

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Adriano de Oliveira

“Os recusados”

Uma experiência de moradia transitória infanto-juvenil no campo da Saúde Mental

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO

2015

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Adriano de Oliveira

“Os recusados”

Uma experiência de moradia transitória infanto-juvenil no campo da Saúde Mental

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

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

SÃO PAULO

2015

Banca examinadora

AGRADECIMENTOS

A Cristina Vicentin, pela generosidade e atenção cuidadosa com que orientou esse trabalho, e pela força que tem de nos instigar a *pensar diferentemente*.

Aos pesquisadores do Núcleo de Pesquisas em Lógicas Institucionais e Coletivas que me acompanharam nesse percurso, acolhendo angústias e inquietações e sugerindo caminhos.

Em especial, às amigas Julia Joia e Alyne Alvarez. Aprendi muito em suas companhias.

Às professoras Bader Sawaia e Andrea Scisleski, pelas sugestões e apontamentos durante o exame de qualificação, fundamentais para a continuidade do trabalho.

À CAPES, pelo apoio à realização desta pesquisa.

Às professoras Isa Maria Ferreira da Rosa Guará e Maria do Rosário Corrêa de Salles Gomes, pelas preciosas interlocuções sobre o tema das políticas para a infância e adolescência.

Aos trabalhadores do CAPS I e da UAI onde esta pesquisa se realizou, por todo o suporte e abertura que me deram para a realização da pesquisa.

Aos amigos de São Paulo, que foram pacientes e compreensíveis nesse período de escrita: Paulina, Victor, Marcel, Igor, Claudia, Cris, Cy.

Aos amigos da época da faculdade, que mesmo estando longe, estão presentes de diferentes formas na minha vida: Nádia, Mirian, Marice, Camila Nagai, Dayana, Bruno, Daniel (Du), Lauren, e tantos outros. Pela alegria dos encontros.

Um agradecimento especial a Leonardo Klein, que esteve ao meu lado nos momentos finais da escrita, cuidando da janta, preparando o chá e papeando sobre assuntos que sequer sabia do que se tratava. Pela escuta e pela palavra, obrigado.

À minha família.

A todos que, de alguma forma, apoiaram ou participaram da realização deste trabalho.

RESUMO

OLIVEIRA, A. de. “Os recusados”. Uma experiência de moradia transitória infanto-juvenil no campo da saúde mental. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

Ao estudar uma Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil, a presente pesquisa quis pensar criticamente a atualidade das práticas de cuidado e proteção direcionadas às crianças e adolescentes ditos em situação de vulnerabilidade social. Mais especificamente, são os *modos de cuidar e modos de proteger*, ou, em última análise, *modos de governar certas crianças e adolescentes* o foco deste trabalho. Para a constituição do campo de análise, fomos guiados pelos trabalhos genealógicos de Michel Foucault e Robert Castel. Num segundo momento, retomamos aspectos da história das práticas direcionadas à determinada população infanto-juvenil no bojo das políticas sociais, seguindo agora com Foucault e Jacques Donzelot. Em seguida, foram traçados alguns aspectos da história dos modos de governo executados pelas políticas assistenciais direcionadas à infância e adolescência no Brasil, para então apresentar alguns modos de governo operados a partir das composições das políticas sociais (Saúde e Assistência Social) com a Justiça. Por fim, fizemos uma breve passagem pela história das políticas de drogas no intuito de considerar o contexto em que se propõe uma unidade de acolhimento no campo da Saúde Mental, para daí acompanharmos sua emergência na cidade de São Paulo, e realizar alguns apontamentos sobre o acolhimento institucional como estratégia de cuidado. Perguntou-se que rachaduras essas novas modalidades de atenção são capazes de produzir naqueles modos de governo, ainda herdeiros das práticas punitivas e estigmatizantes tão presentes na história da assistência à infância e adolescência no Brasil. Podemos inferir que a UAI diz da urgência de se inventar outros modos de cuidar, da urgência de acolher e não aprisionar.

PALAVRAS-CHAVE: SAÚDE MENTAL, MORADIA TRANSITÓRIA, INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, CUIDADO E PROTEÇÃO, DROGAS

ABSTRACT

OLIVEIRA, A. de. "The unwanted". An experience of children and youth's temporary residencial care in the Mental Health Policy. Dissertation (Master of Social Psychology), Pontifical Catholic University of Sao Paulo (PUC-SP), 2015.

When studying a Children and Youth's Residencial Care, this research wanted to think critically about the nowadays practices of care and protection of children and adolescents in situation of vulnerability, personal or social risk. More specifically, are the ways to take care of and ways to protect, or, ultimately, ways of governing certain children and adolescents the focus of this work. For constituting the analysis field, we are guided by the genealogical work of Michel Foucault and Robert Castel. After, we take some aspects of history of practices directed at certain children and adolescents in the cern of social policies, in dialogue with Michel Foucault and Jacques Donzelot. Secondly, will be drawn some aspects of the history of types of government run by welfare policies directed to children and adolescents in Brazil, to finally present some ways of government operated from the compositions of social policies (Health and Welfare) with Justice. Finally, we make a brief passage through the history of drug policy in order to consider the context in which it proposes a residencial care service in the field of Mental Health, and from there follow its emergence in the city São Paulo, to finally make some notes on the institutional care as a care strategy. This wonders what cracks these new modalities of care are able to produce those modes of government, even heirs of punitive and stigmatizing practices as gifts in the history of assistance to children and adolescents in Brazil. We conclude that the Childern and Youth's Residencial Care says the urgent need to invent other ways of caring, the urgency to care and not imprison.

KEYWORDS: MENTAL HEALTH, TEMPORARY RESIDENCIAL CARE, CHILDHOOD AND ADOLESCENCE, CARE AND PROTECTION, DRUGS

"Vem por aqui" — dizem-me alguns com os olhos doces
Estendendo-me os braços, e seguros
De que seria bom que eu os ouvisse
Quando me dizem: "vem por aqui!"
Eu olho-os com olhos lassos,
(Há, nos olhos meus, ironias e cansaços)
E cruzo os braços,
E nunca vou por ali...
(...)
Ide! Tendes estradas,
Tendes jardins, tendes canteiros,
Tendes pátria, tendes tetos,
E tendes regras, e tratados, e filósofos, e sábios...
Eu tenho a minha Loucura !
(...)
Ah, que ninguém me dê piedosas intenções,
Ninguém me peça definições!
Ninguém me diga: "vem por aqui!"
A minha vida é um vendaval que se soltou,
É uma onda que se alevantou,
É um átomo a mais que se animou...
Não sei por onde vou,
Não sei para onde vou
Sei que não vou por aí!
Cântico Negro
José Régio

Ainda vão me matar numa rua.
Quando descobrirem,
principalmente,
que faço parte dessa gente
que pensa que a rua
é a parte principal da cidade.
Paulo Leminski

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Apresentação 11

A pesquisa e seus intercessores 14

CAPÍTULO 1 – POLÍTICAS SOCIAIS E A GESTÃO DAS MULTIPLICIDADES

Biopoder: uma gestão calculada da vida 24

Governamentalidade, poder pastoral e produção de subjetividade 27

Paradoxos do liberalismo: liberdades e segurança 33

CAPÍTULO 2 – INSTITUIÇÕES DA INFÂNCIA

Do governo de crianças e adolescentes 38

A assistência à infância no Brasil 41

Políticas sociais, vulnerabilidades e virtualidades 53

Saúde, Assistência social e Justiça: relações de poder e regimes de saber 59

CAPÍTULO 3 – A UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTO-JUVENIL

Contexto histórico: breves apontamentos 71

A moradia transitória como modalidade de atenção em Saúde Mental 75

São Paulo, um lugar de afrontamento 78

Surfando no Centro: a UAI e a rede 81

Intersetorialidade x circuitos transinstitucionais: do que (se) trata a UAI? 82

Especialização x atenção às singularidades 88

O hibridismo da casa 92

Os recusados 95

O menino selvagem: o cuidado na errância 97

Responsabilidade sanitária: proteção e autonomia x medicalização 101

(Des)cuidado e (des)proteção na crise: o “não-lugar” da rede 104

CONSIDERAÇÕES FINAIS 111

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 119

Lista de siglas

AI – Análise Institucional

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAT – Casa de Acolhimento Transitório

CIEJA – Centro Integrado de Educação de Jovens e Adultos

CMDCA – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente

Conad – Conselho Nacional Anti-Drogas

Confen – Conselho Federal de Entorpecentes

CRATOD – Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

CRECA – Centro de Referência da Criança e do Adolescente

CT - Conselho Tutelar

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

Febem – Fundação do Bem Estar do Menor

FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Funabem – Fundação Nacional do Bem Estar do Menor

GCM – Guarda Civil Metropolitana

HIV – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MNMMR – Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua

MP – Ministério Público

OSS – Organização Social de Saúde

PAS – Plano de Atendimento à Saúde

Pead - Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas

PNBM – Política Nacional de Bem Estar do Menor

PNCFC – Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito da Criança e do Adolescente à Convivência Familiar e Comunitária

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

Saica – Serviço de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes

SAID – Serviço de Atendimento Integral ao Dependente

SAM – Serviço de Assistência ao Menor

Senad – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

Sisnad – Sistema Nacional Antidrogas

SMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

Suas – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TPAS – Transtorno de Personalidade Antissocial

UA – Unidade de Acolhimento

UAA – Unidade de Acolhimento Adulto

UAI – Unidade de Acolhimento Infante-juvenil

UBS – Unidade Básica de Saúde

Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância

VIJ – Vara da Infância e Juventude

INTRODUÇÃO

Apresentação

A questão da infância e adolescência, ou melhor dizendo, das infâncias e adolescências - no plural - como objeto e objetivo de políticas sociais é a problemática em torno da qual esse trabalho se debruçou. Ao assumir como campo problemático as políticas direcionadas à infância e adolescência, a presente pesquisa quer pensar criticamente a atualidade das práticas de cuidado e proteção direcionadas às crianças e adolescentes ditos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social¹.

Mais especificamente, são os *modos de cuidar e modos de proteger*, ou, em última análise, *modos de governar certas crianças e adolescentes* o foco deste trabalho. Nossa intenção é, portanto, contribuir para uma reflexão crítica sobre as interfaces saúde mental e assistência social, seus modos de dizer/fazer cuidado e dizer/fazer proteção, em suas composições e tensionamentos.

Abordar essa temática é relevante diante das pesquisas recentes que constataram as seguintes situações: a) hospitais psiquiátricos continuam servindo de destino a crianças e adolescentes com questões de saúde mental, em especial aqueles com diagnóstico de transtorno de conduta ou decorrente do uso abusivo de álcool ou outras drogas (BENTES, 1999, JOIA, 2006; SCISLESKI, 2006, 2010; CUNDA, 2011; BLIKSTEIN, 2012); e b) a existência de serviços de acolhimento no campo da assistência social ditos especializados que servem como espaços de reclusão das anormalidades (RIZZINI, 2008a; ASSIS, 2011; ALMEIDA, 2012).

Outra razão que despertou o desejo de realizar esta pesquisa foi a minha experiência de trabalho no campo das políticas para infância e adolescência. Ainda na graduação estive envolvido em projetos de pesquisa e estágios que assumiam tais políticas como campo de atuação: seja no âmbito da atenção em saúde, educação ou socioassistencial, o foco foi predominantemente as crianças e adolescentes, e suas

¹ Nesta introdução usamos a noção de “vulnerabilidade e risco pessoal e social” apenas no seu sentido descritivo, isto é como termo que aparece nas políticas sociais atuais para designar o campo de intervenção de determinados serviços de assistência pública. Neste trabalho, a noção será abordada em termos de produção de vulnerabilidade, ou vulnerabilização, desde uma perspectiva crítica, de modo a colocar em análise as políticas que assumem essa noção como norteadora de suas ações.

famílias. Não obstante, depois de formado encontrei no campo da Assistência Social abertura para as primeiras experiências profissionais como psicólogo, atuando em serviços de proteção básica e proteção especial (de média e alta complexidade)².

Nessa experiência, pude notar que a persistência de práticas fortemente tutelares, estigmatizantes e desqualificadoras da infância e adolescência não era incomum nos diversos dispositivos onde se propunha uma prática em torno da infância. No lugar de especialistas, de adultos, muito falamos sobre a infância: quando não explicando sua própria falta, buscando nesta etapa da vida as explicações para o que aparece como falta na vida adulta. A despeito do ordenamento jurídico brasileiro ter reconhecido as crianças e adolescentes como sujeito de direitos, desde a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, permanece nesse campo práticas de sujeição. Em certa medida, as formas como as crianças respondem a essas práticas, submetendo-se a elas ou as recusando, muitas vezes é tomado como um parâmetro para definir o que é uma experiência normal de infância. Ou seja, não é raro que a recusa dessa posição tutelada e submissa seja identificada como um desvio, uma anormalidade.

Essas questões, a meu ver, conectam-se à problemática em torno da qual a pesquisa se debruçou, que é a dos modos de dizer/fazer cuidado e proteção no campo da infância e adolescência. Assume-se aqui que o lugar da infância e adolescência na sociedade, atravessado por determinadas relações históricas e sociais, repercute nas formas de cuidado e proteção praticadas no interior das políticas sociais (mas também nas relações familiares e socioculturais mais amplas). Da mesma forma, é importante sublinhar que cuidado e proteção são conceitos polissêmicos, e seus sentidos, sempre cambiáveis, forjados dentro de um dado contexto cultural e social.

Definido o campo problemático sobre o qual a pesquisa se debruçou, escolhemos como campo empírico da pesquisa um serviço de *moradia transitória* para crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas na cidade de São Paulo, denominada Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil (UAI). Regulamentado pela Portaria 121 de 2012 do Ministério da Saúde, uma Unidade de Acolhimento é um ponto de atenção na Rede de

² De acordo com os parâmetros da atual Política Nacional de Assistência Social, de 2004, os serviços socioassistenciais são classificados, de acordo com suas estratégias e objetivos, como a) Proteção Social Básica; b) Proteção Social Especial de Média Complexidade; c) Proteção Social Especial de Alta Complexidade (BRASIL, 2004).

Atenção Psicossocial (RAPS), de *caráter residencial, transitório e voluntário*, destinado tanto ao público adulto – Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) –, mas também de crianças e adolescentes – Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil (UAI), com “necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas”, e que necessariamente conta com um Centro de Atenção Psicossocial de referência para o cuidado dos acolhidos (BRASIL, 2012).

Assim, a UAI se caracteriza por ser um dispositivo que pretende a um só tempo operar como promotor de cuidados em saúde mental e mecanismo de proteção social. Expressa, portanto, o cruzamento de ações e tecnologias próprias ao campo das políticas de Saúde Mental e de Assistência Social, uma vez que lança mão do acolhimento institucional (medida de proteção socioassistencial) como estratégia terapêutica e protetiva para crianças e adolescentes que se encontrem em situações que acentuam sua vulnerabilidade.

Ela é composta por um corpo profissional formado por 02 técnicos de nível superior que compartilham a função de coordenadores, um formado em Educação Física e outra formada em Psicologia, e 08 acompanhantes comunitários, que trabalham em esquema de revezamento de plantão, 01 durante o dia e 02 à noite. A UAI conta com um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS I) de referência. Este CAPS I dá cobertura a uma região com mais de 400.000 habitantes, e conta com uma gerente, e 15 técnicos de diferentes formações, além dos profissionais de nível médio ou técnico que compõem a equipe.

O objetivo da pesquisa foi: a) dar visibilidade a práticas em saúde mental e proteção social que se apresentam como alternativas ou mesmo substitutivas à internação psiquiátrica e a modelos de atenção que representem isolamento ou reclusão, e b) contribuir para uma reflexão crítica a respeito das práticas direcionadas a crianças e adolescentes ao questionar os modos de cuidado e proteção que comparecem neste campo.

A pesquisa e seus intercessores: algumas considerações sobre o método

Ao se inserir no campo de estudos e pesquisas que se ocupam do tema das políticas para crianças e adolescentes, este trabalho reflete nosso interesse em compor o debate sobre os modos de cuidado e de proteção que vem se operando na atualidade das políticas sociais direcionadas às crianças e adolescentes, reconhecendo que práticas forjam subjetividades, acionam processos de subjetivação, e que modos de existência emergem de jogos de força.

Para nos guiar nesta empreitada, evocamos a noção de *intercessores* proposta por Deleuze (2004) para chamarmos de pensamentos-intercessores aqueles que, na sua potência de produzir derivas ou desvios (RODRIGUES, 2010), animam o exercício do pensar, intercedem num dado regime de verdades possibilitando novas articulações ou mesmo inventando outros regimes (VICENTIN, OLIVEIRA, 2012). Deleuze chama de intercessores os encontros, alianças, conexões, que mobilizem o pensamento em sua potência criativa. Pensamentos-intercessores, nesta perspectiva, são aqueles que nos convocam a pensar *diferentemente* (FOUCAULT, 2012b).

Dito isso, seguimos algumas pistas metodológicas deixadas por Foucault que nos ajudam a pensar, quando não *re-pensar*, e até mesmo *dis-pensar*, alguns modos de dizer e de fazer presentes no campo das políticas de saúde e assistência social para crianças e adolescentes. Ousaremos “roubar-lhe” (DELEUZE, PARNET, 1998) alguns conceitos-ferramentas para colocar em análise as relações de poder e os modos de governar condutas presentes nessas políticas.

Foucault realiza seu projeto sustentando um modo de compreensão da noção de poder que lhe é peculiar, qual seja, o poder não como uma substância ou propriedade, uma coisa, ou algo que pode ser localizado mais como uma estratégia, como embate de forças, como conjunto de mecanismos e procedimentos; ao mesmo tempo em que se opõe à ideia de poder como repressão ou interdição, apoiando-se na sua dimensão produtiva (FOUCAULT, 1989). Para Foucault poder é ação sobre ação, e não recepção passiva. Não deriva de seus trabalhos, portanto, uma teoria geral do poder, mas sim uma analítica das relações de poder (IDEM, 1995).

Aqui, retomaremos algumas proposições de Foucault, em particular as decorrentes das pesquisas por ele empreendidas a partir da década de 1970, em que o tema geral das pesquisas concentrou-se na genealogia das relações de poder, do problema do governo enquanto condução das condutas e das políticas de constituição da verdade, que ele desenvolve ancorado nas noções de *biopoder* e *governamentalidade* (FOUCAULT, 2005, 2008a, 2008b, 2012a).

Apostamos que tais noções operam como grade analítica que nos permite encarar o desenvolvimento e funcionamento das políticas sociais como dispositivos de produção de verdades e de governo das condutas de si e dos outros, conforme as modificações nas formas de exercício do poder e nas racionalidades que as fundamentavam em determinados períodos históricos.

A perspectiva genealógica adotada por Foucault (1979), inspirado pelo pensamento de Nietzsche, nos servirá como bússola na medida em que propõe a identificação das linhas de força e dos jogos de poder em curso a partir dos quais certa realidade é conformada.

A genealogia comporta uma *análise da proveniência* – tratando-a não como ponto de fundação ou de continuidade, mas em sua dimensão heterogenética e de dispersão –, e uma *história das emergências* – daquilo que se produz em um determinado estado de forças. Portanto, não há busca das origens ou da verdade oculta por trás dos acontecimentos, mas um exercício de diagnosticar o presente, identificar as linhas que o configuram, as relações de poder e saber³ em jogo, reconhecendo a historicidade dos regimes de verdade, com o propósito de “marcar a singularidade dos acontecimentos” (IDEM, p. 15).

Entre as proveniências e as emergências, a genealogia implica, do lado da análise das proveniências, encarar o corpo como superfície de inscrição dos acontecimentos,

³ Lembrando que, para Foucault, poder e saber são imanentes, ou seja, são irreduzíveis um ao outro. Em suas palavras, “[...] poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem a constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder. Essas relações de “poder-saber” não devem ser analisadas a partir de um sujeito de conhecimento que seria ou não livre em relação ao sistema de poder; mas é preciso considerar ao contrário que o sujeito que conhece, os objetos a conhecer e as modalidades de conhecimento são outros tantos efeitos dessas implicações fundamentais do poder-saber e de suas transformações históricas. Resumindo, não é a atividade do conhecimento que produziria um saber, útil ou arredo ao poder, mas o poder-saber, os processos e as lutas que o atravessam e o constituem, que determinam as formas e os campos possíveis do conhecimento” (FOUCAULT, 1975, p. 161)

“mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo”; e do lado da história das emergências, fazê-la não na busca da origem ou da verdade oculta dos acontecimentos, mas a partir das suas condições de possibilidade, em que a sua forma no presente nada mais é que o episódio atual de um estado de forças (FOUCAULT, 1979a).

Para tanto, Foucault propõe o conceito de dispositivo, compreendido como uma rede que se estabelece entre elementos heterogêneos, o dito e o não dito⁴, que responde a uma urgência histórica, com uma função estratégica, e que se apoia em outros dispositivos (FOUCAULT, 1979a). Dreyfus e Rabinow (1995) destacam da ideia de dispositivo “as práticas elas mesmas, atuando como um aparelho, uma ferramenta, *constituindo sujeitos e os organizando*” (p. 135, grifos meus), por meio de enunciados científicos e não científicos, instituições, organizações arquitetônicas, regulamentos, leis, medidas administrativas, proposições de diferentes naturezas.

Por conseguinte, a noção de genealogia apoiada no conceito de dispositivo que atravessa os propósitos desse trabalho implica na análise da emergência e do funcionamento da UAI feita com base não apenas em seus efeitos, mas considerando o próprio serviço, seu aparecimento e localização na rede institucional mais ampla de atenção a crianças e adolescentes como efeito de um jogo de forças.

Ao tomarmos as condições de possibilidade de um novo serviço na rede de atenção à infância e adolescência como problema de pesquisa, adotamos o termo emergência, que em suas acepções, diz tanto do aparecimento, do surgimento de algo, como de uma necessidade imediata, uma urgência. A emergência, diz Foucault, “designa um lugar de afrontamento”. Fazemos alusão à perspectiva genealógica de Foucault (1979a, 2005), para quem o método genealógico requer “marcar a singularidade dos acontecimentos, longe de toda finalidade monótona; espreitá-los lá onde menos se os esperava e naquilo que é tido como não possuindo história”.

Também fuçamos algumas ferramentas metodológicas que nos legou René Lourau e a Análise Institucional Francesa (AI), para pensar a UAI em suas dimensões

⁴ Ensina Foucault (2001) que os discursos estão submetidos à uma ordem, a um conjunto de regras, que qualifica alguns enunciados e desautoriza outros, distribui e regula certos discursos, e impede a circulação de tantos outros, segundo uma vontade de verdade própria de dado momento histórico. O dito e o não dito como elementos que compõem o dispositivo referem-se aos regimes de verdade que se atualizam no seu funcionamento.

institucionais, sua posição na rede de atenção à infância e adolescência da cidade de São Paulo, e as problematizações que coloca em evidência – especialmente aquelas derivadas dos encontros (e desencontros?) entre as políticas de Saúde e Assistência Social.

A AI, como um campo de coerência, atenta-se aos tensionamentos entre as formas instituídas e as forças instituintes por meio do questionamento das práticas forjadas na história e que se atualizam permanentemente, materializando-se no presente na forma de normativas e equipamentos assistenciais, mas principalmente nos fazeres cotidianos desses serviços.

Entre Foucault e Lourau, reconhecemos um comum que se destaca na heterogeneidade de seus pensamentos, e que arriscamos afirmar como uma mirada ético-política, qual seja, a recusa dos universais. A pretensão aqui foi arguir práticas, historicizá-las, criar rachaduras que abrem para novos possíveis. Portanto, não se trata de abordar A Criança, O Adolescente, tampouco A Política de Saúde ou de Assistência Social como categorias gerais, mas de compreender como certas crianças e adolescentes passam a ser objeto de intervenção de determinadas políticas; mais ainda, de analisar como certas políticas operam o governo das condutas.

Assumimos esta postura quando, nesse trabalho de pesquisa, interessamo-nos pelos movimentos no plano micropolítico do campo de intervenção das políticas sociais que se ocupam de cuidar, proteger e governar certas crianças e adolescentes. Portanto, não tomamos o campo da infância e adolescência como objeto de intervenção política como um algo já dado, mas sim ele próprio formado, identificado e delimitado em função de determinadas práticas.

Daí nos propormos a pensar as práticas de cuidado e proteção em suas dimensões institucionais, atravessadas pelas *instituições da infância e adolescência*. Instituição, enfim, como criação própria de um momento histórico-político, que forja certas formas de existência em articulação a uma rede de saberes-poderes que as sustentam.

Em geral, instituição é considerada sob o aspecto do instituído, confundida com algum tipo de estabelecimento, quando não reduzida a uma dimensão normativa ou em referência a um sistema de regras, ainda que sejam compostas por essas dimensões, e mesmo assumir essas configurações em determinados contextos. Conforme ensina Baremblytt, (1992, p. 27):

As instituições são lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser pautas, regularidades de comportamentos.

Para a AI, instituição designa a forma como efeito de um encontro de forças. Assim, é possível afirmar que as instituições remetem às relações e campos de forças instituídos, tomados muitas vezes como naturais e imutáveis, mas que coexistem e tensionam com outros campos de forças instituintes, de subversão e de mudança (COIMBRA; NASCIMENTO, 2004; AGUIAR; ROCHA, 2007).

Nas palavras de Lourau, “se é certo que toda instituição é *atravessada* por todos os ‘níveis’ de uma formação social, a instituição deve ser definida necessariamente pela *transversalidade*” (LOURAU, 2004a, p. 76). O que quer dizer que não há estabilidade e homogeneidade plena e final, ou qualquer essência ou natureza imutável a ser descoberta em relação à instituição, mas sim deslocamentos, pequenas mutações “marginais e até clandestinos às estruturas oficiais e consagradas” (BAREMBLITT, 1992, p. 38), por isso as instituições devem ser analisadas em sua historicidade e em movimento, “produção constante dos modos de legitimação das práticas sociais”. (BENEVIDES DE BARROS, 2007, p 230-231).

Assumindo essa perspectiva, cabe-nos a ressalva de que nos furtaremos de trabalhar os documentos oficiais que orientam o funcionamento da UAI contrastando-os com o cotidiano do serviço para verificar se há qualquer obediência às normas. Pelo contrário, encararemos texto e contexto, documento oficial (na forma de Portaria, neste caso) e o caráter local das práticas que se atualizam no serviço, em suas dimensões micropolíticas, formadas por linhas que, ao se cruzar, tensionam e forjam um campo que extrapola e atravessa a atualidade⁵ da instituição.

