da alva sociedade com os vícios próprios de uma patologia. E foi com cordas nas mãos, cintos nos órgãos genitais e olho na criança que a medicina curvou-se para dentro dos lares.

A campanha antimasturbatória ou anti-sexualidade-infantil, em suas sombras, deixou claro que o saber do médico estava a serviço das famílias burguesas, dobrado no conhecimento cotidiano dos lares. É a família que vigia e noticia o desvio ao médico. Como no caso de Charles Jouy, narrado por Foucault (2002) na aula do dia 19 de março de 1975, quando em vez da bofetada esperada pelo ato promíscuo, a menina envolvida recebeu de seus pais um encaminhamento para avaliação que indicou a internação em uma casa de correção. O miolo desta aliança entre a família e o psiquiatra evidencia o que Foucault chama de *função-psi*: um discurso psicopatológico que entranha os saberes familiares e pedagógicos e busca uma disciplina sobre os corpos e condutas.

A construção da digressão sexual infantil mistura-se, na essência da anormalidade, ao *monstro* – ator da digressão da natureza –, e ao *indivíduo a ser corrigido* – digressivo do método disciplinar.

Os *anormais* foram o objeto da psiquiatria do século XX e, dentro da pluralidade de suas variações, lançam uma questão paradoxal para a clínica psiquiátrica. Pois, de um lado o alienista obteve da loucura, enquanto doença e sintomatologia, o atestado de ciência médica em toda a sua organicidade; do outro, encampou o território difuso dos comportamentos anômalos, repletos de moralidades. Assim, a doença incorpora as condutas anti-sociais nas suas composições orgânicas.

O objeto psiquiátrico, por fim, é anárquico por essência. Incorrigíveis, mas não intratáveis; anormais e não doentes. Este paradoxo, explorado pela obra foucaultiana, permite à psiquiatria assumir definitivamente sua função de proteção das normas sociais. Sua terapêutica não mais objetiva a cura, mas sim a prevenção de futuros problemas. É como ferramenta de proteção aos atos perigosos e/ou irracionais que a psiquiatria incorpora a hierarquia do desenvolvimento e lança seu olhar para as mazelas das cidades, criando as bases da eugenia e da degenerescência como causa e consequência dos horrores no corpo social.

#### 3.1.4 Conceitos Fundamentais I

Para avançarmos, será preciso tratar sobre alguns conceitos que depreendem desse arranjo. Primeiro deles, o do **desenvolvimento**. Com a investigação científica sobre as patologias infantis, é possível estabelecer a noção de desenvolvimento: “é um processo que afeta a vida orgânica e a vida psicológica, é uma dimensão ao longo da qual são repartidas as

organizações neurológicas ou psicológicas, as funções os comportamentos, as aquisições” (FOUCAULT, 2006, p.267). Mais que isso, segue Foucault, “o desenvolvimento é comum a todo o mundo, mas é comum muito mais como uma espécie de ótimo, como uma regra de sucessão cronológica com um ponto ideal de chegada”. Esta noção aprofunda o olhar sobre o sujeito infantil e estabelece uma norma pela qual devem se guiar os corpos até a adultez: um protótipo composto pelo curso correto dentro das disciplinas. O curso, é bom que se diga, é a boa conduta, a docilidade, a utilidade produtiva, antes que uma sequência natural dos corpos.

Os problemas de desenvolvimento foram logo flagrados e se tornaram códigos psiquiátricos, dos quais se destacam primeiramente a *idiotia* e a *demência mental*. Na descrição de Esquirol, seguidor de Pinel, recuperada por Foucault na aula do dia 16 de janeiro de 1974, a *idiotia* seria o diagnóstico de “não-desenvolvimento”, e a *demência mental* seria a patologia da “lentidão”.

Esta arcaica psicopatologia infantil afirma a família como lócus do desenvolvimento das psicopatologias, seja pela maneira errônea de educar, seja pela transmissão de certa carga genética doentia. O erro do instinto familiar condiz com a teoria da **degenerescência** de Morel, que identifica nos traços infantis os prenúncios do desenvolvimento patológico adulto. A idéia de uma hereditariedade no adoecimento mental estabelece uma “lei dos instintos”, uma norma difusa que, segundo Foucault, na aula de 19 de março de 1975, determina:

que não apenas uma doença de certo tipo pode provocar nos descendentes uma doença do mesmo tipo, mas que ela também pode produzir, com idêntica probabilidade, qualquer outra doença de qualquer tipo. Muito mais, não é necessariamente uma doença que provoca outra, mas algo como um vício, um defeito. A embriaguez, por exemplo, vai provocar na descendência qualquer outra forma de desvio do comportamento, seja o alcoolismo, claro, seja uma doença como a tuberculose, seja uma doença mental ou mesmo um comportamento delinqüente (FOUCAULT, 2002, 399).

A degeneração de Morel, diz Foucault na mesma aula, “é a peça maior da medicalização do anormal”, difundindo as relações causais entre doença e herança parental, abrindo margem para uma série de interpretações, como as que embalaram a eugenia, o racismo e a idéia de um indivíduo-padrão, normal.

O olhar sobre as crianças que possivelmente não irão acompanhar a velocidade dessa norma gera sobre o infante uma **virtualidade** da qual se pode projetar o indivíduo

anormal. Com essa brecha, reivindica-se o infante para o tratamento *psi*, destituindo o poder familiar. “Em linhas gerais, a psiquiatria diz: deixem vir a mim as criancinhas loucas. Ou ainda: não esperem ficarem maiores ou adultos para serem loucos” (FOUCAULT, 2006, p.155). A terapêutica psiquiátrica é a própria imposição pedagógica: o tratamento moral, a reeducação do idiota/demente: o confronto à vontade de quem não acompanha a norma.

Por fim, é preciso apresentar outro desdobramento do poder psiquiátrico. Noção que se modifica em paralelo à concepção de *desenvolvimento* e que nos é particularmente importante para a compreensão da cena atual: a **periculosidade**. Esta instância jurídica é caráter fundamental do criminoso e foi desde o princípio do arranjo jurídico-psiquiátrico um elemento presente no sujeito que o manicômio abrigou. A marca monstruosa persiste no objeto da psiquiatria, alcançando os anormais infantis com partículas dispersas de periculosidade a partir de uma especialização do *monstro* na figura do *anormal*, com características mais brandas e dispersas (FOUCAULT, 2002).

A identificação do perigo formula-se, agora, não só pelos atos monstruosos, mas por medida preventiva, vasculhando no sujeito em desenvolvimento “um caráter difícil, uma dissimulação profunda, um amor-próprio desordenado, um orgulho incomensurável, paixões ardentes e inclinações terríveis”. Enfim, uma etiologia do ser violento, incorrigível, anormal (FOUCAULT, 2002; 2006).

Em suma, sob esses pontos fez-se uma generalização da psiquiatria sobre o tema do comportamento humano. Atraiu-se um tipo de *infantilidade* para a doença mental, abrigando em seus asilos modernos os clássicos desvios do excesso (violência, mania, furor, agitação), mas também os da escassez (idiotia, demência, imbecilidade).

### 3.2 Alienismo Brasileiro

Com esses conceitos chegamos à psiquiatria que vai se desenvolver no século passado e que tomou espaço nos hospícios brasileiros. Acompanhando o movimento europeu, o modelo asilar psiquiátrico alcançou o Brasil em 1852, na capital do império, Rio de Janeiro. Os hospícios, à época, foram erguidos como palácios, representaram o avanço científico da nação e se tornaram pontos capitais das principais cidades brasileiras: São Paulo, em 1852; Recife, 1864; Belém, 1873; Salvador, 1874; Porto Alegre, 1884; Fortaleza, 1886 (ODA e DALGALARRONDO, 2005). O alienismo brasileiro teve suas particularidades em cada

cenário. Nossa atenção deter-se-á nas histórias e estórias do manicômio gaúcho, trazendo mais elementos para desjuntar as pedras do hoje.

### 3.2.1 O Historiador

Ainda no prédio histórico e diante da porta, o Pesquisador tira o foco da imagem, dá um passo atrás e acende um novo cigarro. Sentado na escada de cimento bruto, ele tenta remontar obsessivamente o grito do *anormal* naquele prédio. Podia agora entrever a origem de sua função disciplinar, seu papel normativo sobre os incorretos. Não podia prever, todavia, que naquela mesma escada, no mesmo instante em que apagava a bagana, subiria um grande interlocutor: o Historiador.

O homem se prontifica para escutar o devaneio do Pesquisador e derrama-se em grandes e interessantíssimas histórias sobre o alienismo gaúcho. Ele coordena uma espécie de museu da loucura gaúcha, espaço que se esconde no meio dos tantos pavilhões do hospital. Com a chave em punho, convida o Técnico-Pesquisador a entrar no acervo.

Lá dentro, nosso personagem investigador veste uma luva de látex e uma máscara no rosto. É o momento de encarar os ácaros e traças que vão desfazendo os documentos da história do São Pedro. Em meio a páginas amareladas, caligrafadas com o zelo métrico de vigilantes e técnicos centenários, vê o passado como um conto machadiano:

A casa verde foi o nome dado ao asilo, por alusão à cor das janelas, que pela primeira vez apareciam verdes em Itaguaí. Inaugurou-se com imensa pompa; de todas as vilas e povoações próximas, e até remotas, e da própria cidade do Rio de Janeiro, correu gente para assistir às cerimônias, que duraram sete dias. Muitos dementes já estavam recolhidos; e os parentes tinham ocasião de ver o carinho paternal e a caridade cristã com que eles iam ser tratados (ASSIS, 1995).

### 3.2.2 Hospital Psiquiátrico São Pedro

O Bacamarte gaúcho apresentou sua Casa Verde em 29 de junho de 1884. A então Província de São Pedro inaugurou em sua capital o Hospício que homenageava a província, o

imperador e o santo do dia, festejando em largos dias com a presença da Princesa Isabel.

Luis Artur Costa, pesquisador da origem do manicômio portoalegrense, diz que o espaço integrava o projeto de saneamento social da cidade: acompanhando os códigos de postura de 1830 e 1889, que apresentam normas de conduta a serem assimiladas pelo corpo total da urbe, e que buscam, além de uma ordenação dos costumes, um esquadramento que prevê o apartamento das vidas não civilizadas (COSTA, 2007, p.58). Em sentido semelhante, Edson Cheuiche afirma que a Porto Alegre do nascente hospício acompanhava as exigências de produção das cidades capitalistas, na qual o desvio de conduta contrapunha aos padrões racionais de comportamento: “é nesse meio de racionalidade que a loucura foi considerada uma ameaça, devendo ser silenciada e isolada através do encarceramento físico, longe do espaço público” (Cheuiche, 2004, p.119). Por essas razões o Arraial do Partenon, então zona rural da cidade, acolheu o hospício e, adiante, também o presídio central e o manicômio judiciário.

O serviço recebeu no princípio o público que era administrado nos porões da Santa Casa de Misericórdia (COSTA, 2007; WADI, 2002). Abarcou, junto com eles, a filantropia católica. A psiquiatria precisou travar longas batalhas políticas com este saber para garantir espaço dentro do hospício. Somente em 1926 com a posse do médico psiquiatra Jacintho Godoy é que a nova clínica efetivamente passou a coordenar e ditar o tratamento ao, agora, *doente mental*. Foi época de uma revolução nos conceitos e de avanço tecnológico nas técnicas empregadas. Com a conquista da medicina, o nome da instituição mudou de Hospício para Hospital São Pedro e, mais adiante, Hospital Psiquiátrico São Pedro (WADI, 2002).

Um dado importante para a compreensão dessa grande reforma é que o avanço da medicina brasileira nesse período (décadas de 20 e 30) contou com poderes capazes de implementar as novas tecnologias. De acordo com Jurandir Costa (1989), a psiquiatria desta época fora atravessada por um centralismo político (ditatorial de Getúlio Vargas) e científico (Liga Brasileira de Higiene Mental) que, em preconceitos e práticas, elegiam uma estirpe biológica privilegiada como norma de vida. A Liga de Higiene Mental, subsidiada pelo governo federal e composta pelos principais psiquiatras brasileiros, propunha uma base hereditária na origem da doença mental, sustentados pelas teorias de Morel. Assim, alguns sinais de desvio como alcoolismo, miséria, ignorância, passaram a ser preditivos de doenças e, sua identificação e correção, necessárias para o bem andar da sociedade brasileira.

Será, portanto, sob o referencial da degenerescência que podemos localizar a empreitada maior de Jacintho Godoy e o apogeu do hospital:



É com Morel que começa o estado positivo, verdadeiramente científico, em que a noção da etiologia tóxica ou infecciosa serve de base a uma classificação nosológica. No momento atual da ciência médica, diante das conquistas maravilhosas da Biologia, já se pode afirmar com desassombro que as moléstias mentais não existem. O que existem são síndromos mentais ou afecções cerebrais com expressão psíquica. (GODOY, 1955, p. 72).

Nesse sentido, coube bem a execução do curso de Biopsicologia Infantil, de 1940, destinada aos docentes das escolas públicas com o intuito de mapear os anormais. Deixemos o próprio alienista falar, na palestra inaugural:

[...] é mister a todo educacionista saber sobre anormais e atrasados. [...] há pequenos psicopatas nas suas primeiras manifestações mórbidas e outros, aparentemente normais, mas de julgamento falho e cujas reações de conduta revelam uma predisposição doentia. O bom educador deve suspeitar, senão fazer o diagnóstico precoce desses distúrbios ou ao menos distinguir anomalias e defeitos. Ele é que terá a autoridade necessária para aconselhar às famílias recorrer ao médico especializado, a fim de realizar um diagnóstico preciso [...] Um educador ignorante dos elementos de patologia mental é moralmente responsável pelo futuro sombrio, no ponto de vista psíquico, de muitas crianças, cujos pais jamais suspeitaram, atingidos de uma doença<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Documento e fotografia pesquisados pelo Serviço de Memória Cultural do HPSP, disponível em <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1309525680463Curso%20de%20Biopsicologia%20Infanti%201-1940.pdf>



Imagem 14: Rede bio-psico-pedagógica

No mesmo tempo em que o hospital amplia o olhar, o psiquiatra percebe um uso indiscriminado dos diagnósticos. A criação interminável de novas espécies de patologias banalizou a tendência de permitir adaptações à classificação diagnóstica. O movimento gerou uma proliferação classificatória tanto das monomanias de Esquirol quanto da classe dos degenerados de Morel: uma indefinição que enquadrava o maior número de patologias quanto mais obscuras elas ficavam no escuro dos desajustes. Sem muita precisão conceitual, o campo permaneceu impregnado pelos preconceitos sociais sobre o marginal.

Ademais, o saber psiquiátrico encampado por Godoy propagou a alienação mental pelos quatro cantos do Estado, com cursos e serviços de triagem executados de forma descentralizada. Esse mecanismo primário em rede acabou escoando para o HPSP uma grande demanda. Por meio dos trilhos que aceleraram rumo à centralidade marginal do hospital, as marias-fumaças traziam o resultado da busca pela doença mental, superlotando o espaço físico e banalizando a concepção de adoecimento<sup>38</sup>.

Como no conto machadiano, o desmedido critério sobre o que se considera patologia mental criou uma cilada na qual o próprio Alienista sucumbiu. Documentos do setor de estatística encontrados no museu apontam para um número de 5.500 pacientes internos em 1955, sendo a população transitante de 7.479. A lotação também foi observada nos principais

<sup>38</sup> Segundo os documentos encontrados no Serviço de Memória Cultural do HPSP, produzidos pela Seção de Estatística do HPSP, sob chefia de Maria Mendes Camargo, em 1955.

hospitais psiquiátricos brasileiros e estrangeiros, com problemas insolúveis pelo método aplicado.

Com descrédito político e científico, o HPSP passou a receber menos investimentos financeiros. O Programa de Setorização datado de 1970, segundo documento da Divisão de Saúde Mental encontrado no Serviço de Memória e Cultura, foi a primeira medida de reforma do hospital: um retorno pouco responsável de muitos pacientes às suas cidades de origem.

As medidas deram o resultado que a terapêutica psiquiátrica não havia alcançado. O serviço de estatística informa que a população interna em 1975 havia reduzido para 3.200 pessoas; no ano de 1983, chega-se a 1.820 internos. Decrescendo pouco a pouco, como num modelo hidráulico, o número de sujeitos moradores do hospital chega a 500 nos anos 90. O Hospital Psiquiátrico São Pedro que seguiu perdeu o brilho do higienismo, viu o lento sucateamento de seus equipamentos e instalações, o esmaecimento de seu prestígio, mas a permanência de seus estigmas.

### 3.2.3 A Freira

Tomamos um chá? – pergunta a *Freira* quase centenária que adentra a porta do museu. O Historiador apresenta a senhora e explica que ela chegou ao Hospital Psiquiátrico São Pedro na década de 60, junto com outras apóstolas da congregação das irmãs de São José. As *josefinas* tiveram o seu auge em 1964 com cerca de 90 abnegadas. Desempenhavam a função do técnico, papel intermediário entre o alienista e o paciente, aplicando as terapêuticas indicadas e, a seu modo, construindo saberes no cotidiano desse encontro.

Ao convite de acomodar-se, a freira coloca o bule quente de chá sobre o antiquário da sala do Historiador e se senta vagarosamente. Renovada pela bebida e pelo interesse do Técnico, ela conta que sua função era muito importante na época em que aportou no hospital, 50 anos atrás. Disse que as freiras comandavam unidades com cerca de 300, 400 internos, aplicando com sensibilidade a melhor conduta para o caso. Como não havia modo de os médicos atenderem a todos, as irmãs faziam uma triagem dos que realmente precisavam. O Alienista pouco conhecia o paciente: uma consulta, conforme afirma, era o suficiente: “a psiquiatria era fantástica, não é como hoje”.

Afirma que as coisas funcionavam muito melhor. Os internos mais preservados (e que não fugiam) eram aproveitados na realização de tarefas produtivas, com fins tanto para o

consumo interno quanto para o comércio. Isso, por conseguinte, levava à reabilitação social. O critério era o ajustamento à estrutura laboral do hospital: à limpeza, à manutenção, à segurança. A terapia se dava progressivamente, de acordo com a capacidade do sujeito se integrar às produtividades sociais. “Trabalhando eles se ajeitavam, era assim que funcionava”.

O sorriso da Freira paira no ar como se lembrasse de bons momentos na labuta daqueles anos, perde um pouco do olhar pela janela e volta-se em seguida para o Técnico: “e você, que faz aqui?” Mais um vazio de resposta. Poderia responder que anda atrás de um parente, que está a cheirar o pó das histórias e conceitos, que quer pesquisar sobre um adolescente amarrado. Diz apenas que é técnico da unidade infanto-juvenil.

“Ah”, responde a Freira, “mas vocês vão mal lá, não é?” O relato da irmã sobre o modelo de internação infantil é contundente: “piorou muito”. Diz ela que a invenção do isolamento da criança, ainda que cuidada por equipe especializada, criou um vício institucional que lhe parece danoso. Ela entende que passou a ser destinada às crianças uma tutela desmedida, com espaços lúdicos e hotelaria confortável, criando uma condição muito distante da realidade delas. “Quem não quer uma vida assim? Se na vida real ela tem que passar fome, conviver com violência e tudo mais...” Ela completa dizendo que o paciente deve ser condicionado conforme sua cultura de vida, não pode criar a ilusão de que o hospital é um lugar melhor que sua família.