Assim, parte da pesquisa realizou-se por meio da leitura dos documentos legais que orientam a criação das unidades de acolhimento como ponto de atenção da rede de

⁵ “A novidade de um dispositivo em relação aos precedentes chamamos sua atualidade, nossa atualidade. (...) O atual não é o que nós somos, mas o que nos tornamos (...) o outro, nosso devir-outro. Em todo dispositivo, é necessário diferenciar o que nós somos (o que já não somos mais) e o que estamos em vias de nos tornar: a parte da história e a parte do atuar”. (DELEUZE, 1989, apud, RODRIGUES, 2005)

atenção psicossocial, bem como daqueles que informam as políticas de acolhimento institucional infanto-juvenil no âmbito da Assistência Social. Buscamos contextualizar o surgimento da UAI na cidade de São Paulo, de modo a reconhecer suas especificidades e identificar as linhas de força e dimensões sócio-políticas que a configuram.

Para compor o trabalho de análise das interfaces entre Saúde Mental e Assistência Social em suas práticas de cuidado e proteção a crianças e adolescentes, escolhemos entrevistar não somente profissionais diretamente ligados aos serviços onde a pesquisa se realizou por entender que as questões e as problemáticas colocadas neste tipo de trabalho estão para além de suas práticas, ou seja, diz de um campo mais amplo e heterogêneo que é o das políticas sociais para infância e a adolescência.

Apostamos, então, em conversar com duas pesquisadoras do campo da infância e juventude, pela sua inserção e atuação na produção de políticas públicas.

Num segundo momento foram realizadas visitas tanto à UAI, mas também ao Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS I) de referência do serviço, uma vez que ambos funcionam de maneira diretamente articulada.

Desde que começamos a visitar a UAI, percebemos uma rotatividade significativa entre os acolhidos: entre uma visita e outra, o grupo se alterava, o que denotava o caráter pontual e provisório do acolhimento. Além disso, os horários dos adolescentes eram tomados por atividades que compunham seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), que envolviam a participação nos espaços oferecidos no CAPS I, frequência escolar, rotina de cuidados em saúde, visita à família (principalmente nos finais de semana).

Dada essa particularidade do serviço, lançamos mão de *conversas no cotidiano* como estratégia metodológica (SPINK, 2007), assumindo o lugar de um pesquisador-conversador. Não houve a oportunidade de uma estadia mais prolongada no serviço, pelo encurtamento do tempo de execução da pesquisa⁶.

Ainda assim, tive a oportunidade de conversar com alguns profissionais e trabalhadores da UAI, bem como com alguns adolescentes acolhidos. Entrevistas e conversas no cotidiano foram realizadas também com profissionais que atuam no CAPS I, além de consultas aos prontuários dos adolescentes (tanto os que já foram acolhidos e os

⁶ Com a demora nos trâmites relativos ao Comitê de Ética em Pesquisa a realização de algumas etapas da pesquisa ficou inviável. E, mesmo após a aprovação do CEP, enfrentamos dificuldades em iniciar o trabalho de pesquisa nos equipamentos, uma vez que dependeu de uma segunda rodada de exigências burocráticas.

que ainda estão em acolhimento), favorecendo a produção de dados que permitem analisar os fluxos que atravessam o serviço.

Também foi possível acompanhar uma reunião técnica no CAPS I na qual a equipe colocou em análise a UAI em relação à rede de atenção infanto-juvenil do centro de São Paulo, a partir de casos tomados como emblemáticos do funcionamento do serviço.

Os momentos em que estive nos serviços foram registrados em um diário de campo. Relatos, cenas e casos extraídos do diário de campo foram selecionados por reconhecermos neles a possibilidade de reconstituição analítica de determinadas situações, a desconstrução de determinadas naturalizações e a convocação da potência de produção de realidades alternativas.

Não deixando de lembrar que, enquanto pesquisadores, estamos enredados em posições nos territórios que ocupamos para realizar nossa pesquisa - em relação com os outros que também fazem parte deste cotidiano (BENEVIDES DE BARROS, 2007). Em AI propõe-se o conceito de implicação para trabalhar a análise do lugar do pesquisador. Implicação é um conceito inspirado pelas noções de transferência e contratransferência da Psicanálise, mas que as superam na medida em que se considera, para além de uma relação dual, uma dinâmica coletivo-institucional. Recusa, portanto, a uma postura de exterioridade e neutralidade no ato de pesquisar (PASSOS; BENEVIDES DE BARROS, 2009).

A implicação não é um ato voluntário, pois implicado se está, não há como se furta das relações. Cabe, assim, ao pesquisador realizar a *análise das implicações*. Para Coimbra e Nascimento (2001), a análise de implicações se dá no plano da imanência, no plano da micropolítica, e opera a análise dos modos de existência sem apelar a valores transcendentais. Em suas palavras, “a análise de implicações é tornar visível e audível as forças que nos atravessam, nos afetam e nos constituem cotidianamente”.

As etapas foram consideradas para a identificação ou construção de *analísadores* durante o processo da pesquisa. Analisador é, nas palavras de Benevides de Barros:

... aquilo que produz análise. Apesar de bastante sintética, esta definição, tomada ao pé da letra nos parece precisa: falas, atos, fatos que se insurgem no campo de intervenção, produzindo desmanchamento daquilo que até então aparecia como natural. (BENEVIDES DE BARROS, 2007, p.333).

O conceito foi forjado no campo da Psicoterapia Institucional por Felix Guattari, para quem a análise (...) “não é mais interpretação transferencial dos sintomas em função de um conteúdo latente preexistente, mas invenção de novos focos catalíticos suscetíveis de fazer bifurcar a existência” (GUATTARI, 2012, p. 30). Para Lourau, na noção de analisador:

(...) encontramos a ideia essencial da decomposição de uma totalidade nos elementos que a compõem. O analisador químico é aquele que decompõe um corpo em seus elementos, produzindo, *em certa medida*, uma análise. Neste caso, encontramos-nos nas ciências físicas. No caso da pesquisa socioanalítica, não se trata de *interpretar* neste primeiro nível, mas de *decompor* um corpo. Não se trata de construir um discurso explicativo, mas de trazer à luz os elementos que compõem o conjunto (LOURAU, 2004a, p. 70).

Há, nesta acepção, um deslocamento do ato de analisar da figura do analista/pesquisador para o acontecimento (AGUIAR; ROCHA, 2007). No entanto, tal deslocamento não significa a neutralidade do pesquisador no fazer da pesquisa. Pelo contrário, como afirma Lourau (2004a) "o importante para o investigador não é, essencialmente, o objeto que 'ele mesmo se dá' (segundo a fórmula do idealismo matemático), mas sim tudo que lhe é dado por sua posição nas relações sociais, na rede institucional", convocando à análise o jogo de interesses e de poder presentes no processo de pesquisa.

Dito isso, vale sublinhar que no território do centro de São Paulo, está presente uma diversidade de Organizações Sociais de Saúde (OSS), que executam boa parte dos serviços lá instalados. Segundo dados da Prefeitura de São Paulo, atualmente o município mantém convênio ou parceria com 11 OSS, que juntas assumem 279 dos 985 serviços de saúde, sendo responsáveis pela contratação de 40.981 trabalhadores de Saúde (mais da metade daqueles que atualmente atuam na rede, que contabilizam 81.760). De 2012 para cá, segundo levantamento recente do município, cerca de R\$ 1,5 bilhão foram repassados a essas organizações por ano (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2014).

Em particular, com relação aos serviços de saúde mental, existem atualmente 80

CAPS na cidade, 28 sob administração direta e 52 sob a gerência de OSS (IDEM). Um dos entraves decorrentes desse cenário, ao nosso ver, é a falta de alinhamento na execução dos serviços, pois cada OSS estabelece um modo de organizar e executar a atenção de acordo com suas políticas internas, que nem sempre dialogam com os preceitos ético-políticos que fundamentam as normativas.

A presença de entidades do terceiro setor no setor da Saúde Pública é uma tendência no município que remonta a meados dos anos de 1990, quando o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), proposto pela gestão municipal de Paulo Maluf, estabeleceu que a gestão dos equipamentos de saúde ficaria a cargo de cooperativas de profissionais criadas para esta finalidade, de modo que não é fato recente que o modelo de política sanitária de São Paulo vem sendo confrontado por uma série de questionamentos (CONTREIRAS, 2011). Nos últimos anos, as críticas recaem sobre o atual modelo de gestão baseado na parceria público-privada e na falta de transparência sobre os processos de contratação ou convênio das OSS.

Do lado do Poder Público, a gestão municipal afirma sua responsabilidade de assumir o gerenciamento da política de saúde, ainda que elas fossem executadas pelas OSS. Os movimentos sociais, por sua vez, fazem uma crítica a esse modelo de gestão, reconhecendo aqui a tendência à privatização do serviço público, e denunciando uma lógica neoliberal que atravessa esse modo de organização dos serviços, transformando as demandas de saúde em algo rentável, no interior do mercado dos serviços especializados. Além do mais, trata-se de uma “privatização tão desregulada como a observada na cidade de São Paulo [que] compromete o caráter público (...) do próprio Estado. A destinação de recursos bilionários de forma opaca e não fiscalizada suscita terreno propício para a ação de interesses particulares”, como avaliou Contreiras (IDEM, p. 97).

Considerar esse pano de fundo nos pareceu pertinente para dar início a uma leitura da cidade de São Paulo como um lugar de afrontamento, dado que se trata de um cenário de disputas econômicas entre diferentes organizações, com interesses bastante particulares. Contexto em que o corpo das crianças e adolescentes em situação de rua, usuários de drogas, é introduzido no mercado, é capitalizado não mais como força de trabalho, mas como corpo doente, vulnerável, em torno do qual toda uma tecnologia

médica e sanitária vai se estabelecer: ainda que política social, nunca deslocada do liberalismo da política econômica (FOUCAULT, 2010).

Tal dimensão que não pode deixar de ser considerada ao se propor a pensar sobre a implantação da UAI em São Paulo, mas também por se tratar de uma linha de força que certamente contorna as condições de possibilidade da realização da própria pesquisa.

Para nos guiar, elegemos algumas linhas de força que nos oferecem pistas para compor uma análise das proveniências e uma história da emergência deste serviço na cidade de São Paulo. A primeira linha refere-se à definição do campo de análise, baseado nos trabalhos genealógicos de Michel Foucault e Robert Castel.

A segunda é composta por algumas análises sobre a história das práticas direcionadas à determinada população infanto-juvenil no bojo das políticas sociais, em diálogo com Michel Foucault e Jacques Donzelot. Como desdobramento dessa linha, traçamos alguns aspectos da história da produção de *infâncias desiguais* (NASCIMENTO, 2002), relativos aos modos de governo executados pelas políticas assistenciais direcionadas à infância e adolescência no Brasil, para enfim apresentar alguns efeitos das composições das políticas sociais (Saúde e Assistência Social) com a Justiça.

Por fim, uma terceira linha deriva de uma breve passagem pela história das políticas de drogas no intuito de considerar o contexto histórico em que se propõe um serviço de moradia transitória como estratégia no campo da Saúde Mental. Para a partir daí acompanhar sua emergência na cidade de São Paulo, para enfim realizar alguns apontamentos sobre o acolhimento institucional como estratégia de cuidado.

CAPÍTULO 1 – POLÍTICAS SOCIAIS E GESTÃO DAS MULTIPLICIDADES

Biopoder: uma gestão calculada da vida

Em torno da demanda de proteção presente nas sociedades democráticas contemporâneas, verifica-se um desejo cada vez maior de um Estado Securitário, desembocando muitas vezes numa naturalização das intervenções autoritárias e repressivas sobre parcelas significativas da população, mesmo que isso contrarie o quadro normativo vigente. Como bem observou Castel (2005) vivemos em tempos de insegurança, no qual cada vez mais há espaço para o imponderável. Parece que, na mesma medida em que desejamos cada vez mais uma vida longa, que investimos nosso presente com projetos para o futuro, menos o futuro cabe em nossas vidas.

Para Foucault (2010, 2012) não à toa a lógica da proteção produz o clamor e o consentimento da população às intervenções das instâncias formais de governo, mesmo quando expressam ações violentas como forma de garantir a segurança da sociedade. Vejamos como o desenvolvimento de uma economia específica de poder, apoiada numa série de tecnologias de gestão no corpo social, torna esses paradoxos possíveis.

Foucault nos fala de um poder sobre a vida, que então se insere nos objetivos da política de uma maneira distinta, por meio da regulação da população. A essas tecnologias de administração da população, que se estabeleceu no século XVIII, Foucault chamou de biopoder (FOUCAULT, 2005, 2008a, 2012a). Escreve Foucault:

Concretamente, esse poder sobre a vida desenvolveu-se a partir do século XVII, em duas formas principais; que não são antitéticas e constituem, ao contrário, dois polos de desenvolvimento interligados por todo um feixe intermediário de relações. Um dos polos, o primeiro a ser formado, ao que parece, centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos - tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: anátomo-política do corpo humano. O segundo, que se formou um pouco mais tarde, por volta da metade do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos

biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma bio-política da população. As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida. A instalação durante a época clássica, desta grande tecnologia de duas faces - anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos da vida - caracteriza um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida, de cima a baixo. A velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida. Desenvolvimento rápido, do decorrer da época clássica, das disciplinas diversas - escolas, colégios, casernas, ateliês; aparecimento, também, no terreno das práticas políticas e observações econômicas, dos problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração; explosão, portanto, de técnicas diversas e numerosas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações. Abre-se, assim, a era de um 'biopoder' (FOUCAULT, 151-152, 2012a)

Na passagem dos Estados Absolutistas para os Estados Administrativos, e posteriormente, para os Estados Liberais, o bom governo deve garantir saúde, riqueza suficiente, seguranças, proteção contra acidentes etc. Afinal, uma nova ordem econômica começa a se estabelecer criando uma necessidade de se ter corpos politicamente dóceis e economicamente produtivos (FOUCAULT, 1975).

Assim, o que marca o advento da modernidade, segundo as análises de Foucault, são as modificações nas formas de relação de poder e suas racionalidades nos diferentes tempos históricos. Foucault não deixa de reconhecer, contudo, que a população já havia sido objeto de intervenções políticas em outros períodos históricos, mas sublinha que há uma abordagem característica do problema no século XVIII, na Europa (AVELINO, 2011).

Na Idade Média, o exercício de poder estava fundamentado sobre a sabedoria e a verdade do texto religioso. Na passagem para os Estados Modernos, o poder do Soberano torna-se central, e o exercício de poder para além de ser orientado pela sabedoria religiosa, também incorpora a sabedoria do Príncipe, que por sua vez vai paulatinamente

dando lugar a uma nova racionalidade governamental, cada vez mais baseada nos problemas do mercado, da população, e da economia (IDEM).

Nas sociedades ocidentais sob o regime da soberania, o poder funciona principalmente como um mecanismo de subtração das riquezas e da vida, portanto, um poder negativo e restritivo, em que o soberano pode matar para fazer valer seu poder. Trata-se, enfim, de um poder de fazer morrer e deixar viver. A partir das transformações na racionalidade governamental, que representa uma mudança geral no regime de poder, as figuras da vida e da morte ganham novos contornos, e o poder passa a funcionar predominantemente “na base da incitação, do reforço, do controle, da vigilância, visando, em suma, a otimização das forças que ele submete” (PELBART, 2011, p. 56).

As transformações do cenário econômico e a emergência da população como um problema de governo foram condições de possibilidade para o estabelecimento de uma nova modalidade de exercício do poder. Do lado do indivíduo, mecanismos disciplinares que incidem sobre o corpo, com vistas a produzir utilidade econômica e docilidade política - opera uma ortopedia corporal que individualiza; do lado da população, uma série de intervenções e controles reguladores sobre a vida em sua dimensão biológica - doravante chamados de *dispositivos de segurança*.

Em ambos, observa-se uma gestão calculada da vida que se dá por uma conjunção de tecnologias que “permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica” (FOUCAULT, 2005, p. 302).

[...] no século XVIII, o que é interessante, em primeiro lugar, é uma generalização destes problemas: todos os aspectos da população começam a ser levados em conta (epidemias, condições de habitat, de higiene etc.) e a se integrar no interior de um problema central. Em segundo lugar, têm-se, correlatos a este problema, novos tipos de saber: aparecimento da demografia, observações sobre a repartição das epidemias, inquéritos sobre as amas de leite e as condições de aleitamento. Em terceiro lugar, o estabelecimento de aparelhos de poder que permitiam não somente a observação, mas a intervenção direta e manipulação de tudo isto. Eu diria que neste momento começa algo que se pode chamar de poder sobre a vida, enquanto antes só havia vagas incitações descontínuas para modificar uma situação que não se conhecia bem. (FOUCAULT, 1979a, p. 275)

Apesar de Foucault reconhecer uma mutação dos dispositivos de poder a partir do desenvolvimento das tecnologias biopolíticas, ele afirma que não se trata da substituição dos mecanismos jurídicos e disciplinares pelos de segurança, mas sim de uma reorganização do sistema de correlações entre esses mecanismos. Dito de outro modo a interdição da lei e a regulamentação das disciplinas passam a operar conforme as regularidades biopolíticas no interior de uma sociedade de *normalização*⁷ (FOUCAULT, 2008a).

E tais objetivos eram perseguidos através da formação de uma rede institucional complexa, formada tanto por aparelhos do Estado, quanto pelos empreendimentos privados e entidades filantrópicas; pela medicina (seja de iniciativa privada ou pública), pela educação, e também pelas famílias.

Governamentalidade, poder pastoral e produção de subjetividade

Com Foucault, vemos um tipo de poder, individualizante e totalizante, que se alastrou por todo o corpo social ao encontrar apoio em uma diversidade de práticas e instituições. A gestão das multiplicidades exige um saber, pois o bom governo depende do conhecimento daquilo que se governa, ou dito de outro modo, da produção de uma verdade sobre aquilo que se governa.

⁷ Se a norma e o normal surgem como exigências de filiação a um corpo social que se quer homogêneo no interior das sociedades disciplinares, industriais (FOUCAULT, 1975), nas sociedades de segurança, o problema maior é como realizar a gestão das anormalidades. O que é fundamental e primeiro nos dispositivos disciplinares não é o normal e o anormal, mas a norma - e neste caso Foucault prefere falar em normação. A disciplina tem por objetivo enquadrar na norma, no modelo, e o normal é aquele capaz de se conformar à norma. A disciplina funciona segundo uma lógica centrípeta e prescritiva, de distribuição segundo um sistema de legalidade que regulamenta sobre o que é permitido, isolando, classificando, adestrando. No caso dos mecanismos de segurança, próprios da gestão biopolítica das populações, em primeiro vem o normal ou a identificação das normalidades, de onde deriva a norma. O normal aqui não é identificado em relação a uma norma preestabelecida, mas sim através de alguns procedimentos: a) levantamento e cálculo dos *riscos e probabilidades*, com o conseqüente desenvolvimento da noção de perigo como risco diferenciado, b) análise de *caso* tomando um acontecimento localizado como referência para analisar um fenômeno que atinge uma dada parcela da população, c) identificação da *crise* quando se dá a multiplicação de certos casos e escalada do perigo, e d) a produção de diferentes curvas de normalidade. Os dispositivos biopolíticos inserem os fenômenos em séries de acontecimentos prováveis, funcionando num movimento de centrifugação: sem cessar são integrados elementos novos para que se possa observar e conhecer suas regularidades, e a partir daí produzir um conhecimento sobre seu funcionamento e desenvolver novas tecnologias de gestão. (FOUCAULT, 2008a).

Paralelo a essas mutações no exercício do poder, Foucault (2008a, 2008b, 2012a) identifica o aparecimento de uma nova racionalidade governamental a partir do século XVI, em que a questão do governo passa a ser central: tornava-se imperativo definir uma forma de governo específico, própria ao Estado⁸, que deverá servir para o trato com a “coisa pública”.

É por meio de um Estado de Polícia⁹, instância administrativa que se volta para promover saúde e bem-estar à população, para assegurar a circulação de mercadorias e pessoas, e garantir obediência, que o Estado intervém e maximiza seu alcance sobre a população (FOUCAULT, 2008a, 2012c).

Foucault (2008a) forja o termo *governamentalidade* para se referir ao conjunto de instituições, procedimentos e de práticas que permitem exercer uma forma bem específica de poder sobre a população, acompanhados do desenvolvimento de uma variedade de aparelhos específicos de governo, de um lado, de uma série de saberes, de outro. É possível falar, a partir de então, de uma *governamentalização do Estado* ou de *estatização das governamentalidades*, como expressão de uma estatização de determinadas práticas de governo.

⁸ É importante mencionar que a noção de governo, conforme trabalhada por Foucault (2008a, 2008b), não se confunde com uma prática meramente administrativa e burocrática que tem por objeto a unidade política do Estado ou um território, como geralmente o termo é designado. O tema do governo é revisitado em suas acepções anteriores à clássica concepção que o reduz à finalidade do Estado administrativo. Nos seus estudos sobre as artes de governar, o autor atenta para os diferentes modos que a noção de governo é empregada desde o século XVI, época em que o governo aparece como problema teórico e prático em diferentes instâncias. Foucault (IDEM) identifica o tema da “condução das condutas” numa série de publicações não religiosas, em textos teóricos que se ocupavam em examinar a arte política de governar, além de realizarem uma revisão inclusive da própria função do soberano. Se Maquiavel escreve *O Príncipe* (1513), que trata essencialmente da questão do principado como uma relação de exterioridade com os súditos colocando como problema a manutenção do seu poder, outros textos aparecem refletindo a questão do governo sob perspectivas diferentes. Por exemplo, o de Guillaume, que pensa as artes de governo na sua multiplicidade, ou seja, governar não como uma atribuição exclusiva do Estado, mas como prática que se dá em diferentes esferas (família, igreja, escola, etc.). Foucault também cita outro teórico, François La Mothe Le Vayer, que sugere três tipos de governo: o governo de si (moral), o governo da família (economia) e o governo do Estado (política), defendendo que haveria uma relação de continuidade entre eles. Trata-se, portanto, de uma noção de governo que diz de uma diversidade de formas de governar, entre as quais se podem identificar o governo do Estado, o governo da família, ou mesmo o governo de si, conforme analisa Foucault.

⁹ O termo polícia, no século XVI, referia-se à uma estratégia de governo que atende à necessidade do soberano garantir paz e evitar guerras civis, paralelamente aos dispositivos diplomáticos, que cuidavam das fronteiras.

[...] um Estado que já não é essencialmente definido por sua territorialidade, pela superfície ocupada, mas por uma massa: a massa da população, com seu volume, sua densidade, com, é claro, o território no qual ela se estende, mas que de certo modo não é mais que um componente seu. E esse Estado de governo, que tem essencialmente por objeto a população e que se refere e utiliza a instrumentação do saber econômico corresponderia a uma sociedade controlada pelos dispositivos de segurança. (FOUCAULT 2008a, p. 146)

Se até o século XVI a arte de governar estava ligada ao modelo absolutista, monárquico e territorial, no século XVII vai se estabelecer aquilo que Foucault chamará de Razão de Estado¹⁰, em que “se governa segundo as regras que lhes são próprias”. O problema do governo passa a ser tratado para além da manutenção da soberania, mesmo que ainda submetido ao poder soberano¹¹. A prática governamental é reconhecida como a arte de exercer o poder segundo uma finalidade, um fim adequado; um poder que se encarrega da disposição das coisas, de conduzi-las, da relação dos homens com outros homens e as coisas (FOUCAULT, 2008a, 2008b).

O abandono das concepções teológicas, jurídico-morais na explicação de determinados fenômenos¹², naturais ou sociais, deu lugar ao estudo dos fatores que concorriam para a sua ocorrência e à busca da sua natureza, a fim de que fosse possível desenvolver mecanismos de gestão dos acontecimentos. Conhecer a regularidade dos fenômenos, a sua naturalidade, começa a ser o princípio de um “bom governo”: o

¹⁰Qual será a “*ratio status*” do soberano? Foucault (2008a, 2012c) cita alguns autores da época, como o jesuíta italiano Giovanni Botero (1540-1617), que propunha uma definição de Estado como a dominação precisa sobre os povos, e a Razão de Estado como o conhecimento dos meios próprios para se fundar, conservar e fortalecer essa dominação; e também Giovanni Antonio Palazzo, que em 1604, propôs uma conceituação de Razão como meio de conhecimento que permite a vontade regular-se segundo a própria ciência das coisas, e de Estado como a junção de quatro elementos: domínio, jurisdição, condição devida e qualidade de uma coisa. Governar, segundo uma Razão de Estado, é um ato contínuo de criação e conservação do Estado.

¹¹ O exercício de poder sobre os súditos passou a se sustentar segundo nova racionalidade, combinando vigilância das condutas individuais e controle das atividades econômicas e das riquezas, por meio do Estado de Polícia. Enquanto técnica de governo do Estado, designava o conjunto de agentes públicos que atuava no interior de uma comunidade para “aumentar seu poder e exercer sua potência em toda sua amplitude” (VON JUSTI, 1756, apud FOUCAULT, 2012c, p. 375) por meio da promoção do bem-estar e da felicidade da população.

¹² Foucault exemplifica com o problema da escassez de alimentos, que até a primeira metade do século XVIII era tratada como má sorte ou castigo divino. No interior de um sistema baseado em mecanismos jurídico-disciplinares, a tentativa de enfrentar o problema era buscando prevenir a escassez através da regulação do comércio por meio de práticas de vigilância, e limitando a estocagem de alimentos, aplicando-se um sistema de legalidade excepcional.

problema da segurança torna-se preocupação política no momento em que os Estados tiveram de lidar com certos tipos de fenômenos que aconteciam aleatoriamente.

A partir do final do século XVII e primórdios do século XVIII acontece uma transformação da racionalidade governamental, que se desloca da Razão de Estado onde havia um modo de governar interventivo, para o que Foucault (2008b) chamará de *Razão Governamental Liberal*, baseado na autolimitação interna do governo. As práticas de governo deixam de ser postas em questão a partir de referências externas – por exemplo, pelo direito que coloca em xeque os abusos do soberano –, mas de acordo com os efeitos do próprio ato de governar, ou seja, há uma regulação interna da própria racionalidade governamental. O estatuto de verdade sobre a realidade é dado pela economia política¹³ que assumiu o lugar de inteligibilidade do governo.