A Freira rememora que as crianças nos áureos tempos de Godoy eram tratadas junto aos adultos, abrigadas na Colônia de Jachuy<sup>39</sup> de labor que se complementava aos pavilhões do hospital. Diz ela que a grande maioria das crianças padeciam de abandono familiar, fundamentando sua idéia de que, com exceção das demências, não há cuidado que não possa ser feito pelos pais. A terapia, portanto, era feita pelo zelo dos adultos de boa conduta. Os jovens eram considerados adultos, não tendo um tratamento diferenciado.

Somente no final da década de 1960, um serviço de psicoterapia fora destinado às crianças. A idéia, reformulada nos anos 1980, era proporcionar um atendimento integral ao infante, interligando acompanhamento familiar e escolar. A Unidade de Psiquiatria Infantil foi instalada no limite do hospital, com muros internos e externos: os primeiros para a internação de infantes até 12 anos, os outros para as ações ambulatoriais. A nova unidade, diz a irmã, logo superlotou, chegando a ter mais de 200 crianças. “Vê no que deu” – indica, com resolução.

---

<sup>39</sup> A Colônia, anexa ao hospital, foi inaugurada em 1915 com o objetivo de implementar uma terapêutica do labor para adultos e crianças. Já desativada há muitos anos.

Ao final, enquanto já empilha as louças e prepara a saída, a Freira repete a descrença com o trabalho realizado pelo hospital de hoje e acha que não se faz mais psiquiatria, tampouco se aprende. Sobre as crianças, ela diz que tudo começa pelo fato de ela não saber por que está internada, pois chegam por demandas que não são delas e não são exatamente patológicas. Esse regime, para ela, “estraga” as crianças. Em frases rápidas: “vicia e não cura”, “gera vínculos desnecessários”, “não visa o progresso”, como na colônia de seu tempo.

Gentil, a Freira se despede, abençoa os ouvintes e parte. Reconhece uma paciente no corredor e oferece automaticamente umas bolachas a ela. A interna fica a olhar a freira mover-se no corredor, lenta como lentamente desmancha-se o biscoito na boca sem dentes. De bochecha plena, a louca pisca malandramente o olho para os restantes na cena, aponta com a cabeça para a freira e gira o dedo em círculo no ar, indicando a loucura da irmã. A mensagem provoca risadas em todos e deixa à vista o bolo de farinha formado por sua saliva. A Freira nem percebe. Caminha segura de que, por sua conduta e dedicação, terá reconhecida nos céus sua abnegação.

### 3.2.4 Reforma Psiquiátrica

A sábia Freira não sabe que se ressentiu de um modelo falido. Quase não entende que a história da loucura brasileira acompanhou o contexto de redemocratização no país dos anos 80, com movimentos de reforma baseados em princípios de cidadania e direitos humanos. As chamadas reformas Sanitária e Psiquiátrica nasceram da profusão de questionamentos às concepções hegemônicas, deflagrando, segundo Cunha e Cunha (2001), um regime de saúde claudicante, que enfrentava, além da crise financeira, crises ideológico-conceitual e político-institucional.

A reforma no campo da Saúde Mental preconiza a substituição dos serviços e práticas até então utilizadas, em um intento de remodelação total na compreensão da loucura, bem como dos meios para tratá-la. Os principais referenciais foram as experiências européias, sobretudo da Itália, onde Franco Basaglia e Franco Rotelli comandaram o fechamento de manicômios e propuseram novas estratégias de sociabilidade para os sujeitos alienados. Seguindo a aplicação da reforma italiana, a adequação brasileira foi firmada na Lei Federal nº 10.216 de 1991, também chamada de *Lei Paulo Delgado* ou *Lei da Reforma Psiquiátrica*.

Entre afirmações e negações, o Rio Grande do Sul, com a Lei Nº 9.716 de 07 de agosto de 1992 determinou “a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental”. A mudança previa a construção de uma rede substitutiva aos manicômios, com Centros de Atenção Diária – CAPS –, Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos em hospitais gerais, inserção da atenção em saúde mental na atenção básica, entre outras ações. Todavia, resoluções contrárias a essa conquista foram promulgadas adiante (como a abertura de novas unidades psiquiátricas), fomentando um espaço conflitivo de disputas entre o antigo e o novo: um entretempo que não define o lugar do manicômio, tampouco o de uma rede substitutiva.

Nesse espaço intermediário, surgem poucas propostas alternativas e substitutivas do modelo áureo do HPSP. Temos o exemplo do trabalho coordenado pelo Dr. David Zimmermann desde os anos sessenta no Centro Psiquiátrico Melanie Klein, sob referencial da psicanálise e da medicina comunitária (GOMES e GAUER, 2006). Há, quanto à formação técnica, a pioneira estratégia das Residências Multiprofissionais como ferramenta de formação de um saber interdisciplinar em meio ao território do alienismo, com práticas centralizadas no HPSP e estágios em serviços substitutivos (FAGUNDES, 2006). Outro exemplo de contraponto à ordem psiquiátrica foi a criação da Oficina de Criatividade, sob o referencial da psiquiatra Nise da Silveira. A terapêutica ligava o exercício da arte às organizações arquetípicas estudadas por Carl Gustav Jung.

O Projeto São Pedro Cidadão com seu CAPS e seu Residencial Terapêutico<sup>40</sup> foi o sinal mais evidente de reforma nos anos 1990. Mudanças que, afinal, se revelaram parciais ou muito pequenas. No caso do Residencial Moradas de São Pedro, o espaço extramuros para pacientes crônicos, onde eles pudessem executar autonomamente as tarefas cotidianas, estava logo ali, ao lado dos muros, com uma porta aberta para os fundos do hospital. No caso do CAPS, como já sabemos, manteve-se forte o vínculo com os fluxos de internação, cooptando com maior propriedade o resíduo infanto-juvenil.

### 3.2.5 O Técnico entre o Velho e o Novo

---

<sup>40</sup> Conforme a portaria nº 106/MS de 11 de fevereiro de 2000, “entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social

E se eu fosse o primeiro a voltar  
 Pra mudar o que eu fiz,  
 Quem então agora eu seria?  
 (LOS HERMANOS, 2003)

O Técnico-pesquisador segue pensativo. Ainda refrescado pela hortelã do chá, percebe em seu papel alguma semelhança com o trabalho da freira. Eles eram o “conteúdo técnico”. Estavam irremediavelmente entranhados com o pó e os aparelhos de correção de uma psiquiatria primeira. O Técnico não sabe, mas o espaço ocupado por eles foi objeto de muito interesse na nascente do manicômio. Cientistas como Pinel, Esquirol e Haslam, com produções datadas da metade final do século XVIII até a primeira do século XIX, consideravam fundamental o exercício desses profissionais no perfeito funcionamento da máquina psiquiátrica. Um papel, descrito por Fodére, e recuperado por Foucault (2006, p.7), que exige

[...] uma estatura de corpo bem proporcionada, músculos cheios de força e vigor, uma postura ativa e intrépida, se for o caso, uma voz cujo tom seja fulminante, quando necessário; além disso, ele deve ser de uma probidade severa, ter costumes puros, uma firmeza compatível com formas doces e persuasivas [...] e uma docilidade absoluta às ordens do médico.

Uma preocupação lhe vem com a resposta. A angústia bate forte e forma a imagem do menino amarrado em sua frente. Um cigarro e outro. Já tarda a procura de um bar. Chega a ver em suas mãos algumas rugas como as da Freira, misturando-se à figura mítica do técnico intermediário do alienismo. A lembrança de sua habitual docilidade agora embrulha o estômago. Era um profissional de confiança, bem quisto com todos.

O Técnico aprecia os discursos de verdade proferidos pelos Alienistas, a certeza empregada na palavra e na solução inventada. Quer entender a engenhosidade de seu pensamento, o mistério que transparece nas doses indicadas como tratamento. Aprecia o semblante da verdade, mas, na prática, sabe que o efeito da medicação não é condizente com a beleza do discurso, que é preciso reformá-lo no trato diário, escondendo a verdade dos prontuários.

Admira igualmente os colegas educados pelo referencial da atual reforma. Demonstam mais leveza, tem musicalidade, cores, juvenilidades. Imagina com eles como seria um mundo melhor, uma sociedade mais respeitadora e humanitária, um tratamento mais

digno e resolutivo para os adolescentes internados. Participa das oficinas ditadas por eles, gosta do mistério com que se escolhem as palavras para falar e como alçam o ouvido para melhor captar as falas e os silêncios. No cotidiano de seu trabalho, porém, é preciso falar grosso, bater pé, montar vigília e criar uma lei com os internos. Não exatamente conforme aos direitos e deveres humanos, mas numa linguagem acessível a todos. Essa verdade precisa também ser escondida.

Nosso Técnico percebe o conflito, sente-o no próprio arranjo do seu trabalho, nas rusgas e estratégias criadas por ele e seus colegas. Entre atendimentos e reuniões técnicas, fica evidente a indefinição entre Novo e Velho, não obtendo resposta quanto à incógnita presença sujeitos como Messi e Net na internação infanto-juvenil. Mais que isso, fica a seu cargo, muitas vezes, o direcionamento de uma terapêutica. Justo para ele que vive de interrogações e embriagações. A verdade que lhe escapa complexifica a questão. Em meio ao intervalo de referências, torna-se Pesquisador.

\* \* \*

Com a questão viva, o Técnico-pesquisador-drogado-historiador passa a olhar com mais atenção o curso das histórias contidas nos prontuários de seus atendidos. A procedência, o sintoma, a forma de encaminhamento, a situação social, a configuração familiar, os detalhes mínimos dos documentos. Logo vai entendendo que, como numa ficção de sucesso, as histórias têm enredos semelhantes, apenas com variação de personagens, lugares, arranjos de cena: são semelhanças diferentes e diferenças semelhantes.

O achado anuncia um rumo e prepara um encontro. O Escritor desta estória agora será um grupo, que desenvolve o projeto “As patologias nos modos de ser criança e adolescente”. A pesquisa, desenvolvida desde 2005, busca uma análise dos motivos que levaram ao internamento de crianças e adolescentes na história do hospital. A partir dos prontuários arquivados no Arquivo Público de Porto Alegre e no Setor de Triagem do HPSP, os pesquisadores buscam nas folhas velhas e empoeiradas os fragmentos da psicopatologia atual.

Já é hora: mãos ao pó!

### **3.3 Internação Infanto-Juvenil no Hospital Psiquiátrico São Pedro**



O esmalte está rachado e esboicelado em alguns pontos. A porta é antiga, a última camada de pintura castanha está a descascar-se, os veios de madeira, à vista, lembram uma pele estriada [...]. Mal se cruza o limiar, sente-se o cheiro de papel velho. É certo que não passa um dia sem que entrem papéis novos [...], mas o cheiro nunca chega mudar (SARAMAGO, 1997, p.11).

### 3.3.1 O Arquivista

Numa sala escondida do hospital, perto e longe da unidade infantil, habita uma figura interessante deste enredo, o Arquivista. Da sua repartição, não se escuta outro som que não seja o do rádio que lhe acompanha diariamente no último volume. Fala pouco, só o que se pede para falar; trabalha pouco, só porque há de se trabalhar. Não há dia em que não pense na aposentadoria. Conta o tempo. Sua voz é pouco audível, mas suas opiniões são claras e concisas, anunciadas nas ondas de rádio AM que atingem o seu companheiro eletrônico.

Ele administra o arquivo de prontuários. Assim como o Sr. José, personagem de Saramago, ele conhece os detalhes da repartição, achando facilmente todos os nomes que desejar em meio à aparente aleatoriedade com que eles se organizam. É assim que o procedimento para a pesquisa de um prontuário se torna, na verdade, um ritual.

Sem dizer muita palavra, o Arquivista disponibiliza uma enorme lista com nomes, códigos e datas. Desse montante, a pesquisadora do grupo elege um, no máximo dois prontuários, com o critério único de serem crianças ou adolescentes quando da internação. A colega anota o número de arquivamento deles numa planilha e, sem a necessidade de palavras, entrega ao Arquivista. Solenemente ele some no espaço mal iluminado em que residem os nomes. Só ele pode fazer a procura, conforme fora determinado por alguém em algum momento da história da repartição.

Enquanto espera, a pesquisadora observa a cena e fica escutando a programação do rádio. Ele transmitia naquela manhã um programa de debates com uma enquete norteadora da discussão. Imagine, como não, o assunto, narrado em tom gutural: “Os números não mentem: temos assistido na cidade de Porto Alegre e arredores uma onda crescente de barbaridades. A razão apontada pelas autoridades é o tráfico e consumo de crack – a *pedra* do mal. O que fazer? Prevenir, Tratar, Prender?”. E por aí vai, como já vimos, a discussão.

O Arquivista retorna no justo momento em que o radialista faz a voz brava e grita com a certeza da certeza: “tem que matar, fazer uma *limpa* nessa vagabundagem”. O Apresentador ainda resgata a manchete do dia sobre uma manifestação de sem-tetos para, jornalisticamente, colocar os moradores de rua no balde da marginalia: “é tudo a mesma laia, vagabundo que não quer trabalhar”. O Arquivista ri-se da coragem do repórter e apenas diz: “tá certo. O Carlão fala mesmo”. Entrega o prontuário à pesquisadora e retorna para o devido lugar.

### 3.3.2 Pesquisa I

Os arquivos contam estórias de internações passadas, o trânsito de crianças e adolescentes pelos corredores do HPSP, em leituras médicas sobre seus passos. A primeira parte da pesquisa focou nas primeiras décadas do hospital, entre 1890 a 1930. Nesse período, o enredo apresenta um personagem típico: sujeitos vindos predominantemente do interior do estado, pertencentes à 4ª classe – dos indigentes e pobres. Vêm encaminhados por meio das Intendências Municipais para “exames de sanidade” no Gabinete Médico-Legal, localizado nas Chefaturas de Polícia. O exercício do médico-legal nesse lugar, conforme os documentos encontrados pelas pesquisadoras (RIO GRANDE DO SUL apud SILVA e col., 2008) acontecia desde 1882 nas chefaturas, com o declarado intuito de “zelar pela população”, assumindo claramente a loucura, ou os comportamentos bizarros, como um assunto de ordem pública.

É o caso de uma menina de oito anos que interna no Hospício São Pedro no ano de 1904, presente no estudo de Silva e col. (2008). Vinda do interior, ela fora encaminhada pela Chefatura de Polícia por razões diversas. O motivo alegado na baixa era o “idiotismo”, mas no prontuário seu diagnóstico se dispersa em “oligofrenia”, “degeneração”, “infelicidade”. Para as autoras do estudo, “o diagnóstico múltiplo parece querer exaurir as possibilidades de encaixar as doenças nos quadros nosográficos da época, num movimento que visava à totalização do estado doente” (SILVA e col., 2008, p.451). Nas primeiras internações infanto-juvenis, transgressões morais e afecções orgânicas se misturam na justificativa das baixas.

Na década de 20, com a psiquiatria de Godoy, observa-se nos prontuários uma maior abrangência dos motivos de internação e, juntamente, a crescente pulverização dos diagnósticos. É marcante nesse período a incorporação direta dos preceitos morais na

qualificação da doença mental. Às crianças e jovens internados se aplica o prisma disciplinar, apropriando-se o discurso médico, em seu talher diagnóstico, com sentidos pré-conceituados pela sociedade vigente. Entre as folhas amareladas do arquivo público, o grupo encontra nas justificativas de internação desses anos, expressões como “‘intenção de prática do mal’, ‘erros de conduta’, ‘surto extravagantes’, indivíduo que tem maus propósitos’, ‘projetos matrimoniais sem fundamento’, ‘masturbador profissional’, entre outras” (ibid., p. 452).

Seguindo o estudo, no ano de 1937 – auge das políticas de higiene mental – encontra-se nos arquivos a trajetória de uma menina internada aos 11 anos por “degeneração atípica”. Como motivo, o prontuário acusava “vício de mendicância” e “menor incorrigível”. Depois de duas fugas e novas internações, a conclusão diagnóstica é que não existem perturbações mentais, outrossim, distúrbios do comportamento. Até os anos cinquenta veremos fortemente a figura do degenerado, com seus traços anormais, sendo filtrado pelas redes que se conectam ao hospital de Godoy e Morel. Não é preciso mais falar, portanto, em doença mental: trata-se de deseducação. É preciso ensinar ao ignorante como se comportar, fazer calar o barulho, cessar o “vício”, desobstruir o passeio.

### 3.3.3 O Espaço-Tempo da Reclusão Infanto-Juvenil I

Não obtivemos muita notícia sobre o lugar destinado às crianças na nascente do hospital. Sabemos, porém, que elas lá estiveram. A própria definição etária de infância não estava clara, variando de acordo com os Códigos de Menores que se promulgavam. Segundo Silva e col. (2008), a definição vigente no período de 1890 a 1921 estabelece a inimputabilidade dos infantes até nove anos de idade, sendo julgados como adultos a partir de dez anos. Antes e depois desse período, a idade mínima para ser considerado responsável por seus atos é de quatorze anos. A partir do Código de Menores de 1921 temos, ainda, a criação dos Juizados de Menores, órgão específico para o cuidado dos menores abandonados. Antes, havia apenas as mesmas Chefaturas que se ocupavam dos adultos.

### 3.3.4 Pesquisa II

Em outra etapa do estudo, os prontuários relativos às internações de crianças e adolescentes das décadas seguintes (1940, 1950 e 1960), encontrados ainda no Arquivo Público Municipal, trazem o seguinte quadro sobre as fontes de encaminhamento:

	1945	1955	1965
Prefeituras Municipais	31%	25%	24%
Polícia	22%	10%	8%
Família	14%	25%	40%
Serviços de Saúde	12%	12%	10%

Tabela 1: Principais fontes de encaminhamento nas décadas de 40, 50, 60.

O alastramento do saber médico ganha a família urbana, reivindicando a internação psiquiátrica ao mesmo tempo em que se especializava – pela campanha escolar e familiar de captação do futuro adulto perigoso – o enquadre dos problemas mentais. Temos, assim, uma gama maior de sintomas nas justificativas de tratamento, tais como “ataque agressivo”, “distúrbio de conduta”, “má conduta”, “comportamentos ruins associados à menstruação”, “ataque epilético”, “convulsões”, “depressão”, caracteres dispersos que, agrupados, definem um sentido qualquer: as síndromes. Esse desdobramento, conforme vimos, amplia as possibilidades de internamento do sujeito de comportamento anormal.

A indefinição dos modelos classificatórios no HPSP é ainda mais marcante nos prontuários analisados na segunda fase da pesquisa. Os diagnósticos oscilam de maneira semelhante: Esquizofrenia, Oligofrenia, Psicose e Epilepsia, sendo prevalente um ou outro de acordo com o saber valorado no devido contexto. No ano de 1955 se observa a prevalência dos “Estados Mentais Não Classificados”, trazendo mais incógnitas sobre o entendimento psicopatológico do período. Segundo a Classificação das Doenças Mentais<sup>41</sup>, a categoria de não-classificação visava “coletar os doentes mentais em trânsito pelos hospitais, que não receberam diagnóstico no momento de ser apurada a ficha ou encerrada a estatística”. A coleta incluía os “doentes em observação”, os “quadros clínicos” que carecem de elementos diagnósticos, os sujeitos falecidos nas primeiras horas de internação ou “aquele cuja desordem mental tenha desaparecido ao ser examinado”. Não parece surpresa, enfim, o fato

<sup>41</sup> Elaborada em 1948, no 5º Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal e assimilada no HPSP no ano seguinte.

de que 40% dos prontuários analisados em 1955 tivessem o diagnóstico de não-classificado, se lembrarmos que a população da década de 1950 chegou aos mais de cinco mil internos.