Com base neste princípio é possível identificar a emergência das racionalidades governamentais como imanente ao desenvolvimento da *Estatística* ou *Aritmética Política*. Esta ciência política busca revelar a regularidade própria dos acontecimentos e das populações, que deverão ser calculadas, reguladas e eventualmente modificadas (FOUCAULT, 2012c).

Segundo as análises de Foucault (2008a, 2008b), há um desbloqueio histórico desta nova arte de governar entre os séculos XVII e XVIII em função do aumento da produção agrícola e abundância monetária. O problema do governo passa a ser refletido para além da manutenção do poder soberano, agora alicerçado numa economia política que se desenvolvia, favorecendo a emergência de um Estado administrativo, marcado pelas regulamentações e disciplinas. Com o ápice do mercantilismo e a expansão demográfica, coloca-se um novo problema para o Estado: a gestão da população.

A Razão Governamental Liberal, no entanto, não deve ser tomada em oposição à Razão de Estado que a antecede, mas como uma inflexão no interior da própria racionalidade governamental, uma vez que à noção própria da Razão de Estado mantêm-se associadas a ideia de utilidade e de segurança.

¹³ Uma certa noção de uma economia política se estabelece: a economia, que era pensada como um tipo de governo específico – o governo da família ou o governo da casa – torna-se o modelo por excelência de governo político. Economia política será o estudo da natureza das coisas, da regularidade dos fenômenos, enquanto a Estatística aparece como um instrumento privilegiado para o desenvolvimento das governamentalidades. É possível afirmar, portanto, que há uma relação estreita entre o problema da população como finalidade de governo e o desenvolvimento de uma racionalidade científica (FOUCAULT, 1989, 2008a, 2012c).

Um dispositivo de segurança só poderá funcionar bem, em todo caso aquele de que lhes falei hoje, justamente se lhe for dado certa coisa que é a liberdade, no sentido moderno [que essa palavra]* adquire no século XVIII: não mais as franquias e os privilégios vinculados a uma pessoa, mas a possibilidade de movimento, de deslocamento, processo de circulação tanto das pessoas como das coisas. E é essa liberdade de circulação, no sentido lato do termo, é essa faculdade de circulação que devemos entender, penso eu, pela palavra liberdade, e compreende-la como sendo uma das faces, um dos aspectos, uma das dimensões da implantação dos dispositivos de segurança.

A ideia de um governo dos homens que pensaria antes de mais nada e fundamentalmente na natureza das coisas, e não mais na natureza má dos homens, a ideia de uma administração das coisas que pensaria antes de mais nada na liberdade dos homens, no que eles querem fazer, no que têm interesse de fazer, no que eles contam fazer, tudo isso são elementos correlativos. Uma física do poder ou um poder que se pensa como ação física no elemento da natureza e um poder que se pensa como regulação que só pode se efetuar através de e apoiando-se na liberdade de cada um, creio que isso aí é uma coisa absolutamente fundamental. Não é uma ideologia, não é propriamente, não é fundamentalmente, não é antes de mais nada uma ideologia. É primeiramente e antes de tudo uma tecnologia de poder, é em todo caso nesse sentido que podemos lê-lo. (FOUCAULT, 2008a, p. 64)

Se a liberdade das coisas e das pessoas é condição para o bom governo do Estado, o liberalismo pode ser tomado, então, como prática de produção, gestão e organização das liberdades. Os dispositivos de segurança regulam o fluxo das coisas e das pessoas, e o liberalismo aparece como prática governamental fundamentada numa economia política que visa fazer funcionar essa liberdade, para que os indivíduos produzam e consumam suficientemente.

Em resumo, o Estado se consolida entre os séculos XVII e XVIII como unidade político-administrativa, e a economia política se estabelece como *princípio de compreensão do real*, daquilo que é, mas também daquilo que deverá ser critério normativo e regulador da realidade.

Foucault (2012c) identifica três pilares que alicerçam a constituição dos Estados Modernos: as técnicas diplomático-militares como meios de proteger-se contra os

ataques externos, a polícia, que diz respeito às práticas que objetivam o fortalecimento interno do Estado através da intervenção direta deste sobre sua população para maximizar a força dos homens, e o poder pastoral como modelo de governar condutas.

O poder pastoral, ou pastorado, é uma arte de governar que encerra aspectos *individualizantes e totalizantes* do poder. Segundo os escritos hebraico-cristãos estudados por Foucault (2012a), o pastorado caracterizava-se por ser um poder que não se exercia sobre um território - como é o caso do modelo grego de governo da polis -, mas em torno de uma multiplicidade em movimento. A imagem trabalhada por Foucault é a do pastor-guia e seu rebanho que se desloca: o pastor zela pelo conjunto e por cada um, numa vigília constante, para assegurar a salvação individual no outro mundo, nem que isso represente o seu sacrifício ou de qualquer membro do rebanho.

Uma das razões que torna possível relacionar o modo de governo das condutas da pastoral cristã¹⁴ com o chamado Estado Providência¹⁵ é o problema da obediência, presente no exercício de poder governamental, nas práticas de governo das populações, que se estabelecem em última instância como “governo dos indivíduos por sua própria verdade” (FOUCAULT, 2012c, p. 363).

Além disso, é possível reconhecer na passagem do poder soberano aos Estados governamentalizados, uma ligação entre modo de exercer o poder a certas formas de individualização e totalização, bem como a processos de subjetivação por meio da produção de uma verdade.

No entanto, ainda que seja possível identificar os Estados como uma nova forma do poder pastoral, Foucault salienta que há diferenças entre seus objetivos. Enquanto o poder pastoral tinha por finalidade conduzir os indivíduos para a salvação “em outro

¹⁴ O modo de governar condutas típico da pastoral cristã pressupõe: a) a formação de laços morais entre o pastor e o rebanho, o que significava que o pastor deveria dar conta de cada uma das ações dos membros de seu rebanho; b) o laço entre pastor e rebanho é de *obediência* submissão pessoal, concerne a uma relação de dependência individual e completa, ou seja, “a obediência (...) não é, como para os gregos, um meio provisório para alcançar um fim, mas antes um fim em si mesmo”; c) que haja uma forma de conhecimento particular do pastor sobre cada um dos membros do rebanho, que era garantido por meio da incorporação, não sem modificações, de duas práticas caras à cultura helênica: o exame de consciência e a direção de consciência, operadas por meio da confissão; d) que a ascese cristã atinja o objetivo da *mortificação*, uma renúncia do indivíduo a si e a este mundo, “uma espécie de morte cotidiana” (FOUCAULT, 2012a, p. 360-362).

¹⁵ Para Foucault (2012a), uma das “numerosas reaparições do delicado ajustamento entre poder político exercido sobre sujeitos civis e o poder pastoral que se exerce sobre indivíduos vivos” (p.359)

mundo”, o problema dos Estados Modernos será assegurá-la imediatamente (FOUCAULT, 1995).

Se a gestão das multiplicidades conforme o princípio pastoral exige um saber, pois o bom governo depende do conhecimento daquilo que se governa, por outro lado, a formação do Estado Liberal, que tem como fundamento a lógica do contrato social, só se efetiva a partir do momento em que se produziram subjetividades obedientes. Ou seja, desde a *governamentalização* dos Estados, “a produção de racionalidades suficientemente obedientes aos objetivos do poder é um problema político historicamente importante” (AVELINO, 2011, p. 89).

Paradoxos do liberalismo: liberdades e seguranças

Tomando aquele mesmo contexto de transformações das artes de governar do Estado, foi em torno da figura do assalariado que Castel procedeu a sua genealogia. Diz Castel (1978) que o século XVIII descobriu a relação entre riqueza e trabalho, o que reposiciona os considerados indigentes na estrutura da sociedade, num tempo em que a Revolução Francesa romperia com o sistema de privilégios do clero e da nobreza, instaurando a *sociedade liberal contratual* e fundando uma nova ordem jurídico-política baseada na igual soberania dos indivíduos, com impactos em todo continente europeu.

Se nas sociedades pré-industriais a condição de assalariado era considerada indigna, com a industrialização há uma nova inscrição do trabalhador na estrutura social, é em torno da figura do assalariado que a vida social passou a se organizar (IDEM). Todavia, havia aqueles que não se enquadravam na nova ordem econômica de produção. A nova organização de um mercado de trabalho, fundamentado na ideia de venda da força de trabalho pelo indivíduo livre, não garante a absorção de todos aqueles que viviam em condições de miséria. Pelo contrário, diz Castel “cria ele próprio [o mercado de trabalho] a indigência, pela política de baixos salários, a constituição de uma faixa de desemprego, a frequência das crises econômicas, etc.” (1978, p. 121-122), afinal:

O princípio do livre acesso ao trabalho é, de fato, o quadro legal da exploração operária, e não o livre acesso de todos aos meios de subsistência. Que a riqueza esteja fundada no trabalho significa, na realidade, que o rico tem necessidade

do pobre e que dele deve poder dispor para assegurar seu próprio lucro.
(CASTEL, 1978, p. 121)

A proteção e a segurança dos indivíduos¹⁶ deixam de ser garantidas por sua pertença a uma comunidade (proteção de proximidade) - comum nas sociedades pré-industriais -, e passam a depender principalmente da propriedade individual. Os que não possuem propriedade devem alcançá-la pela venda de sua força de trabalho: o salário torna-se um tipo de propriedade privada (CASTEL, 2005, 1998).

Uma nova paisagem da assistência começa a se estabelecer diante das condições distintas de acesso ao trabalho que a ordem de produção econômica impõe. Se por um lado, era preciso promover força de trabalho nas indústrias e a produtividade destes trabalhadores, de outro era preciso garantir a paz e a ordem na sociedade. A miséria identificada como potencializadora de revoltas e motins, “não é injustiça, já que é uma consequência necessária do funcionamento da máquina social. Mas, representa, não obstante, um mal e um perigo” (CASTEL, 1978, p. 125).

A defesa da propriedade privada e a busca do lucro são os fundamentos da ordem social e não poderiam ser colocados em questão. Portanto, nenhum direito dos pobres que possa contradizer as leis do mercado, nada de "caridade legal", em nome da qual os mais desmunidos possam reivindicar o que só é exigível como contrapartida de uma troca. Mas, se a desigualdade das condições é uma justa consequência do crescimento das sociedades, *é preciso controlar seus efeitos*, a fim de que ela não atinja um limiar de ruptura, a partir do qual, os sacrificados se precipitariam em soluções extremas, declarando a guerra social. (IDEM, grifos meus).

¹⁶ Castel (1998), fala de sociabilidade primária e secundária para diferenciar os modos de solucionar problemas - individuais ou coletivos - em diferentes sociedades. Na sociabilidade primária, caracterizada pela existência de redes de interdependência e pertencimento, e organizadas segundo um conjunto de regras e tradições, é possível identificar uma forma de engajamento coletivo em torno das necessidades que se impõem ao grupo - sem mediação institucional. A sociabilidade secundária, por sua vez, é marcada pela forma de proteção que é ofertada pelo Estado, e supõe a participação em grupos específicos e uma especialização das atividades e das mediações institucionais, modelo típico das sociedades modernas pós-industriais. Castel assinala especialmente a explosão demográfica e crescimento das cidades e seus efeitos de cronificação da pobreza e desterritorialização do trabalho como fatores de *desproteção*, decorrentes da nova ordem econômica que se instaurava. Ver também: CASTEL, 2005.

Enfim, os pobres e os improdutivos de toda ordem precisam ser gerenciados, e um campo de gestão da miséria é reservado no conjunto da sociedade: *o social*.

Para Castel (1998), o *social* é a expressão da divergência entre o modelo econômico liberal que começa a se estabelecer e a nova conjuntura jurídico-política inaugurada no fim do século XVIII, baseada na igualdade de direitos. Assim, *o social* passou a ser definido e considerado como campo e objeto de intervenções do Estado, no intuito de responder ao hiato entre a nova organização política e o sistema econômico (MACERATA, 2010).

A gestão da pobreza, até então apoiada principalmente nas práticas de caridade e assistência clerical, ou por meio do sequestro maciço dos mendigos e improdutivos, e dos desviantes de toda ordem, através dos grandes internamentos, torna-se cada vez mais insuficiente e com alcance limitado, quando não muito oneroso para o Estado, diante do aumento da miséria da população.

Dado que a nova configuração econômica incidiu na precarização das redes primárias de proteção, e que nem todos possuíam condições de garantir suas seguranças pela via do trabalho, os Estados europeus modernos institucionalizam a proteção através de mecanismos que asseguram, minimamente, os recursos necessários para que a população pobre, não represente um *perigo à ordem social*.

Castel (1998) identifica o desenvolvimento daquilo que ele chamará de *gestão racional da indigência* no final do século XVIII, a partir da construção de uma rede institucional social-assistencial, sustentada numa “relação que não é mais de reciprocidade formal e sim de subordinação regulada. Uma relação de tutela. Tal é a matriz de toda política de assistência” (CASTEL, 1979).

O individuo é sujeito autônomo enquanto for capaz de se dedicar a intercâmbios racionais. Ou então sua incapacidade de entrar num sistema de reciprocidade o isenta de responsabilidade e ele deve ser assistido. (...) Familiarismo ou tutelarização por um mandato público, não haverá, para ela, outra alternativa. (CASTEL, 1979)

A questão da proteção, enfim, torna-se um problema de governo. Estão postas as condições para a *institucionalização do social* (MACERATA, 2010) que se deu,

especialmente, pelo desenvolvimento da filantropia em suas diferentes modalidades - assistencial e higienista - como desdobramento e refinamento das práticas caritativas (DONZELOT, 1980).

Filantropia é, portanto, a estratégia fundamental de gestão e sujeição das massas, fundamentada num *conjunto de práticas, teorias, saberes e tratados*, tanto de administração pública como de medicina. A assistência pública aos indigentes e improdutivos torna-se uma questão de polícia e de administração; passa a ser “um dever do governo; e até mais, é uma necessidade do Estado” (CASTEL, 1978, p.119).

Para Castel, este movimento expressa o paradoxo do liberalismo: as populações “liberadas”, cada vez mais pauperizadas, agora precisam ser enquadradas, vigiadas e domesticadas. Ainda para o autor:

a liberdade da circulação dos bens e dos homens lhe é necessária para a obtenção dos lucros máximos. Mas, destruindo as territorializações naturais e as relações sociais orgânicas, ela exige, para a sua própria sobrevivência, regulações que contradizem seus princípios.

Donde, uma segunda linha de recomposição da problemática da assistência: *enquadrar, vigiar e domesticar as próprias populações "liberadas" e, em primeiro lugar, esse exército de pobres que o progresso aumenta através de seu próprio desenvolvimento*. Estratégia inversa à do enclausuramento, já que se trata de submeter as populações no seu próprio meio, sem arrancá-las do movimento que elas produzem. (CASTEL, 1978, p.127-128, grifos meus).

É possível compreender o paradoxo liberal não como uma contradição, mas como uma necessária combinação de elementos heterogêneos a serviço de uma economia política. Foucault (2010a) mostra, por exemplo, que o estabelecimento do capitalismo não produziu a privatização da prática médica, pelo contrário, estabeleceu as condições para sua realização como uma atividade social, uma prática direcionada ao corpo social. Afinal, o capitalismo:

[...] socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, enquanto força de trabalho. (...) O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência, ou pela ideologia, mas começa no

corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. (FOUCAULT, 1979b, p. 80)

Castel, por sua vez, localiza as ligações que o exercício da medicina estabelecerá com o Estado, na identificação que se começa a fazer da criminalidade com a loucura, pois “ na medida em que a estrutura contratual da sociedade se generaliza, *ela impõe a rejeição daqueles que não podem entrar no seu jogo*. Sociedade liberal e instituição totalitária funcionam muito bem como um par dialético.” (CASTEL, 1978, p. 75, grifos meus).

E nesse ponto, Castel esclarece que, quando as instituições totalitárias são colocadas sob novas racionalidades científicas, este deslocamento marca o nascimento da medicina social, inspirando uma política geral da assistência.

Enfim, naquele contexto, tanto Castel (1978) como Foucault (2010a) nos mostram, estavam dadas as condições de possibilidade para a ampliação do poder psiquiátrico para além das instituições totalitárias.

Até então, com Foucault (2008a, 2008b) acompanhamos os diferentes tempos e funcionamentos da racionalidade governamental apontando para um tipo específico de governamentalidade liberal ligado diretamente à produção da verdade, como o quadro geral da biopolítica. Em paralelo dialogamos com Castel (1978, 1998), procurando compreender a formação do campo social enquanto objeto de governo.

Com ambos, vimos que, diante da urgência histórica – política e econômica – de governo das populações, um tipo de poder, individualizante e totalizante, se alastrou por todo o corpo social por meio de uma diversidade de práticas e instituições. Agora, o que nos interessa é localizar a figura da criança no interior dessas práticas, para por em evidência aqui também as lógicas tutelares que Castel faz menção quando analisou os processos de vulnerabilização em curso na sociedade liberal.

CAPÍTULO 2 – INSTITUIÇÕES DA INFÂNCIA

Do governo de crianças e adolescentes

Como visto, o advento do capitalismo industrial teve impactos na vida das pessoas, e fez emergir novos problemas políticos a serem enfrentados pelo Estado, como a explosão demográfica e crescimento das cidades e seus efeitos de cronificação da pobreza e desterritorialização do trabalho como fatores de *vulnerabilização* (CASTEL, 1998). Este quadro por sua vez, tensionou o campo social ao produzir desigualdades, colocando o Estado diante da problemática de inocular os efeitos de revolta que a miséria acentuava.

Diante do *perigo social*, mecanismos e estratégias de *tutelarização* de determinados setores da sociedade, diversas das antigas formas de dominação (que, contudo, não desaparecem totalmente) são criados como condição de existência das sociedades baseadas na lógica contratualista, justamente para dar conta daqueles que, por uma série de razões, não poderiam participar do sistema de reciprocidade formal. Compõem estes setores os pobres que não tinham acesso ao trabalho, os loucos e as crianças.

Nas crianças, em particular, todo um investimento em profilaxia social passa a ser depositado, na medida em que se reconhece nesta etapa da vida o momento crucial da formação do caráter e da prevenção dos desvios de toda ordem.

Podemos afirmar, com Ariès (1981), que infância e criança são conceitos que não se confundem, uma vez que as crianças ocuparam, historicamente, o espaço social de maneiras distintas. Podemos, então, falar de produção e reprodução dos modos de ser criança (VICENTIN, 2005). Somente no decorrer do século XVIII que um “sentimento de infância” toma corpo nas sociedades ocidentais europeias, período que também a saúde da população se torna finalidade política.

O surgimento de um interesse especial pela infância está atrelado ao lugar central que a criança passa a ocupar nas relações familiares e sociais. Primeiro, no que tange à conservação da sua saúde e educação (entendida não apenas como transmissão de conhecimento). E também como vigilância e enquadramento moral, traduzido num modo

de organização familiar relacionada à construção de uma identidade de classe burguesa (ARIÈS, 1981).

O reconhecimento da particularidade da infância nas sociedades ocidentais modernas foi acompanhado de um intenso investimento psicológico e preocupações morais de “conformá-la às normas” (VICENTIN, 2005, p. 26). Em torno da criança se estabeleceu a medicalização da família e do social e a prática médica se expandiu e se fortaleceu.

Ao problema "das crianças" (quer dizer de seu número no nascimento e da relação natalidade – mortalidade) se acrescenta o da "infância" (isto é, da sobrevivência até a idade adulta, das condições físicas e econômicas desta sobrevivência, dos investimentos necessários e suficientes para que o período de desenvolvimento se torne útil, em suma, da organização desta "fase" que é entendida como específica e finalizada). Não se trata, apenas, de produzir um melhor número de crianças, mas de gerir convenientemente esta época da vida. (FOUCAULT, 1979, p. 199)

Naquele mesmo período, assinala Foucault, a criança aparece como objeto privilegiado das ações do Estado: toda uma preocupação com a saúde das crianças, com a sua sobrevivência, começa a se consolidar. Será preciso investir nesta idade da vida de modo a garantir seu bom desenvolvimento.

Aliás, a construção de certa noção de desenvolvimento foi chave naquele período para o fortalecimento dessas duas áreas, atreladas a todo um conjunto de regimes disciplinares que aparecerão em torno delas. A noção de desenvolvimento diz de um modo de compreender o processo próprio da vida biológica e psicológica do indivíduo, segundo o qual é possível comparar os indivíduos, separá-los e situá-los em função de uma média, que se torna uma espécie de norma. Modalidade de poder disciplinar que foi a condição de possibilidade para psiquiatrização da infância e a extensão do poder psiquiátrico para o campo social.

A criança que apresentasse desvios no seu desenvolvimento seria agora designada como “anormal”: para além da loucura, a imbecilidade e a idiotia passam a ser domínio das ciências *psi*. (FONSECA, 2002). Nas palavras de Donzelot (1980, p. 121) “o lugar da psiquiatria infantil toma forma no vazio produzido pela procura de uma convergência

entre os apetites profiláticos dos psiquiatras e as exigências disciplinares dos aparelhos sociais”.

Foucault (2006) descreveu uma empreitada institucional da disciplina em torno das famílias no século XIX, que chamou de *função-psi*, referindo-se à “organização de um dispositivo disciplinar que vai se ligar, se precipitar onde se produz um hiato na soberania familiar” (FOUCAULT, 2006, p. 106), ou seja, onde a família fracassa na sua função, uma série de outros dispositivos disciplinares são acionados, calcados nos discursos psicológicos, psiquiátricos, psicossociológicos, etc., emergentes naquele período.

Cada vez que um indivíduo julgado incapaz de seguir a disciplina escolar ou a disciplina da oficina, ou a do exército, no limite da disciplina da prisão, a função-psi intervinha. E intervinha com um discurso no qual ela atribuía à lacuna, ao enfraquecimento da família, o caráter indisciplinável do indivíduo (IDEM).

Donzelot (1980) chamou de Complexo Tutelar o dispositivo formado por práticas de caridade, tecnologias filantrópicas e de assistência médico-higienista, sustentadas pela autoridade judiciária ao mesmo tempo em que a fortalecia. Esse dispositivo representou uma ampliação da tutela da infância enquanto objeto de intervenções sociais.

A família, por sua vez, “se concentrou, se limitou, se intensificou”, ao ser inserida nos códigos, incorporada aos discursos morais, jurídicos e científicos. Foi necessário delimitar a família: reduzida às relações afetivo-sexuais baseadas no parentesco e filiação, com função bastante explícita: manutenção dos sistemas disciplinares. (FOUCAULT, 2006, p. 103). Alvo privilegiado das práticas filantrópicas assistenciais e higienistas nos séculos XVIII e XIX, ela foi colocada num jogo forças que, ao mesmo tempo entendida como um ponto de apoio para o controle das massas na esfera pública e como um agente recuperador das normas estatais no âmbito privado (DONZELOT, 1980).

A seguir, consideraremos alguns aspectos da história da assistência às crianças e adolescentes no Brasil, na tentativa de compreender como certos mecanismos disciplinares e biopolíticos passaram a operar por aqui.

A assistência à infância no Brasil

Até o século XVIII, a infância não chegava a ser uma questão que o Estado brasileiro tinha que se ocupar, sendo preocupação de âmbito privado, familiar e religioso. As primeiras políticas de Estado direcionadas a esta população dirigiu-se às crianças abandonadas. A Roda dos Expostos pode ser considerada a primeira forma de assistência oficial dirigida a crianças no Brasil, que remonta ao período colonial. Tratava-se de um cilindro rotatório existente nas Santas Casas de Misericórdia, que serviam como depositários dos bebês rejeitados pelas suas famílias garantindo o anonimato daqueles que os abandonavam. Prática caritativa de fundo religioso-cristão que logo no início do século XIX é legitimada pelo Estado, que começa a arcar com despesas que as Casas tinham com os expostos, assumindo a partir de então um caráter não mais de caridade, mas filantrópico¹⁷ (RIZZINI, 2004).

Entre os fatores que produziram a necessidade de se pensar em estratégias de governo direcionadas à infância, estava o grande contingente de crianças e jovens que viviam nas ruas das cidades, efeito das transformações econômicas e políticas, acompanhadas de um aumento desordenado das áreas urbanas (BULCÃO, 2002, ARANTES, 2009).

Ganhou força, neste período, todo um discurso em torno da infância que evocava uma necessidade de proteção da criança e, ao mesmo tempo, de se estabelecer formas de defesa da sociedade contra aquelas consideradas perigosas (RIZZINI, 2008, p.84). Época em que a filantropia se estabelecia no Brasil, com a disseminação da população que vivia em condições de pobreza, o que exigia mecanismos de controle eficientes para contê-la.

A filantropia se desenvolveu sem abandonar completamente as estratégias empregadas pela caridade, uma vez que também distribuía donativos e suas ações facilmente confundiam-se com a solidariedade cristã, mas agora sob uma retórica moral, e com uma finalidade econômica e política, com o incentivo à poupança familiar e por

¹⁷ Conforme explica Rizzini (2008, p. 91): “Ao longo dos séculos XVIII e XIX, assiste-se a uma lenta inversão da liderança sobre a assistência dirigida aos pobres, obedecendo a uma visão crescentemente secularizada da sociedade. Observa-se o deslocamento do domínio da Igreja, associada a setores públicos e privados, para o domínio do Estado, que passa a estabelecer múltiplas alianças com instituições particulares. Entram em conflito os valores enfraquecidos da caridade e os novos ideais da filantropia.

remeter à família pobre o papel de controle e disciplinamento dos seus pares (ROCHA, 2012, 48-51).

Havia no século XIX um enorme contingente de indivíduos sem trabalho, indivíduos livres que eram “pretos e mulatos forros ou fugidos da escravidão, índios destacados em seu habitat nativo (...) mestiços de todas as matizes e categorias [...] até brancos e brancos puros” (PRADO JUNIOR, apud LOBO, 2008, p. 223). Mas principalmente após a abolição da escravatura, acompanhada da vinda de imigrantes, cresceu o número de desempregados no país.

A partir da Abolição, o conceito de vadiagem estava estreitamente vinculado à valorização moral do trabalho, ou, antes, era sua contrafação mais perigosa que precisava ser prevenida e corrigida. (...)