Um dado que atravessa os momentos da pesquisa e que se preenche de importância é que o sujeito infantil internado no São Pedro segue predominantemente da classe dos indigentes, excluídos ou relegados do modelo familiar. O quadro apresenta semelhança com o relato da Freira sobre esses tempos, sendo elas autoras dos muitos diagnósticos que temos notícia.

### 3.3.5 O Espaço-Tempo da Reclusão Infanto-Juvenil II

Uma vez internados, os infantes anormais desse período, como já informado pela Freira, compartilhavam o espaço com os adultos, ordenando-se por estratégias laborais de correção na Colônia de Jachuy. O critério de inclusão no espaço era não apenas etário, mas utilitário: o infantil, pode-se dizer, era mais um caráter (de vontade própria) que deveria se dissipar no púbere com a devida correspondência aos papéis sociais. Assim, a classificação se simplificava entre improdutivos (infantis) e úteis (adultos).

Um espaço de atenção específico à saúde mental infantil surgiu apenas na década de 1960 com o SAIC – Serviço de Atendimento Integral à Criança (SCISLESKI, 2006). O serviço acompanhou o referencial da psicanálise Kleiniana de David Zimmerman, diretamente aplicado no tratamento intra-hospitalar, com atendimentos psicoterápicos, acompanhamentos familiares e escolares. O SAIC teve duração de quatro décadas e demarcou a apropriação da criança como objeto da psicopatologia, observada do nascimento até a adolescência, focando nos desajustes das identidades (*self*). Esse modelo, assim como todo o HPSP, não escapou da grande demanda de internação e superlotou.

Nos anos oitenta, o serviço foi reformulado, intercalando suas ações às do Centro Psiquiátrico Melanie Klein. Destacam-se, nessa mudança, o trabalho interdisciplinar, oxigenando a psiquiatria com profissionais do serviço social, da psicologia, da educação física, da neuropediatria; e a aproximação às terapias comunitárias, atendendo ao público do distrito. Outra característica foi a especialização do vínculo com as escolas por meio da prática de consultoria escolar, aproximando, uma vez mais, os técnicos do hospital aos educadores da região (COSTA, 2007).

Sobre essas bases, chegaremos ao espaço-tempo do CIAPS.

### 3.3.6 Pesquisa III

A terceira etapa do estudo aborda as últimas quatro décadas de internação, localizando os prontuários no próprio hospital, sob os cuidados do Arquivista. Com isso, partimos dos anos setenta até muito próximo de nossos dias. O curso desses documentos dará no surgimento do jovem crackeiro-delinquente que move esse estudo.

Os nomes e as histórias encontradas nos prontuários da década de 1970 seguem partindo do interior do Estado, conforme o escoamento proposto pelas Coordenadorias Regionais de Saúde. São encaminhados, usualmente, pela família, que procura o serviço municipal de referência ou solicita a um médico o encaminhamento para internação. Nesse mesmo sentido, chegam encaminhamentos dos abrigos da Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor, em seu papel asilar de substituição do poder familiar.

As razões – sintomas – que levam crianças e adolescentes ao HPSP dessa década são predominantemente “Agitação”, “Agressividade”, “Crise Psicomotora”, “Revolta”, “Fuga de Casa”. Em menor número aparecem sintomas psicóticos como “Visões”, “Alucinações”, “Paranóia” e sintomas epiléticos como “Convulsão” e “Desmaios”. Nos poucos detalhes adjacentes que os prontuários fornecem, fica claro que são sujeitos de difícil convívio, com famílias que se declaravam “impacientes” e “cansadas”, acionando a internação como forma de ter alívio: “família gostaria de deixá-lo muito tempo no hospital”, consta num prontuário de 1977.

O código que acolhe tais encaminhamentos é ainda difuso, oscilando entre os códigos internacionais do DSM-II e III<sup>42</sup> e a classificação do Serviço Nacional de Saúde Mental. De todos os modos, encontramos a prevalência do diagnóstico de “retardo mental” em vários graus, além de “transtornos esquizofrênicos”, “distúrbios afetivos”, “distúrbios de excesso de ansiedade”, “transtorno de ajustamento à adolescência”. Entre esses prontuários, encontramos uma referência ao alcoolismo, com o diagnóstico de “dependência de álcool” e outra referência, particularmente importante, de uma menina “viciada em tóxicos” encaminhada pela FEBEM em outubro de 1972. A moça de 15 anos teve como motivo de baixa: “violência psicomotora” e “prostituição”. Seu diagnóstico, no entanto, foi de

---

<sup>42</sup> Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria.

“Distúrbio de Personalidade”. Teve alta cinco meses depois por atingir os “objetivos psicoterápicos”.

Na década de oitenta, temos a prevalência do mesmo perfil de crianças e adolescentes internados: agressivos, que rejeitam ou controlam demais as famílias, que perambulam pelas ruas. E, em menor grau, psicóticos e esquizofrênicos. Os encaminhantes seguem basicamente os mesmos, com o crescente papel da escola na identificação de problemas dos que “não aceitam” ou “não acompanham” as tarefas. Podemos aqui situar a atuação do SAIC na relação com as redes escolares.

No que tange à assunção do sujeito drogadito, vemos o crescimento dos casos de alcoolismo, mais frequentes entre os sujeitos acima de 14 anos, diagnosticados dentro da categoria da Intoxicação Alcoólica. Encontramos também dois meninos usuários de inalantes. Um rapaz de 15 anos que chega acompanhado da própria mãe e que, segundo os detalhes adjacentes do prontuário, cheira *cola* desde os 13 anos e bebe desde os 14. A razão da internação, no entanto, foi decorrente de uma “agitação psicomotora”, com “alto risco de agressão física” aos outros e a si mesmo. O menino ficou 10 dias internado, teve o diagnóstico de “transtorno de personalidade” e foi encaminhado para tratamento ambulatorial. O outro menino, de 10 anos, encaminhado pela FEBEM, não só cheirava como ingeria a *cola*. Os motivos de internação foram “tentativa de suicídio” e “brigas na escola”. O diagnóstico, todavia, não retrata a situação: “distúrbio de ajustamento com humor deprimido” (código 309.0 do DSM III).

Os prontuários da década de 90 já apresentam uma variação importante tanto na forma de encaminhamento quanto nos motivos da baixa. Destacamos nestes, o uso de múltiplas drogas, como álcool, cocaína, maconha e inalantes, associados aos problemas de “conduta”, como “agressividade” e realização de “pequenos furtos”. O diagnóstico mais recorrente, agora, se divide entre os clássicos casos de “deficiência mental leve” (código 318.0 do DSM III), o “transtorno de personalidade anti-social” (301.7) e a “dependência de drogas” (código 304.0), especificada em “múltiplas drogas” (304.8) e “não especificada” (304.9).

Quanto à fonte de encaminhamento, temos o aparecimento das ordens judiciais de internação compulsória. Encontramos estas medidas pela primeira vez no ano de 1993 por meio de um menino de 16 anos que cumpria medida socioeducativa por posse de maconha e loló. Ele já havia recebido medidas protetivas de tratamento, mas não aderiu a elas. Foi forçado a internar-se, ficou apenas dois dias e fugiu. Na segunda internação, em julho de 1994, a descrição do caso conta com “pequenos furtos” e “múltiplas drogas”. A terceira

internação se fez em agosto de 1994 e, aos 17 anos, o adolescente já havia passado por inúmeras tentativas de recuperação. Chegara a ficar um mês em uma Comunidade Terapêutica, sem resultados aparentes. As três internações foram por medida judicial, sendo a Unidade Jurandir Barcelos, destinada a dependentes químicos adultos, que lhe abrigou.

A última década chega com o CIAPS e o espaço próprio para a adolescência. Nos sete prontuários analisados dos anos 2000, nota-se o significativo avanço da drogadição como causa primeira das internações: quatro deles apresentam o uso de drogas nos motivos de baixa, três deles com diagnóstico de “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de drogas – síndrome de dependência” (F14, CID 10<sup>43</sup>), os outros três com “Transtornos de Conduta” (F90, CID 10), sendo associados em duas situações. Os diagnósticos de dependência química foram destinados, curiosamente, a todos que usavam crack, no código de transtornos decorrentes do vício em cocaína (F14.2). A maioria deles veio com ordem judicial, por intervenção do Conselho Tutelar, por motivos como “agressividade”, “situação de rua”, “agitação”, “roubos para comprar drogas” e “crack”, simplesmente.

Interessante notar o curso de um menino que interna pela primeira vez em agosto de 2007, aos 9 anos de idade. Ele vem encaminhado via Conselho Tutelar por apresentar “agressividade”, cometer “pequenos delitos” e fazer uso de “maconha e loló”, sendo diagnosticado com Transtorno de Conduta. Na segunda internação, realizada em março de 2009, a razão primeira para a internação é “uso de crack”, sendo descrito, além da típica agressividade, o problema de ser “ameaçado de morte pelos traficantes”. O diagnóstico mudou para a dependência de cocaína (F14.2). Ao final desta internação, que durou 35 dias, o menino foi encaminhado para uma pensão protegida. Logo adiante, no mesmo ano, o menino teve mais três internações. O enredo destas baixas era composto por uso de crack, agressividade, furtos, fugas do abrigo e situação de rua. Na última internação, em novembro de 2009, o diagnóstico era de dependência de “múltiplas drogas” e a descrição era de que ele não aderiu aos tratamentos extra-hospitalares, que estava cada vez mais envolvido com furtos, que estava numa situação gravíssima de dependência química. Chama atenção que mesmo nos casos onde não há o uso de drogas, essa referência está nos prontuários ao menos na negativa: “não usa drogas”.

Cabe aqui recheiar essas histórias com dois estudos de caso de junho de 2005 e acompanham a pesquisa interna do CIAPS sobre as “Internações de Crianças e Adolescentes”. No primeiro caso, um menino de 11 anos, trazido pelo conselho tutelar, usuário de crack e

---

<sup>43</sup> 10ª edição do Código de Transtornos Mentais e de Comportamento, vigente desde 1986.



com problemas de conduta social, relata em uma das entrevistas que tivera um pesadelo: estava num trem indo para o inferno; e dizia: “Ai, mãe, ai, mãe. O diabo fumando beck<sup>44</sup>, o diabo ria, tudo queimando”. No segundo caso, outro menino de 11 anos, igualmente envolvido com crack e com desvios de conduta, o relato da entrevista indica uma crença igualmente diabólica: “Sei que deveria parar de usar drogas. Sei que quanto mais eu fumar, mais eu vou queimar minhas células mentais e ficar burro”.

\* \* \*

Enfim, voltemos ao cenário inicial, ao ano de 2011. Dentre as figuras da diferença que habitaram o HPSP, temos no sujeito burro descerebrado do CIAPS o objeto que move a psiquiatra gaúcha de hoje e seu espaço-tempo de reclusão.

---

<sup>44</sup> Gíria sinônimo de baseado de maconha.

## CAPÍTULO IV

### O SUJEITO-OBJETO



Imagem 15: Desaparecido<sup>45</sup>.

É um terreno baldio que serve de abrigo para Net e Messi após a alta hospitalar. É preciso seguir o circuito de satisfação. Movidos por ele, os dois jovens haviam acertado o encontro antes da alta: Net fugiria do abrigo e Messi teria que driblar as instituições fazendo discurso de remissão dos pecados, repetindo a reza da escola, família, reabilitação social. Em dois toques estariam na cara do gol novamente.

Ele fuma *pedra*; Net não, gosta de um *samba*<sup>46</sup>, que ele prepara gentilmente. Assim, passam dois dias numa velocidade enorme de sensações, ao mesmo tempo lenta e contínua. Com o tempo sob controle, faz pouca diferença dia e noite, sono ou vigília. O corpo, de tanto se ativar, vai perdendo viço e muda suas cores, mas isso não importa. O próximo lampejo de prazer se acerca e o olho já brilha em espera. A legitimidade do desejo e o direito de satisfazê-lo são claros. Avante! Não é hora de parar.

No intervalos do gozo, eles retornam à circulação urbana para alguma transferência de renda. Com cara de *zumbi*, Messi pede esmola com a sinceridade de um esfomeado e junta dinheiro para uma boa quantidade de *pedras*. Em outros momentos, quando a caridade não lhe abastece, ele trabalha como guardador de carros na grande avenida. Net também faz suas esmolos, mas quando precisa se virar, bate ponto na esquina escura da madrugada. Serviço rápido, dinheiro fácil, a festa continua.

---

<sup>45</sup> Elliott Erwit: Miscellaneous, 1968. Imagem da capa do livro Doutor Pasavento, de Vila-Matas (2009).

<sup>46</sup> Bebida composta por cachaça e coca-cola.

No final do segundo dia, Net saiu para comprar cigarros e não volta mais. Depois de esperar por poucas horas, Messi também parte. Volta para o trabalho na boca. Sabe do estresse envolvido nesse ramo, com seu mercado e suas hierarquias, mas está no seu circuito e, ademais, tem as habilidades necessárias. Entretanto, a abordagem policial da cena de abertura e os dias de afastamento foram suficientes para uma reorganização das regras. Terá que disputar novamente espaço, mas o time adversário está bem armado. Com astúcia, Messi tenta o contra-ataque, mas perde a bola. Menos de 10 horas depois de retornar ao jogo, já recebe quatro tiros em partes diferentes do corpo. O sangue reluz na tela e encanta a platéia. Mas não é o fim.

#### 4.1 O Rosto

O objeto *jovem-perigoso-pobre-delinquente-violento-drogadito*, em meio ao muro de verdade em que surge, faz desaparecer seus elementos. A identidade, diz Deleuze em *A lógica do Sentido* (2007), não é a da indiferença entre os opostos, mas da afirmação da distância entre deles, “quer aprofundemos um dos opostos para aí encontrar o outro, quer procedamos a uma síntese dos dois [...] trata-se de uma distância positiva dos diferentes” (p. 178). Nesta construção, a identidade do nosso objeto se forma em composição e fissura às imagens do *jovem-normal-dócil-ousado-estudante-trabalhador*.

Com a definição de Deleuze, podemos dizer que os sujeitos habitam uma superfície comum de acontecimentos, pois “na medida em que a divergência é afirmada, em que a disjunção torna-se síntese positiva, parece que todos os acontecimentos, mesmo contrários, são compatíveis entre si e se ‘entre-exprimem’”. Assim, enquanto se positiva um eu, ergue-se um “contra-eu” e a “disjunção troca seu princípio teológico contra um princípio diabólico” (DELEUZE, 2007, p. 182-183).

A fissura na imagem divina ganha seu caráter definitivo quando escapa da superfície dos corpos e adentra as linhas interiores. O diabo na terra. É nesse momento que o jogador perde o equilíbrio, que o nosso ator perde a chance de “sobreviver seu campo de superfície incorporal sem se deter na quebra de cada corpo”. Para Deleuze, a “fissura continua sendo apenas uma palavra enquanto o corpo não estiver comprometido e enquanto o fígado e o cérebro, os órgãos não apresentem estas linhas a partir das quais se prediz o futuro e que profetizam por si mesmas” (DELEUZE, 2007, p.164).

A superfície que tratamos aqui, a trama que se forma com os conceitos do poder psiquiátrico, as histórias da alienação infanto-juvenil no Rio Grande do Sul, a cena de medo e pânico atual, faz emergir um rosto da diferença. Uma face jovem que entre seus sulcos e rugas, entre suas lesões hepáticas e cerebrais, desprende-se da superfície dos acontecimentos e ganha um lugar bastante peculiar na nossa cultura.

Vamos ao contraditório. Explorar alguns discursos que preenchem o sujeito-objeto de nosso cenário. Primeiro, o lado divino da juventude moderna, depois os estudos sobre as disfuncionalidades do jovem brasileiro transeunte dos circuitos de exclusão.

## 4.2 Jovem-Norma

A invenção da juventude enquanto objeto da psicopatologia médico-psiquiátrica data de quase um século antes da inauguração do CIAPS. A concepção moderna e contemporânea da juventude apresenta uma roupagem psicologizada e medicalizada, ampliando o olhar desenvolvimentista que já se estabelecia sobre o infante. Para Ariès (1986), é um olhar que parte do modo como a cultura ocidental concebeu suas crianças e jovens, culminada no século XIX, com novas compreensões de vida e morte e uma preocupação com os rumos da infância.

A juventude não poderia, entretanto, ser pensada de um modo universal. Tendo em vista seu papel, descrito por Monod (apud FEIXA, 2006, p. 83), de “metáfora” que “põe em dia a contradição central que estrutura a relação da sociedade com ela mesma”, apresenta, mais bem, sentidos pluriversos, com identidades e símbolos distintos, de acordo com as culturas que as produzem: uma história não linear, de valorizações e desvalorizações que variam de acordo com o modelo social estabelecido.

Temos, portanto, não uma Juventude na era contemporânea, mas juventudes. Para Carles Feixa (2006), existiriam pelo menos dez gerações juvenis no século XX: a) os *adolescentes* do modelo psicomédico, b) os *escoteiros*, cooptados pelo modelo militar para uso e estudo das qualidades juvenis; c) o *komsomol*, figura política imbuída da defesa à pátria soviética; d) geração *swing*, legião de jovens italianos e alemães, também militares do período das guerras; e) geração *rock*, do pós-guerra; f) os *hippies*, revolucionadores de temas como drogas e sexo; g) os *punks*, contracultura que respondeu em tons pretos às cores e valores

*hippies*; h) o *tribal*, produto das microculturas juvenis e suas imagens marginais; i) e o jovem *em rede*, marcado pelas novas tecnologias e pela falta de um referencial sólido e central.

Desse lastro espectro de imagens, destacaremos a juventude psicologizada – definidora da noção de normalidade e disfunção adolescente – e a juventude midiaticizada – que atravessa o *Rock*, o *Hippie*, o *Punk*, formando culturas e contraculturas de consumo.

#### 4.2.1 Psicologizado

Com o advento do iluminismo, da ciência, da sociedade disciplinar, a juventude moderna se torna uma fase funcional do desenvolvimento humano. Já temos entendido o mecanismo de difusão do olhar *psi* sobre a criança. A adolescência prisma cultural, por sua vez, amplia o objeto do olhar familiar, pedagógico, jurídico e se torna mais um terreno fértil para os psicologismos. De um lado, é esquadrihada como etapa de vida própria para a inventividade, para estudar, mudar conceitos, ousar; por outro, foi reconhecida como fase de turbulências, onde o sujeito estaria em um conflito frente às normas adultas. Assim, há concomitantemente a exaltação de uma essência juvenil criativa e destemida, mas seus experimentos são vigiados e catalogados sob os signos da ciência.

Pode-se dizer que o fundador dos estudos concernentes à psique e os comportamentos adolescentes foi Granville Stanley Hall, com o livro *Adolescence: Its psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education*, de 1904. Um verdadeiro tratado que chamava a atenção para as crises do sujeito púbere em desenvolvimento e demandava um olhar cauto por parte das famílias, juízes, policiais e professores (FEIXA, 2006).

A fascinação pela imagem de tormenta do ser que brota dos infantes instala, no revés, o medo. Para Debesse (1955), o sujeito adolescente teria uma *crise do desejo de originalidade*, uma perturbação própria, uma tendência à transformação, ao pensamento autônomo, ao autocentrismo, a realizar comportamentos inesperados e arrogantes. Um excesso de confiança – “Idade do Eu” – que o autor julga passageiro, próprio de uma fase de crises. A necessidade de conter as excentricidades dessa Idade fomentou uma defesa dos regimes sociais estabelecidos, como a família, a escola, a religião. Debesse, segundo Ozella (2002), marcou no campo da Psicologia uma essência encantadora e temível da adolescência, característica de uma etapa orgânica do ciclo de vida.

Erikson (1976) avança na definição psicanalítica da adolescência, tipificada por Freud (1996) como estágio de dissolução do período de latência e validação da constituição psíquica. Segundo o autor, há uma confusão identitária que indetermina o lugar na família, a orientação sexual, as identificações, a escolha profissional, etc. A confusão ganha contornos patológicos quando há um distanciamento das respostas sociais esperadas, assim definidas por Erikson: falta de engajamento com o outro sexo; difusão na perspectiva de tempo, retardando ou prolongando a adolescência; aversão ao trabalho e às competições necessárias para se garantir um emprego; constituição de uma *identidade negativa*, avessa a qualquer papel requerido.

Os estudos psicanalíticos realizados por Arminda Aberastury e Mauricio Knobel (1981) agregaram definitivamente os contravalores aos valores típicos do adolescente. Para eles, haveria uma *síndrome da adolescência normal*, concebida de desequilíbrios fundamentais para o desenvolvimento do adulto. Para os autores, uma adolescência equilibrada poderia até mesmo ser considerada anormal.

Adiante, Rassial (1997), referindo-se a tal desestruturação, diz que é característico do sujeito adolescente viver um *breakdown*: momento de uma *pane no eu*, de assunção de um sujeito instável e vulnerável, desamparado pelo *Outro* que lhe inseriu na cultura. Desse vazio, e só desse vazio, segundo o autor, que pode brotar uma *operação adolescente* que reestruture simbólica e imagetivamente as mudanças reais – uma reedição do estágio do espelho elaborado por Lacan (1966).

A discussão psicanalítica atual aponta que tal imagem juvenil fora comercializada pela cultura, configurando a adolescência como um “prisma pelo qual os adultos olham os adolescentes e pelo qual os próprios adolescentes se contemplam” (CALLIGARIS, 2000, p.9). Uma relação que Aberastury e Knobel (op. cit., p.11) julgam danosa, pois projeta nos comportamentos da juventude as falhas e desejos mais profundos da cultura: “É a sociedade que recorre a um mecanismo esquizóide, fazendo com que uma de suas próprias partes em conflito, como o é a juventude, adquira características de todo o mal e permita assim a agressão do mundo adulto, com singulares características sado masoquistas”. Desse modo, os problemas identificados à adolescência estariam referidos antes às patologias da sociedade, sendo drástico (vitimizante) o casamento entre processo interno do desenvolvimento e as projeções externas.

Os estudos da Psicologia Behaviorista ou do Desenvolvimento, em sentido semelhante, fizeram também sua caracterização da adolescência. O produto, no entanto, foi um desenho dos atributos necessários para a boa *adaptação* do adolescente ao meio adulto. A

ênfase dos estudos, maiormente, está no intragável do comportamento adolescente. O *desadaptativo* foi o que moveu as pesquisas desta Psicologia, dessecando os caracteres inábeis ao bom desenvolvimento humano. De Albert Bandura (1959) a Laurence Steinberg (1999), as pesquisas sobre adolescência exploraram categorias fenomenológicas tais como: agressividade, sexualidade, delinquência e uso de drogas, buscando a etiologia de uma falha possivelmente parental. Ainda que se defenda que as adaptações não precisam ser universais, pois o que está em jogo é uma assimilação dos comportamentos à cultura em questão, as *desadaptações* adolescentes são claramente expostas e classificadas em três tipos pelos estudos atuais: abuso de substâncias; problemas de externalização (transtornos de comportamento violentos); problemas de internalização (depressão e ansiedade) (FRIZZO, 2002).

#### 4.2.2 Midiatizado

Segundo Carles Feixa (2006b), James Coleman com o livro *The adolescent Society*, de 1955, foi um dos primeiros pesquisadores a falar sobre uma subcultura adolescente em meio à sociedade industrial, com regras e normas próprias, onde as festas, a agressividade e o uso de drogas tinham outros valores. Foi fundamental para a emergência dessas culturas o retorno dos jovens às *paidéias*<sup>47</sup>, apartando os adolescentes de classe média/alta e criando uma moratória para especializá-los ao futuro mercado de trabalho (FEIXA, 2006). As *High Schools* nos Estados Unidos são exemplos desse modelo: espaços que consagraram as culturas adolescentes e que as encerraram numa espécie de redoma de vidro.

Os costumes juvenis foram à vitrine com velocidade, midiatizados pelo cinema e pela música em clássicos como *Rebel Without a Cause* de 1955, estrelado por James Dean, e *Rock Around the Clock* de 1956, com Elvis Presley. Para Cavenacci, essa construção midiática trouxe a juventude para o mercado de consumo, dissociando os consumidores dos trabalhadores, sendo “Escola, mídia e metrópole os três eixos que suportam a constituição moderna do jovem como categoria social” (CAVENACCI, 2005, p. 23).

---

<sup>47</sup> Escolas das sociedades antigas (Roma e Grécia) para educar os jovens e dar vazão as suas criatividades, onde havia uma ênfase nos estudos das artes. (Feixa, 2006).

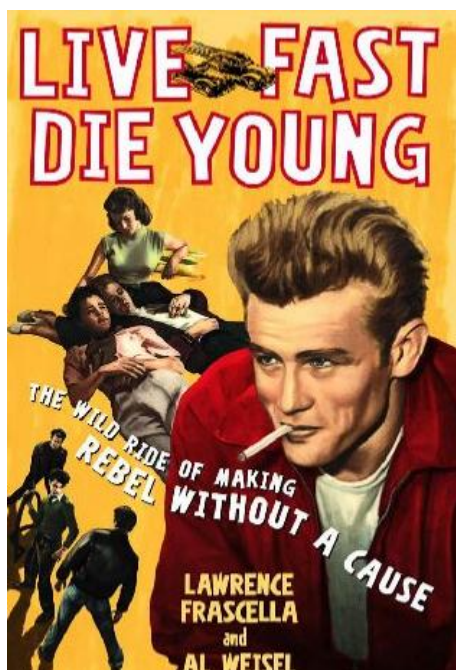


Imagem 16: Perigo desejável.

Curiosamente, os dois astros brilharam por pouco tempo. A vida veloz, associada às motocicletas e aos automóveis, não tinha para onde correr. O limite para os modelos da primeira juventude foi o muro de concreto e o concreto prazer das drogas. A noção de perigo e ousadia dessa juventude adentrou o imaginário cultural e marcou definitivamente a imagem que viria a ser comercializada no mercado das identidades.

A demanda de consumo que assistimos no pós-guerra, diz Maria Rita Kehl (2004), gerou uma identificação especular com a imagem comprada e uma dependência de sua permanência. Mais que isso, diz Sueli Ronik (2001), criou condições para a midiaticização do jovem: um clone que se apresenta como protótipo identitário. Para a autora, essa tendência à clonagem preenche a juventude como imagem de mercado, produzindo na sociedade um desejo de seu consumo, alastrando a possibilidade de ser jovem para qualquer faixa etária. Ou, dito por Cavenacci (2005, p. 23): “o jovem é tal porque consome”; ou ainda, cantado pela banda Engenheiros do Havaii, “a juventude é uma banda numa propaganda de refrigerantes”, esvaziando a subjetividade juvenil propriamente dita.

Supostamente afeita para realizar o projeto da modernidade, conforme a metáfora contraditória de Monod (apud FEIXA, 2006), a juventude cumpre com força o ideal de consumo das identidades. Sueli Rolnik (1997) diz que a busca da existência nesse mercado gera uma toxicomania de identidades, sustentada pela oferta de “kits-padrão” que prometem uma ilusão identitária em meio à inconstância das referências. O mercado, segundo a autora, sustenta e produz essa demanda de ilusão, fornecendo *drogas* por diversos meios: literatura de



auto-ajuda; tecnologias diet/light; identidades prêt-à-porter; mídias televisivas; e a clássica indústria farmacológica.

É fundamental na relação entre adição e consumo o advento da publicidade como propagador dessas partículas de sentido, dos fragmentos de satisfação (MELMAN, 2003). O *marketing* põe em movimento uma gama de possibilidades que, contraditoriamente, esgotam uma saída natural ao propor uma imagem padrão. Para Guatarri e Rolnik (2007), o consumo em massa estabelece um sujeito normatizado, controlado não mais pelas disciplinas e a vigia concreta de um regulador: os autores somam-se a Deleuze (1992) para dizer que na velocidade das sociedades pós-industriais, o controle da vida “torna-se uma virtualidade molecular da multidão” (PELBART, 2007: p.25) consumida e massificada em condutas ditas privadas.

Nessa regulação, a imagem da juventude entranha o corpo social com um olhar que parte de fora e de dentro, ativado por uma máquina de desejo (GUATTARI e ROLNIK, 2007; SILVA, 2005) que individualiza ao mesmo tempo em que massifica, dando a falsa noção de movimento. Na constante adaptação desse mercado, as culturas juvenis divergentes do modelo estabelecido são rapidamente captadas, causando uma especialização importante no comércio de massa. Temos nesse caminho a formação de pequenas comunidades de afins, verdadeiras *tribos* que, segundo Maffesoli (apud FEIXA, 2006b), propagam e consomem suas imagens com a clara necessidade de fazer-se diferente. Para Rolnik (2001), isso significa que “as manifestações da potência criadora tendem a não ser mais interpretadas como anormalidade [...] tomadas em sua positividade, tais manifestações deixam de ser malditas [...] ganhando não só um lugar garantido, como também incentivo e prestígio”. Assumem-se, também, como imagens-clone.

A juventude que chega aos nossos dias é composta desses fragmentos, de “próteses temporárias” que, segundo Canevacci (2005), reconfiguram o corpo orgânico, incrementando os traços imagéticos, os signos de uma cultura que se consome de modo interminável. Para Feixa (2003, p. 24-25), os adolescentes do novo século são seres “artificiais, meio robôs, meio humanos”, portadores de uma síndrome *Blade Runner*<sup>48</sup>: como não têm memória, não podem ter consciência e, por isso, não são completamente livres para construir seu futuro. O resultado, segundo o autor, é um modelo ambivalente de juventude, que de um lado gera uma crescente infantilização social – traduzida “em dependência econômica e em falta de espaços de responsabilização” – e uma crescente maturidade

---

<sup>48</sup> Personagem andróide que intitula o filme de Ridley Scott (1982).

intelectual – “expressa no acesso às novas tecnologias, às novas correntes estéticas e ideológicas, etc.”.

#### 4.2.3 Conceitos Fundamentais II

Das psicologizações e midiatisações sobre o jovem, destacamos duas disfuncionalidades importantes para o nosso estudo: a delinquência e a toxicomania.

##### 4.2.3.1 Delinquência Juvenil

Apropriada pela Psicologia Desenvolvimental, a delinquência juvenil é concebida como um distúrbio no desenvolvimento psicossocial, sendo possível identificar com estudos longitudinais sua etiologia e seu curso. Segundo a dissertação de Débora Frizzo (2002, p.17), “A presença de comportamentos violentos e agressivos na infância seria um dos melhores preditores de comportamentos delinquentes nas fases posteriores”. Na caracterização do erro, a infração deve envolver agressão e/ou violência, definidos pela autora como: ação que gera dano físico ou moral a outrem; atos agressivos como assaltos, estupros, roubos e homicídios (FRIZZO, op. cit, p. 17). A leitura vai ao encontro dos clássicos estudos de Bandura e Walters (1959) acerca do comportamento agressivo no adolescente, identificando nas experiências de frustração do infante a justificativa primordial, delegando aos pais grande parte da culpa dos desvios posteriores.

Scarpitti (1979) vai além ao conceber uma frustração concernente à juventude das classes operárias. Para o autor, o *Delinquent Boy* é o sujeito frustrado pela consciência de sua limitada oportunidade em alcançar os ditames do jovem burguês. Há também o *Corner Boy* que é o sujeito que, mesmo frustrado, não busca estratégias violentas de reparação, sendo modulado possivelmente por valores familiares. Por fim, o *College boy* representa o próprio modelo de juventude. A diferença fundamental entre os adolescentes de Scarpitti seria a própria concepção de si, o *self-concept*, diferenciado entre positivo e negativo; entre, na verdade, a possibilidade ou não de acompanhar o padrão estabelecido.

Winnicott (1979), todavia, aponta para a qualidade do ambiente familiar, independente da classe social, como gerador das necessidades de transgressão do sujeito em formação. Em suas palavras, “a criança anti-social, doente, sem oportunidade para criar um bom ‘ambiente interno’, necessita absolutamente de um controle de fora para ser feliz e estar

apta a brincar ou trabalhar” (p. 259). O delinquente winnicotiano manifesta, antes do comportamento desadaptado, um pedido de limites, um ambiente que regule sua inserção.

Para os constructos psicanalíticos que seguiram, o infrator é aquele que busca uma inscrição nos regimes de leis. Para Rassial (1999), a subjetividade adolescente estaria no momento intermediário entre as normas da infância e da adultez. Nesse intervalo, os indivíduos são forçados a criar ritos próprios para o processo de inserção que vivem. O pensamento vem ao encontro de Erikson (op. cit.), para qual “a moratória coincide com aprendizados e aventuras que se harmonizam com os valores da sociedade” (p. 157), sendo que no tempo de sua teorização, final da década de 60, entendeu que a delinquência era a principal *aventura*. A concepção psicanalítica desses dias, enfim, afirma que ela é um traço do adolescente: um modo de garantir reconhecimento, de se inscrever na lei vigente e afirmar um lugar em meio à indefinição proposta (CALLIGARIS, 2000; RASSIAL, 1997).

#### 4.2.3.2 Toxicomania

A associação entre o uso de drogas psicotrópicas e juventude aparece de modo definitivo na chamada *Geração Hippie*. Essa legião representou uma metáfora da mudança social, legitimando as subculturas juvenis, novos modos de consumo, novos meios de expressão, liberando o corpo para o exercício da sexualidade e do gozo proveniente dos psicotrópicos (FEIXA, 2006).

Os estudos que seguiram elegeram o vício das drogas como próprio ao descontrole adolescente, associando-o mais uma vez à confusão identitária. Rolf Muss (1979), no livro *Adolescent behavior and society* destaca que o uso de cigarro, álcool e outras drogas pode ser associado a traços de personalidade desafiadores, sendo variável de acordo com o sexo do jovem. Já o estudo de Holroyd e Kahn (1979), contido na obra citada, aponta que o uso de drogas pesadas tende a ser maior em jovens do sexo masculino que apresentam personalidade impulsiva, rebelde, autoconfiante; em busca de emoção, prazer e risco. Já entre as jovens, o abuso de drogas está associado a traços de personalidade como: curiosidade intelectual, ambição, ludicidade, capacidade de questionar e resolver problemas.

As toxicomanias provocaram igualmente as produções psicanalíticas, sobretudo pela possibilidade de estar presente em quaisquer das estruturações psíquicas. O intento dos tóxicos, simplificado aqui, seria restaurar um prazer primordial, complexo, referido ao período primeiro da sexualidade e ao reconhecimento de si e do outro. Para Fédida (1997) e Le Poulichet (1996), a marca da droga no organismo proporia uma substituição dessa relação

com o *Outro*, uma inscrição químico-simbólica que busca uma sustentação suplementar ao sujeito. Nessa função, os fármacos ajustam e defendem o *Eu* adolescente, anestesiando-o dos conflitos próprios da idade e tentando uma sustentação para estágios mais seguros. O abuso dessa estratégia preenche o vazio com o excesso tóxico da substância, mas não garante menos angústia: apenas altera a economia psíquica.

A insatisfação não se dissolve e instaura um jogo infinito, viciado por satisfação. Esse mecanismo, diz Charles Melman (2003, p.56), “cria uma população de consumidores, ávidos de gozo perfeito, sem limites e aditivos”, atrelados aos objetos de prazer. Para ele, a cultura do gozo (demanda) encontrou nas drogas (oferta) um produto-símbolo das velozes expansões econômicas mundiais, com o ativamento constante e infinito de sensações. Em lugar de uma representação metafórica do desejo, essa economia joga o sujeito numa lógica do signo, remetido à coisa em si, a sua presença direta ou ausência completa.

A *correria* em que os adolescentes de hoje se vêem colocados, parece acompanhar a lógica de consumo volátil e líquido do capital pós-moderno. A satisfação, nesse sistema, segundo Bauman (2001), regula o jogo: sendo “a linha de chegada sempre mais veloz que o mais veloz dos consumidores”, sendo “a continuação na corrida, a satisfatória consciência de estar na corrida, que se torna o verdadeiro vício” (p. 86).

Quanto aos estudos epidemiológicos, cabe destacar as pesquisas realizadas pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) voltados para os estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública. O último levantamento, em 2004, apresenta em sua justificativa uma associação direta entre o uso de drogas e o período de desequilíbrio que caracteriza a adolescência. Cabe recuperar um trecho do estudo e fechar a construção do jovem drogado:

Inegavelmente as drogas psicotrópicas propiciam temporariamente prazer e preenchem todos os requisitos para complementar uma adolescência em desarmonia: 1) prazer imediato; 2) transgressão; 3) fuga através do prazer solitário; 4) jogo com a morte; 5) necessidade de poder; 6) inconformismo; 7) necessidade de liberdade; 8) aceitação e respeito dentro da turma. (CEBRID, 2004, p.13)

### 4.3 Jovem-Resíduo

Em meio à pluralidade de juventudes temos, no revés, um resíduo que não se insere no mercado das identidades. Para Cecília Coimbra (2003), as imagens culturais da juventude criativa, ousada, diferente, estão restritas ao consumo delas: excluem as juventudes periféricas e, nada obstante, exacerba os horrores de suas *tribos*.

Assim, ocorre, de um lado, a novela das cinco se encantar com o descontrole de uma menina que rouba um cheque de sua mãe para comprar roupa e, do outro, um jornal aterrorizar com a história de um menino de 11 anos que fazia assaltos para comprar drogas<sup>49</sup>. Leituras distintas de consumos adictos em busca identitária.

Os sujeitos apartados do modelo de consumo foram apartados, igualmente, pelos estudos psicológico, sociológicos, antropológicos. Conforme Feixa (2006b), a partir dos anos 50 e 60, com o avanço modernizante e desenvolvimentista, as ciências sociais latinoamericanas – precariamente institucionalizadas, como a sociologia e a psicologia – tornaram a realidade juvenil um fenômeno estudável a partir de um olhar voltado aos seus comportamentos desviantes e disfuncionais. Arelados aos problemas gerados pelo êxodo rural e crescente industrialização das metrópoles, os sujeitos estudados eram compostos por migrantes, delinquentes, alcoólicos, revolucionários, rebeldes, etc. É para esse perfil que se destinaram os principais estudos no campo social latinoamericano nas décadas de 1960 e 1970, associando o jovem proletário às desordens (Caccia-Bava e Feixa, 2004).