Essa multidão de pobres e miseráveis formava o que políticos, administradores e intelectuais designavam (o que sob outros eufemismos aparece ainda hoje) como “classes perigosas”. (LOBO, 228)

E como classes perigosas¹⁸, precisavam ser controladas, se não pela via da coerção e da punição, então pela filantropia que era destinada aos pobres dóceis (LOBO, 2008).

No caso particular dos filhos de escravos, seja por ocasião da aprovação da Lei do Ventre Livre, de 1871, seja em função da Abolição da Escravatura, em 1888, faz-se urgente para o Estado estabelecer um novo arranjo tutelar que dê conta desse contingente infanto-juvenil, que ocupavam as ruas das cidades brincando, trabalhando, pedindo esmolas ou cometendo pequenos delitos. Afinal, ainda que considerados livres, não eram reconhecidos como possuidores dos mesmos direitos dos “filhos de família” (ARANTES, 2009).

Também concorria para alimentar a preocupação dos governantes com as crianças e adolescentes que se encontravam na rua o crescimento da população carcerária no

¹⁸ Interessante lembrar que entre as teorias racialistas que predominavam naquela época, estão as teses do médico Nina Rodrigues, que defendia que negros e mestiços tinha *mentalidade infantil*, ainda que estivessem incorporados os códigos da vida civil eram crianças na alma, e por isso, a mestiçagem levaria inevitavelmente a uma degenerescência da sociedade, apoiando inclusive que existisse um código penal distinto para a população negra e de mestiços, dada a sua inimputabilidade orgânica (SILVA, 2012). A infantilização de determinados segmentos da sociedade legitimam certos modos de governo ainda mais autoritários e tutelares sobre essas populações, ao mesmo tempo em que as colocam à margem do jogo liberal contratualista.

país, na segunda metade do século XIX. “A dificuldade de se administrar a questão prisional passa a ser vista como decorrente diretamente do ‘problema do menor’, intensificando seu recolhimento nas ruas”, afirma Arantes (2009, p. 9).

Configurava-se como questão do Estado uma preocupação com a *família sadia* e a emergência da ideia de *infância perigosa* como objeto de intervenção estatal, entre os séculos XIX e XX.

No final do século XIX ganhou força o movimento higienista, encabeçado por médicos. Esse movimento tinha por finalidade a regulação da experiência familiar por meio de campanhas sanitárias, incorporadas posteriormente como estratégia de Estado que se ancorava em ideais burgueses ditos universais, expressão de um nacionalismo classista e racista (RIZZINI, 2008; COSTA, 2004). Ação normalizadora em torno de um corpo social violentamente marcado pelas desigualdades de uma sociedade que por séculos teve sua economia baseada na escravidão. Para Lobo (2008, p. 78-79), neste período se constitui “um verdadeiro tribunal” que por meio do poder médico tratava de ordenar a vida da população urbana.

Comparada à ação inquisitorial, a medicina social instituiu no Brasil do século XIX um mecanismo de poder inteiramente novo, e isso muito antes do surgimento de um tipo de Estado mais aparelhado e capaz de levar a cabo as transformações de ordem econômica, como a industrialização. (...) A medicina militante dos séculos XIX e XX disseminou-se pelo tecido social, introduzindo aos poucos sua ação normalizadora, a partir do hospital (sua primeira tomada de poder), nas famílias, nas escolas, nos quartéis, nas fábricas, até penetrar sua nova racionalidade no aparelho de Estado... (LOBO, 2008, p. 110).

Havia, também, uma preocupação com as crianças ditas “anormais”, seja pelas suas deficiências mentais, morais ou sociais. Preocupação esta que se fundamentava menos pelas suas incapacidades para o trabalho ou em torno de sua recuperação, e mais pelo perigo social que a elas era associado.

Neves *et al* (2008), e Trevizani (2013), verificaram como as anormalidades da infância eram tratadas como questão de “ordem pública” nas últimas décadas do século XIX, a partir da análise de prontuários do Hospício São Pedro, do Rio Grande do Sul. Demonstraram que, por meio da aliança entre o saber médico e a força policial, um

contingente significativo de crianças, em geral das camadas mais pauperizadas da cidade, eram encaminhadas ao hospício por uma Chefatura de Polícia, à qual cabia a realização de “exames de sanidade” através de um Gabinete Médico-Legal.

O destino das crianças tidas como anormais naquela época eram os asilos para alienados, sem que se preocupasse em separar crianças de adultos. Já no início do século XX, foi fundado o Pavilhão-Escola Bourneville no Hospício Nacional dos Alienados, numa tentativa de proteger aquelas crianças que eram mandadas para asilos de alienados, onde convivam no mesmo ambiente com adultos. Em geral, eram levadas para Bourneville crianças das camadas mais pauperizadas da população, consideradas indigentes e que recebiam diagnóstico de *idiotia* (LOBO, 2008; ALMEIDA, 2012).

Apareceram posteriormente instituições híbridas, de caráter asilar psiquiátrico, que comportavam tanto a figura do abrigo - “lugar para se viver” como do hospital - “lugar pra se tratar”, que eram destino dos menores anormais identificados como “idiotas” ou “débeis mentais”, os considerados “crônicos” ou “sem possibilidades de tratamento” (LOBO, 2008; ALMEIDA, 2012).

É nesse mesmo período que o Estado brasileiro, seguindo uma tendência mundial, começou a elaborar suas primeiras políticas públicas com foco na proteção à infância¹⁹; um período em que, como visto, a ideia de família regular, saudável era bastante perseguida pelo movimento higienista que ganhava força. Uma das primeiras iniciativas que expressa esta tendência foi a fundação da Sociedade Eugênica de São Paulo, em 1918, e a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental no Rio de Janeiro, em 1923 (LOBO, 2008, p. 117).

Com a legitimidade do discurso médico-científico, pretensamente neutro, o progresso da sociedade passou a ser associado ao aperfeiçoamento físico e moral das suas crianças, que por sua vez estava condicionado à saúde da família, atrelando a vida privada dos indivíduos ao destino político da nação - portanto, obrigação do Estado. O higienismo, calcado nos ideais europeus de eugenia, concebia que os defeitos individuais

¹⁹Conforme pontua Vicentin (2005, p. 26, nota de rodapé): “As altas taxas de mortalidade infantil, agravadas durante a Primeira Guerra Mundial pela fome, pela incidência de doenças e pela utilização precoce do trabalho da criança, levaram ao desenvolvimento, em diversos países, de uma rede de assistência social, que teria encontrado no Tratado de Versalhes o modelo marcante da história da assistência infantil.”

tinham origem nos ascendentes e na influência perniciosa do meio em que viviam (COSTA, 2004; COIMBRA; NASCIMENTO, 2003).

Em nome da segurança e da ordem pública se empreendiam medidas ditas protetivas e preventivas que tinham por alvo crianças e adolescentes filhos de famílias pobres e que circulavam pelas ruas das cidades no início do século passado, e o debate público girava em torno da necessidade de separar os bons dos maus elementos, as crianças e jovens honestos dos viciados e vadios (CAMARA, 2007).

As intervenções do Estado tinham por finalidade fiscalizar, proteger, cuidar e curar (CAMARA, 2007) as crianças abandonadas, delinquentes, pervertidas, ou consideradas em risco de sucumbirem. As políticas de proteção e assistência respondiam a um plano de modernização, de urbanização e de progresso do Estado brasileiro, e a criança tomada como símbolo do futuro passa a ser o objeto do qual o Estado, fortemente tutelar, tinha de se ocupar (RIZZINI, 2008; CAMARA, 2007).

Na busca por um ideal de desenvolvimento da nação, baseada nos princípios positivistas de ordem e progresso, estabeleceu-se no Brasil as bases de uma política social tutelar, fundamentalmente assistencialista e paternalista. Tratava-se de uma pretensa racionalização da assistência, formalização de modelos de atendimento, por meio da incorporação de especialistas no campo social, numa crescente medicalização e criminalização da pobreza.

Podemos aqui fazer uma analogia com aquilo que Foucault (2006) denominou como *função-psi*, referindo-se à disseminação de todo um discurso e práticas psiquiátricas, psicológicas, psicossociológicas, psicanalíticas, que se fundamentam diante da incompetência da família em garantir a submissão de seus pequenos aos dispositivos disciplinares, não a negando mas sim remetendo-se a ela para falar a verdade sobre os sujeitos indisciplináveis.

Naquele contexto, o termo *menor* surge como denominação institucional, de ordem jurídica e judiciária, fundamentado no paradigma da *situação irregular* que se referia a situações de abandono, delito ou orfandade - noção esta que acabou por abarcar toda criança ou adolescente pobres. As figuras do desvalido e do incorrigível são encaixadas, a partir de 1925 por ingerência médico-pedagógica, nas categorias de “menor” e “menor anormal” (LOBO, 2008, p. 384).

Principalmente quando se tratava de crianças que ficariam sob a guarda do Estado, não bastaria reconhecer-lhes os tipos de anomalias, os ‘dois exemplos mais contraditórios’: o anormal de caráter e a criança deficiente de inteligência. Era preciso classificá-los e separá-los pela ‘inconveniência de tal promiscuidade’. (LOBO, 2008, p.385)

Como lembra Lobo, o grande problema não era identificar os *idiotas*, dada a visibilidade de sua condição, mas sim aqueles que carregavam uma “perigosa invisibilidade”, que poderiam passar despercebidos às inspeções médico-pedagógicas, e que espalhavam desordem e indisciplina, os “coléricos” e “instáveis”, “impulsivos e desequilibrados” (IDEM, p. 381-382).

Começa a se difundir no Estado brasileiro instituições conhecidas como reformatórios ou institutos correcionais, que vinham a executar a intervenção tutelar e coercitiva sobre as crianças tidas como abandonadas, já chamadas “delinquentes”. Tinham por finalidade corrigir, reformar, disciplinar. Conforme afirma Rizzini (2008, p. 26-27): “Em nome da manutenção da paz social e do futuro da nação, diversas instâncias de intervenção serão firmadas, de modo a classificar cada criança e coloca-la em seu devido lugar”.

Como estratégia normalizadora, os dispositivos de institucionalização, na sua função de separação dos indivíduos, no emprego de certas tecnologias de sujeição, na produção de saberes e novas instituições, na organização do tempo e do espaço segundo normas e modos de distribuição – enfim, nas suas práticas discursivas e não discursivas – funcionam de acordo o dispositivo disciplinar (LOBO, 2008).

A partir de critérios de distinção segundo uma escala de moralidade (hábitos, condutas, vícios e defeitos), diferenciavam-se “boas famílias” das “famílias nefastas”, que seriam portadoras de degenerescências associadas à pobreza. Com base nessas classificações, justificava-se uma série de intervenções do Estado sobre a família pobre, supostamente possuidora de *moral duvidosa* que se transmitia hereditariamente, com o intuito de proteger a criança, que via de regra era retirada da família e enviada para os reformatórios (COIMBRA; NASCIMENTO, 2003).

Em 1927 foi promulgado o Código de Menores, dispositivo legal que vinha regulamentar a destituição do pátrio poder para o Estado e legitimava intervenções tutelares e excludentes sobre as crianças e adolescentes, e práticas de controle e vigilância sobre as famílias pobres, localizando seus modos de vida no terreno da imoralidade, da anormalidade e da patologia (IDEM).

Posteriormente, um conceito de família, baseada no matrimônio legítimo e no ideal de família nuclear, foi incorporado na primeira Constituição Federal brasileira, de 1934, como questão de ordem pública e de interesse do Estado (PINTO, 1999). Já em 1937, inclui-se no texto constitucional um conjunto de prerrogativas do Estado de garantir a infância e juventude de proteções especiais (VICENTIN, 2005).

Na década de 1940, como emblemático caso deste movimento, surge o Serviço de Assistência ao Menor - SAM, num esforço do governo em recolher das ruas os chamados “menores em situação irregular” - que englobava os desvalidos e infratores - que eram encaminhados a instituições austeras reconhecidas pelo seu caráter correccional-repressivo (ARANTES, 2009; AUGUSTO, 2013).

O SAM sofre críticas em razão de sua ineficácia e aos métodos adotados, sendo reconhecido como “escola do crime”, o que provocou, anos depois, a instituição de uma política nacional que trataria da questão do menor (VOGEL, 2006). Em 1964 a Política Nacional do Bem Estar do Menor (PNBM) é apresentada, vinculada à Política de Segurança Nacional: “a ‘questão do menor’ [aparece] no interior de uma política de integração nacional que via a criança e o jovem como um problema de segurança do Estado.” (AUGUSTO, 2013, p. 64-66).

Em 1966, cria-se a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, que tem por finalidade implementar a PNBM. Caracterizava-se por ser um órgão central e normativo, que buscava efetivar sua estratégia de controle social alicerçado em bases científicas, por meio da institucionalização e regionalização das Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor (Febem), além de convênios firmados com entidades religiosas ou privadas laicas (VOGEL, 2009). Augusto (2013) pontua que “a questão do menor deixa de responder a uma classificação etária, para que ele fosse visto como a criança pobre proveniente de família desestruturada” (p. 64) que viviam nos bairros periféricos e deveriam ser enviados para as instituições de reeducação. Continua o autor:

[...] o menor passou a ser tratado como uma questão social a ser solucionada pela ressocialização, por meio de programas e políticas governamentais específicos. Atendendo aos princípios estabelecidos pela Escola Superior de Guerra (ESG), iniciam-se estudos e pesquisas em humanidades relativos à questão do menor, visando delimitar as causas da infração e do abandono que colocam o menor em “situação irregular”. Identificando causas sociais, familiares, psicológicas, culturais, nutricionais e econômicas relativas à marginalidade social, a PNBM se volta para equacionar a deficiência de socialização, procurando evitar a ampliação de um identificado problema de segurança nacional... (IDEM, p. 64-65).

Era ainda necessário identificar os chamados *menores de risco*, por meio da inspeção médica, pedagógica e psicológica, que deveria apontar a presença ou propensão aos desvios morais, psicopatológicos ou sociais, e auxiliar na distinção entre as crianças e adolescentes quanto às suas características e deficiências, o que incorria na aplicação de terapêuticas distintas em espaços específicos, com a finalidade de promover a correção dos desvios (CAMARA, 2007).

Para ilustrar esse movimento de identificação e separação das crianças de acordo com suas características e deficiências, Almeida cita o trabalho de Lima (1993, apud ALMEIDA, 2012, p. 85-86), que estudou os efeitos de um convênio firmado entre a Funabem e a Colônia Juliano Moreira, nas décadas de 1960 e 1970. No período estudado, a pesquisadora identificou 307 pacientes, entre os quais crianças e adolescentes, que foram enviadas à Colônia Juliano Moreira, em razão de uma diversidade de diagnósticos que recebiam, ou mesmo sem diagnóstico algum. Tomando como referência o trabalho de Lima, a autora comenta:

Nos prontuários analisados, os relatórios de assistentes sociais e psicólogas da Funabem descreviam a inadaptação, o comportamento inadequado e a carência afetiva dos jovens internados. Esses prontuários enfatizavam a necessidade de assistência psicopedagógica, mas contraditoriamente endossavam a internação em um macro-

hospital de crônicos, sem recursos e infraestrutura para o atendimento e os cuidados que esses pacientes requeriam (ALMEIDA, 2012, p. 86).

Como também nos mostra a pesquisa de Bentes (1999), muitas crianças e adolescentes internos da Febem eram encaminhados para instituições psiquiátricas, muitas vezes sem justificativa técnica e muitas vezes também como punição para comportamentos tidos como indisciplina.

Em 1979 um novo Código de Menores é promulgado, que passa a ser referência jurídico-política do Estado ditatorial nas suas ações voltadas aos *menores*, adotando-se a *doutrina da situação irregular*, que reconhece juridicamente crianças e adolescentes como sujeitos de direitos apenas quando se encontrarem em estado de “patologia social”, definida legalmente, além de assegura ao juiz o poder de decidir sobre o melhor para o *menor* (FALEIROS, 2009, p. 70).

Se por um lado, o novo Código representa uma continuidade do conceito de prevenção geral vinculada à noção de periculosidade, presente na legislação anterior, por outro, sua ênfase é nos processos de ressocialização em detrimento das práticas correccionais que marcavam fortemente a política para crianças e adolescentes. Contudo, a internação que deveria ser exceção torna-se regra baseada em critérios científicos que fundamentavam pareceres biopsicossociais - aparecendo como forma legítima e eficaz para a manutenção da ordem pública (OLIVEIRA, 2003).

Atravessada pela ideia de desenvolvimento e segurança nacional, a tônica da política eram a prevenção da marginalização do menor e a proteção da instituição família. A prevenção da marginalização dava-se pela separação do menor, ou seja, sua retirada de circulação e encaminhamento às instituições que seriam responsáveis pela sua reeducação para a socialização, mas também se expressava como uma “advertência moral para todos”, ou seja, era dever de todos prezarem pela moral e pelos bons costumes, e proteger o menor dos vícios próprios da rua (VOGEL, 2009, p. 301).

A proteção à família, por sua vez, deveria ser garantida identificando os “inimigos invisíveis da Pátria”, aqueles com ideias perniciosas que enfraqueceriam os laços domésticos, debilitariam a juventude e destruiriam os valores cristãos, “que praticam ou cooperam com atos contrários ‘à moral e aos bons costumes’”. Eram, enfim, dois os

principais “inimigos invisíveis da Pátria”: as drogas e os traficantes, e os propósitos contrários aos valores cristãos (VOGEL, 2009, 301).

Coimbra e Leitão (2003) sinalizam para uma produção de subjetividades ligadas à Doutrina de Segurança Nacional vigente, apontando para a disseminação de duas categorias, a do subversivo e a do drogado, ambas representantes do perigo à família e à sociedade, e da ameaça à ordem vigente.

Naquele momento, duas categorias de acusação sobre a juventude foram produzidas: a do subversivo e a do drogado. Ambas consideradas danosas, já que colocavam em análise a ênfase dada ao espaço privado, ao modelo de família sadia e estruturada e seus sonhos de ascensão social, à rua vista como lugar do perigo, à desqualificação e esvaziamento dos espaços públicos. (IDEM, p. 13)

Se o subversivo carregava conotações de periculosidade e violência, com forte apelo moral, ao drogado se colava a ideia de doença, de hábitos e costumes desviantes, portanto, nocivo moralmente, num sentido de psicologização e despolitização do cotidiano, a despeito do contexto político que se vivia na época, do terror da ditadura (IDEM).

No fim da década de 1970 e início dos anos de 1980, houve um reconhecimento por parte dos técnicos que trabalhavam na Funabem e nas instâncias estaduais do fracasso da política nacional de atendimento ao menor que se forjou no período da ditadura, indicando seu caráter segregativo-repressivo e sua falta de condições para bancar um processo de reeducação, além do significativo aumento da marginalização da população infanto-juvenil e o expressivo número de crianças e adolescentes institucionalizados (FALEIROS, 2009; VOGEL, 2009).

Nos anos de 1980, momento de abertura política atravessada por uma crise da economia brasileira, contexto de transição da ditadura à democracia, o sistema de atendimento a criança e ao adolescente é fortemente questionado. No decorrer dos anos 1980, “os direitos da criança são colocados em evidência por inúmeras organizações (...) que refletem também as discussões internacionais” (FALEIROS, 2009, 75), com importantes efeitos políticos no Estado brasileiro.

O processo de democratização que ganhou expressividade especialmente na segunda metade da década de 1980 implicou em reorientações na política direcionada às crianças e adolescentes, no entanto, com ações ainda marcadamente paliativas, assistencialistas, em que vigorava um clientelismo e o encaminhamento de crianças para o trabalho, através da articulação do Estado com organizações não-governamentais (FALEIROS, 2009).

Esses chamados *projetos alternativos* que confrontam as políticas e práticas de internação e repressão até então preponderantes ganham força, priorizando o trabalho direto nas ruas e nas comunidades. Os projetos são subsidiados por meio de convênio entre a UNICEF, a Secretaria de Assistência Social do Ministério de Previdência e Assistência Social e a Funabem, apoiando iniciativas de organizações não-governamentais que desenvolvem ações direcionadas a crianças adolescentes, numa franca constituição e fortalecimento do terceiro setor no país. Através da articulação entre estes projetos se organizou o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR), que contribuiu expressivamente para a visibilidade do debate político em torno da infância e adolescência no país, com apoio internacional (IDEM).

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, conhecida como Constituição Cidadã, que retoma os direitos sociais, econômicos, políticos e culturais, suspensos pelos governos no período da ditadura, com o retorno do Brasil ao regime democrático. Com um papel ativo na Constituinte, o MNMMR garantiu no texto da nova Constituição o reconhecimento de crianças e adolescentes como cidadãos sujeitos de direitos, presente no artigo 227 da nova Constituição.

Como desdobramento, em 1990, foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o que significou uma mudança de concepção jurídica sobre a infância e a adolescência. O ECA versa sobre direitos a serem garantidos superando a antiga concepção que operava segundo o binômio regular-irregular centrada na condição individual, e apontando para a responsabilidade do Estado diante das situações de violação de direitos (SCHEINVAR, 2009).

A nova lei dispõe especificamente sobre a Proteção Integral da criança e do adolescente, reconhecida agora como sujeitos de direitos, revogando o antigo Código de Menores, de 1979, que era baseado no chamado Paradigma da Situação Irregular.

Enquanto direito especial de crianças e adolescentes, o Estatuto assegura o direito à vida e à saúde, o direito ao desenvolvimento pessoal e social e o direito à integridade por meio de ações específicas e articuladas/integradas das políticas de proteção social, e de políticas criadas a partir da Constituição de 1988.

Para Augusto (2013), a partir do ECA, o Estado deixa de ter um plano centralizador, unificado, em torno de um projeto nacional, direcionado para a população infantil e de adolescentes, mas passa a atuar segundo os princípios da descentralização administrativa e inserindo as questões relativas à infância e adolescência “na pluralidade das chamadas políticas públicas”, o que ele analisa como processo de espraiamento dos micropoderes sobre a vida da população.

Se, como visto, a gestão do Estado na vida dos jovens pobres e de suas famílias não é novidade, deve-se reconhecer que houve mudanças na maneira como se dá essa interferência. Para além das práticas de institucionalização das crianças e jovens que marcaram o último século, ainda é possível identificar a emergência de outros modos de colonizar a infância e a adolescência.

Como emblemático dessa questão, o trabalho de Paula sobre as práticas socioeducativas em meio aberto sugere que tais políticas podem expressar “outras formas de tutela, mais flexíveis, mas também mais eficazes, que tendem a colonizar o seu mundo doméstico” (PAULA, 2004, p. 123).

É preciso admitir que promulgação de uma lei, por si, não garante a mudança das práticas. Ainda nos dias atuais, observa-se práticas no campo da infância e adolescência que contrariam direitos em nome do cuidado e da proteção, ou mesmo modos paradoxais de interpretação da lei, em que cuidar e proteger confunde-se com sequestro e controle, práticas orientadas por uma racionalidade punitiva, ou do governo das condutas por uma pedagogia fundada no castigo que ainda permeia a relação que a sociedade estabelece com a infância (PASSETTI, 2011). Talvez porque a política social brasileira seja marcada em sua história por uma prática autoritária que investiu numa relação da sociedade com o Estado pautada na obediência civil, e que se expressa ainda hoje numa “coerente dissociação entre a formulação político-legal e a execução da política pública” (SCHEINVAR, 2009, p. 107).

Ao enfatizar alguns pontos da história da assistência das crianças e adolescentes no Brasil, temos de admitir que, apesar de acenarem para o reconhecimento dos direitos devidos a esta população, as políticas sociais destinadas a essa população ainda guardam dimensões tutelares.

Enfim, como nos lembra Vicentin (2005, p. 26), citando Méndez:

Nossa tradição cultural com a infância-juventude não pôde ou não soube pensar a proteção de seus componentes mais vulneráveis fora dos parâmetros de declaração prévia de algum tipo de 'institucionalização estigmatizante' ou de uma 'judicialização do problema da menoridade'.

Políticas sociais, vulnerabilidades e virtualidades

Após a promulgação da nova Constituição, também foram aprovadas outras leis importantes para a consolidação da democracia social, entre elas, as que estabelecem o Sistema Único de Saúde (SUS), Lei 8080/1990, e a Lei Orgânica de Assistência Social (Loas), Lei 8742/1993. Porém, a Loas foi vetada na época pelo governo federal, e apenas aprovada após pressão de diversos segmentos organizados da população.

A Assistência Social e a Saúde passam a ser consideradas políticas sociais não-contributivas pela Constituição Federal de 1988 numa perspectiva de promoção de cidadania e dos direitos humanos, de universalização da atenção e descentralização político-administrativa, e de superação do clientelismo e do assistencialismo, compondo o tripé da Seguridade Social, juntamente com a Previdência Social, políticas de proteção social.

Observa-se uma tendência de organização das políticas sociais no Brasil como sistemas, a exemplo do SUS, e mais atualmente o Sistema Único de Assistência Social (Suas) e o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), por exemplo. De acordo com uma das pesquisadoras entrevistadas, a gestão por sistemas provoca tensionamentos entre as políticas, pois é pressuposto que estas devam desenvolver ações integradas, conjuntas ou intersetoriais para atender a demanda de determinada população, numa perspectiva de corresponsabilidade. Ela afirma:

...essa estrutura ou esse desenho de gestão de sistemas, ele vai bater direto nessas fronteiras entre cuidado e proteção. (...) O desenho de gestão por sistemas tem provocado e aproximado essas interfaces: SUS-Suas, SUS-Sinase (...) aonde tenha distribuição de responsabilidades e competências... (ENTREVISTA, PESQUISADORA-B, 2014).

Outro aspecto que interessa pontuar é que tais políticas operam com base em noções como prevenção e proteção, a partir de indicadores de vulnerabilidade e graus de risco que servirão para delimitação de metas, segundo um modelo econômico. Conforme já discutido, a gestão dos riscos é um mecanismo característico da biopolítica, onde certos acontecimentos são tomados como normais ou anormais de acordo com sua regularidade. Dito de outro modo, trata-se de uma gestão das virtualidades que entra em cena. Sobre esse aspecto, Macerata (2012) nos provoca a pensar: segundo que lógicas funcionam essas avaliações de risco e vulnerabilidade? Respondem a qual demanda, afinal?

Como já dito, a UAI tem como objetivo ofertar atenção especial a crianças e adolescentes “com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (...) em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo”, por meio de “acolhimento voluntário e cuidados contínuos” em “ambiente acolhedor, com características de uma casa” no âmbito da política de Saúde Mental (BRASIL, 2012, 2013).

Tal serviço, ainda que localizado no âmbito do SUS, faz fronteira com o campo do Suas²⁰, na medida em que cuidado em saúde e proteção social se conjugam, complementando-se. E a noção de vulnerabilidade comparece aqui como condição para sua aplicação, noção analisadora que serve de relê que liga essas duas dimensões da atenção; enfim, aquilo que define e direciona as ações. Vulnerabilidade é, portanto, um *termo operatório* presente nas políticas sociais que pode nos oferecer pistas sobre as racionalidades que as justificam. Acompanhemos seus rastros.

Vulnerável, segundo o Dicionário Houaiss (*online*, 2014), é um termo do início do século XIX que pode designar 1) o que pode ser ferido, ou 2) sujeito a ser atacado,

²⁰ A política atualmente responsável pela regulamentação da organização e oferta dos chamados Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes (Saica). A medida de acolhimento institucional, aplicada às “situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social” (BRASIL, 2009), é uma medida protetiva prevista no ECA, e considerada de alta complexidade segundo as normativas do Suas (BRASIL, 2009a).

derrotado, prejudicado ou ofendido. Refere-se, portanto, a um acontecimento provável, de maior suscetibilidade, e que incorre em algum grau de prejuízo ou dano.

Encontrando vizinhança com a noção de risco, é possível identificar a proveniência do conceito vulnerabilidade no campo médico-biológico, vinculada ao modelo médico da peste, baseada no esquadrinhamento militar, diante da urgência de se controlar o risco de contágio da doença. Posteriormente, começa a tomar contornos mais específicos com “a emergência da medicina social e intervenções reguladoras sobre populações, coincidindo com o aparecimento da estatística como um saber de Estado” (NU-SOL, *online*).

A noção de vulnerabilidade começa a ser incorporada, de maneira mais sistemática e operativa, no campo da saúde na década de 1980, relacionado à suscetibilidade de determinados indivíduos ou grupos a algum tipo de agravo à saúde, a partir de pesquisas sobre os casos de infecção e adoecimento pelo HIV²¹.

Paralelamente, também aparece sendo utilizado no campo da criminologia estadunidense, pelo criminologista James Q. Wilson com o criminalista George Kelling em sua *Teoria da Vidraça Quebrada*, para delimitar *áreas de vulnerabilidade*, ou seja, de maior risco de incidência de delitos, fundamentando programas de segurança pública baseados na intensificação da punição e do controle policial, conhecidos como *Tolerância Zero* (CAMPELLO, 2013).

Também aparece no âmbito do Direito Internacional pós-Guerra Fria, utilizado para designar grupos considerados fragilizados jurídica ou politicamente nos seus direitos de cidadania (ROSA, 2012).

Uma perspectiva que oferece elementos para compreender a intensificação da adoção do termo vem das análises de Castel (1987) sobre uma cultura do risco que se estabelece especialmente após a 2ª Guerra Mundial, quando ele verifica uma série de transformações na forma de se realizar a gestão da população, apoiada em ações preventivas, ou seja, uma política que “se quer, antes de tudo, rastreadora dos riscos”

²¹ Destaca-se, em particular, as pesquisas de Mann, Tarantola e Netter (1993, apud HILLESHEIM, CRUZ, 2009), que propunham a elaboração de indicadores para avaliar os riscos de contaminação pelo HIV. Eles consideravam três planos interdependentes de determinação: vulnerabilidade individual, relativo a comportamentos que oportunizassem a infecção; vulnerabilidade programática, que diz respeito ao conjunto dos dispositivos de saúde, sua organização e funcionamento; e vulnerabilidade social, referente ao perfil da população atingida. (apud HILLESHEIM, CRUZ, 2009).

(p.125). Numa tentativa de antecipar a ocorrência de situações indesejáveis, toma-se o virtual, ainda mais que o real, como objeto de intervenção.

Para Castel (2005), a noção de risco se refere a acontecimentos passíveis de cálculo e previsão, portanto, sua gestão pressupõe o desenvolvimento de mecanismos reguladores ou de segurança com a finalidade de erradicar ou minimizar as chances de certas ocorrências. A gestão dos riscos é, portanto, a gestão das *virtualidades*.

Outro acontecimento que Castel descreve em suas análises como desencadeador de vulnerabilidades é o desmonte dos Estados de Proteção em diferentes países do mundo, ocorrido especialmente no fim dos anos de 1970 e 1980, em razão do recrudescimento das perspectivas neoliberais de mercado, que maximizam a lógica do individualismo liberal. O autor analisa a proveniência de um “novo regime de proteção social” (CASTEL, 2005, p. 71), caracterizado pela flexibilização das proteções, focadas em determinados segmentos populacionais mais expostos aos mecanismos de exclusão, em função de uma maior fragilidade dos vínculos sociais e de trabalho. Formam-se, então, zonas de vulnerabilidade social, com efeitos estigmatizantes e de privatização dos direitos, dando margem à zonas de não-direito, uma vez que ser protegido equivale a ser coberto por um mínimo de recursos necessários à sobrevivência.

O autor continua suas análises demonstrando como a gestão neoliberal produz insegurança social combinada com insegurança civil, uma vez que suas políticas sociais atualizam as concepções de *perigo social*, e são acompanhadas da difusão das *políticas securitárias* contra as novas classes perigosas. Essas classes são compostas pelas populações que habitam “bairros sensíveis”, ou de maior vulnerabilidade, em que se verificam “altas taxas de desemprego, empregos precários e atividades marginais, habitat degradado, urbanismo sem alma” (CASTEL, 2005, p. 55).

Não por acaso, a partir dos anos de 1990, a noção de vulnerabilidade passa a ser utilizada em pesquisas relativas ao combate da pobreza. Em 1998, por exemplo, o conceito foi adotado pelo Banco Interamericano para o Desenvolvimento (BID) para orientar a criação de metodologias e programas de redução da pobreza em diversas regiões da América Latina. Já nos anos 2000, em diferentes cidades brasileiras, começam a desenvolver instrumentais para mensurar índices de vulnerabilidade social entre jovens (OLIVEIRA, 2006). Na cidade de São Paulo, em particular, privilegiou-se o público juvenil

como alvo desses instrumentos, baseando-se numa literatura médica e sociológica em que se podia encontrar:

... vasto consenso de que a adolescência/juventude é um período de intensa vulnerabilidade. Na verdade, o que se deseja enfatizar é que políticas eficientes para jovens seriam aquelas que, de alguma forma, contribuíssem para que este período natural de turbulência transcorra de forma a impedir ou minimizar escorregões para a transgressão (SEAD, apud OLIVEIRA, 2006, p. 157).

Juventude, vulnerabilidade e qualidade de vida são relacionadas entre si e associadas a uma perspectiva política liberal, marcada por aspirações de segurança e que pretende total previsibilidade e controle dos acontecimentos. Associações essas que justificam a definição da população juvenil, e também adolescente, como alvo privilegiado das políticas sociais e de segurança, num movimento de constante intervenção governamental (estatal ou não) e criminalização desse segmento da sociedade. E neste contexto, as drogas aparecem como principal fator que justifica a associação entre essa população e situações de vulnerabilidade e risco, seja como vítima dessas situações, seja como desencadeadora das mesmas.

Ao propor uma análise crítica sobre as políticas de tratamento direcionadas a pessoas usuárias de drogas, Rosa (2012) demonstra como a noção de vulnerabilidade tem sido utilizada para delimitar os territórios de intervenção repressiva do Estado. O alvo principal da ação estatal são os grupos identificados como especialmente frágeis, uma vez que suas práticas são consideradas de risco. Compõem estes tais grupos fragilizados, entre outros, os usuários de drogas que vivem em regiões pobres das cidades.

Nesta mesma direção, Malvasi (2014, p.105) acentua que o dispositivo das drogas funciona como aquilo que aciona em determinados territórios marginalizados, nas *quebradas*, “a política de repressão e punição: o proibicionismo e sua tática basilar – a ‘guerra às drogas’”, borrando as fronteiras do crime e se alastrando a ideia de “mundo das drogas” numa verdadeira mobilização da “sociedade” contra o “crime”, no entanto, não somente por meio dos agentes de segurança, mas capitalizada pela Saúde Pública. Neste nexos entre segurança e saúde pública o autor localiza o estabelecimento de um regime de saber-poder sobre as drogas e seus consumidores.

Rosa (2012), por sua vez, afirma que nestes casos, “as noções de vulnerabilidades e tratamentos serviram de base para o desenvolvimento e a aplicação de tecnologias de poder que capturam os indivíduos por meio de verdades construídas pelo saber médico” (IDEM, p. 21) possibilitando a criação e implementação de políticas diversas que permitem o esquadramento e o controle das populações identificadas como vulneráveis.

Enfim, são menos as variadas conceituações de vulnerabilidade que nos interessa, e mais sinalizar para os efeitos de seus usos, de amplificação e capilarização dos mecanismos de poder, de produção de realidades e regimes de verdade.

A noção de vulnerabilidade, ao funcionar como um delimitador de situações que representam maior suscetibilidade a riscos iminentes, favorece a objetivação de diferentes grupos sociais como vulneráveis, e, portanto, alvos privilegiados de ações de governo, num processo de captura e segmentação daqueles indivíduos (ALCÂNTARA HECKTHEUER, SANTOS DA SILVA, 2011). Ao mesmo tempo faz funcionar tecnologias de regulação biopolítica sobre a população em geral, que acionam processos de subjetivação. Quando apontam para um futuro não somente imprevisível, mas suscetível a qualquer tipo de desastre ou desgraça²², produzem medos e subjetividades vulnerabilizadas (LOBO, NASCIMENTO, COIMBRA, 2014, p. 131).

Nesta breve contextualização, podemos identificar uma tensão no uso da noção nas políticas sociais. Ora prevalece a perspectiva que se refere a um deslocamento do foco do indivíduo para os fatores que concorrem para a produção desta vulnerabilidade, tomando-a como efeito de um processo e não como condição individual ou específica de determinados grupos sociais (HILLESHEIM, CRUZ, 2009); ora se refere a uma situação ou estado das coisas – supostamente “estável” – que serviriam de referência e objeto das políticas sociais, delimitando territórios de intervenção do Estado, inclusive nas suas formas mais repressivas à guisa de “proteção”.

²² Tal panorama, levado a seu extremo, tem implicações importantes no que se refere aos modos de gestão do Estado, que passam a atuar segundo o paradigma da precaução, em que a tolerância ao risco é nula, justificando medidas preventivas extralegais, ou criação de dispositivos legais oficiais que suspendem os vigentes em nome da segurança. Como argumenta Arias (2011), diferente do paradigma da segurança, que é baseada na possibilidade de calcular riscos, o paradigma da precaução se alicerça justamente na impossibilidade de calculá-los.

Destarte, ao observarmos as práticas de governo orientadas para a proteção e o cuidado, dirigidas àqueles que carregam no próprio corpo as marcas da vulnerabilização, encontramos alguns paradoxos: liberdades reguladas, suspensão de direitos em nome da proteção e da segurança, morte de uns em defesa da vida de outros. Ou como percebeu Scisleski (2010, p.10), aqueles que protegem muitas vezes são os mesmos que punem.

Tomar a gestão das vulnerabilidades, a partir da racionalidade biopolítica que a atravessa, reposiciona nosso olhar sobre os modos de governo das populações nos dias atuais. Dada a sua transversalidade e a sua posição estratégica nas políticas sociais, a noção de vulnerabilidade comparece, enfim, como um potente *analisador* do campo problemático no qual se insere esse estudo, que por sua vez se conecta a um campo de análise mais amplo – referente à problemática da liberdades e das tecnologias de segurança e proteção social – conforme vimos no capítulo anterior.

Saúde, Assistência social e Justiça: relações de poder e regimes de saber

Vejamos, agora, algumas incidências das políticas sociais, em suas conexões com o campo da Justiça, como estratégias de governo direcionadas às populações de crianças, adolescentes e jovens que vivem em contextos de vulnerabilização social, tomando como problema os acionamentos produzidos pela via da prevenção, tratamento e combate às drogas.

Como resposta aos *pactos de segurança* entre sociedade e Estado, as alianças entre as políticas sociais e o judiciário, ou os encontros entre essas e as políticas de segurança, muitas vezes operam como tecnologias de regulação e controle das populações em/de risco, especialmente os adolescentes e jovens pobres e negros (SCISLESKI, 2010, 2013; ASSIS, 2012), principalmente pela noção de vulnerabilidade como norteadora das políticas. Na medida em que o biopoder se ocupa das *anormalidades*, sobre elas é investida uma série de tecnologias de disciplinamento – na tentativa de que deixassem de sê-las –, e de regulações biopolíticas, para enfim administrá-las em seus desvios²³. É pelo crivo da norma que se torna possível a diferenciação das condições e

²³ No limite, é da produção de vida e de morte simultaneamente, de vidas matáveis, que se está tratando. Com Agamben, é de uma sujeição da vida ao poder de morte que nos fala Scisleski. No entanto, para

condutas consideradas seguras, daquelas consideradas de risco, delimitando assim as zonas de vulnerabilidade.

Neste contexto, a problemática das drogas vem ganhando particular destaque no campo das políticas sociais, configurando-se como um fenômeno que acentua vulnerabilidades, e portanto, que justifica a urgência de se criarem serviços específicos e de se executarem ações de emergência, especialmente quando o foco são crianças e adolescentes. Bem nos lembram Rosemberg e Mariano (2010, p. 697) o quanto a infância e a adolescência tendem a alcançar “visibilidade pública preferencialmente quando associadas à excepcionalidade, ao ‘desvio’, ao drama, à violência”, lugar que a droga – em particular o crack – parece ocupar nos dias atuais. Tempos de urgências e emergências.

Vários estudos têm dado destaque às ações de abrigamento, recolhimento e internações compulsórias, que se tornaram recorrentes em alguns centros urbanos, de crianças e adolescentes em situação de rua ou vivendo em condições de pobreza, especialmente as que têm suas vidas atravessadas pela problemática das drogas (SCISLESKI; MARASCHIN, 2008; ASSIS, 2012; JOIA, 2014).

Marcada por um investimento midiático²⁴ que endossa a ideia de que estamos enfrentando uma “epidemia do crack” e o aumento da violência, a questão da droga como problema justifica e atualiza, no campo social, a formação de uma rede institucional complexa que combina uma série de intervenções em torno daqueles sujeitos nos quais se cola a identidade de usuário, drogado, crackeiro, etc.

Com Souza (2013, p.88) acompanhamos uma construção, datada historicamente, daquilo que ele denomina como *dispositivo “drogas”*, fazendo referência à uma produção discursiva em torno da questão das drogas que a enfatiza como problema, e que faz

marcar uma diferença entre Foucault e Agamben, interessa pontuar que, se para Foucault houve uma passagem, um deslocamento do poder soberano para o biopoder, Agamben vê aí uma continuidade, ou seja, uma tanatopolítica operando ao mesmo tempo em que uma biopolítica (SCISLESKI, 2010).

²⁴ Para citar alguns estudos que abordam o tema, temos o artigo de Romanini e Roso (2012), que apontam como discursos jornalísticos da mídia escrita do Rio Grande do Sul reforçam relações de dominação e práticas de repressão em torno do usuário, tomado como criminoso ou potencialmente perigoso, e apresentam o crack como um problema de caráter epidemiológico, diabólico e avassalador. Outro estudo é o de Caixeta (2009), sobre a relação entre a produção midiática, drogas e processos judiciais de casos de tráfico, no qual demonstra que a política sobre drogas no Brasil, historicamente calcada num discurso de intolerância, unidimensional e de exclusão, encontra eco na produção midiática em torno do tema, que alimenta a imagem estereotipada do sujeito usuário de drogas associada à criminalidade, reconhecido como o inimigo a ser destruído, o que tem efeitos sobre o processo judicial que muitas vezes tem sua decisão baseada nesta imagem estereotipada do usuário de drogas/traficante.

funcionar toda uma tecnologia de controle e coerção. Uma vez que sua experimentação une prazer e delinquência, e portanto, contrariam determinada moral que valoriza a privação do desejo, devendo, portanto, ser objeto de controle de um Estado pautado em tecnologias de segurança.

De maneira similar, Petuco (2013) faz também referência à noção de dispositivo, numa analogia ao dispositivo da sexualidade conforme trabalhada por Foucault, quando afirma que, a partir da hegemonia da medicina higienista no século XIX, as experiências com drogas começaram a ser, cada vez mais, inscritas numa lógica de controle e disciplinamento por meio da medicalização, sendo identificadas necessariamente como um problema.

Joia (2014, p.39) identifica o dispositivo das drogas formado pelo encontro de duas linhas, da criminalização e da medicalização, fundamentando a emergência de uma nova racionalidade, operando controles e produzindo regimes de verdade.

Como um dos efeitos deste dispositivo, Joia identifica a produção de uma subjetividade “dependente” quando se reduz a existência dos jovens usuários de drogas, as singularidades que marcam sua relação com as drogas, à ideia de doença, capturando-os em suas estratégias tutelares e medicalizantes. Entre os efeitos controversos que esse dispositivo acarreta, analisa a autora, estão as *compulsoriedades* das ações de saúde e das internações psiquiátricas submetidas ao poder judicial, tão comuns no campo da infância e adolescência, estabelecendo *circuitos cronificantes*.

Na esteira das diversas figuras da anormalidade da infância, das patologias orgânicas, às desordens morais e “desajustes” sociais, a “dependência química” surge como uma nova categoria diagnóstica que, da mesma forma que renova as estratégias de confinamento de determinadas classes sociais, aprisiona os sujeitos em uma figura social estigmatizada. Afirmando essa parcela da juventude como “dependente química”, corre-se o risco da produção de subjetividades dependentes, de novas cronificações (JOIA, 2014, p. 133).

Numa pesquisa anterior, Scisleski (2006), estudou o percurso pelas *redes sociais* de jovens internados num hospital psiquiátrico da cidade de Porto Alegre. Ao constatar uma ausência de serviços substitutivos à internação psiquiátrica, a autora alerta para um

modo de operar das redes que reificam a exclusão como resposta à problemática que estes jovens vivenciaram. Um dado que particularmente nos interessa em sua pesquisa é o aumento de encaminhamento para internação psiquiátrica de adolescentes em razão de uso de substância psicoativa, muitas vezes por ordem judicial: de 37% em 2002, o número de internações subiu para 50% dos casos em 2006.

A pesquisa de Blikstein (2012) também aponta para uma demanda por internação psiquiátrica de crianças e adolescentes como efeito da precarização da rede de atenção em saúde mental para esta população. Diferenciando dois circuitos disparadores de internação num hospital psiquiátrico da cidade de São Paulo, sua pesquisa indica que o tempo de internação é em média de 55 dias para os casos em que ela é provocada por intervenção judicial, e de 30 dias para os casos encaminhados pela rede de saúde.

A mesma tendência indicou o estudo de Joia (2014): para as internações compulsórias em relação aos casos em que há envolvimento com drogas também na cidade de São Paulo: no caso das internações compulsórias, a média da permanência dos adolescentes variou entre 70,2 dias no Serviço de Atendimento Integral ao Dependente (SAID) para 52,7 na Unidade de Atendimento ao Dependente (UNAD). Em relação às internações involuntárias, a média era de 40,1 para o primeiro, e 48,4 para o segundo. Para as internações voluntárias, os números foram 30 e 48,4, respectivamente.

A pesquisa de Almeida (2012), apesar de não ter como foco a temática das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes usuários de drogas, também constatou essa tendência em âmbito nacional ao analisar os dados registrados no DATASUS²⁵. Segundo os dados, houve um aumento de 128,6%, entre 1998 e 2010, nos encaminhamentos para internação psiquiátrica de crianças e adolescentes que fazem uso de substâncias psicoativas, excluindo-se o álcool. Outro dado importante de sua pesquisa indica um aumento significativo de casos em que a internação dura mais de 45 dias, quando passa a ser considerada de longa permanência. De 815 crianças e adolescentes internados por mais de 45 dias, esse número saltou para 2217 naquele período.

Apesar da excepcionalidade e da brevidade previstas na chamada Lei da Reforma Psiquiátrica – Lei 10216/01, o que se verifica nestes casos é a permanência de uma lógica

²⁵ O DATASUS é um sistema de banco de dados do SUS que tem na sua base operacional a guia de Autorização de Internação Hospitalar, onde é possível registrar todas as internações realizadas, seja na rede privada ou pública dos estabelecimentos que constituem a Rede de Assistência da Saúde.

manicomial no campo da saúde mental, a despeito dos dispositivos legais indicarem modos de atenção em meio aberto para os casos de uso abusivo de drogas.

Se até aqui demos ênfase ao campo da Saúde para pensar tais questões, a problemática ganha novos contornos quando miramos certos acontecimentos no âmbito da Assistência Social. A pesquisa de Assis (2012) contribui bastante para este debate. Em sua dissertação de mestrado, ele verificou como a saúde/saúde mental aparece como direito a ser garantido a crianças e adolescentes usuários de drogas em situação de rua - portanto em risco social presumido - em detrimento de outros direitos civis, para justificar o encaminhamento compulsório desta população a serviços de acolhimento ou de internação na cidade do Rio de Janeiro e em São Paulo, entre os anos de 2011 e 2012. Para Assis (2012, p.14) as ações do Poder Público nestes casos expressam um “retrocesso político revelado por procedimentos administrativos” em relação aos modos de gestão do espaço público.

O autor destaca o caso do Rio de Janeiro, onde a Secretaria Municipal de Assistência Social lança a Resolução SMAS nº20/2011, em que orienta o recolhimento de crianças e adolescentes que, durante o dia, estejam “nitidamente sob a influência do uso de drogas” após avaliação por equipe multidisciplinar, e durante a noite, determina o “abrigo compulsório” independente do uso de substâncias psicoativas²⁶.

Assis acentua que o termo “abrigo compulsório” não encontra respaldo normativo e aponta que em diversos textos oficiais tal nomenclatura se confundia com expressão técnica “internação compulsória”, presente na Lei 10216/2001. Confusão estratégica, ao que parece, uma vez que dessa forma o Poder Público escapa às prerrogativas legais ao aplicar compulsoriamente o encaminhamento de crianças e adolescentes para instituições de acolhimento ou comunidades terapêuticas. Em São Paulo, podemos observar a mesma tática na migração das comunidades terapêuticas, do

²⁶ Vale lembrar que no monitoramento realizado em 2011 no Rio de Janeiro, por diferentes organizações que compõem o Sistema de Garantia de Direitos nos chamados “abrigos especializados” destinados a crianças e adolescentes recolhidos das ruas supostamente por serem usuários de drogas, foi constatado uma série de violações de direitos preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente que estavam acontecendo naqueles espaços. O acolhimento socioassistencial era confundido com espaço de tratamento, com características de privação de liberdade uma vez que envolvia restrição de circulação imposta aos acolhidos, além da dificuldade de acesso, expressando uma “lógica institucionalizante, excludente, com caráter disciplinar, manicomial e de higienização social” (CRP/RJ, 2011).

SUS para o Suas, sob a denominação de Acolhimento Social, a fim de driblar as exigências normativas do campo da saúde.

Por fim, interessa-nos sublinhar no estudo de Assis certo uso das alianças entre Saúde e Assistência Social, de um lado, e Saúde e Segurança Pública, de outro, sustentadas na noção de *risco social* como ponto de convergência importante para legitimar práticas de recolhimento e expulsão, ou mesmo controle da circulação no espaço público da população infanto-juvenil em situação de rua, operando numa lógica que ele denominou de sanitário-penal.

(...) é justamente esse acerto de fluxos que se justificou com base nos fatores de risco social aos quais estariam submetidas tais pessoas em uso abusivo de drogas, fechamos o ciclo com uma primeira conclusão: as políticas de saúde mental e de assistência social colocaram-se, nesse momento específico, a serviço da gestão dos riscos provenientes da situação de rua em que vive a população mencionada. As práticas se deram por meio do controle da circulação dessas mesmas pessoas, muitas delas há tempos alijadas de seus direitos básicos, inclusive aos próprios serviços socioassistenciais e de saúde. (ASSIS, 2012, p.80)

A partir do trabalho de Assis podemos questionar em que medida a lógica sanitário-penal não atravessa outras práticas ou modelos de acolhimento institucional, que funcionam pela via da seletividade institucional e que guardam certa continuidade com as práticas de sequestro de crianças e adolescentes, tão presentes na nossa história.

Quando me mudei para São Paulo em novembro de 2010 para trabalhar num Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) acontecia em São Paulo um reordenamento dos serviços de acolhimento institucional com o fechamento dos Centros de Referência da Criança e do Adolescente (CRECA).

Eram frequentes, à época, os debates em torno da criação de abrigos destinados a crianças e adolescentes com demandas consideradas mais complexas, por exemplo, situação de rua, envolvimento com drogas ou conflito com a lei. Não era incomum, nos processos de acolhimento institucional de crianças e adolescentes, que as entidades

responsáveis pelos abrigos se recusassem a receber crianças e adolescentes considerados “perigosos”, ou de, mesmo após o acolhimento, provocarem seu desligamento.

Numa das últimas reuniões que participei como técnico do CREAS, com tantos outros trabalhadores de diferentes unidades e serviços socioassistenciais da região da Zona Norte da cidade, a pauta era “para onde encaminhar os adolescentes problemáticos”, no caso, adolescentes saídos da Fundação Casa, e aqueles que consomem drogas, quando não houvesse a possibilidade de retorno ou manutenção com a família.

Parte do grupo era favorável à criação de serviços de acolhimento específicos para esta população com a justificativa de que tais adolescentes seriam má influência aos demais acolhidos; em contrapartida, havia um grupo que defendia a capacitação e fortalecimento dos serviços existentes, argumentando que a criação de serviços específicos poderia reforçar estigmas além de contrariar os princípios de garantir a convivência entre irmãos acolhidos, por exemplo.

A pesquisa de Orestes (2012) ilustra bem esse movimento. Ao estudar os fluxos de encaminhamento dos Centros de Referência da Criança e do Adolescente (Creca’s), que serviam como casas de passagem²⁷ na cidade de São Paulo para crianças e adolescentes em situação de rua, e que em geral, que faziam uso de algum tipo de droga, o autor lança luz à história de institucionalização dessa população atravessada pela questão da seletividade institucional. Ele aponta para a manutenção, nos dias atuais, de uma lógica seletiva no campo das práticas de acolhimento de crianças e adolescentes.