A ligação entre comportamentos delinquentes e juventudes periféricas deixou à vista uma imagem perigosa da adolescência pobre. A gestão do perigo encontra no adolescente brasileiro, pobre, preto, traficante, infrator, violento, um vasto campo de atuação. A *rostificação* dessa figura indesejável aparece de modo danoso na sociedade brasileira, sendo-lhes aplicada uma vigia constante, tramando de modo preciso uma rede de apreensão das identidades perigosas à ordem vigente.

A conjunção entre doença mental, drogas, perigo, delinquência e juventude é uma das marcas do alienismo brasileiro, sendo observável nas principais metrópoles. É hora de conversarmos com alguns colegas, fazendo uma trama dos conceitos apresentados até aqui com o plano de intervenção jurídico-psiquiátrico dos nossos dias, desencaixando cada qual

---

<sup>49</sup> Ambas as notícias foram veiculadas no dia 8 de julho de 2008; a primeira no site da novela *Malhação*, da Rede Globo de Televisão; a segunda no jornal *Zero Hora* na Seção Policial.

dessas definições para localizar, finalmente, o sujeito que desaparece em meio aos enunciados.

#### 4.3.1 Em Circuito

A volatibilidade pós-moderna adentra os aparatos de controle e produz um fenômeno chamado de “efeitos hidráulicos”, “transinstitucionalização” ou “circuito” no escoamento do resíduo institucional (LEONARDIS, 1998). São caminhos, observados por Scisleski, Silva e Maraschin (2008), mais diversos do que a linearidade dos trilhos que aportavam no Hospital Psiquiátrico São Pedro de outrora. Para as autoras, o manicômio de hoje forma, com as instituições jurídicas, assistenciais, pedagógicas e de saúde, um itinerário de marginais, um circuito das “individualidades fracassadas” (ibid., p. 15). Nessa transitoriedade, o sujeito se encontra em uma itinerância pelos serviços, marcado como *diferença* em cada ponto: abandonado assistencialmente, desadaptado pedagogicamente, infrator juridicamente, e, juntamente, nomeado doente pelo cientificismo.

Uma vez marcado no jogo, difícil mudar. É o que parece enunciar a dissertação intitulada “Entre se quiser, saia se puder” de Andréia Scisleski (2006), ao refazer os percursos que levam adolescentes para a internação psiquiátrica, dando visibilidade aos aprisionados pela *correria* em curso.

Os reincidentes transeuntes desses caminhos configuram uma nova legião de casos crônicos, com peculiaridades diferentes do objeto da loucura e da doença mental tensionados pelas reformas. Ota de Leonardis (1998) recupera o conceito da periculosidade que marcou a história da psiquiatria para afirmar que, na aparente dissociação entre seu caráter jurídico e clínico que as reformas propuseram, vemos permanecer sua vivacidade no plano operativo: “enquanto sua consistência científica diminui, seu uso se expande” (p. 431).

Leonardis diz que o estatuto de periculosidade da nova cronicidade advém do fluxo institucional que os sujeitos trilham: no lugar da centralidade do modelo disciplinar de controle, temos hoje uma dinâmica de circulação por atores diversos que difunde em toda parte a triagem dos indesejáveis, ao mesmo tempo que retira-se da responsabilidade sobre eles. Em suas palavras, este circuito

põe em conexão setores especificamente psiquiátricos, sanitários, assistenciais e judiciais; consiste de uma constelação de estruturas diferenciadas e especializadas, cada qual com um filtro, o seu código, o procedimento para fazer-se assegurar; dá uma resposta oportuna e fragmentada: "não é nosso problema." Na dinâmica da circulação, o controle social é combinado e somado ao abandono. Portanto, dentro do circuito sustentado por esta lógica, os usuários circulam, são classificados e enviados de um ponto para outro; e até mesmo o hospício, reorganizados de acordo com o modelo de "porta giratória", é uma medida temporária e ponto recorrente (LEONARDIS, 1998, p. 436 – *tradução nossa*).

O movimento, completa a autora, gera uma espiral de cronificação, submetendo os novos crônicos a uma itinerância institucional, como num barco que nunca ancora, estigmatizando seu estatuto social e seu caráter perigoso. Na Itália e na Europa de Leonardis, os transeuntes desses fluxos são jovens psicóticos ou toxicodependentes, sujeitos que acabam pondo em questionamento os serviços de saúde mental reformados.

Esse paradoxo dos serviços, a volatilização do próprio lugar institucional da exclusão, abre margem para o surgimento de novos arranjos de controle, para a especialização da psiquiatria na gestão dos perigosos, para o reviver de alguns discursos em meio à velocidade da cultura e suas pulverizadas patologias.

Ao sujeito esquecido por entre esses circuitos, se destina o rumo de sempre andar. Visível nos códigos e estatísticas, ele desaparece logo adiante, correndo sempre mais para não perder o jogo de satisfação contemporâneo. São sujeitos plurais, multimarcados e, ao mesmo tempo, inapreensíveis.

#### 4.3.2 Infrator

Um dos rumos fundamentais do circuito juvenil brasileiro é a Justiça, atribuída das medidas protetivas e cautelares para os autores de atos infracionais e portadores de Transtorno de Conduta ou Dependência Química. As ordens judiciais de internação são os documentos-manifesto do arranjo entre delito e diagnóstico psiquiátrico, presente em quase metade dos casos de internação no CIAPS/HPSP e observável também em outros campos de análise.

A pesquisadora-técnica Ana Lúcia Seabra Bentes, da unidade de internação juvenil<sup>50</sup> do Centro Psiquiátrico Pedro II – herdeiro distante do hospício imperial do Rio de Janeiro – observa em seu cotidiano de trabalho uma enxurrada de meninos e meninas com trajetórias semelhantes aos dos infames gaúchos. Antes dos códigos psiquiátricos, possuem diagnóstico (ato infracional) e tratamento indicados por um mandato judicial (medidas-sócioeducativas, medidas protetivas, internação compulsória). A dissertação de Bentes (1999) apresenta a importante relação entre o internamento e a atuação dos Conselhos Tutelares, das Varas de Infância e Juventude e das Comarcas do interior do Rio de Janeiro na compulsoriedade das medidas.

As ordens, diz Bentes, crescentes a partir do ano de 1997, apresentam uma leitura precipitada do recém implementado Estatuto da Criança e do Adolescente. Ela situa o erro no 3º parágrafo do capítulo IV do ECA, que dispõe sobre as medidas socioeducativas, no qual os “adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições”. A lei, entretanto, não diz como e por quem seriam diagnosticados, nem onde seriam tratados. Quem diz é a autora: a brecha destinou compulsoriamente uma onda de sujeitos ao CPPII, com condições especiais de internação, assim enumeradas: (BENTES, 1999, p.14):

1. A compulsoriedade: mesmo o pronto-socorro psiquiátrico que recebeu o Mandado Judicial de Internação não pode recusá-lo, sob pena de desacato à autoridade;
2. A indicação por motivos jurídicos e não médicos: quando o poder Judiciário, mesmo sem embasamento em laudo de equipe de saúde, indica a internação;
3. O aprazamento do período de internação: que por vezes é estipulado no próprio Mandado: - “deverá permanecer por um período de 3 meses” ou “até segunda ordem judicial”, a despeito das deliberações da equipe que recebe o paciente na Unidade;
4. O contraste de perfil do adolescente internado por mandado em comparação com demais adolescentes internados.

O atrelamento entre discurso psiquiátrico e jurídico também teve em São Paulo especializações importantes. O argumento do transtorno mental e da periculosidade compôs, na figura do jovem infrator, a emergência do que Vicentin e Col. (2010) chamam de novos manicômios judiciais. A psiquiatrização dos infratores, dizem as autoras, sinaliza-se,

---

<sup>50</sup> Unidade Hospitalar Vicente Rezende (UHVR), única instituição pública com internação psiquiátrica para menores de 18 anos do Estado do Rio de Janeiro.



resumidamente: pelo projeto de lei<sup>51</sup> que propõe mudanças ao ECA, com o devido apartamento dos infratores considerados psicopatas ou portadores de graves desvios; pelo encaminhamento de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa para avaliação psiquiátrica sobre suas periculosidades; pela crescente internação compulsória observável no maior hospital psiquiátrico paulista.

A notícia mais especializada, todavia, foi a criação da Unidade Experimental de Saúde (UES), instituição destinada a acolher os autores de ato infracional com diagnósticos de transtorno de conduta e/ou periculosidade. O caráter da UES é peculiar: uma adaptação dos nosocômios psiquiátricos e judiciários destinado a jovens perigosos. Uma das justificativas apresentadas para o seu surgimento em 2007 se abastece das próprias diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira: alega-se a necessidade do serviço pelo fato que os hospitais psiquiátricos “obedecem às diretrizes da política de saúde mental do SUS, caracterizada por serviços que não dispõem de espaços físicos de contenção” (FRASSETO apud VICENTIN e col., 2010, p. 63). Contenção e não tratamento. Não doença, mas condutas anti-sociais.

A judicialização psiquiátrica – ou a psiquiatrização judiciária – é também observável na cidade de Buenos Aires e suas Comisarías del Menor. Conforme a pesquisa de Sílvia Guemureman e Alcira Daroqui (2001), esses órgãos, reformados em 1997 sob o nome de División Unidad de Investigación de Crímenes Contra Menores, propõem uma separação daqueles que eram responsáveis por 50% dos delitos na cidade: os jovens/adolescentes do sexo masculino. As comisarías instalaram as noções de periculosidade e inimputabilidade no funcionamento administrativo da polícia, justificando assim a entrega por tempo indefinido dos menores infratores ao isolamento, tornando-os objetos das investigações psiquiátricas e das intervenções pedagógicas.

Vemos nessa fresta o reavivamento do discurso sobre o indivíduo perigoso, sendo o adolescente infrator um objeto importante para a nova gestão dos resíduos. E movimentos semelhantes devem estar acontecendo em Córdoba, Uruguaiana, Itapira, Dourados ou Minas do Leão; dispersos e diversos, mas impregnados pela visão de perigo quanto ao futuro, patologizando os passos transgressores.

---

<sup>51</sup> Projeto elaborado pelo Deputado Federal Vicente Cascione em novembro de 2003 (VICENTIN e COL, 2010).

### 4.3.3 Periférico

Para Cecília Coimbra e Nascimento (2003), integrantes do Programa de Intervenção Voltado às Engrenagens e Territórios de Exclusão Social – PIVETES – da Universidade Federal Fluminense, a marca da história de 300 anos de escravidão é, hoje, o olhar de vigia sobre as populações periféricas, controlando não apenas as infrações cometidas, mas projetando as que poderiam ser realizadas no futuro (NASCIMENTO, 2002). O “medo branco”, descrito também por Batista (2003), é uma construção do imaginário social que remanesce do período escravagista, ligando diretamente o perigo aos sujeitos que foram escoados para as periferias das grandes cidades brasileiras.

O olhar sobre a pobreza visou – e segue visando – sobretudo a utilidade produtiva dos sujeitos, condizente com a organização ditada pelas elites brasileiras. Os princípios, ao mesmo tempo que definiram o padrão do brasileiro, caracterizaram a pobreza como irracionalidade: “a miséria passa a ser naturalmente percebida como advinda da ociosidade, da indolência e dos vícios inerentes ao pobre” (COIMBRA, 2003, p. 21). Essa projeção foi legitimada com os saberes da medicina higienista do início do século XX, sustentando a assunção dos Serviços Assistenciais na substituição das famílias disfuncionais. O papel da psicologia foi fundamental na caracterização de uma essência dos desvios, com sua tendência adaptacionista e o emprego de técnicas de modelação do indivíduo (SILVA e NARDI, 2004).

A ciência higienista chegou a formular o pedido de esterelização em massa dos inassimiláveis pela sociedade da época, mas o modelo aplicado foi o médico-pedagógico (LOBO, 2008). Esta estranha herança permanece viva, como no exemplo da Escola de Pais apresentada por Cecília Coimbra (2004), criada por um juiz da Infância e Juventude no Rio de Janeiro de nossos dias, com o intuito de reformar as errôneas transmissões populares na base da genética familiar.

As pesquisadoras fluminenses situam, ainda, que o advento das políticas neoliberais a partir dos anos 1980, com as noções de “Estado Mínimo, flexibilização do trabalho, desestatização da economia, livre comércio e privatização”, acirrou o apartamento existente entre *elite* e *pobreza* (COIMBRA e NASCIMENTO, 2003, p.28). Sem condições de competir em tal lógica de mercado, os jovens periféricos procuram uma inserção no jogo com “diarismos onde se multiplicam um sem-número de estratégias e métiers precários para obtenção de renda” (NETO e QUIROGA, 2000), adentrando num universo periférico. Este

quadro aprofundou a virtualização do perigo sobre os jovens pobres, indefinidos entre os limites da legalidade e da ilegalidade.

Recuperando o jargão de que “é jovem quem consome”, temos, assim, mais um apartamento importante entre juventude pobre e rica:

numa sociedade sinóptica de viciados em comprar/assistir, os pobres não podem desviar os olhos; não há mais para onde olhar. Quanto maior a liberdade na tela e quanto mais sedutoras as tentações que emanam das vitrines, e mais profundo o sentido da realidade empobrecida, tanto mais irresistível se torna o desejo de experimentar, ainda que por um momento fugaz, o êxtase da escolha. Quanto mais escolha parecem ter os ricos, tanto mais a vida sem escolha parece insuportável a todos. (BAUMAN, 2001, p.104)

Seguindo com Coimbra (2003), uma projeção de medo sobre o sujeito periférico associou consumo a roubo, pobreza à violência, uso de drogas à delinquência, desemprego à vagabundagem. É o público, afinal, patologizado e criminalizado que circunda nas “engrenagens de exclusão”. Pois, enquanto de um lado os filhos da classe média são medicalizados com tecnologias leves de tratamento e ganham moratórias para o ingresso no mercado de trabalho, à descendência pobre se oferece uma esteira de erradicação ou de anestesiamento de sua força. “Caixão, cadeia ou hospício”, é um bordão sabido dos nossos personagens.

Uma das formas de extermínio é também um drible que insere nosso Messi no campo de jogo. A pílula está com ele. É tempo de lucrar com a superfície adicta do cenário.

#### 4.3.4 Traficante

No aprofundamento das diferenças, uma linha de mercado se estabelece entre periferia e centralidade. O estreito, segundo o estudo da historiadora Vera Malaguti Batista (2003), é a cocaína cheirada pelas elites mundiais, também vendida nos bairros periféricos de sua cidade, o Rio de Janeiro. Para a autora, a cocaína se consolidou no mercado internacional com o fortalecimento das leis neoliberais de oferta e demanda, legitimando, por um lado, a valorização do produto e, por outro, a criminalização de sua venda. Esta integração entre pobreza e tráfico de drogas, que Alba Zaluar (2004) chama de perversa, acabou por recrutar

uma legião de jovens periféricos para a venda de *pó* às elites, sendo a cara que se oferece aos tapas desse mercado poderoso.

O jogo é perigoso. Com a pílula escondida atrás dos morros, protegida por soldados bem armados, a elite teve que olhar para a periferia. Essa mirada, conta Batista (2003), criou o “mito da droga”: surgido na década de 1970, disseminado pela mídia, alcança o imaginário social com a clara noção de que as drogas seriam o inimigo primeiro da família burguesa, causadora dos descaminhos e da violência urbana. Diz a historiadora: “o processo de demonização do tráfico de drogas fortaleceu os sistemas de controle social, aprofundando seu caráter genocida [...]. A violência policial é imediatamente legitimada se a vítima é um suposto traficante” (BATISTA, 2003, p.135).

Os trabalhadores do tráfico se situam no centro da cilada: o arranjo favorece a política de extermínio destes “perigosos”: quando não são mortos pelas “guerras do tráfico” ou pela truculência policial, acabam encarcerados em abrigos, prisões e hospitais (COIMBRA e NASCIMENTO, 2003; NASCIMENTO, 2002). A carreira no tráfico de drogas se apresenta como um caminho finito e, ao mesmo tempo, infinito pela velocidade dos negócios. Mais uma das contradições que compõem o nosso sujeito, espriando o instante e esgotando as possibilidades de sair da *correria*.

O jovem traficante tornou-se uma contra-imagem importante da experiência juvenil. A fama destinada a esses sujeitos, segundo Fischer (2008) veio em cores de cinema, com uma linguagem impressionista: imagem-clarão da trajetória marginal que cabe aos sujeitos que tomam de assalto o consumo de uma juventude esperada.



Imagem 17: A hora da estrela<sup>52</sup>.

<sup>52</sup> Imagem do filme Cidade de Deus, de Fernando Meireles (2002).

#### 4.3.5 Desaparecido

O curso do extermínio desses sujeitos é observável nos estudos epidemiológicos que cruzam juventude com violência e drogadição (MINAYO, 1990; CEBRID, 2004; FRIZZO, 2002). As pesquisas apontam para o perfil de um sujeito do sexo masculino entre 10 e 19 anos, com características viris para competição, para o envolvimento em situações de risco, para a assunção de um lugar de “Mestre”. Segundo Minayo, a mortalidade por causas externa (decorrentes de acidentes e ações violentas) entre os sujeitos desse perfil representam 64,4% das mortes. Ademais, a perspectiva de vida do homem brasileiro decresceu por conta dessa cilada.

O destino de irrecuperabilidade que se apresenta a esses jovens, na pluralidade de caminhos da sociedade contemporânea, é bruscamente estabelecido pelas virtualidades sobre o sujeito perigoso. Antes de um órgão arrebentar ou uma bala atravessar o corpanzil, o modelo circular se encarrega de dar movimento ao jovem perigoso-drogado-traficante de hoje, fazendo-o desaparecer no indefinido trânsito institucional.

Para Vicentin e Rosa (2010), esta não é a mesma noção de periculosidade do século XIX, marcada, com vimos, pela monstruosidade intrínseca do sujeito anormal. O perigo de hoje, diz a autora, renova-se na figura do sujeito refratário às instituições de controle, no corpo que transita nos circuitos de exclusão sem possibilidades de recuperação: “é tudo que não está apto a ser sujeito à tratamento ou à reabilitação, o que se apresenta como ingovernável e intratável” (op. cit, p. 112).

Para Rolnik (2001), esses jovens são os “inclináveis”, aqueles que não conseguiram colocar-se como diferença – fetiche – no mercado das identidades juvenis ou não consomem os clones à venda. E, para ser jovem, como já sabemos, é preciso comprar.

Os sujeitos desaparecidos-exterminados-irrecuperáveis-inapreensíveis-intratáveis-indóceis-inclináveis cumprem a função da margem residual. Um destino quase ficcional, com histórias semiprontas. Existências que, segundo Foucault no texto *A vida dos homens infames* (1992, p. 102),

são como se não tivessem existido, que não sobrevivem senão do choque com um poder que mais não quis que aniquilá-las, ou pelo menos apagá-las, vidas que a nós não tornam a não ser pelo efeito de múltiplos acasos, tais como são as infâmias.

Uma fama ao avesso. Uma sina que se tenta silenciar, mas que um dia atravessa a grande avenida e interfere o bom andamento da malha social. Uma vida desaparecida, que em nossos tempos tem a tarefa de sempre andar: circulante, itinerante, rolante. Uma alma que uma hora enuncia, tal um soco no estômago, algo como a canção de Manu Chao, que encerra este capítulo.