Esses serviços de acolhimento funcionavam como triagem da população infanto-juvenil em situação de rua, segundo a produção de critérios de elegibilidade – dentre esses a presença de algum tipo de diagnóstico psiquiátrico – baseados na preocupação de separar os “indefesos” dos “perigosos”. Estratégia que servia para definir destinos distintos para crianças e adolescentes, com histórico de infração ou de uso de drogas, por serem reconhecidos como prejudiciais ao desenvolvimento infantil ou daqueles que apresentavam deficiência intelectual.

²⁷ As casas de passagem eram um tipo específico de acolhimento institucional previstas tanto no Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC), de 2006, como na primeira versão do documento Orientações Técnicas, de 2008, que também descrevia outras modalidades de acolhimento especializado direcionadas a crianças e adolescentes em situação de rua, para adolescentes grávidas ou sem vínculos familiares, por exemplo (BRASIL, 2006, 2008).

Ainda em relação à seletividade institucional, o estudo de Almeida (2012) é emblemático por problematizar a existência de abrigos especializados para pessoas com deficiência em função de sua maior vulnerabilidade ou necessidade de tratamentos especializados, numa aliança entre as tecnologias psiquiátricas e socioassistenciais. Como resultado desse encontro, entre a Psiquiatria e a Assistência Social, temos a longa, quando não permanente, institucionalização de pessoas com diagnósticos de deficiência mental. Por vezes abrigadas ainda na infância e mantidas após a maioridade, devido à ausência de suporte familiar ou social, e mediante a necessidade de cuidados contínuos.

Almeida (2012, p. 198) identifica nesse processo o estabelecimento de um “hibridismo assistencial pós-Reforma Psiquiátrica, em que se verifica uma fusão do hospital psiquiátrico e do abrigo, indicando uma espécie de deslocamento das tecnologias do hospital psiquiátrico para o interior dos abrigos sociais”, ou seja, instituições que atendem a uma clientela residual após o fechamento das grandes estruturas hospitalares da assistência psiquiátrica.

O abrigo híbrido é uma espécie de síntese do problema, na medida em que junta o que está cindido na rede assistencial, que é esta duplicidade da rede entre hospitais psiquiátricos e abrigos para crianças e adolescentes com deficiência. Assim temos que o abrigo híbrido é a demonstração deste modelo errático de assistência. (ALMEIDA, 2012, 93)

Este modelo de assistência resiste até a atualidade na rede de proteção especial do Suas, com abrigos socioassistenciais mantendo convênios com o SUS. Uma aliança entre Saúde e Assistência Social que, nestes casos, parece favorecer a longa permanência, em estabelecimentos do tipo asilar²⁸, de crianças, adolescentes e adultos com questões de saúde mental ou deficiência apontados como crônicos ou sem possibilidades de

²⁸ Um estudo coordenado por Rizzini (2008), encomendado pelo Ministério da Saúde, apontou que, entre os fatores que favorecem a longa permanência de crianças e adolescentes, mesmo depois da fase adulta, em serviços de acolhimento específicos para pessoas com deficiência, estão: o entendimento de que o abrigo é a única solução para os casos que são encaminhados; a família sendo tomada como incapaz de cuidar e de proteger, e o abrigo reconhecido como instância que protegerá a criança ou o adolescente da família; e por fim, a fragilidade na rede atual de serviços para responder adequadamente aos casos.

tratamento.

Tomemos, agora, esses mecanismos de seletividade institucional aqui identificado em certos modos de gestão da Assistência Social, para ampliar o campo problemático no qual ele se insere, dando ênfase às suas similitudes com a lógica sanitário-penal.

Como disparador da reflexão, vejamos o impasse colocado pela Lei 11343/2006, a Nova Lei de Drogas, em relação à execução penal. Por um lado essa lei foi considerada avançada por distinguir usuário/consumidor do traficante, dando margem à discussão em torno da descriminalização do usuário de drogas e dos modelos hegemônicos de atenção à saúde (ALVES, 2009). Por outro, acabou reforçando o *caráter seletivo* do sistema penal, uma vez que não define critérios claros para a distinção entre consumidor e traficante, ficando a cargo do juiz, quando não do agente policial no momento do flagrante, essa responsabilidade²⁹ (SCISLESKI et al, 2013, JOIA, 2014).

A seletividade penal para Batista (1998), expressa uma seletividade de classe racista. Em seu estudo sobre o processo de criminalização por drogas no Rio de Janeiro, ela identificou uma seletividade de classe expressa na forma de se abordar o usuário de drogas: “aos jovens consumidores das classes média e alta se aplica o paradigma médico, enquanto aos jovens moradores de favela e bairros pobres se aplica o paradigma criminal” (p.23).

Scisleski *et al* (2013) discutem essa tendência a partir das análises de Foucault (2008b), para quem a seletividade penal seria coerente com um projeto neoliberal de sociedade.

É a partir da diferenciação de condutas da lógica neoliberal que há a produção de um sujeito que está mais suscetível a ser enquadrado como criminoso e tomado pelo viés da segurança pública. Nesse sentido, não há uma definição do crime, como vimos através do pensamento de Foucault (2008b), mas sim um enquadramento penal duro, em que o que é colocado em questão é o ato do sujeito individual frente a uma lei regida por um código penal a partir da seletividade desse próprio sistema. (...) A própria lei possui mecanismos que põem em evidência essa seletividade como, por exemplo, a situação dos crimes

²⁹ Além do mais, foi observado um aumento da população carcerária condenada pelo delito de tráfico entre 2006 e 2010 em sua maioria jovens negros ou pardos, com baixa escolaridade e moradores de regiões pobres e periféricas das cidades. O estudo de Jesus et al (2011, apud JOIA, 2014), indicou que, de 2006 a 2010, houve um aumento de 142% da população carcerária do Estado de São Paulo, e no Brasil, de 126%.

passíveis de fiança. Nesse caso, o critério que faz o sujeito ir para a cadeia não é outro que não meramente econômico. (SCISLESKI et al, 2013, p. 120)

Os autores ainda percebem uma mesma tendência à seletividade no campo da saúde, uma vez que a população pobre é especialmente submetida a internações involuntárias ou compulsórias em Hospitais Psiquiátricos ou nas comunidades terapêuticas. As políticas de saúde operam, nestes casos, quase como polícias³⁰, segregando determinados segmentos da população, respondendo de certa forma a uma demanda de segurança pública, *em defesa da sociedade*. A lógica da abstinência, hegemônica no campo da saúde e que legitima as práticas de internação, confunde-se, em certa medida, com as práticas de controle penal.

Outro campo em que se faz presente o entrelaçamento entre modos de tratamento e de penalizações é o da adolescência em conflito com a lei. Os dados de uma pesquisa realizada por Vicentin (2005a) no Sistema de Justiça Juvenil de São Paulo, entre os anos de 2004 e 2005, são emblemáticos para pensar como se compõem as interfaces Saúde e Justiça nesse âmbito.

Sua pesquisa apontou uma crescente demanda por perícias psiquiátricas e avaliações psicológicas nas unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei, ao mesmo tempo em que verificou condições precárias na atenção a adolescentes com questões de saúde mental, o que favoreceu a discussão sobre a pertinência de tratamento terapêutico e a necessidade de criação de outros espaços especializados, para os casos de adolescentes diagnosticados com algum tipo de transtorno mental. Também evidenciou um deslocamento da preocupação pela assistência aos casos dos transtornos mentais mais clássicos (drogadependência, surtos psicóticos e deficiência mental), com a centralidade cada vez maior nos diagnósticos de transtorno de personalidade antissocial (TPAS) (VICENTIN, 2005a).

³⁰ Os autores ponderam que a noção de Estado de polícia, trabalhada por Foucault (2008a) em sua função de polícia correspondente à formação dos Estados Modernos, designava a organização de uma série de dispositivos, saberes e práticas, que tinham por finalidade administrar a vida da população e orientadas por uma ideia de bem-estar, para distinguir da noção de polícia nos dias atuais, de caráter puramente coercitivo, repressivo, com o objetivo de evitar a desordem pública. Vale ainda salientar que as políticas sociais como as conhecemos atualmente, baseadas na ideia de seguridade social ou de Estado de Bem-estar Social, remontam aos Estados de polícia dos séculos XVI (conforme visto no capítulo anterior).

Naquele contexto, as propostas de tratamento e de espaços específicos de acolhimento/internação aparecem ao mesmo tempo como medidas de proteção e medida de segurança, numa cruzamento entre as figuras do *sujeito em perigo* e do *sujeito perigoso*.

Scisleski (2010) também problematizou esse modo de relação entre Saúde e Justiça, na forma como ela opera no âmbito da Justiça Juvenil. Em sua tese de doutorado, a autora evidenciou o expressivo número de jovens com diagnósticos psiquiátricos e submetidos a tratamento medicamentoso nas unidades de internação socioeducativa, no Rio Grande do Sul. Os diagnósticos mais recorrentes foram o de transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas e o de transtorno de conduta.

A autora discutiu, ainda, como a medicalização/patologização do ato infracional opera, ao mesmo tempo, a criminalização de certos segmentos da sociedade e a individualização do indivíduo autor do ato infracional, reduzindo sua compreensão à uma explicação meramente biologizante, confirmando as tendências já apontadas pela pesquisa de Vicentin (2005a).

Talvez, como acontecimento mais emblemático dessas tendências, possamos citar a criação da Unidade Experimental de Saúde, no final de 2006, via um convênio entre Saúde, Justiça e Administração Penitenciária do Estado de São Paulo. Destinada a jovens capturados pelo sistema socioeducativo e diagnosticados com TPAS, considerados perigosos para a sociedade, a finalidade da unidade é tratar esses jovens em regime de contenção *com indeterminação do tempo que ficarão em privação de liberdade sob esse regime*³¹, contrariando, portanto, a prerrogativa legal.

De modo geral, as pesquisas citadas neste tópico sinalizam para o mecanismo de produção de internações psiquiátricas via mandado judicial de crianças e adolescentes

³¹ O mecanismo operado para assegurar a permanência dos jovens em privação de liberdade é a realização de uma ação de interdição acompanhada do pedido de internação psiquiátrica compulsória, via articulação entre as instâncias do Poder Judiciário. Como bem asseveram Vicentin, Gramkov e Rosa (2010), com um funcionamento análogo as hospitais de custódia, o que se verifica é a patologização da conduta criminosa e atualização da figura louco perigoso. Sobre essa delicada situação, Rosa e Vicentin (2010) chamam a atenção para uma tendência de localizar o perigo naqueles que se recusam a se sujeitar aos tratamentos ou intervenções reabilitadoras – sendo tomados, enfim, como sujeitos ingovernáveis em torno dos quais se renova a noção de periculosidade e se ativa mecanismos de reclusão (seja pela internação psiquiátrica, seja pela internação como medida socioeducativa). As autoras sustentam que, quando a vulnerabilidade se apresenta como um problema "ingovernável", ganha força o estigma do distúrbio ou do perigo, o que favorece a entrada dos jovens num circuito da psiquiatrização ou da judicialização.

vivendo em contextos de vulnerabilidade social como uma forma atualizada de prosseguir com a segregação destes grupos, numa direção de psiquiatrização/medicalização da questão social.

São processos de institucionalização que operam no âmbito das políticas de proteção social do SUS e do SUAS, ou de criminalização pelas suas alianças com a Segurança Social ou com a Justiça. Operam, enfim, formas complementares de sequestro e de gestão dos corpos infanto-juvenis – por meio de internações psiquiátricas, acolhimento e recolhimento das ruas, e aplicações de medidas socioeducativas em meio fechado. A face mais perversa desses mecanismos, podemos afirmar, são as práticas de banimento ou mesmo extermínio a que essa população, em sua maioria jovem e negra, está submetida nos bairros periféricos dos grandes centros urbanos (AUGUSTO, 2013). Esse quadro, no seu limite, expressa um modo de governar a população jovem por meio de práticas tanatopolíticas, “ou seja, trata-se mais de um governo sobre a morte do que sobre a vida desses adolescentes” (SCISLESKI, 2010, p. 5)

Como compreender que tais práticas e mecanismos estejam fundamentados numa lógica biopolítica, se produzem exclusão e extermínio? Como visto, é em defesa e preservação da vida que as tecnologias biopolíticas devem funcionar, portanto, é em torno de tudo aquilo que represente risco ou perigo à vida que elas irão atuar, no limite, promovendo a sua eliminação. Sendo assim, no que diz respeito aos *perigos* sociais, é um racismo de Estado³² que essas situações ilustram, efeito da emergência do biopoder como fundamento das práticas governamentais (FOUCAULT, 2005).

Cabe pensar como a UAI deve ser inserida nesse contexto.

³² Segundo Foucault, “o que inseriu o racismo nos mecanismos do Estado foi mesmo a emergência desse biopoder. Foi nesse momento que o racismo se inseriu como mecanismo fundamental do poder, tal como se exerce nos Estados modernos, e que faz com que quase não haja funcionamento moderno do Estado que, em certo momento, em certo limite e em certas condições, não passe pelo racismo” (FOUCAULT, 2005, p. 303). Como dito, a relação que o Estado estabelece com a população é baseada em “pactos de segurança”, o que se expressa na constituição de “um Estado que está obrigado a intervir em todos os casos que a trama da vida cotidiana é rompida por um acontecimento singular, excepcional” (FOUCAULT, 2010, p. 172). O exercício do poder de normalização, disciplinar e biopolítico, ao se ocupar da vida e da boa saúde da população, autoriza o sequestro, quando não o extermínio, daqueles identificados como *inimigos internos da sociedade*: os degenerados, monstros políticos, delinquentes, as crianças anormais (FOUCAULT, 2005, AUGUSTO, 2013).

CAPÍTULO 3 - A UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTO-JUVENIL

Contexto histórico: breves apontamentos

Para contextualizar a problemática das drogas no Brasil, e a criação de serviços de atenção a essa demanda, faremos aqui uma breve passagem por alguns pontos em torno desta questão. Apresentaremos a seguir algumas linhas de força que concorreram para a emergência da UAI como um modelo alternativo de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes “com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar” (BRASIL, 2012). Trabalharemos, na sequência, em torno de algumas problematizações produzidas a partir de sua conformação e funcionamento no centro da cidade de São Paulo.

Historicamente, a questão das drogas no Brasil vem sendo tratada segundo uma racionalidade proibicionista e punitiva, expressa na criminalização e forte repressão do comércio e do uso de substâncias psicoativas, seguindo a tendência das principais convenções internacionais. Vale destacar que desde os fins do século XIX havia iniciativas locais bastante modestas em algumas cidades brasileiras, que buscavam alertar a sociedade para os perigos de certas drogas, principalmente da maconha, relacionando-a aos escravos e seus descendentes, e posteriormente, às populações mais pobres das cidades. Como bem nos conta França (2015), tais iniciativas ganham força no início do século seguinte na voz de médicos e juristas – “esse homens de saber, esforçados, mas pouco rigorosos” (p. 52) – que encabeçaram campanhas educativas contra as drogas e pressionavam o governo para elaborar leis mais rígidas, reproduzindo discursos moralistas e eugênicos, pretensiosamente científicos, sobre a nocividade inerente aos efeitos dos entorpecentes e a influência negativa das camadas mais pobres da sociedade herdeiras dos vícios dos negros.

É digno de nota que, na primeira metade do século XX, as ações governamentais se restringiam ao âmbito da legislação penal, sem nenhum plano de assistência tanto no âmbito social quanto no âmbito da saúde. Nos anos de 1920 o que a legislação previa como pena era a prisão para venda, e a internação compulsória por tempo indeterminado em estabelecimento correcional adequado para os chamados toxicômanos. Já em 1940, o

Estado brasileiro incorporou ao Código Penal um decreto da década anterior que criminalizava o porte de drogas ilícitas, independente da quantidade e sem distinção de pena quando a finalidade era o consumo ou quando era destinada à comercialização (ALVES, 2009).

Apenas no ano de 1971, a internação psiquiátrica é proposta como medida a ser aplicada aos *infratores viciados*, pelo tempo que fosse julgado necessário para a recuperação, conforme a Lei 5276/1971. Em 1976, a nova Lei 6368/1976 recomenda o tratamento dos dependentes de substâncias entorpecentes em regime hospitalar quando o quadro clínico assim exigisse (IDEM).

Ainda que a lei indicasse a possibilidade de tratamento extra-hospitalar, seja na rede pública ou privada, apenas na década de 1980 serviços extra-hospitalares começam a ser criados no Brasil, o que favoreceu para que a internação psiquiátrica permanecesse como a principal resposta de tratamento para os casos de uso abusivo de drogas. Alves também sinaliza que, mesmo após a criação de serviços extra-hospitalares, à época, o acesso ao sistema de saúde pública estava condicionado à contribuição previdenciária, restringindo o acesso a tratamentos que prescindissem da internação a uma boa parcela da população ³³.

Na década de 1980 o governo federal instituiu o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, que teve por tarefa criar o Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), que seria responsável pela formulação da Política Nacional de Entorpecentes. Alves (IDEM) ressalta o apoio dado por este conselho a centros de tratamento, pesquisa e prevenção (geralmente ligados às universidades públicas), às comunidades terapêuticas (com a justificativa de normatização e adequação técnica e ética destas entidades) e a programas de redução de danos que tinham por finalidade a prevenção da transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis.

Souza (2007) destaca três momentos importantes no desenvolvimento e incorporação das práticas de RD, no Brasil: a experiência de Santos, em 1989; a aproximação das organizações não-governamentais que experimentavam práticas de RD no campo das drogas com o Programa Nacional de Doenças ST-Aids, em 1994; e em 2003,

³³ Segundo a autora, este cenário também favoreceu a disseminação das comunidades terapêuticas no país, modelo de atenção que tem sido alvo de muitos questionamentos nos dias atuais.

com a incorporação da RD como método e paradigma da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e outras Drogas.

Também em 1998 houve a extinção do Confen e a instauração do Conselho Nacional Antidrogas (Conad), com a transformação do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes em Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad), e a criação da Secretaria Nacional Antidrogas (Senad).

Apesar de continuar baseada num discurso proibicionista, tais reorganizações político-institucionais favoreceram a entrada do Ministério da Saúde na construção de uma nova política nacional de drogas, abrindo o debate para o tema do cuidado em saúde e produzindo tensões no campo da justiça. Contudo, Souza (2007) analisa que tais acontecimentos não significaram uma superação das racionalidades proibicionistas e moralizantes que marcam as abordagens da questão das drogas.

Ao definirmos tais datas, observamos que elas servem mais para marcar o início de uma nova fase do que para definir o fim da antiga. Percebemos que, em certos momentos, a análise de uma fase acaba por ultrapassar o início da fase seguinte. Nesse sentido, as datas sugeridas foram definidas a partir de rearranjos institucionais que produziram modulações sobre as fases antecedentes, sem representar uma superação do que vinha sendo desencadeado. (IDEM, p. 69)

As primeiras leis e decretos da década de 2000 são marcados por discursos antagônicos, com a manutenção da criminalização, mas por outro lado admitindo, por força de profissionais e militantes da área, as práticas de redução de danos como modelo de atenção em saúde. A Lei 10409/2002 – que foi revogada em 2006 (BRASIL, 2006), conhecida como Lei Antidrogas, apesar de indicar o Ministério da Saúde responsável pela regulamentação das ações de redução de danos sociais e à saúde, mantém a criminalização do porte de drogas para consumo, herança da lei de 1976, e a Política Nacional Antidrogas de 2002 mantém um texto fundamentado na ideia de uma sociedade sem drogas (ALVES, 2009).

O Ministério da Saúde define a Redução de Danos (RD) como um método que, apesar de não excluir outros modos de cuidar, privilegia a singularidade da experiência de

cada usuário e seu vínculo com os profissionais, pautando-se numa perspectiva de tratamento que significa aumentar o grau de liberdade e de co-responsabilidade daquele que está se tratando e também daquele que trata (BRASIL, 2003, p. 10). Ao abordar criticamente a questão da RD, Souza (2007, p.109) afirma que:

frente à violência da política de “guerra às drogas” a RD buscou inverter o medo em prudência, e territórios de violência em territórios cooperativos de ampliação de vida. Partindo da realidade dos próprios usuários de drogas, a RD insere uma proposta Ética no contemporâneo na medida em que mobiliza as coletividades para um cuidado de si a partir de práticas de gestão comum.

No texto da Política Nacional Antidrogas, a temática da infância e adolescência aparece reconhecendo a criança e o adolescente como população que se encontra na “faixa de maior risco para o consumo de drogas”, especialmente as que vivem em situação de rua (BRASIL, 2003 p. 7). No ano seguinte é publicada a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral do Usuário de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003a), que em seu texto admite a lacuna assistencial no campo da saúde e a predominância de uma abordagem exclusivamente médica ou psiquiátrica nos casos de uso abusivo de drogas, dando maior ênfase a uma perspectiva multidisciplinar de atenção e ao trabalho de redução de danos. O documento orienta para um reordenamento assistencial, com o estabelecimento de uma rede centrada na atenção comunitária, e faz referência à Lei da Reforma Psiquiátrica, de 2001.

Em 2005, uma nova Política Nacional sobre Drogas, e não mais Antidrogas, é aprovada, dialogando com a proposta política do Ministério da Saúde. Contudo não abandona outras possibilidades de tratamento, pela via da internação psiquiátrica e das comunidades terapêuticas, modelos de atenção que se baseiam na abstinência como finalidade terapêutica. Posteriormente, uma nova legislação sobre drogas é aprovada no Brasil, a Lei 11343/2006. Três anos depois, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 1190/2009 que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas - Pead (BRASIL, 2009).

A moradia transitória como modalidade de atenção em Saúde Mental

O texto do Pead retoma um diagnóstico já publicado em 2003 na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral do Usuário de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003), reconhecendo a insuficiência e fragilidade das políticas de saúde para atenção aos transtornos associados ao consumo de drogas, em especial as direcionadas a crianças e adolescentes. Também avalia a necessidade de qualificar a rede assistencial à saúde existente e de se estabelecer uma rede intersetorial eficaz para a atenção a esses casos. As ações voltadas ao público infanto-juvenil devem investir nas crianças e adolescentes consideradas “em situação de vulnerabilidade e risco” e são colocadas como prioritárias.

A formulação do Pead é justificada por um suposto cenário epidemiológico relativo ao consumo de algumas substâncias, como o álcool, cocaína e seus derivados, e inalantes, associado a um “contexto de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens”. Entre as estratégias elencadas pelo plano está a “implantação/piloto de casas de passagem/moradias assistidas e outras experiências de acolhimento transitório”, inspirado nas experiências das cidades de São Bernardo do Campo/SP e Recife/PE³⁴.

As então denominadas Casas de Acolhimento Transitório (CAT's) aparecem no conjunto das estratégias de atenção em saúde mental e ampliação do acesso ao cuidado e tratamento, alinhadas a uma perspectiva de redução de danos, com foco nas crianças, adolescentes e jovens envolvidos com o uso problemático de drogas. A aprovação, no ano seguinte, do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas – Decreto 7179/2010 – permitiu a expansão deste modelo de atenção, com a montagem das primeiras moradias transitórias no âmbito da política de Saúde Mental em 38 municípios

³⁴ Em São Bernardo do Campo/SP o serviço chamava-se República Terapêutica, e em Recife/PE, eram conhecidas como Casas do Meio do Caminho ou Casas de Passagem. Infelizmente, não encontrei material publicado que pudesse melhor informar sobre a experiência de São Bernardo do Campo, mas de Recife é possível consultar o trabalho de Rameh-de-Albuquerque (2008). Reconhecemos essas experiências como acontecimentos analisadores, dada a sua inventividade e diante de um território muitas vezes tão protocolar que é o das políticas sociais. Em certa medida, foram iniciativas atravessaram o instituído, produzindo um deslocamento nos modos de fazer cuidado neste campo.

brasileiros ainda no ano de 2010, por meio de um edital de financiamento de projetos-piloto, lançado pela Senad³⁵ (BRASIL, 2010).

As CAT's foram descritas como “espaços protegidos” que possibilitam o desenvolvimento, em rede, de projetos de cuidado em período integral, além de “serem serviços substitutivos de saúde, podendo ser intermediários entre as unidades ou leitos de desintoxicação hospitalares e os serviços em meio aberto oferecidos atualmente pelos CAPS AD”, que devem funcionar de modo articulado com outros serviços da rede de atenção, incluindo os socioassistenciais (BRASIL, 2010).

Em dezembro de 2011, o governo federal lançou o *Programa Crack, é possível vencer*. As ações que compõem o programa foram divididas em três eixos:

1) prevenção: relativo a ações de capacitação de operadores de políticas públicas, trabalhadores dos serviços socioassistenciais, da Saúde e da Educação, conselheiros municipais e lideranças comunitárias, além de gestores de comunidades terapêuticas, em torno da temática das drogas;

2) cuidado: relativo ao conjunto de serviços de saúde e de assistência social que formam uma rede de atenção à pessoa usuária de drogas;

3) autoridade: relativo às ações de policiamento ostensivo de regiões consideradas de risco, e de capacitação dos profissionais da Segurança Pública.

O serviço de moradia transitória aparece nesse documento sob a denominação de Unidade de Acolhimento (UA), localizado no eixo *Cuidado*, concorrendo com outros formatos de atenção.

Na mesma época foi publicada a Portaria 3088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituída por uma série de serviços de atenção em saúde mental organizados segundo sua finalidade:

- atenção básica em saúde;

³⁵ Ver: 1) Edital nº 003/2010/GSIPR/SENAD/MS - “Regulamento de processo seletivo para apoio financeiro a municípios que desenvolvam projetos de implantação e/ou ampliação de Casas de Acolhimento Transitório, da rede integrada de saúde e assistência social, destinada ao acompanhamento sociofamiliar e à inclusão de crianças, adolescentes e jovens usuários de crack e outras drogas em programas de reinserção social, conforme estabelecido no Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010”; e 2) Portaria 4132/2010 - “Estabelece recursos a serem disponibilizado aos Estados e Municípios destinados a implantação e custeio das Casas de Acolhimento Transitório - CAT”.

- atenção psicossocial especializada;
- atenção de urgência e emergência;
- atenção residencial de caráter transitório;
- atenção hospitalar;
- estratégias de desinstitucionalização.