Me llaman el desaparecido. Que cuando llega ya se ha ido  
Volando vengo, volando voy. Deprisa, deprisa a rumbo perdido.  
Cuando me buscan nunca estoy. Cuando me encuentran yo no soy.  
El que está enfrente porque ya me fui corriendo más Allá.  
Me dicen el desaparecido. Fantasma que nunca está.  
Me dicen el desagradecido. Pero esa no es la verdad.  
Yo llevo en el cuerpo un dolor que no me deja respirar.  
Llevo en el cuerpo una condena que siempre me echa a caminar.  
Yo llevo en el cuerpo un motor que nunca deja de rolar.  
Yo llevo en el alma un camino destinado a nunca llegar.

(MANU CHAO, 1998)

## CAPÍTULO V

### OS PEDREGULHOS

O Técnico volta ao trabalho e o sujeito segue amarrado. A corda atravessa a cama por baixo e cruza sobre o peito emagrecido, deixando pouco espaço para o ar dos pulmões e o grito. O profissional balança a cama com o pé para testar a firmeza do tratamento e parece já anestesiado da angústia de antes. A resposta está alienada, não dissolve o nó. Mas ele precisa de alguma satisfação. Veremos.

O Pesquisador, todavia, pode encontrar elementos intermediários, alguns fragmentos pequenos, mas ainda maciços, das estruturas de cimento e ferragem que concretam nossos personagens. São pedregulhos que não se desfazem simplesmente, condensados por propriedades distintas: as *contraditórias*, que se auto-afirmam e configuram, na verdade, um falso duplo; as *atualizadas* e *especializadas*, matérias renovadas por novas tecnologias; as *inovadas*, que, por estarem em expansão de suas formas, são flexíveis e, por isso mesmo, inabaláveis. A amálgama revela uma *permanência* que sempre escapa; que está em movimento, mas que sempre compõe com a estrutura.

Como num trabalho de mineiro, juntemos os pedregulhos.

#### 5.1 Contraditórios

##### 5.1.1 Perfil do Usuário x Multiplicidade

O perfil do usuário de crack seguiu as inscrições fundamentais para um objeto psiquiátrico, recuperando Foucault e o capítulo do Poder Psiquiátrico: o erro psicogenético, do jovem, pobre, semi-analfabeto, negro, vicioso, violento; e o erro jurídico, de quem roubou para fumar, que escapou das instituições e dos instituídos, que quem tornou-se descomportado, delinquente.

No cenário de doença total que o crack instalou, vamos adiante: possuir algum desses elementos, por mais disperso que seja, permite entrar na ficção e no internamento.

Logo, se pulveriza o público e, paradoxalmente, não temos mais a restrição a um perfil pré-estabelecido. São exemplos de combinação: jovem de classe média que roubou para fumar; filha de crackeiros que foge de casa; morador de rua que fumava *pedra* e perturbava a vizinhança; sujeito letrado de 72 anos que fumou pedras de crack no meio de seu habitual cigarro de tabaco, etc. Todos inseridos no internamento.

A distância entre o perfil e as multiplicidades deixa entrever algo importante: o uso de crack coloca em série os erros jurídicos, morais, neuronais e circunda entre eles algo essencial. Deleuze (2007, p. 41) diz que esse instante surge

quando as diferenças pequenas ou grandes superam as semelhanças, quando elas são primeiras, quando por conseguinte, duas histórias completamente distintas se desenvolvem simultaneamente, quando as personagens têm uma identidade vacilante e maldeterminada.

A instância paradoxal, segue Deleuze, estabelece um duplo, um espelho que converge o sentido de uma série sobre a outra. Completa: “é preciso dizer que não está nunca onde procuramos e, inversamente, que nunca a encontramos onde está” (p.43). O cenário forma-se de multiversos dicotômicos, distantes, mas que se aproximam para dar movimento ao discurso de ordem sobre o crack.

Um enredo, de certo, esquizofrênico, que abre uma brecha discursiva sobre o crackeiro e o delinquente. Pela imposição do Juiz, do Alienista e do Publicitário, o caráter vacilante do tema foi sobreposto por uma discursividade em urgência, de cunho policialesco. A verdade estabelecida favoreceu as relações convenientes ao arranjo de controle estabelecido, perfilando transgressões e psicopatologias de modo direto e, ao mesmo tempo, aleatório.

O crack parece cumprir nessa cena a função de *palavra esotérica*, conceituada por Deleuze como o ponto unificador das séries heterogêneas, que propõe sua disjunção ao mesmo tempo em que deixa seu núcleo inabitado: “remete, em geral, ao mesmo tempo, à casa vazia e ao ocupante sem lugar” (DELEUZE, 2007, p. 50). Ou ainda, de *palavra-valise*, que “contraí várias palavras e encerra vários sentidos [...] com a condição de pôr evidência a disjunção que poderia estar escondida” (p. 48-49).

Assim, a função-crack é o espaço discursivo ocupado pelas maquinarias de controle para preencher no rosto do sujeito-objeto os traços de uma existência. É a casa vazia que serve para habitar um perfil indesejável.



### 5.1.2 Intratável x Tratável

Ainda que os discursos midiático e psiquiátrico tenham dito que não havia cura possível para a dependência do crack, tratou-se. E de modo intensivo. As unidades de internação foram colocadas nesse cenário como grande solução para o problema. O psiquiatra garantiu ao crack o estatuto de problema científico-médico, exigindo a prioridade dos leitos psiquiátricos, conseguindo, de fato, um repovoamento das clínicas e hospitais com o advento da droga.

E o que acontece dentro desses locais? Na maioria deles, a terapêutica prevalente nos aproximados 21 dias de contenção foi, como sempre, a medicamentosa, embora existam outras tentativas. Na unidade infanto-juvenil do HPSP, aplicavam-se terapias psicológicas e psicanalíticas, individualmente ou em grupo, além da atuação do Serviço Social e das oficinas de arte, música, internet. Outra estratégia bastante utilizada nas internações, como na Unidade Jurandir Barcelos, são as terapias cognitivo-comportamentais, que apostam numa rápida reorganização cognitiva por meio de processos básicos: 1) identificar as crenças disfuncionais básicas e os pensamentos automáticos; 2) aplicar técnicas de contraposição às crenças, motivando o sujeito; 3) treinar comportamentos e habilidades específicas para prevenção da recaída (SILVA e SERRA, 2004).

Mesmo com tal esforço, não dispensado pela maioria das clínicas da cidade, a terapêutica não escapa de dopar-se. A terapia medicamentosa propõe ao Sistema Nervoso Central uma troca dos estimulantes do crack por moduladores de humor, antidepressivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antialérgicos, etc. Propõe, antes de mais nada, um anestesiamento do sujeito com um pacote medicamentoso geral, aplicado a todos que precisam de certa anestesia. Se o controle químico falhar, como sabemos, a terapêutica é feita com cordas, nós e um leito.

Desta sobreposição de intoxicações propostas no internamento, parece claro que o sujeito dificilmente advirá com condições de se fortalecer psiquicamente para enfrentar a dependência. Mesmo assim, o modelo foi defendido pelos especialistas. O psiquiatra Pechansky, no referido evento internacional sobre crack, afirmou que o “ambiente psiquiátrico seguro” é o mais apropriado enquanto “o cérebro do indivíduo, que está sobre efeito do crack, ainda não está sendo capaz de receber um aporte social ou psicoeducacional”. A afirmação deixa entrever o pouco espaço para terapias distintas e exemplifica a função controladora da terapêutica psiquiátrica. Deixa claro, ademais, uma importante contradição:

não há uma eficácia reconhecida do uso de psicotrópicos com dependentes de crack, conforme os próprios especialistas haviam escrito antes (KESSLER e PECHANSKY, 2008).

### 5.1.3 Reforma x Contrarreforma

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004) prevê ações de promoção, prevenção e tratamento sob os ditames do Sistema Único de Saúde, a saber, de integralidade, da equidade e universalidade do acesso, das ações intersetoriais, da integração social e comunitária. Do ponto de vista do uso de drogas, as ações de Redução de Danos são prioritárias, vistas como meio de poder atenuar o deterioro decorrente do abuso, porquanto se estabeleça uma relação crítica do usuário com a droga. Segundo o documento, “a abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas” (p. 10).

Em nenhum momento esta política e as leis da Reforma Psiquiátrica extinguem a possibilidade de internação psiquiátrica, entendendo sua importante função “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001). No mesmo artigo, diz que o tratamento “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”.

A centralidade na discussão dos leitos psiquiátricos deflagra, assim, uma falsa questão, que teve como solução o resgate do discurso limitado à internação psiquiátrica e às comunidades terapêuticas. O que assistimos foi um claro movimento de contrarreforma, estabelecido com estratégias de combate avivadas pela emergência do crack, em vez de uma afirmação das estratégias extra-hospitalares e das políticas de redução de danos.

Essa disputa está bastante presente nos serviços de saúde mental, com atuações híbridas entre conceitos reformistas e alienistas. Esses locais deixam claro que, nas transposições das conquistas macro-políticas para os serviços, surge um tempo indeterminado com avanços e retrocessos constantes, entremeando a prevalência de um ou outro discurso dependendo do quadro.

A tarefa de construção de um novo modelo de atenção se mostra, portanto, dependente de ações descentralizadas, micro-políticas, que só poderiam ser pensadas desde o

contexto onde elas são executadas. O Técnico entre o velho e o novo, como vimos, precisa fazer sua costura para não cair sob esta fissura do campo da saúde mental.

#### 5.1.4 Uso compulsivo x Uso controlado

Embora tenha se estabelecido a verdade de que o uso de crack se dá somente pela via da compulsão, instalando o vício desde o primeiro uso, há evidências de que é possível ter um uso controlado da droga. Apesar de concordarmos que não há dose segura para evitar o viciamento e que muitos usuários entram no circuito de compulsão pelo uso, é preciso atentar para pesquisas como a do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, que identificam o uso moderado da *pedra* em São Paulo. Assim escrevem Oliveira e Nappo (2008, p. 667):

diferentemente dos estudos anteriores que enfatizavam o padrão compulsivo como a única modalidade de uso, o presente trabalho sugere a existência do padrão controlado. Caracterizado como o uso racional e não-diário de crack, tem gerado implicações individuais e sociais menos severas, amenizando o estereótipo anteriormente associado ao usuário de crack, reconhecido como alguém irresponsável, improdutivo e agressivo.

A evidência tira um pouco do cimento que envolve o *pedreiro*. Essa constatação é igualmente presente no cotidiano dos Programas de Redução de Danos que não enfocam o estereótipo do usuário de crack. Para Fonseca e Bastos (2005), os desafios para a estratégia da redução de danos desfazer esse estigma são grandes porque os crackeiros envolvem-se realmente em mais situações de risco, expondo-se a uma condição marginal. Além disso, consideram que as truculentas políticas de “guerra às drogas” acabam criminalizando o usuário, reforçando a marginalidade e impedindo que se estabeleçam relações de cuidado não controladoras. O pânico acerca dos riscos de desumanização não permite olhar para outras possibilidades.

### 5.1.5 Publicidade I: Vender x Informar

Numa das oficinas do referido congresso internacional, foi abordado o tema “Prevenção e Mídia”. Estava presente o coordenador de uma das campanhas anti-crack. Compunham o grupo, ainda, estudantes e profissionais das áreas da saúde, educação e assistência social, além de um mediador experiente, pois se adivinhava uma discussão polêmica.

O publicitário explicou que uma campanha como aquela tinha duas funções: de um lado informar, e de outro captar o público em meio às competições visuais do campo publicitário. A televisão, informou o profissional, apresenta uma veia bastante forte de entretenimento em sua programação e, sendo assim, tinha sido um desafio intercalar nessa vivacidade um tema tão sombrio e sério. Era preciso, em suma, dividir espaço com a mulher da propaganda de cerveja.

Ele precisava lucrar. Não disse, mas deixou nas entrelinhas. Para Dominique Wolton, esse é um conflito de legitimidade importante da Comunicação, sendo comum que “muitas disciplinas universitárias reduzam a problemática da comunicação àquela do comércio. ‘Comunicar é vender’” (WOLTON, 2006, p. 51). A campanha contou, para isso, com marcas cinematográficas bastante vigentes entre os adolescentes: sombras, desejo, violência, solidão. Na tela da TV aparece, enfim, uma imagem que conecta a outros signos, um enredo de terror que remonta aos filmes mais assistidos nos últimos anos:

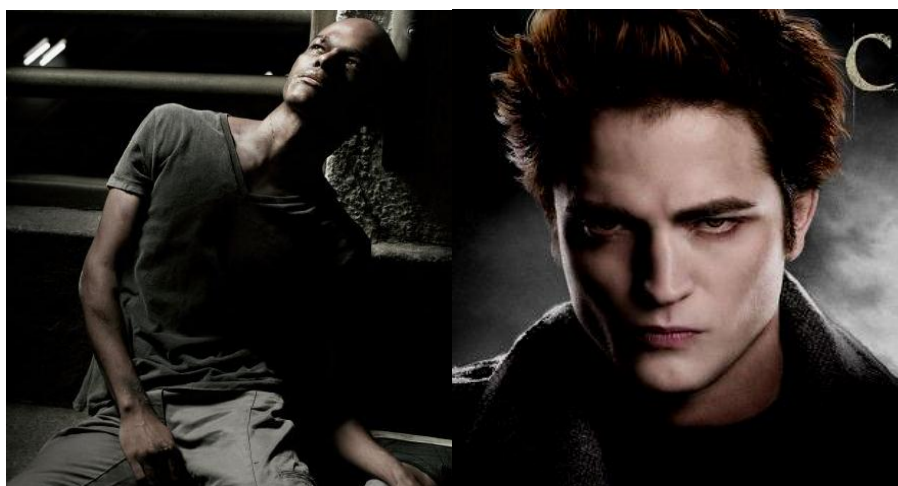


Imagem 18: O crepúsculo é a hora de ninguém<sup>53</sup>.

<sup>53</sup> Imagens da campanha Crack Nem Pensar e de um vampiro juvenil da Saga O Crepúsculo. Os três filmes da série haviam faturado até agosto de 2010 US\$ 7 bilhões, segundo o Caderno "Ilustrada" da Folha de São Paulo

Ao delegar poderes ao Publicitário, o tema ganhou outro destino. Na tela da TV aparece uma imagem que conecta aos signos vigentes e legitima o crack como um terror social.

#### 5.1.6 Publicidade II: Formatar x Fomentar

Dentro da complexidade da dependência química, a estratégia do publicitário foi não fragmentar o tema, não abrir diretamente para um debate. O objetivo foi “assustar”, “fazer pressão”, “causar impacto”. Tratava-se de levantar a bandeira em um determinado formato e segui-la. Nem caberia, portanto, pensar na amplitude do tema, tampouco abrir para uma reflexão sobre os modelos de tratamento.

Ao ser questionado por uma trabalhadora da platéia sobre a noção errônea de que o modelo propagandeado das internações poderia curar o dependente – haja vista as massivas reinternações –, e sobre o efeito equivocado da pressão, reavivando um discurso manicomial que já se sabia ultrapassado, o publicitário se disse desconhecedor do erro e do alienismo. Disse, enfim, que as informações eram passadas por fontes seguras – “os especialistas” – e admitiu que, se elegeram um modelo terapêutico x ou y, foi com absoluta ingenuidade, pois tratava-se realmente de ganhar destaque na programação e não fomentar o debate. Nessa leitura, foi com terror que se fez a prevenção do uso de crack.

#### 5.1.7 Desaparecido x Existência Claro

Saiu da casa da cartomante aos tropeços e parou no beco escurecido pelo crepúsculo – crepúsculo que é a hora de ninguém[...]. Macabéa ficou um pouco aturdida sem saber se atravessaria a rua pois sua vida já estava mudada [...]. Até atravessar a rua ela já era outra pessoa. Uma pessoa grávida de futuro. Sentia em si uma esperança tão violenta que como jamais sentira tamanho desespero. Se ela não era mais ela mesma, isso significava uma perda que valia por um ganho [...]. Então, ao dar o

passo de descida da calçada para atravessar a rua, o Destino (explosão) sussurrou veloz e guloso: é agora, é já, chegou a minha vez! (LISPECTOR, 1998, p. 79)

A noção de desaparecido indica que em algum momento o sujeito apareceu; que no meio das sombras de um *crepúsculo* pode advir a claridade de sua significância. Esse aparecimento meteórico dá-se de modo quase ficcional, lendário, cumprindo com o papel destinado pelas maquinarias sociais. Os infames do século XVII e XVIII estudados por Foucault (1992) cumprem uma “lenda negra” que, de antemão, lhe destina uma existência apagada. *A hora da estrela* de Lispector, instante de luz sobre o corpo já morto, fica aqui associada à *existência-clarão* de Foucault:

nas palavras breves e estridentes que vão e que vêm entre o poder e as existências mais inessenciais, é sem dúvida aí que estas últimas encontram o único momento que alguma vez lhes foi concedido; é o que lhes dá, para atravessarem o tempo, o pouco de fulgor, o breve clarão que as traz até nós (1992, p. 99).

A imagem negra e brilhosa toma de assalto e encanta o olho vidrado. É o Destino.

#### 5.1.8 Estória x história

Os fragmentos de história – enquanto conjunto de dados e fatos – e das estórias – enquanto fabulações e ficções – compõem nessa dissertação uma dicotomia desejável. Retomando Foucault, uma lenda abriga “como em todas as lendas, um certo equívoco entre o ficcional e o real”. O lendário, completa, “seja qual for o seu núcleo de realidade, não passa afinal da soma do que dele se diz. É indiferente à existência ou à inexistência daquele cuja glória transmite” (FOUCAULT, 1992, p. 99). A coletânea da infâmia recuperada pelo autor, e que nessa dissertação se buscou atualizar, compõe-se de traços dispersos em tempos e pessoas.

O destino fictício, assim traçado, como história de uma grande massa de sujeitos, parece ser mais factual do que uma história de datas. Conforme enuncia a Orientadora desse trabalho: a realidade supera de longe a ficção. De certo modo, portanto, não há maiores equívocos: qualquer semelhança com a ficção é mera realidade e vice-versa.

## 5.2 Atualizados

### 5.2.1 O mito das correntes

O pedido pela retirada das correntes se atualizou no espetáculo do crack. O mito pineliano, que havia encampado o território das irracionalidades com humanismo, filantropia e ciência, retorna para os nossos dias fazendo uma aposta semelhante. A relação psiquiátrica entre animalismos e doença humana parece ter aberto o tempo e tentado hoje uma reconquista, desta vez, pela neurociência. O intento ganhou espaço, mas, outra vez, falhou ao tentar apartar o sujeito jurídico do psiquiátrico.

As correntes são o símbolo de um modelo ultrapassado e desumano. Segundo os manifestos do Sindicato Médico gaúcho, “enquanto mães acorrentam filhos por não encontrar apoio para livrá-los das drogas”, “a arcaica lei da reforma psiquiátrica impede a criação de novos leitos psiquiátricos, alimentando a epidemia de crack e propagando a violência”<sup>54</sup>. A medicina diz, então, que pode resolver o problema. Chegou a haver alguns outdoors na cidade que diziam: “violência é doença”. Uma doença tratável miticamente.

Repete-se Pinel e o mito. A díade psiquiatria-filantropia requisita para si os acorrentados, legitimando o discurso por mais leitos psiquiátricos e mais vagas nas Fazendas Terapêuticas. Como em *Bicêtre*, o arranjo alcançou resultados importantes, como a reabertura de unidades para dependência química e a doação caridosa para as comunidades terapêuticas. Alcançou, sobretudo, a relegitimação do modelo manicomial para o controle de uma epidemia da doença mental.

### 5.2.2 Campanhas e Fabulações

Outro exemplo de atualização está na estratégia campanhista. Como recupera Foucault no curso dos Anormais, não foi por uma análise científica que se fez o discurso antimasturbatório, mas por uma literatura em forma de manual: “trata-se de exortações, trata-

---

<sup>54</sup> Notas publicadas pelo SIMERS nos jornais de Porto Alegre em 06 de julho de 2007 e 14 de abril de 2009. A última, dois dias após o assassinato relatado no capítulo do campanhismo midiático.

se de conselhos, trata-se de injunções” (FOUCAULT, 2002, p. 297). Dos textos destinados diretamente aos infantes, Foucault destaca o *Livre sans titre*, que trazia “todas as consequências desastrosas da masturbação” com imagens da “fisionomia cada vez mais decomposta, devastada, esquelética e diáfana do jovem masturbador que se esgota”. As crianças e adolescentes chegavam a ser levadas para um museu de cera do terror, onde as fisionomias sombrias dos masturbadores davam tons reais à ficção que se havia inventado.

Tal “fabulação científica”, completa o filósofo na mesma aula, instala um tipo de “gênero literário” onde o doente é tomado integralmente pela enfermidade. Uma “doença total” que se torna fonte e destino de todas as outras doenças. É que permite dizer “uma doença de velhice pode ser perfeitamente devida a uma masturbação infantil” (FOUCAULT, op.cit, p. 305), onde poderíamos trocar, sem prejuízo de sentido, doença por uso de drogas e masturbação por agressividade.

### 5.2.3 Anatomia do Cérebro

O exame neurológico, diz Foucault (2006), compõe com a autoridade do médico e se torna um manifesto inquestionável e claro de suas elucubrações. As respostas, então, não são verbais, mas visuais, tirando do falante o mérito da loucura e atribuindo as razões do adoecimento às falhas observadas no organismo.

O fruto, então, se abre: sob a casca, meticulosamente fendida, surge algo, massa mole e acinzentada, envolvida por peles viscosas com nervuras de sangue, triste polpa frágil em que resplandece, finalmente liberado, finalmente dado à luz o objeto do saber (FOUCAULT, 2006b, p. IX)

Joel Birman (2007) lembra que o discurso anatomoclínico sempre buscou espaço dentro da psiquiatria, mas as “causas físicas” dos problemas mentais, desde Pinel e Esquirol, encontraram somente “causas morais”. O biologicismo de hoje tentaria, uma vez mais, trazer o cérebro para a mesa de observação psiquiátrica, buscando as relações fundamentais entre anatomia e comportamento indócil.

A vivacidade dessas práticas, para Heliana de Barros Conde Rodrigues (2008), atualiza a *degenerescência* e também seus erros. A “pesquisa dos cérebros” realizada pelo



geneticista Renato Zamora Flores é uma dessas atualizações, buscando nas predições genéticas sobre violência e drogadição uma certa matemática animal dos corpos.

Para a autora, a legitimidade das neurociências nesse assunto tem advindo da mídia brasileira, sedenta por respostas rápidas para as mazelas sociais, deixando entrever que o pensamento está difundido pelo campo social: a mídia “raramente concede espaço ao agir minoritário[...] se estão na mídia, é porque suas condições de existência e funcionamento são reguladoras, capilares, performativas” (RODRIGUES, 2008, p. 136). Assim, encerra, as neurociências validam as novidades de uma pseudomedicina para a aplicação das velhas terapias morais.

Um novo esteio, portanto, ativado a partir do cérebro *estragado* do sujeito violento, crackeiro, legitimado por uma credibilidade construída entre o senso comum e a mídia.

## 5.3 Especializados

### 5.3.1 Encaminhantes

Ao acompanharmos as origens dos encaminhamentos vemos especializações importantes. Uma se refere à atuação dos Conselhos Tutelares, acionados quando o infante ou adolescente não possuíam famílias capazes de cumprir com os modelos de cuidado preconizados no Estatuto da Criança e do Adolescente, garantindo espaços de proteção especializados.

Outra especialização é sobre quem implementa esses direitos, ou melhor, quem enuncia o “cumpra-se” da lei. Os mandatos judiciais de internação compulsória são os documentos que dobram a ordem jurídica para dentro da instituição psiquiátrica, promulgados pelas Varas de Infância e Juventude. Essas internações, como já abordamos, possuem um caráter majoritariamente penal, compondo o diagnóstico jurídico-médico que caracteriza a *epidemia*.

### 5.3.2 O diagnóstico

Nos prontuários pesquisados, o primeiro caso encontrado em que aparece a conjunção entre vício de tóxico, agressividade e condutas anti-sociais, como prostituição, data do final de 1972. O uso de drogas naquela época era não especificado, um detalhe do prontuário: compunha com um quadro de distúrbio de personalidade, não merecendo maior interesse. A mesma marginalidade nosográfica encontramos para as drogas nas décadas de 1980. Ainda que já apareçam descrições mais detalhadas dos tipos de substâncias, elas ainda pertenciam a um estado de transtorno maior (de personalidade, de humor), onde o elemento principal era a agressividade.

A dependência química ganha centralidade somente na década de 1990, junto com uma maior variedade das drogas de uso cotidiano. Desde então, aparece claramente a associação entre o uso de psicotrópicos e problemas de comportamento, intercalando os dois diagnósticos de modo oscilante.

Nos anos 2000, com a presença do crack, percebe-se que a drogadição transportou-se definitivamente para a centralidade do diagnóstico (DICKEL, 2010). A droga como signo, simplesmente, garante a patologia. Diz-se “crack” e tudo está explicado: os comportamentos anômalos agora são as descrições periféricas que compõem o quadro da doença chamada dependência do crack – ou ainda, dependência do medo da *pedra*.

### 5.3.3 Circuitos Manicomiais

O reconhecimento dos *nós* das redes infanto-juvenis permite-nos visualizar a noção de circuito, ou melhor, de curto-circuito. Para Scisleski, Silva e Maraschin (2008), o enrijecimento das articulações da rede, sobretudo pela ação imperativa do judiciário, acabou por neutralizar os movimentos de uma rede de saúde mental que estava em vias de construção. Sobrevém, portanto, um circuito de controle composto por serviços assistenciais de tutela e abrigo, instituições socioeducativas para os infratores, além das clínicas, hospitais e fazendas referidos.

Esses circuitos, segundo Ota de Leonardis (1998), não acompanham as potências da rede de atenção e aprisionam um resíduo transinstitucional que está marcado pelas

virtualizações de medo e perigo. Ele circunda indefinidamente por pontos de escoamento, mantendo a função manicomial viva.

Um dos pontos de contenção do circuito é o manicômio judiciário, renovado em estratégias como a da Unidade Experimental de Saúde, captando o sujeito transeunte dos circuitos manicomiais de hoje. Conforme disse a então gestora no dia da fundação da casa, a mesma serviria para abrigar sujeitos “com tendência a depredar unidades, que não cuidam de suas coisas, são questionadores e não seguem as normas, os agitados” (Vicentin; Gramkow; Rosa, 2010, p. 65). Ou seja, os *não-doentes*, clássico público dos hospícios.

Outra variação interessante do circuito se refere ao lugar ocupado pelas Comunidades Terapêuticas. Para Franco Rotelli (1991, 73), elas nasceram “como experiência de promoção da subjetividade das pessoas, como promoção e reflexão coletiva, e de valorização de histórias subjetivas compartilhadas, posta em intercâmbio de protagonistas”, mas, pouco a pouco, “transformaram-se em espaços de ortopedia, nos quais os técnicos – que tudo sabem, tudo são e tudo regulam – ensinam às pessoas como devem se comportar”. A experiência das comunidades especializou uma terapêutica moral aos toxicômanos, e escoou, no cenário do crack, um fluxo bastante importante dos indesejáveis.

Com esses movimentos, o aparato manicomial ganhou fôlego para renovar-se após os movimentos de reforma. O discurso médico-jurídico obteve na junção droga-violência-perigo a validade para abrigar o público dos *anormais* e submetê-los a um circuito de exclusão e esquecimento.

#### 5.3.4 Política do Medo

O crescente uso de drogas pelos jovens da década de 1980 gerou, mais uma vez segundo o texto de Rotelli (1991), um falso duplo entre inferno e paraíso, entre individual e social, entre prazer e sofrimento. A normatização desse duplo forçou, na Itália de seus estudos, argumentos contraditórios sobre perigo e doença. Mais que isso, forçou um posicionamento do estado para o “fenômeno droga”, gerando um “controle social-droga-polícia-fiscalização” (p. 69). A urgência de resposta às toxicomanias, afirma o autor, criou as condições para conceber a droga-dependência como doença e fonte de periculosidade, destinando a ela um olhar de cautela e medo.

De modo semelhante, a série de sentido que parte do crack com sua manchete de perigo foi vendida por uma mídia alarmada, afastando não só o psiquiatra argentino das ruas de Porto Alegre, mas milhares de pessoas acuadas pelos desumanismos de que se teve notícia. Essa política do medo, presente, por exemplo, na Itália e nos Estados Unidos, contribuiu para o internamento em massa dos sujeitos envolvidos no campo de sentido que deriva do crack.

## 5.4 Inovados

### 5.4.1 Crack como Signo e Mercado

Na economia vigente, a cocaína e o crack são signos de satisfação. Para Charles Melman (2003), a droga *empedra* o sentido do gozo e torna-se semblante da “própria coisa”, do próprio prazer: um produto, portanto, legítimo dentro da lógica do desejo estabelecido na cultura. Nesse sentido, o crack se insere no mercado flutuante das sociedades atuais.

O comércio da cocaína, recuperando Batista (2003), é controlado por países centrais, mas o crack tem especificidades próprias de um mercado mais regionalizado. No Rio de Janeiro, por exemplo, segundo informações da imprensa e dados de apreensão, o ingresso do crack no mercado se deu mais tardiamente do que em São Paulo e em Porto Alegre, pois as principais organizações do tráfico proibiram sua venda com o sentido de preservar o mercado já consolidado.

Em outro cenário, Nova York, como apontam Hartman e Gollub (apud KESSLER e PECHANSKY, 2008), o mercado de crack foi desvanecido com a entrada de produtos como o *ecstasy*, volatizando as relações antigas de comércio, acompanhando o capital. Outro fator da diminuição atribuído pelos autores é que, com a melhora da economia americana na década de 1990, houve a possibilidade de consumo de drogas mais puras. Os dois fatores, aliados ao sucesso da política de “guerra às drogas”, são fundamentais para a compreensão da diminuição em 60% no consumo de crack na *Big Apple* dos anos 2000.

O crack como signo de mercado e violência cumpre uma função fundamental no cenário apresentado: é assimilada não só pelo usuário, mas também pelo Juiz e pelo Alienista. O som da *pedra* assusta: é a fissura e o preenchimento num simples estalar. No momento em

que houver um desinvestimento nesta função dentro do cenário que estudamos, podemos supor que o mercado do crack, assim como seus efeitos, podem ser efêmeros.

#### 5.4.2 Legitimidade das Mídias

Segundo Wolton (2006), no acelerado tempo das informações do mundo contemporâneo, existiria a legitimação de três discursos de sentido sobre um determinado acontecimento. O da Mídia, enquanto informação representativa dos acontecimentos; o da Política, enquanto ação orientada por instituições organizadas; o da Ciência, formada nas academias e setores de gestão.

Nesse espectro de legitimidade da Epidemia de Crack, o reconhecimento alicerçou-se em alguns pontos: pela linguagem cinematográfica e o enredo de terror sobre as sombras de uma juventude perdida; pela a notícia de medo desencadeada, recuperando os discursos operados sobre outras marginalidades; pelo argumento científico das neurociências e suas explicações cerebrais.

Outro componente da legitimidade da epidemia foi a pressão midiática, alcançada pela presença maciça de manchetes sobre o tema. Essa política do excesso foi também observada nos Estados Unidos, sendo analisada por Hartman e Gullub (op. cit). Para eles, o conteúdo das reportagens da epidemia americana tinha claramente um cunho sensacionalista, sem embasamento científico, deslocando o foco das autoridades para questões sociais primeiras.

Na experiência brasileira, o sensacionalismo contido nas campanhas e notícias criou um certo espetáculo: um cenário *empedrado* que vidrou os espectadores e, igualmente, desfocou as políticas de atenção para o crack e outras drogas. Empedrou, sobretudo, os “especialistas”, que deixam de ser exigidos de seu exercício de pensar sobre o assunto – já que não havia saída –, quedando-se num misto de perplexidade e cegueira.

### 5.4.3 O Espetáculo e a Definição de Papéis

O espetáculo, como sugere Maria Rita Kehl (2004), procura informar o receptor quanto ao seu papel na cena: “dependemos do espetáculo para confirmar que existimos e para nos orientar em meio a nossos semelhantes, do quais nos isolamos” (p. 50). Na configuração do cenário de pedras, a linha que separa os papéis é bastante tênue e causa espanto maior: é fácil passar de um lado para o outro. A manchete do usuário de crack faz tilintar essa imagem e revela, de modo quase simétrico, uma contra-imagem de juventude. As notícias falam do pavor dessa proximidade, da possibilidade de marginalização daqueles que supostamente eram centrais. Esteticamente, inclusive, a paixão e o horror para com os jovens são retratados em tons semelhantes, fato observado nas imagens da campanha da Zero Hora e da série O Crepúsculo. O espetáculo do crack aparta as imagens ao mesmo que tempo em que as une.

Assim, podemos citar Baumam: “a vida na telinha diminui e tira o charme da vida vivida: é a vida vivida que parece irreal enquanto não foi modelada na forma de imagens que possam aparecer na tela” (2001, p. 99). Ser crackeiro, de modo preciso, é estar reconhecido na cena, sendo ou não usuário da *pedra*. Sem saída.

## 5.5 Permanecidos

Entre os papéis de ousado e de abusado, entre a noção de experimento e de vício, se estabelece forçosamente uma divisão. Para Fischer (2008, p. 199), há uma violenta e radical distinção na sociedade brasileira “entre cidadãos e subcidadãos, entre pobres e ricos, entre gente do asfalto e gente da favela”. Essa organização força um jogo de poderes no qual o jovem pobre-periférico assume a função marginal.

Essa construção permanece no fenômeno do crack, ainda que, como vimos, não seja possível estabelecer um perfil exclusivo de usuário. Desde a 4ª classe dos primeiros prontuários pesquisados pelo grupo, composta por indigentes e abandonados, o público que movimenta as engrenagens de exclusão parece não poder desaparecer.

O marginal, diz Foucault (2002, p. 374-375) na última aula do curso sobre os Anormais, “está profundamente inserido na configuração social em que o vemos circular: ele funciona nela. Funciona nela economicamente de uma forma muito precisa, já que é, no

sentido estrito, o último dos trabalhadores; isto é, ele faz a última parte do trabalho, a que ninguém quer fazer”. Completa: “nessa medida, seu caráter flutuante, instável, tem uma função econômica e social bem precisa, onde ele está”.

O sujeito-objeto do nosso cenário (traficante, periférico, usuário de crack) reúne exemplarmente os requisitos da função marginalia, fazendo permanecer o perfil indesejável que perturba as cidades e que preenche o manicômio desde a sua nascença.

A maquinaria precisa deles: não há centralidade sem margens.

## CAPÍTULO VI

### CENA FINAL: POEIRAS



Imagem 19: Resíduo.

O Técnico-Pesquisador-Mineiro escava a rocha e colhe as pedras que estavam no solo milenar. O resíduo fica na mão como um pó espesso e negro. Ele separa as pedras em classes, satisfaz-se com a classificação e as descarta. É o processo. Fica apenas com as poeiras.

A matéria-poeira que une as contradições, especializações, inovações e permanências só pode ser visualizada em movimento. Na construção da pedra-no-sapato de hoje vemos, entre seus fragmentos, sentidos nem sempre coerentes, arranjos estranhos que, no entanto, se recobrem de imagens, roteiros, personagens: uma amarragem romântica que ilumina parcamente os elementos desaparecidos.

Os personagens presentes na cena, Apresentador, Técnico, Alienista, Arquivista, Historiador, Freira, Guarda, Publicitário, Juiz, Pesquisador, Geneticista, operam, cada qual, para paralisar o rumo da poeira, entender sua etiologia e sua forma de correção. Mas escapalhes.

A ficção é o que une os pedregais e formula o roteiro: é o que especializa os atores e inventa suas formas de representação, superando as contradições e criando um destino



cumprido à risca por eles. Foi o que tentamos aludir nessa dissertação: aos enredos dispersos que tramam a atual psicopatologia juvenil.

O rumo desse cenário tóxico poderia ser múltiplo, mas na construção que apresentamos o caminho está acabado. Acompanhando a patologia cinematográfica, nosso desfecho precisa impactar. O espetáculo tem que continuar: o tratamento deve funcionar.

\* \* \*

O Técnico não pode mais devanear. Já se notava na equipe sua abstração, sua distância com as práticas. Teve diagnósticos feitos à boca miúda, mas nunca soube. Sem perceber, como por adaptação, distanciou-se do pensar, obedecendo a ordem que ninguém lhe disse exatamente. Em suas mãos a pele já parecia fina, rugosa e manchada como a de uma senhora centenária. Seus passos já marcavam certa métrica no andar, um circuito que contém sua própria vida: hospital–bar–TV–clínica–play station–hospital.

Mas o jogo prossegue. Um menino continua amarrado. O remédio precisa ser dado. O Técnico sente que por mais que pensasse diferente, que articulasse micro-saídas entre os desacordos discursivos do trabalho, não haveria mudança no cenário. Os gritos seguem e ele não pode mais escutar, deixa de caber no papel prescrito.

Na vida boêmia encontra uma boa resposta de satisfação: o baseado recheado com pedrinhas de *coca*. Que contradição! O remédio precisa ser tomado. Não tarda para viciar-se enormemente, mas só se reconhece viciado depois de alguns anos de uso, pois manteve suas habilidades sociais. Abandona o trabalho somente quando passa de lado e torna-se o paciente amarrado no leito.

\* \* \*

Hospedada pela enésima vez em uma clínica de seus circuitos, Net ainda sonha com seus amores perdidos. Desenha com o pé que resta sobre os móveis do quarto, fazendo traços cheios de vazio. Escreve vagarosamente “O MUNDO É DAS NETS”. Ri. Apaga. Não se lembra de onde ouviu aquilo.

O pé das mãos lhe ganha a face num ato automático, mas parece não se importar com a sujeira. Quase não manifesta opinião. Não atenta para o fato de passar a maior parte dos dias sedada ou de usar eventualmente fraldas. Não sabe bem como aquilo começou, se foi

na décima ou trigésima internação. Seu caso se complexificou. A esquizofrenia da rede que lhe trata foi incorporada pela moça. Como alguém predisse, seu cérebro estragou.