As unidades de acolhimento, tanto para adultos como para crianças e adolescentes, compõem o conjunto de serviços da *atenção residencial de caráter transitório*. No mês seguinte, foi publicada a Portaria 121/2012 que, de maneira mais específica, oferece diretrizes ao funcionamento das Unidades de Acolhimento no âmbito da atenção psicossocial³⁶.

Enfim, podemos afirmar que o acolhimento transitório aparece como uma alternativa de cuidado para a população usuária de drogas reconhecida como vulnerável, num contexto de realinhamento discursivo das políticas sobre drogas, na medida em que as políticas da Saúde começam a ganhar espaço.

Contudo, após praticamente três anos de sua criação, e mais de uma década desde as primeiras experiências com moradia transitória, é notável o número ínfimo de unidades de acolhimento país afora: atualmente, são 34 UAA e 26 UAI (somando 770 vagas), segundo dados do Portal Observatório Crack, é possível vencer (BRASIL, *online*, 2014). Um número pequeno em comparação com outros modelos de atenção, como as comunidades terapêuticas que contabilizam 336 unidades (7541 vagas) cadastradas atualmente (BRASIL, *online*, 2014).

Entre as razões que levam a essa discrepância, podemos supor que é reflexo do modo de organização atual do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras

³⁶ Em maio de 2013, a Portaria 121/2012 é republicada com alterações, que foram justificadas em Nota Técnica pelo Ministério da Saúde. Entre elas, o ponto que trata do espaço físico da unidade de acolhimento. Desde o projeto-piloto das CAT's, a descrição do espaço físico pressupunha a existência de espaços para desenvolvimento de atividades terapêuticas, e especificamente na primeira publicação da Portaria 121/2012, sala de enfermagem e de atividades individuais e em grupo. Com a republicação, não há mais a previsão destes espaços, dando ênfase ao caráter residencial do serviço, com "a adequação dos ambientes aos objetivos da Unidade de Acolhimento que se refere como espaço projetado para a proteção, a hospitalidade e convivência". Outro ponto importante diz respeito ao tempo de permanência na UAI, que não está disposto na primeira versão da Portaria, mas que é destacado na republicação o tempo limite de 6 meses, mantendo o já disposto pela RAPS. Por fim, merece destaque o item que trata do critério para o acolhimento, que tem como referência a avaliação da equipe do CAPS responsável pelo cuidado (BRASIL, 2013).

Drogas, dividido, como vimos, por ênfase no tipo de atenção (Prevenção, Cuidado e Autoridade). O Plano se apresenta como um cardápio de serviços e estratégias possíveis na atenção à problemática das drogas, cabendo aos entes municipais escolherem as modalidades de atenção a serem adotadas. Se por um lado tal iniciativa visa garantir a singularização das demandas locais na montagem da rede de atenção, por outro coloca em concorrência modelos divergentes de atenção (como é o caso das Unidades de Acolhimento e das Comunidades Terapêuticas). Considerando que historicamente a questão das drogas foi abordada segundo um viés proibicionista, punitivo e medicalizante, não é difícil supor que a atualização de tais racionalidades ainda oriente a forma que a rede de atenção é tramada.

Enfim, é possível afirmar a prevalência de duas racionalidades que atravessam a história dessas políticas e que parecem se atualizar nos dias atuais: uma racionalidade penal e uma racionalidade médica. O analisador drogas faz funcionar as interfaces entre as políticas sociais e de segurança, pela justaposição da demanda por cuidado em saúde – aquilo que precisa ser tratado –, e por proteção social – daquilo que é preciso ser protegido –, além de comparecer como ameaça à segurança pública, sob a retórica da *vulnerabilidade social* e com a insígnia do *perigo social*, como apresentado anteriormente.

São Paulo, um lugar de afrontamento

Olhemos, agora, mais de perto as condições nas quais aconteceu a criação de uma UAI na cidade de São Paulo. Cabe agora acompanhar alguns dados da pesquisa de Joia (2014) que lançam luz em alguns acontecimentos recentes da cidade no que tange às ações governamentais em torno da problemática das drogas, uma vez que sua pesquisa evidenciou uma empreitada institucional direcionada a crianças e adolescentes em situação de rua considerados em uso abusivo de drogas no contexto paulistano.

Tomemos como ponto de partida a chamada Ação Integrada Programa Centro Legal que surge em 2009 como iniciativa do governo municipal, diante da demanda do setor imobiliário, que visava à remoção da população que ocupava a região central da cidade (especialmente as regiões da Luz e do Bom Retiro). A medida expressava os

objetivos do Projeto Nova Luz, que desde 2005 prometia a revitalização daquela região por meio de parcerias público-privadas. Muitas vezes envolvendo ações articuladas com instâncias do governo estadual, o Programa Centro Legal pretendia uma atuação envolvendo diferentes frentes de trabalho, com a participação de serviços da saúde, assistência social e segurança pública (JOIA, 2014).

Posteriormente, nos anos de 2010 e 2011, houve uma reorganização dos serviços de atenção em saúde e assistência social direcionados à população que ocupava as ruas do centro da cidade de São Paulo, acompanhada da inauguração de serviços novos como o Serviço de Atenção Integral ao Dependente³⁷, equipamento municipal destinado a internação de pessoas em situação de dependência química; a incorporação do Centro e Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD) na rede de atenção da região central com a inauguração de um CAPS Ad vinculado a este órgão estadual; a implantação das moradias assistidas no âmbito da assistência social municipal com a inauguração do chamado Complexo Prates, onde passou a funcionar um centro de acolhida e serviço de acolhimento infanto-juvenil, além de convênios com comunidades terapêuticas do interior do Estado de São Paulo (IDEM).

Cabe mencionar que, na ocasião do lançamento do Edital de financiamento das CAT's, em 2010, o governo municipal de São Paulo não concorreu para a implantação deste modelo de atenção, investindo em internação psiquiátrica e tratamento em comunidades terapêuticas.

Apenas em janeiro de 2012 o serviço é criado na cidade, sob a denominação de Serviço Residencial Terapêutico Especial. Mesma época em que a prefeitura de São Paulo instaurou a chamada *Operação Sufoco*, que teve como principal marca a repressão policial. Com a justificativa de favorecer uma “ação social” no território da Luz, a ação também envolvia estratégias de cuidado em saúde e de proteção social. Tal ação teve importante repercussão midiática e mobilizou diferentes setores de resistência a esse movimento, cruzando e confundindo muitas vezes práticas de cuidado e proteção, com as de controle e repressão (JOIA, 2014).

Sobre esse contexto, a gerente do CAPS I de referência do serviço faz uma leitura dos acontecimentos que vinham se dando na cidade de São Paulo:

³⁷Desde abril de 2013 denominado Unidade de Atendimento ao Dependente - UNAD.

(...) começou a chegar demandas de urgência do tipo “tenho um adolescente internado em tal lugar e será preciso uma vaga na UAI”. Só que uma das propostas de fluxo era que, para se sustentar um adolescente dentro da UAI ele precisaria passar pelo CAPS I, iniciar um processo de vinculação, porque a estratégia para que esse adolescente ficasse na casa era a mediação pela palavra, pelo vínculo, e não por outras coisas... Mas aí chegava isso, muita demanda do Judiciário, muita demanda da Fundação Casa, o que é um nó. Porque a UAI não é um serviço exclusivo do CAPS I. É um ponto de atenção da rede. Claro, é muito importante que para a entrada do adolescente respeitar essas diretrizes, de que ele venha pelo CAPS I, mas a UAI também é uma referência para a rede, e do município [não só do território central]. Então, imagina como isso não começou a pipocar aqui, e com demandas de muita urgência, do tipo ‘ele precisa sair hoje da rua’, como se fosse algo simples. (ENTREVISTA Gerente CAPS I, 2014).

Contudo, a profissional considera que toda aquela mobilização, apesar de paradoxal, deu condições de possibilidade para emergir modos outros de entender e responder à questão das drogas, sendo a implementação da UAI uma expressão desse efeito, uma vez que se propunha um cuidado na contramão da tendência pela internação, que era a política mais investida pelo governo municipal da época:

A UAI nasce como uma proposta de *redução de danos*, que vinha na contramão de uma gestão que investia na internação. O enfrentamento da droga sem deixar de ser parte da vida, no sentido de que a pessoa pudesse dar continuidade a sua vida realizando o tratamento.

(...)

O que foi interessante é que aquela ação [refere-se à Operação Sufoco] produziu esse espaço [a UAI] como resposta, e uma resposta inusitada. E naquele momento também era a internação compulsória, principalmente de crianças e adolescentes... Uma fase que o Ministério Público esteve na “cracolândia” para ajudar neste processo das internações, o poder judiciário esteve lá. Foi um ano bem marcante por isso... (ENTREVISTA, GERENTE CAPS I, 2014).

Panorama crítico, em que tentativas de cuidado por parte dos trabalhadores e militantes são atravessadas por ações higienistas e criminalizantes, ou intervenções truculentas e abusivas da polícia. Além disso, vemos práticas camufladas pelo discurso da proteção e cuidado para justificar encaminhamentos ou modos de tratamento que contrariavam o preconizado pelas políticas de saúde mental. Uma miscelânea de ações e

concepções sobre cuidado e proteção, de compreensões bastante divergentes e que concorrem para se estabelecer como modelos de assistência. (JOIA, 2014).

Como visto, as unidades de acolhimento no âmbito da Saúde Mental como resposta inusitada marcam uma diferença nos modos de atenção à problemática das drogas, especialmente se considerarmos a situação da cidade de São Paulo. Arriscamos afirmar sua emergência, ainda fora das políticas oficiais, quando se revestia de um caráter de experimentação, como uma atitude de *contraconduta*, no sentido de que contrariava as formas hegemônicas de governo praticadas em torno da população usuária de drogas. Afinal, tanto seu formato de moradia quanto seu caráter voluntário vai de encontro aos modelos segregacionistas e às compulsoriedades que se tornaram tão comuns neste campo.

Surfando no centro: a UAI e a rede

Interessa-nos, agora, acompanhar alguns movimentos pelos quais o serviço é atravessado, e entre os quais também ganha movimentos próprios. As conformações do novo serviço devem ser analisadas reconhecendo o campo de forças no qual se insere, o que reflete numa certa produção de demandas para o serviço e de sua gestão.

Na tentativa de recuperar alguns desses movimentos, retomaremos as anotações realizadas em diário de campo durante uma reunião técnica no CAPS I em que a pauta girava em torno das UAIs³⁸, para daí identificar algumas pistas potentes que servirão ao trabalho de análise deste campo problemático.

A reunião se inicia com a gerente do CAPS I me apresentando ao grupo como pesquisador da PUC/SP que está estudando a UAI. Alguns participantes questionam sobre a pesquisa. Falo que o objetivo da pesquisa é conhecer este novo dispositivo de Saúde Mental que é a UAI, por se tratar de um serviço de atenção a crianças e adolescentes que se propõe substitutivo à internação psiquiátrica nos casos de consumo abusivo de drogas, e também por se configurar como um acolhimento institucional, ainda que transitório, no campo da Saúde Mental. Além de ser de interesse conhecer como se dá seu funcionamento considerando que se localiza na

³⁸ Na cidade de São Paulo, são duas unidades assim designadas, uma delas atendendo ao público de 10 a 18 anos incompletos – UAI 1, e a outra atendendo adolescentes de 16 e jovens, UAI 3. Participam da reunião a gerente e os técnicos do CAPS I, coordenadores das Unidades de Acolhimento, os acompanhantes comunitários que trabalham nas casas.

região central da cidade de São Paulo, um território com demandas bastante expressivas no que tange às questões ligadas à infância e juventude consideradas em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social. Um dos presentes, então, toma a palavra e faz a seguinte colocação: *“Estamos surfando aqui no território do centro, são demandas de todos os lados”*. Outra técnica se lembra de uma solicitação de vaga para a UAI vinda do CAPS I de outro território com *“demanda protetiva”*, e que fariam uma reunião com a equipe de lá para pensar alternativas de encaminhamento. Diante de tal demanda, uma técnica, então, faz a seguinte pergunta: *“Mas, então, o que nos diferencia de um serviço de acolhimento da assistência social?”*. Alguém arrisca: *“estar em uso de drogas?”*. Outro responde *“mas nem todos os casos que estão na UAI hoje fazem uso de drogas”*. O coordenador de uma Unidade de Acolhimento que atende jovens e adultos [UAI-3] intervém: *“Mas as casas foram criadas em São Paulo ‘quebrando’ com a lógica da Portaria. A casa é híbrida, tanto que não atende apenas casos de drogadição, mas também de saúde mental”*. (DIÁRIO DE CAMPO, REUNIÃO DE EQUIPE, 2014, grifos nossos).

Ao menos três problematizações podem ser identificadas neste trecho: a) os tensionamentos relativos às demandas direcionadas ao CAPS I e a UAI expressos nas dificuldades de manejo via trabalho intersetorial e seus efeitos na permanência abreviada ou prolongada dos adolescentes no acolhimento, b) a questão da especificidade do serviço na rede de atenção à infância e adolescência, e c) sua hibridização, sendo que esta última aparece como efeito das anteriores. Vejamos.

Intersetorialidade x circuitos transinstitucionais: do que (se) trata a UAI?

Como relatou a gerente do CAPS I, um dos efeitos da emergência da UAI em São Paulo/SP, naqueles tempos de urgências e emergências, foi uma profusão de demandas que passam a ser redirecionadas para o novo serviço. Em certa medida, parece que a UAI absorve uma demanda residual, ao atender um contingente de adolescentes e jovens que, apesar de suas vidas serem marcadas por uma série de institucionalizações (entre internações e abrigamentos), não se enquadravam nas instituições pelas quais passavam.

Segundo as informações levantadas a partir da análise de prontuários e entrevistas com alguns trabalhadores³⁹, foram acolhidos na UAI entre março de 2012 a setembro de 2014 um total de 55 adolescentes. A idade variava entre 13 e 18 anos de idade, com maior número entre os 16 e 18 anos de idade. A maior parte era do sexo masculino (67%), com histórico de uso de substâncias psicoativas (91%), que viviam em situação de rua (77%), e com história de acolhimento institucional na rede socioassistencial (68%).

Uma problemática que apareceu durante a reunião das equipes se refere à dificuldade de se estabelecer um trabalho em conjunto com outras instâncias da rede psicossocial e socioassistencial, o que reflete, muitas vezes, na dificuldade de se realizar um projeto de saída para alguns casos, sem que isso repercuta num retorno desses adolescentes a um circuito mortificante na rua (JOIA, 2014) ou num prolongamento de seu acolhimento, com o risco de reproduzir a tendência das instituições fechadas.

Vejamos o que nos apontam alguns dados relativos ao tempo de acolhimento: 62% dos 55 adolescentes que já foram acolhidos na UAI permaneceram até 03 meses, 18% estiveram ou estão há mais de 01 ano acolhidos, 11% estiveram acolhidos de 04 a 06 meses, e 4% de 07 a 11 meses⁴⁰.

Outro dado significativo apontou que 35% deles foram acolhidos via medida judicial, o que equivale a 19 casos. Dentre estes, 11 são provenientes de medida socioeducativa de internação (Fundação Casa), 5 de CAPS de outras regiões, 2 de Comunidades Terapêuticas, 1 de ala psiquiátrica de um hospital geral.

Se considerarmos especificamente os 34 casos que permaneceram 03 meses ou menos no serviço, apenas 18% deles foram encaminhados pelo CAPS I. Ou seja, 82% destes representam demandas de outras instituições ou são decorrentes de outras ações, e 43% foram encaminhados por ordem judicial.

O tempo curto de permanência no serviço, para esses casos, parece expressar menos a efetivação do caráter transitório da UAI como efeito do processo de cuidado, e mais a precariedade tanto dos vínculos estabelecidos com os adolescentes que chegam

³⁹ Os dados aqui apresentados foram coletados por meio de duas fontes: prontuários do CAPS I e entrevistas. Justifica-se a combinação de meios pelo fato de nem sempre haver informações completas nos prontuários, ou pela ocorrência de não ter sido aberto prontuário para alguns casos, dada a pontualidade do acolhimento de alguns adolescentes.

⁴⁰ Não foi possível obter este dado em 03 casos.

nestas circunstâncias, bem como da rede psicossocial e socioassistencial mais ampla da cidade de São Paulo.

A seguinte situação ilustra bem as dificuldades relativas à problemática do tempo do acolhimento em relação à forma de encaminhamento dos adolescentes na unidade:

O grupo lembra de uma situação que aconteceu no fim do ano passado, “alguns dias antes do Natal”, em que a gerente do CAPS recebe uma ligação do Judiciário solicitando uma vaga para um adolescente que está na Fundação Casa. O adolescente é de outro território da cidade e não está em uso de drogas, apesar de ter histórico de consumo. A gerente conta que foi tentado negociar com a pessoa que fez a ligação a possibilidade do adolescente ser encaminhado para um Saica da região central que era sabido que tinha vaga, para então o CAPS poder avaliar a necessidade de inclusão na UAI e ao mesmo tempo formar vínculo com o adolescente, uma vez que sequer conheciam o menino, e alertou para o caráter voluntário do acolhimento. No entanto, dias depois, na “véspera do Natal”, o adolescente foi encaminhado à UAI – sem nem passar pelo CAPS antes. O adolescente ficou poucos dias na UAI e logo saiu, por decisão própria, dizendo que voltaria para a casa da família. O grupo se refere ao caso como emblemático do tipo de relação que o Judiciário estabelece com o serviço. Há o seguinte comentário: *“Nem o Judiciário sabe o que é a UAI. Para eles não faz diferença encaminhar para a UAI, para a UNAD, para um hospital psiquiátrico”*.

(DIÁRIO DE CAMPO, REUNIÃO DE EQUIPE, 2014).

Tais situações foram chamadas de “casos atravessados”: a equipe se referia aos casos que eram encaminhados à UAI, em geral por ordem judicial, sem que houvesse qualquer vínculo do adolescente com o serviço CAPS I.

A gerente diz ao grupo que a ideia da reunião é justamente refletir sobre os critérios de encaminhamento para a UAI, fazendo alusão a *“encaminhamentos que chegam de forma atravessada”*, sem, contudo, deixar de considerar a *“singularidade do critério”*, e aponta para a necessidade de se apropriar da Portaria 121/2012 para este debate. *“Critério ou condição?”* – alguém pergunta, e logo complementa: *“Só consigo pensar em um critério, que é o vínculo com o CAPS Infantil”*. Inicia-se um debate em torno desta questão. *“Como lidar, então, com os casos que chegam atravessados, a mando do juiz?”* – um técnico provoca. *“Quase todos os casos que chegam atravessados, ‘bate e sai’”* – diz outro.

(...)

“Os casos da Fundação Casa são encaminhados porque o tempo do adolescente... porque já acabou o tempo dele lá, e o judiciário precisa de um lugar para mantê-lo preso.” – afirma outro – “A demanda do judiciário ‘amarra’ no voluntário”, alguém conclui. (DIÁRIO DE CAMPO, REUNIÃO DE EQUIPE, 2014).

De acordo com a leitura de alguns profissionais, os casos que não são encaminhados pelo CAPS I de referência da UAI, e que portanto não contaram com um plano de transição que favorecesse o cuidado necessário à construção de vínculo e sentido para o adolescente e para os profissionais envolvidos, foram aqueles em que não foi possível sustentar o acolhimento como estratégia de cuidado.

Por outro lado, verifica-se que esse movimento também é reflexo da maneira como se estabelece o trabalho em rede naquele território, conforme exemplifica o relato a seguir:

Tem as dificuldades com relação à rede porque a gente não tem um *link* direto, por exemplo, com a Assistência Social. A gente está cavando um espaço agora para problematizar essa questão [relação com a rede]. Por exemplo, hoje, o que a gente tem da rede de assistência social... a entrada pelo albergue e as portas de saída. Se a gente for pensar no menino da UAI, qual fluxo que seria? Será que ele teria que voltar para um albergue, será que ele não poderia ir para uma república, será que ele não poderia para um hotel social...? Não tem essa conversa. É um espaço que estamos tentando cavar... É uma coisa tão perversa isso dessas políticas não conversarem, não se articularem... (ENTREVISTA, GERENTE CAPS I, 2014)

O problema da articulação intersetorial traz à tona a questão da incompletude institucional, que serve de princípio orientador para as políticas da infância e adolescência no sentido de reconhecer o trabalho em rede como principal estratégia de cuidado e proteção. A fala a seguir é emblemática dessa questão: *“Mas além da dificuldade do trabalho intersetorial, em rede, tem uma impotência que é nossa que devemos admitir. A gente acha que vai dar conta do caso sozinhos, que a rede não vai dar conta”*... (DIÁRIO DE CAMPO, REUNIÃO DE EQUIPE, 2014).

Em conversa com duas pesquisadoras do campo da infância e adolescência, elas sinalizaram para as relações entre Saúde e Assistência Social, marcadas por uma segmentação dura, de exclusão recíproca. Uma delas faz a seguinte análise: “estou vendo

hoje um movimento que é [...] ou a Saúde faz, ou a Assistência [Social] faz, cada um assim jogando para o outro”, e propõe como resposta a este impasse políticas mais integradas, com fronteiras menos definidas e ações mais comuns:

[...] a gente tá num campo que a gente fala de articulação entre as políticas, não integração. Integração seria o programa ser tanto da Saúde como da Assistência. (DIÁRIO DE CAMPO, PESQUISADORA A, 2013).

Diante deste debate, parece-nos pertinente, aqui, retomar o conceito de *transinstitucionalização* forjado por Rotelli *et al* (2001). Os autores assim denominaram o processo de substituição da internação psiquiátrica por outros modos de institucionalização, como em albergues, abrigos, casas de repouso, etc., numa *lógica de circuito* e de produção de serviços especializados, fechados em sua *expertise*. Uma tendência no campo da saúde mental que merece ser analisada, em que a internação psiquiátrica, como bem apontou Joia (2014, p.130):

...pouco a pouco foi perdendo suas tradicionais funções de coerção e segregação “estáticas”, com o confinamento duradouro ou mesmo perpétuo, é substituída pelo “dinâmico” funcionamento em circuito (Rotelli *et al*, 2001). Nos circuitos transinstitucionais, entre setores psiquiátricos, sanitários assistenciais e judiciais, formado por estruturas diferenciadas e especializadas, o hospital psiquiátrico representa um ponto de passagem de curta duração, mas recorrente (Rotelli, 2001). Como “peregrinos de lugar nenhum” (Couto, 2004), percorrem continuamente cadeias de serviços especializados, cujas respostas são fragmentadas e pontuais, produzindo circuitos de abandono e cronicidade.

E neste contexto, a própria rua assume uma função de instituição, no sentido de que detém um enquadramento próprio, com suas normas e regras de circulação e ocupação, que também toma forma a partir de um jogo de forças (BROIDE, 1992, JOIA, 2014). E que, ao ser cercada por uma diversidade de equipamentos e intervenções voltadas àqueles que dela fazem “a parte principal da cidade” (LEMINSKI, 2014, p. 24) –

tomando-a seja como morada, seja como refúgio, seja como campo de batalha – muitas vezes passa a compor os tais circuitos transinstitucionais.

O número relativo à situação atual dos adolescentes que já passaram pela UAI talvez seja um analisador significativo dos efeitos desse cenário: dos 48 adolescentes que já não se encontravam acolhidos na moradia transitória, 39,5% estavam em situação de rua, 8,3% estavam na Fundação Casa, e outros 8,3% acolhidos na outra unidade, chamada de UAI-3. Quanto aos demais, apenas 03 tinham voltado para a família, 02 viviam em centros de acolhida, 01 estava internado, 01 vivia em pensionato e 01 estava recluso num Centro de Detenção Provisória. Não havia informações no prontuário sobre a situação atual de 27% destes adolescentes e jovens.

O caráter transitório e voluntário da UAI e sua operacionalização comparece aqui como um analisador potente das relações entre os serviços de proteção social à infância e adolescência da cidade de São Paulo. Tomar como analisador deste campo os modos como o caráter transitório voluntário do serviço se efetivam – ou não –, equivale a uma tentativa de tornar inteligíveis as problemáticas que atravessam a atenção dada às ditas crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social.

Daí a dimensão da transitoriedade, da voluntariedade e a perspectiva do trabalho em rede se destacarem como eixos bastante relevantes no trabalho a ser realizado numa UAI. No entanto, é notável a necessidade de se pensar criticamente o sentido do trabalho intersetorial neste campo, que pode facilmente ser confundido com um funcionamento baseado na lógica do encaminhamento e desresponsabilização dos setores envolvidos.

Enfim, ao acompanhar as linhas de força e os jogos de poder que atravessam o funcionamento da UAI, cabe-nos ficar atentos quando este espaço funcionar segundo uma lógica dos circuitos transinstitucionalizantes, colocando a intersetorialidade a serviço da necessidade de administrar aquilo que De Leonardis (1998) chamou de “resíduo institucional” sob a retórica da proteção e do cuidado, mas também às práticas que potencializam outras lógicas, de produção de vida e de espaços mais acolhedores às singularidades.

Ou, dito de outro modo, nas palavras de um dos trabalhadores do CAPS I durante a reunião de equipe que acompanhei:

“Temos que questionar se não estamos produzindo uma nova forma de institucionalização”. Alguém, então, faz a seguinte observação: “Mas, aqui no centro, o que acontece é um tipo de institucionalização sutil, fora dos muros. Os adolescentes são capturados por esse monte de serviços que, no fundo, fazem o controle de sua circulação, produzindo uma institucionalização perversa.” (DIÁRIO DE CAMPO, REUNIÃO DE EQUIPE, 2014).

Especialização x atenção às singularidades

Há, ainda, outro aspecto no bojo desta discussão que merece ser sublinhado: a questão da especialização do acolhimento institucional. Cabe ressaltar que a proposição de um serviço de moradia transitória no campo da saúde mental, que se quer específico para determinados casos, reacende o debate em torno da criação ou manutenção de serviços de acolhimento especializados, bastante presente no âmbito da Assistência Social.

O documento *Orientações Técnicas* (BRASIL, 2009) dos serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes sugere que o atendimento especializado, organizado em torno de certos critérios, deve ser evitado, e que a atenção especializada, quando houver necessidade, deve se dar por meio da articulação com a rede de serviços do território. Entre outras razões, o motivo dessa orientação é garantir à criança e ao adolescente que permaneçam junto ao grupo de irmãos, e o mais próximo do território de moradia

Em 2008, houve a constituição de um grupo de trabalho no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) em torno da questão do atendimento especializado nos serviços de acolhimento, com divergências importantes sobre o assunto. Como resultado deste grupo de trabalho, o Conselho Municipal de Assistência Social e o CMDCA publicaram a Resolução Conjunta 001/2010, orientando que o atendimento especializado deveria ser evitado e garantido pela rede, no mesmo sentido que o texto *Orientações Técnicas* (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2010).