\* \* \*

Messi encontra o paraíso. Não pela morte, como muitos de seus amigos, mas por uma igreja especializada nas doenças-demônio. O menino chegou a ver a luz divina quando foi baleado. Teve medo. Quando saiu do hospital foi diretamente para uma comunidade terapêutica. Sentiu-se seguro, ficou lá por anos. Trabalhou como monitor, colaborador, coordenador de grupo e, por fim, tornou-se pastor. Narra em suas pregações o testemunho de vida e de dor; acolhe e se sente acolhido pelo grupo. Parte do dinheiro que recebe dos fiéis ele investe nos negócios da sua antiga vila, onde um novo jogo de mercado já se reorganizou.



Imagem 20: Mais uma dose?<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> Imagem do filme *Laranja Mecânica*, de Stanley Kubrick (1971), no qual um delinqüente foi submetido a um tratamento de correção baseado na punição e no medo .

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, Arminda e KNOBEL, Maurício. **Adolescência Normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ARAUJO, Renata B.; OLIVEIRA, Margareth; PEDROSO, Rosemeri S.; MIGUEL, Alessandra C.; CASTRO, Maria da Graça T. Craving e Dependência Química: conceito, avaliação e tratamento. In: **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, (57)1, p.57-63, 2008.

ARIÈS, P.. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

AZEVEDO, Renata C. S.; BOTEGA, Neury J.; GUIMARÃES, Liliana A. M. Usuários de crack, comportamento sexual e risco de infecção pelo HIV. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.29, n.1. São Paulo, março de 2007.

BANDURA, Albert. & WALTERS, Richard. **Adolescent aggression: a study of child-training practices and family interrelationships**. New York: The Ronald Press Company, 1959.

BATISTA, Vera M. **Difíceis ganhos fáceis - Drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BENTES, Ana Lúcia S. **Tudo como Dantes no Quartel d'Abrantes: um estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através do encaminhamento judicial** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.

BIRMAN, Joel. **Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**, 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde – Lei Federal 10216/2001. Dispões sobre a proteção o os Diretos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e redireciona o Modelo Assistencial em Saúde Mental. Brasília, 2001.

BORDIN, Isabel A. S.; OFFORD, David R. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 22 (Supl II):12-5, 2002.

CALLIGARIS, Contardo. **A Adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000.

CANEVACCI, Massimo. **Culturas extremas: mutações juvenis nos corpos das metrópoles**. Rio de Janeiro: DP & A, 2005.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. **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**. Universidade Federal de São Paulo, Secretaria Nacional Antidrogas, 2004.

CHEUICHE, Edson. 120 anos do Hospital Psiquiátrico São Pedro: um pouco de sua história. In: **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 26(2): 119-120, mai/ago, 2004.

COIMBRA, Cecília. M. B. & NASCIMENTO, Maria. L. Jovens Pobres: o mito da periculosidade. In: FRAGA & IULIANELLI (orgs.). **Jovens em tempo real**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

COIMBRA, Cecília. Produzindo a periculosidade do adolescente na contemporaneidade. In: **Conversando sobre Adolescência e Contemporaneidade**; Adriana Mello, Ana Luiza de Souza Castro, Myléne Geiger (Org.). Conselho Regional de Psicologia – 7ª Região. – Porto Alegre: Libretos, 2004.

COLEMAN, James S.. **The adolescent society** : the social life of the teenager and its impact on education. New York: Free Press, 1955.

COSTA, Jurandir. Freire. **História da Psiquiatria no Brasil** – um corte ideológico. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

COSTA, Luis Artur. **Brutas cidades sutis: o espaço tempo da diferença na contemporaneidade**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. *Sistema Único de Saúde: Princípios*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001. p. 285-319

CUNHA, Paulo J; NICASTRI, Sérgio; GOMES, Luciana P; MOINO, Renata P; PELUSO, Marco A. Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: dados preliminares. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 26(2), p. 103-106, 2004.

DEBESSE, M. **La crisis de la originalidad juvenil**. Buenos Aires: Editorial Nova, 1955.

DELEUZE, Giles. **Conversações**. São Paulo: Ed. 34, 1992

\_\_\_\_\_. **Lógica do Sentido**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

DICKEL, D. C. Análise do uso de psicofármacos nas internações de crianças e de adolescentes no Hospital Psiquiátrico São Pedro de 1990 a 2010. **Salão de Iniciação Científica** - UFRGS. Porto Alegre, 2010.

DUALIB, Lígia B.; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. Perfil dos Usuários de Cocaína e Crack no Brasil. In: **Caderno de Saúde Pública**, 24, SUP4, p. 45-57. Rio de Janeiro, 2008.

ERIKSON, Erik H. **Identidade, Juventude e Crise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1976.

FAGUNDES, Sandra M<sup>a</sup> Sales. **Águas da Pedagogia da Implicação**: intercessões da educação para políticas públicas de saúde. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação – UFRGS, 2006.

FÉDIDA, Pierre. A adição da ausência: a espera de ninguém. In: **Boletim de Novidades Pulsional**. Escuta, Ano X, n. 101, p. 29-39. São Paulo, setembro de 1997.

FEIXA, Carles. A construção histórica da juventude. In: CACCIA-BAVA, A.; FEIXA, C.P.; CANGAS, Y.G. **Jovens na América Latina**. São Paulo: Escrituras, 2004.

\_\_\_\_\_. **De jóvenes, bandas y tribus**. 3<sup>a</sup> edição. Barcelona: Ariel, 2006.

\_\_\_\_\_. Generación XX. Teorias sobre la juventud em la era contemporânea. **Revista Lationamericana de Ciências Sociais, Niños y juventud**. Vol 4, 2006(b)

FISCHER, Rosa M. B. Quando os jovens de Cidade de Deus nos olham. In: **Revista Educação e Realidade**, v. 33, n.1, 2008.

FLORES, Renato Z. A biologia na violência. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 7 (1), p. 197-202, 2002.

FONSECA, Márcio A. **Michel Foucault e a constituição do sujeito**. São Paulo: EDUC, 2003.

FONSECA, Elize; BASTOS, Francisco I. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: Comparando as Experiências Americana, Britânica e Brasileira. In: Acselrad G. 2<sup>a</sup> edição. **Avessos do Prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.

\_\_\_\_\_. A vida dos homens infames. In: **O que é um autor?** Lisboa: Passagens, 1992. pp.89-128.

\_\_\_\_\_. **História da Loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.

\_\_\_\_\_. [1974-1975] **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. [1973-1974] **O Poder Psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. **Nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense, 2006b.

\_\_\_\_\_. **Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FREUD, Sigmund. [1914] Introdução ao narcisismo. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FRIZZO, Débora. **O desenvolvimento das trajetórias do comportamento delinqüente: variáveis psicossociais**. Tese de Doutorado apresentada como requisito para obtenção do título de Doutora em Psicologia do Desenvolvimento. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

GIL, José. **O imperceptível devir da imanência**: sobre a filosofia de Deleuze. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 2008.

GODOY, Jacintho. **Psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Edição do Autor, 1955.

GOMES, William Barbosa ; GAUER, G. . Influências da psiquiatria e da psicanálise. In: William Barbosa Gomes. (Org.). **Psicologia no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2006, p. 47-57.

GUATTARI, Felix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2007.

GUEMUREMAN, S.; DAROQUI, A. **La ninêz injusticiada**. Buenos Aires, Ed. Del Puerto, 2001.

HOLROYD, K. & KAHN, M. Personality factors in student drug use. In: MUSS, Rolf. (org.). **Adolescent behavior and society**: a book of readings. New York: Random House, 1979.

KEHL, Maria Rita. O espetáculo como meio de subjetivação. In: Kehl, M. R.; Bucci, E. **Videologias: ensaios sobre a televisão**. São Paulo: Boitempo, 2004.

KESSLER, Felix; PECHANESKY, Flávio. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. In: **Revista de Psiquiatria RS**, 30(2), p.96-98, 2008.

LACAN, J. O estágio do espelho como formador da função do Eu. In: **Escritos** - Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LE POULICHET, Sylvie. **O tempo na psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

LEONARDIS, Ota de: Estatuto y figuras de la peligrosidad social. Entre psiquiatria reformada y sistema penal: notas sociológicas. In: **Revista de Ciencias Penales**. Número 4, Montevideo, pp 429-449, 1998.

LOBO, Lilia F. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MELMAN, Charles. **O homem sem gravidade: gozar a qualquer preço**. Entrevistas por Jean-Pierre Lebrun; tradução: Sandra Regina Felgueiras. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2003.

MINAYO, Maria C. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 6(3), p.278-292, 1990.

MUSS, Rolf. (org.). **Adolescent behavior and society: a book of readings**. New York: Random House, 1979.

NASCIMENTO, Maria L. (org.). **Pivetes: a produção de infâncias desiguais**. Niterói: Intertexto; Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 2002.

ODA, Ana M. G. R; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. In: **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005.



OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: KOLLER, S. (org.) **Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas** - Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002.

NETO, Ana Maria Q.F.; QUIROGA, Consuleo. Juventude Urbana pobre: manifestações públicas e leituras sociais. In: PEREIRA, Carlos A. M. (org.) **Linguagens da Violência**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

OLIVEIRA, Lúcio G; NAPPO, Solante A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. In: **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n.4, p.664-671, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

PECHANSKY, Flávio; VON DIEMEN, Lisia; INCIARDI, James A; SURRATT, Hilary; DE BONI, Raquel. Fatores de risco para transmissão do HIV em usuários de drogas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 20(6), p.1651-1660, Rio de Janeiro: 2004.

PELBART, Peter P. **Vida capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2007.

PEREIRA, Mário E. C. Pinel – a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. Ano VII, n.3, p.113-116, set/2004.

RAMOS, Sérgio de P. O crack, o pai e os psiquiatras e psicanalistas. In: **Revista de Psiquiatria RS**, 30(2), p.99-100, 2008.

RASSIAL, Jean-Jacques. A adolescência como conceito da teoria psicanalítica. In: **Adolescência: entre o passado e o futuro**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.

\_\_\_\_\_. **O adolescente e o psicanalista.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

ROLNIK, Suely. Toxicômanos de identidade: subjetividade em tempo de globalização. In: LINS, Daniel (org). **Cultura e Subjetividade:** saberes nômades. Campinas: Papirus, 1997.

\_\_\_\_\_. Despachos no museu: sabe-se lá o que vai acontecer... In: **São Paulo em perspectiva**, 15 (3), 2001.

ROTELLI, Franco. Onde está o senhor? In: LANCETTI, A. (Org.) **Saúde e Loucura** – número 3 – São Paulo: Hucitec, 1991.

RODRIGUES, Helena de Barros C. Sobre um parágrafo de Foucault. In: **Psicologia Clínica**, PUC-RJ, v. 20, n.2, p127-145. Rio de Janeiro, 2008

SANCHEZ, Zilá van der M; NAPPO, Solange A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. In: **Revista de Saúde Pública**, 36 (4), p.420-430, 2002.

SCARPITTI, F. *Delinquent and Non-Delinquent Perceptions of Self, Values and Opportunity.* In: MUSS, R. (org.) *Adolescent Behavior and Society: a Book of Readings.* New York: Random House, 1979.

SCISLESKI, Andréa C. **Entre se quiser, saia se puder:** os percursos dos jovens pelas redes sociais. Dissertação apresentada como requisito para obtenção de Mestre em Psicologia Social e Institucional. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

SCISLESKI, Andréa C.; SILVA, Rosane A. N.; MARASCHIN, Cleci. Manicômio em Circuito: o percurso dos jovens e a internação psiquiátrica. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 24 (2), p. 342-352. Rio de Janeiro, fevereiro de 2008.

SILVA, Rosane A. N. **A invenção da psicologia social.** Petrópolis: Vozes, 2005.

SILVA, Rosane A. N. e NARDI, Henrique. C. A emergência de um saber psicológico e as políticas de individuação. In: **Educação e Realidade**, v. 29, n.1, p.187-198. Porto Alegre, 2004.

SILVA, Rosane N; HARTMANN, Sara; SCISLESKI, Andrea ; PIRES, Mariana Lorenz. As patologias nos modos de ser criança e adolescente: análise das internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro entre 1884 e 1937. In: **Psico (PUCRS)**, v. 39, p. 448-455, 2008.

SILVA, Cláudio J.; SERRA, Ana M. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**. vol.26 - São Paulo, maio, 2004.

STEINBERG, L. *Adolescence*. 5th ed. Boston: McGraw-Hill, 1999.

VICENTIN, Maria C.; GRAMKOW, Gabriela; ROSA, Miriam D. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de “novos” manicômios judiciais. In: **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. 2010; 20 (1): 61-69.

VICENTIN, Maria C.; ROSA, Miriam D. Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. In: **Psicologia Política**, Vol. 10, n 19, PP. 107-124. Jan-Jun, 2010.

ZALUAR, Alba. **Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas**. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004.

WADI, Marmitt Yonissa. **Palácio para guardar loucos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2002.

WINNICOT, Donald W. Aspectos da delinquência juvenil. In: **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1979.

WOLTON, Dominique. **É preciso salvar a comunicação**. São Paulo: Paulus, 2006.

## REFERÊNCIAS LITERÁRIAS

ASSIS, Machado de. **O Alienista**. São Paulo: Editora Ática, 1995.

LISPECTOR, Clarice. **A Hora da Estrela**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

SARAMAGO, José. **Todos os nomes**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

VILA MATAS, Enrique. **Doutor Passavento**. São Paulo: Cosac Naify, 2009.

## REFERÊNCIAS MUSICAIS

ENGENHEIROS DO HAWAII. Terra de gigantes. In: A revolta dos Dândis. RGB, 1987.

LOS HERMANOS. O velho e o Moço. In: Ventura. BMG, 2003.

MANU CHAO. Desaparecido. In: Clandestino. Virgin Records, 1998.

## REFERÊNCIAS CINEMATOGRAFICAS

CIDADE DE DEUS. Direção: Fernando Meirelles. Produção: Andrea Barata Ribeiro e Maurício Andrade Ramos. Cor (130 min.). Brasil: Buena Vista International Miramax, 2002.

CREPÚSCULO (*Twilight*). Direção: Catherine Hardwicke. Produção: Mark Morgan e Greg Mooradian. Cor (121 min.). Estados Unidos: Summit Entertainment, 2008.

ECLIPSE (*Eclipse*). Direção: David Slade. Produção: Wyck Godfrey e Karen Rosenfelt. Cor (124 min.). Estados Unidos: Summit Entertainment, 2010.

LARANJA MECÂNICA (*A Clockwork Orange*). Direção: Stanley Kubrick. Produção: Stanley Kubrick. Cor (137 min.). Reino Unido: Warner Bros., 1971.

LUA NOVA (*New Moon*). Direção: Chris Weitz. Produção: Mark Morgan e Wyck Godfrey. Cor (130 min.). Estados Unidos: Summit Entertainment, 2009.

REBELDE SEM CAUSA (*Rebeld without a cause*). Direção: Nicholas Ray. Produção: David Weisbart. Cor (111 min.). Estados Unidos: Warner Bros., 1955.

ROCK AROUND DE CLOCK. Direção: Fred Sears. Produção: Sam Katzman. Cor (77 min.). Estados Unidos: Columbia Pictures, 1956.

## REFERÊNCIAS ICONOGRÁFICAS

Imagem 1: A promessa de gozo. *Disponível em:*

[http://www.interfaceg2g.org/midia/g2g/images/a\\_nossa\\_cerveja.preview.jpg](http://www.interfaceg2g.org/midia/g2g/images/a_nossa_cerveja.preview.jpg).

*Acesso em: 16/01/2011.*

Imagem 2: A realidade em cores. *Disponível em:*

<http://www.youtube.com/watch?v=5DCumiYNuYo&feature=related>, postado em 23/03/2009.

Imagem 3: A ficção em sombras. *Disponível em:*

<http://zerohora.clicrbs.com.br/especial/rs/cracknempensar/conteudo,0,3760,A-campanha.html>. *Acesso em: 23/03/2011.*

Imagem 4: O disparo final. *Disponível em:*

<http://zerohora.clicrbs.com.br/especial/br/cracknempensar/conteudo,0,6774,A-campanha-2010.html>. *Acesso em: 03/04/2011.*

Imagem 5: O contra-ataque. *Disponível em:*

[http://www.simers.org.br/monta\\_conteudo.php?src=campanhas&id=10&c=](http://www.simers.org.br/monta_conteudo.php?src=campanhas&id=10&c=). *Acesso em: 15/02/11.*

Imagem 6: Eu como, eu como, eu como. *Imagem da campanha publicitária de 2004 da Coca-Cola Brasil.*

Imagem 7: O cinza e as cores. *Acervo Pessoal (maio/2010).*

Imagem 8: O escritor. *Acervo Pessoal (novembro/2010).*

Imagem 9: Aporta. *Acervo Pessoal (abril/2006).*

Imagem 10: Peçaço despedaçado. *Acervo Pessoal (abril/2006).*

Imagem 11: A fresta. *Acervo Pessoal (abril/2006).*

Imagem 12: O alienismo. *Acervo Pessoal (abril/2006).*

Imagem 13: O mito psiquiátrico. Disponível em: [http://www.allposters.com.br/-sp/Philippe-Pinel-Releasing-Lunatics-from-Their-Chains-at-the-Bicetre-Asylum-in-Paris-in-1793-posters\\_i1587201\\_.htm](http://www.allposters.com.br/-sp/Philippe-Pinel-Releasing-Lunatics-from-Their-Chains-at-the-Bicetre-Asylum-in-Paris-in-1793-posters_i1587201_.htm). Acesso em: 13/02/2011.

Imagem 14: Rede bio-psico-pedagógica. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1309525680463Curso%20de%20Biopsicologia%20Infanti%20-1940.pdf>. Acesso em: 28/02/2011.

Imagem 15: Desaparecido. Disponível em: <http://www.magnumphotos.com/image/PAR141906.html>. Acesso em: 11/04/2011.

Imagem 16: Perigo desejável. Disponível em: [http://openlibrary.org/books/OL7947934M/Live\\_Fast\\_Die\\_Young](http://openlibrary.org/books/OL7947934M/Live_Fast_Die_Young). Acesso em: 09/04/11.

Imagem 17: A hora da estrela. Disponível em: <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/pt/thumb/1/10/CidadedeDeus.jpg/230px-CidadedeDeus.jpg>. Acesso em: 10/01/2011.

Imagem 18: O crepúsculo é a hora de ninguém. Disponível em: [http://www.cinepop.com.br/cartazes/crepusculo\\_4.jpg](http://www.cinepop.com.br/cartazes/crepusculo_4.jpg) e <http://zerohora.clicrbs.com.br/rbs/image/6457651.jpg>. Acessos em: 09/04/2011 e 23/03/2011.

Imagem 19: Resíduos. Disponível em: [http://2.bp.blogspot.com/\\_QtxyLeeIa5U/TN2PZWMMTsI/AAAAAAAAAGI/NqbiQyqNbq8/s1600/501840082\\_24c51eb604.jpg](http://2.bp.blogspot.com/_QtxyLeeIa5U/TN2PZWMMTsI/AAAAAAAAAGI/NqbiQyqNbq8/s1600/501840082_24c51eb604.jpg). Acesso em: 01/04/2011.

Imagem 20: Mais uma dose? Disponível em: <http://www.imdb.com/media/rm2844637440/tt0066921>. Acesso em: 11/04/2011

## TABELAS

Tabela 1: Principais fontes de encaminhamento nas décadas de 40, 50, 60.