Este não é um ponto de consenso no debate em torno do acolhimento especializado. Em conversa que tive com duas pesquisadoras da área da infância e juventude, elas defendem a especialização dos serviços, mas no sentido de uma atenção às singularidades dos modos de vida.

Hoje é o maior dilema dos abrigos (...) é atender a essa diversidade com o tipo de pessoas que se tem. Por exemplo, atender bebê é muito diferente do que você atender uma criança maior, do que você atender um menino adolescente que quebra tudo. E o ambiente de um abrigo tem que ser um ambiente muito acolhedor, tem que ser um ambiente de muita tranquilidade porque as crianças chegam com muitos problemas, e você tem que receber e atender aquelas crianças naquele tempo com qualidade. Então eu diria que hoje esse é um grande problema para os abrigos (...) Se eu sou a favor que haja abrigo especializado, [é] por que eu acho que são meninos que exigem um atendimento muito especial (...) não quer dizer que eu seja a favor que eles sejam excluídos (ENTREVISTA PESQUISADORA A, 2013).

(...)

Eu acho extremamente positivo ter uma unidade específica da saúde mental, crescer nessa especificidade e expandir a intersetorialidade. É fundamental essa relação SUS-SUAS durante o atendimento e pensando no pós-atendimento nessa unidade de acolhimento. ENTREVISTA, PESQUISADORA B, 2014).

No entanto, é pertinente neste ponto retomar as pesquisas de Joia (2006) e de Blikstein (2012) quando destacam as situações em que o hospital psiquiátrico não raro assumia a função de acolhimento institucional, que seria devida ao Saica, justamente porque os serviços socioassistenciais de acolhimento não se encontrariam em condições, tanto em termos estruturais como de recurso humano, de atender demandas de saúde mental, especialmente às relacionadas ao uso abusivo de drogas.

Também vale relembrar a pesquisa de Orestes (2011) quando esta lançou luz à problemática da seletividade institucional bastante presente nos fluxos de acolhimento na rede socioassistencial, num movimento de separar as crianças e adolescentes perigosos e indesejáveis dos considerados mais vulneráveis, bem como revelou uma tendência “expulsiva” dos Saicas em relação aos casos considerados problemáticos (especialmente aqueles que envolviam uso de drogas, situação de rua e questões de saúde mental). E acentuar o alerta de Almeida (2012), que denuncia a institucionalização prolongada como efeito da especialização do acolhimento institucional direcionado àqueles considerados mais vulneráveis por alguma razão.

Tais problemáticas aparecem também nos fluxos de atendimento da UAI. Pode ser observado um movimento inverso ao abreviamento do tempo de acolhimento dos adolescentes na UAI, que é uma permanência mais prolongada do que sugere a

transitoriedade da Portaria 121/2012 (BRASIL, 2012, 2013). A permanência do acolhimento nestes casos é justificada pela indisposição ou mesmo ausência de serviços que estejam aptos a acolher os adolescentes com questões de saúde mental, de uso de drogas ou em conflito com a lei na rede socioassistencial, conforme o panorama apontado pelos estudos de Joia (2006), Blikstein (2012) e Orestes (2013).

Como efeito, temos uma confusão nas finalidades dos serviços de proteção social presentes na rede de atenção local do centro de São Paulo. A UAI, que deveria servir como lugar de moradia transitória para casos em que fosse necessário cuidado intensivo em razão do uso de drogas, e que deveria contar com uma rede que oferecesse suporte ao projeto de saída do adolescente, acaba por assumir a função de acolhimento institucional que é devida pela Assistência Social, para os casos considerados mais difíceis pela rede.

A fala da gerente do CAPS I dá relevo a essa questão:

Na verdade nós mais recebemos adolescentes vindos de abrigo do que encaminhamos. (...) Já tivemos situações de ligar no Conselho Tutelar e dizer 'olha, estou com um menino aqui no CAPS I, e ele precisa de uma vaga de abrigo', e o CT responder 'mas vocês não tem unidade de acolhimento?', e a gente dizer que não seria caso para UAI e o CT questionar 'não estou entendendo, como assim?'. Esse lugar que a rede também coloca a UAI, que eu acho que é porque não há conversa, ou as conversas são bem difíceis. Então, essa desarticulação das políticas, que reflete na rede, traz esses entraves. (ENTREVISTA, GERENTE CAPS I, 2014)

O trabalho da UAI diferencia-se dos serviços de acolhimento socioassistenciais para crianças e adolescentes, na medida em que entre seus objetivos principais está a promoção de cuidados contínuos de saúde/saúde mental durante a permanência da criança e do adolescente na unidade, nas situações em que há demanda de acompanhamento tanto terapêutico quanto protetivo. Além do mais, tem suas características específicas: enquanto no Saica há 20 vagas para acolhimento institucional (BRASIL, 2009), a UAI tem o limite de 10 vagas, lembrando que também está diretamente referenciada a um CAPS I ou CAPS AD, responsáveis pela construção e operacionalização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) das crianças e adolescentes acolhidos (BRASIL,

2012), num modelo que, arriscamos afirmar, aproxima-se de uma gestão compartilhada do serviço.

Porém, o suposto maior suporte não deve servir de justificativa para que a UAI passe a substituir o Saica. Pelo contrário, urge um trabalho conjunto entre os dois serviços a fim de que as especificidades de cuidado intensivo do primeiro, e as de segurança social do segundo, se complementem. Não à toa, a necessidade de distinguir os dois serviços que se dá desde a implantação da UAI produz uma demanda do CAPS I em definir critérios de encaminhamento para a moradia transitória da saúde mental:

“Uma das principais problematizações naquele momento [de implantação do serviço] era ‘quais seriam os critérios de encaminhamento’. Como não reproduzir o modelo de abrigo na UAI... Apesar da unidade estar ligada diretamente a um CAPS I, o que fazer para não virar simplesmente um abrigo, que é um outro perfil de serviço, ligado a uma outra portaria, a outra secretaria. Foram coisas que nos fazem pensar até hoje.” (ENTREVISTA, GERENTE CAPS I, 2014).

Contudo, pensar critérios não pode refletir num endurecimento nas formas de acolhimento, pois haveria o risco de reproduzir violações de direitos, de produzir ou acentuar vulnerabilidades. A equipe problematiza bastante essa questão em diferentes momentos da reunião, apontando que a necessidade do acolhimento, de proteção e de cuidado devem prevalecer em relação a qualquer protocolo de encaminhamento.

Enfim, essa dinâmica territorial em que a UAI se encontra, tanto em relação às dificuldades de articulação intersetorial e do trabalho em rede, quanto às confusões relativas à sua finalidade e especificidade na rede, tem como efeito a constituição de um espaço híbrido de atenção⁴¹, subvertendo qualquer tentativa de se estabelecer um grupo específico que poderia se beneficiar do serviço. Como foi dito na reunião: *“Mas as casas foram criadas em São Paulo ‘quebrando’ com a lógica da Portaria. A casa é híbrida...”* (DIÁRIO DE CAMPO, 2014).

Mas, de que hibridismo está se falando?

⁴¹ Situação essa que é reforçada pela novidade que o serviço representa à rede de atenção local, por ter sido legitimada recentemente como estratégia de promoção de saúde. Pareceu que parte da rede desconhece a existência e a proposta da UAI, como foi possível notar transitando por outros espaços institucionais, serviços de saúde e socioassistenciais, ou em encontros de profissionais da rede, nos quais tinha a oportunidade de comentar em conversar informais sobre a pesquisa (DIÁRIO DE CAMPO, 2014).

O hibridismo da casa

Como já visto, a moradia transitória foi criada sob a denominação de Serviço Residencial Terapêutico Especial, conferindo-lhe um lugar difuso na rede de atenção da região central. Primeiro por se confundir com os serviços de acolhimento institucional da rede socioassistencial, e segundo porque sua denominação inicial sugeria um foco mais amplo que somente as questões de saúde mental relativas ao uso abusivo de drogas, configurando-se ali um tipo de hibridismo que extrapolava as delimitações postas na Portaria 121/2012. A *hibridização* do serviço, pela incorporação de demandas diversas à sua finalidade primeira, tensiona o cotidiano do serviço.

Ao reconhecer esse efeito de hibridização da moradia transitória, parece-nos potente explorar outros sentidos do termo *híbrido*, que nos auxiliem a pensar aquilo que a UAI coloca pra funcionar ao se estabelecer como lugar de acolhimento das *anormalidades*, desse contingente residual que parece não caber em espaço algum.

Retomemos a tese de Almeida (2012), que ao forjar o conceito o conceito de *hibridismo assistencial*, alerta para uma tendência manicomial que se estabeleceu na rede de acolhimento institucional no campo da Assistência Social, efeito do encontro com a Psiquiatria. Ela nos fala daqueles dispositivos que têm funcionado silenciosamente e à margem dos processos de desinstitucionalização disparados pelos operadores da Reforma Psiquiátrica.

(...) uma das principais características da rede asilar para deficiência: a fusão dos dispositivos do abrigo e do hospital psiquiátrico, verificando-se uma interligação entre as práticas de asilamento oriundas do campo da Assistência Social e da Saúde. (ALMEIDA, 2012, p. 85)

Como um primeiro modelo de hibridismo assistencial identificado em seu trabalho, a autora descreve as situações onde jovens com problemas mentais, em geral com longa história de institucionalização, são transferidos dos abrigos para hospitais psiquiátricos por terem atingido a maioridade, efeito de um tipo de funcionamento

técnico-administrativo entre os campos da Assistência Social e Saúde, que ela denomina “hibridismo assistencial-longitudinal-interinstitucional”.

[...]a transferência de uma instituição de abrigo para uma instituição psiquiátrica, é de ordem administrativa, coincide e incide sobre a passagem do sujeito para a vida adulta, numa espécie de rito de passagem gerido pelas instituições, e pode estar nos indicando uma total apropriação das instituições sobre a vida dos sujeitos tutelados por elas. (ALMEIDA, 2012, p. 87)

No segundo tipo de hibridismo assistencial, que não se realiza mais a partir da transferência das funções do abrigo para o hospital psiquiátrico, mas pela própria fundição destes dois dispositivos, não mais se verifica o funcionamento técnico-administrativo de transferência de usuários de um serviço da Assistência Social para o da Saúde, mas a incorporação das características hospitalares pelos serviços de acolhimento que atendem à população de crianças e adolescentes com diagnóstico de deficiência mental.

Movimento este que se dá diante dos efeitos da própria reforma psiquiátrica, de fechamento dos hospitais psiquiátricos: é no âmbito da Assistência Social que se encontra as condições necessárias para a manutenção das práticas asilares, dada a fragilidade das normativas que orientam e organizam tais serviços na esfera socioassistencial.

O hibridismo assistencial do qual nos fala Almeida se refere, portanto, a um tipo de aliança, ou mesmo de fusão institucional, que faz funcionar o sequestro de certas crianças e adolescentes em espaços isolados, entendendo-os como incapacitados ou especialmente vulneráveis para a participação na vida social.

Quando escutamos, por sua vez, o trabalhador de uma unidade de acolhimento afirmar “a casa é híbrida”, como poderíamos escutar essa fala? Há similitudes entre a UAI e essas instituições híbridas das quais nos informa Almeida? Ou será que podemos supor uma potência relativa a esse modo híbrido de funcionar, de acolher, que caracteriza a experiência da moradia transitória de São Paulo?

No desejo de identificar o que na conformação da UAI também há de potente, o hibridismo ao qual gostaríamos de fazer referência agora é outro. É aquele que diz de

um multilinguismo, da mistura de vocabulários⁴². Ou do híbrido que fala daquilo é composto por elementos diferentes, heteróclitos, disparatados⁴³.

Nesta direção, escutamos “*a casa é híbrida*”, em sua capacidade de comportar o anômalo; lugar em que há ausência de regularidade, de normalidade. Daí sua hibridez⁴⁴. Trata-se, portanto, de pensar naqueles espaços em que tem lugar o *anômalo*, no sentido daquilo que escapa “das normatividades das formas médias e que por isso pôde produzir outras formas de vida, outros modos de existência” (LOBO, 2004, p. 204).

É Canguilhem (2002) que nos oferece uma pista importante ao nos lembrar que, etimologicamente, anomalia refere-se ao que é irregular, rugoso, sendo um conceito puramente descritivo, ou seja, não relativo à atribuição de um valor. A anomalia, nesta perspectiva, não é doença, no sentido daquilo que desviou quantitativamente do normal tido como condição ideal, mas refere-se a um estado de mutação, que exprimem outras normas de vida possíveis. De modo que Canguilhem recusou tomar o conceito de normal a partir régua aritmética, da frequência estatística ou do tipo ideal, e nos convida a pensar em normatividade como uma pista ético-política.

O conceito de normatividade, em Canguilhem, indica para a capacidade criadora que a condição de ser vivo impõe. Como bem resumiu Aguiar (2004, p. 156), normatividade não significa “estar dentro de padrões esperados: é tornar-se capaz de criar novos padrões para si”. Nas palavras do próprio Canguilhem (2002, p.166) “criar para si novas normas de vida”.

Das suas proposições, podemos pensar a anomalia como um devir: “na medida em que seres vivos se afastam do tipo específico, serão eles anormais que estão colocando em perigo a forma específica, ou serão inventores a caminho de novas formas?” (CANGUILHEM, 2002, p. 110).

⁴² Híbridismo (subst. masc.): 1. Língua ou palavra que resultante da mistura dos vocabulários de duas ou mais línguas e/ou da interpenetração de sintaxes provenientes de línguas distintas. (...) (DICIONÁRIO HOUAISS, online)

⁴³ Híbrido (adj. e subst. masc.): (...) 2. ling. diz-se de ou da palavra formada por elementos tomados de línguas diferentes, como bicicleta. (...) 3. fig. que ou que é composto de elementos diferentes, heteróclitos, disparatados. (...) (IDEM).

⁴⁴ Hibridez (subst. fem.): (...) 2. Ausência de regularidade, de normalidade; anomalia. (DICIONÁRIO HOUAISS, online).

Daí ser possível falar, com Lobo (2004, p. 204) de uma ética do anômalo, de um devir em que urge a necessidade de “romper as tutelas, afirmar as diferenças; é correr o risco de misturar-se no mundo enquanto modo minoritário e singular. É fugir das identificações (sempre da piedade) e dos reconhecimentos (sempre da má consciência moral).”

Parece-nos uma mirada ético-política potente para pensar as práticas de cuidado e proteção direcionadas aos meninos e meninas, crianças e jovens, que se encontram nas ruas em experimentações intensivas que por vezes lhe conferem marcas profundas no corpo, quando não têm a vida por um fio. Um presente tão intenso diante de um futuro tão incerto. Questões candentes com as quais os trabalhadores da UAI e do CAPS I têm de se haver.

Apresentaremos, a partir deste ponto, fragmentos de caso de três adolescentes⁴⁵ que estão ou já foram acolhidos na UAI. Tomados em sua potência analisadora, será a partir das pistas que tais casos indicam que encararemos as problematização das questões acima elencadas.

Os recusados

“Estamos surfando na rede”, disse o técnico do CAPS I (DIÁRIO DE CAMPO, 2014). É que tais dispositivos precisam trabalhar ao modo do surf, ou seja, serem capazes de acompanhar certas ondas, de se colocar no meio. Além de operar segundo a ética do anômalo, na invenção de um lugar que suporte e sustente o devir, enfim, sustentando um caráter híbrido onde cabem das diferenças, dado o conjunto complexo de demandas que tais histórias de vida carregam, como sugeriram os profissionais da UAI e do CAPS I.

Quando conversávamos sobre temas relativos à criação da UAI na cidade de São Paulo, a gerente do CAPS I comentou sobre a demanda encaminhada ao novo serviço, e ela os identifica como “os recusados”, dada a recorrência de expulsões que sofreram em suas vidas.

⁴⁵ Os nomes são fictícios.

O que vem pra gente são os meninos que são recusados nos abrigos, recusados na casa, recusados na vida! São esses que chegam pra gente. Então, qual o nosso perfil? São os recusados na vida. E quais são as possibilidades de saída para os recusados na vida? São coisas pra gente ir pensando... (ENTREVISTA, GERENTE CAPS I, 2014)

Quem são os recusados?

Retomando Rotelli *et al*, “o dilema central e dramático dos sistemas de saúde mental (...) não são mais os velhos pacientes crônicos egressos dos hospitais psiquiátricos (...) mas os novos crônicos”: os jovens que carregam consigo problemas de diferentes naturezas - sociais, econômicos, de saúde, psicológicos – que colocam a ordem pública em risco, sem diagnósticos definidos e precisos, que circulam entre serviços sem estabelecer relações estáveis pelos espaços que transitam, e que periodicamente terminam ou em instituições de internação, ou em outras que os apartam, ainda que provisoriamente, da convivência social (ROTELLI *et al*, p. 23)

Nos modos de funcionamento das interfaces entre as políticas direcionadas a crianças e adolescentes que vivem em contextos de vulnerabilização social, a leitura dos prontuários e relatos dos trabalhadores sobre os percursos institucionais de alguns adolescentes atendidos, chama a atenção, num primeiro plano, um tipo de *função-triagem* generalizado que os serviços de saúde e assistência social cumprem frente à população infanto-juvenil, estabelecendo destinos distintos para crianças e adolescentes com questões diversas – seja por meio de acolhimento ou “recolhimento compulsório” (ORESTES, 2011; ASSIS, 2012) em serviços de acolhimento específicos e comunidades terapêuticas, seja pela internação psiquiátrica (BLIKSTEIN, 2012; JOIA, 2014).

Ao mesmo tempo que, como discutido no item anterior, acompanhamos a produção de um *funcionamento em circuito* entre serviços especializados que operam ao mesmo tempo como válvula de escape das demandas, atendidas de forma seletiva, tendo como efeito a cronificação e a fragmentação das necessidades dos sujeitos, além da dificuldade em estabelecer corresponsabilidade entre os serviços que participam da rede de cuidado (ROTELLI ET AL, 2001).

Por isso, ao olhar para as interfaces entre as políticas sociais e para o lugar da UAI no interior desse jogo, questionar se estamos diante de uma gestão das anormalidades, todavia por outros meios, diversos do modelo da *instituição total*. Gestão essa que,

mesmo ancorada em práticas disciplinares, agora funciona segundo uma lógica biopolítica (FOUCAULT, 2008a, 2008b). Tempos em que proteção e controle se confundem, atravessam-se, justificam-se mutuamente.

Por outro lado, buscamos nos atentar às rachaduras dessa modalidade de atenção – a moradia transitória como modo de cuidar – é capaz de produzir naqueles modelos de proteção e tratamento, fortemente tutelares, herdeiros das práticas correcionais e coercitivas, numa direção de produção de vida fundada em outra ética, a ética do cuidado. Vejamos quais questões e problemáticas os casos nos colocam.

O menino selvagem: o cuidado na errância

*O menino selvagem*⁴⁶ foi encontrado em situação de rua na região da cracolândia. Ele é da região de Sapopemba - Zona Leste do município –, e está em situação de rua há pelo menos 07 anos. “Faz uso de crack, gosta de estar na rua, mas topou o desafio de ficar na UAI” (ENTREVISTA, COORDENADORA UAI, 2014).

Na reunião, a dupla de referência do caso retoma sumariamente a história do adolescente: contam que vem de uma família que vive num contexto de vulnerabilidade social, na região leste de São Paulo. Há relatos de que aos 09 anos de idade o menino começa a frequentar a região central da cidade, quando inicia o uso de cola e maconha. Algum tempo depois, passa a ficar na rua por períodos mais longos, e começa a usar crack. O adolescente é levado ao CAPS I pela Guarda Civil Metropolitana (GCM), no ano de 2010, quando o garoto tinha 12 anos de idade.

O adolescente aparece no CAPS I esporadicamente, em geral em “situações de emergência”, ou quando estava sob efeito da droga, ou quando estava sob ameaça na rua, e em geral apresentava atitudes agressivas no serviço. Soube-se que tanto o adolescente como seus irmãos tinham histórico de acolhimento institucional na infância acionado por “questões materiais”. O adolescente também tem histórico de internações psiquiátricas no antigo SAID, atual UNAD.

O CAPS I fez tentativas de encaminhamento do adolescente para serviços de acolhimento, mas os “abrigos não suportavam” a permanência do adolescente em razão de seu comportamento “agressivo”. Ao mesmo tempo, o adolescente também se coloca contrário às tentativas de abrigamento. Recusa, escapa, não fica.

⁴⁶ O adolescente será denominado aqui como *O menino selvagem*, como fora identificado em certo momento por um dos técnicos do CAPS I durante uma reunião de equipe

Há cerca de um ano e meio acaba hospitalizado após ter sofrido lesão por arma de fogo no braço. Quando recebe alta, equipe do CAPS I discute a possibilidade de inclusão do adolescente na UAI. Questiona-se na época se o adolescente seria capaz de bancar a permanência no serviço, uma vez que tinha história de outros acolhimentos que não bancou.

Em meados de 2013 o adolescente é encaminhado à UAI, mas pouco tempo depois volta a frequentar a rua com uso intensivo de crack, até que fica um período longo sem retornar à UAI nem ao CAPS I. Alguns meses depois reaparece no CAPS I e é retomado com o adolescente a possibilidade do acolhimento. Em seguida o adolescente fica um tempo sem aparecer nos serviços novamente.

Em alguns contatos com o CAPS I, onde volta a frequentar esporadicamente, chega a afirmar que não deseja ficar na UAI, mas um tempo depois ele próprio pergunta se poderia voltar para a casa – na ocasião ele relata ter sofrido ameaças na rua. O adolescente então passa a frequentar o CAPS I com bastante frequência mas com “atitudes disruptivas” descritas como comportamentos explosivos, quebrando objetos e ofendendo pessoas.

O caso é acompanhado sistematicamente pela Vara da Infância e Juventude (VIJ). Num ofício da VIJ, de novembro de 2013, o juiz de direito solicita avaliação do CAPS I quanto à: “necessidade de *internação compulsória* (...). Se a avaliação do órgão de saúde apontar a necessidade de internação, o adolescente deve ser encaminhado imediatamente ao local indicado até obtenção de alta médica, para fins de tratamento da drogadição, vedada a *desinternação sem prévia autorização judicial*. Caso o órgão responsável pela avaliação entenda não ser o caso de internação compulsória, deverá apresentar projeto terapêutico no prazo de 05 (cinco) dias, especificando o local (instituição) e a forma de tratamento, que *garantam o afastamento do uso de drogas*”. (grifos meus).

A resposta do CAPS I foi apresentar a linha de cuidado que o serviço vinha desenhando junto ao adolescente, que envolvia seu acolhimento na unidade. A UAI e o CAPS I acionaram outros serviços da rede para compor o projeto terapêutico do adolescente, como a Unidade Básica de Saúde (UBS) e o Centro Integrado de Educação de Jovens e Adultos (CIEJA). No decorrer deste ano, o adolescente volta a permanecer longos períodos sem paradeiro conhecido, e geralmente reaparece no CAPS I. Outros equipamentos da rede foram acionados para acompanhar o caso (UBS da região de moradia da família, CREAS, Centro de Convivência da Criança e do Adolescente, Saica).

Em torno do caso, a equipe pontua o movimento do adolescente de não bancar os acordos feitos nos espaços institucionais, e questionam que uso ele tem feito dos serviços, especialmente da UAI. Um técnico comenta que este adolescente funciona segundo um “*devir-selvagem*”, fazendo alusão ao seu comportamento “indisciplinável”, de não

submissão às regras e normas. Outra técnica sustenta que seu comportamento pode ser um indicativo de sofrimento intenso, e relembra de algumas falas dele sobre medo de morrer, de ser assassinado, contando sobre cenas de muita violência que testemunhara na rua, e sobre a possibilidade de ter contraído HIV.

A equipe da UAI é convidada a falar sobre como o adolescente tem se comportado na casa transitória. Uma acompanhante afirma que são comuns conflitos do adolescente com outros adolescentes, e não raro, atitudes de desrespeito com alguns acompanhantes, afinal, trata-se de um “*garoto desobediente*”. Entre outras ponderações, o caso gira em torno da seguinte questão: que usos o adolescente faz do serviço, uma vez que não banca as condições e acordos para ficar na casa, e se o desrespeito aos combinados e regras da casa implicaria na decisão de um possível desligamento da UAI. Comentam que, no entanto, o adolescente tem permanecido mais tempo na residência, e que é possível apostar na sua permanência na UAI. (DIÁRIO DE CAMPO, 2014).

A questão que se coloca neste caso é o cuidado diante da errância e de um certo “devir-selvagem”. O que a errância do menino selvagem nos ensina? Que modos outros de cuidar que ela demanda? Há um movimento do adolescente que escapa às estratégias dos serviços. O garoto resiste em obedecer às regras e normas que lhe são apresentadas. Contudo, ele volta, e negocia seu cuidado. É possível depreender daqui uma necessária inversão: a rede social, de cuidado, precisa colocar-se em posição discente e acompanhar aquele que é cuidado, seus movimentos singulares, apreendendo ou mesmo inventando daí uma direção clínica possível (VIGANÓ, 1999).

Sobre sua errância, arriscamos ainda fazer alusão à figura do nômade, conforme trabalhada por Pélibart (2011). Num diálogo com Kafka e Deleuze-Guattari, este autor aproxima a imagem do nômade à do esquizo.

Eles [os nômades] desconhecem os costumes locais e imprimem à capital em que se infiltraram suas esquisitices. Ignoram as leis do Império, parecem ter sua própria lei, que ninguém entende. É uma lei-esquiza, dizem Deleuze-Guattari, talvez pela semelhança do nômade com o esquizo. O esquizo está presente e ausente, simultaneamente, ele está na tua frente e ao mesmo tempo te escapa, sempre está dentro e fora, da conversa, da família, da cidade, da economia, da cultura, da linguagem. Ocupa um território mas ao mesmo tempo o desmancha (...). O nômade, a exemplo do esquizo, é o desterritorializado por excelência,

aquele que foge e faz tudo fugir. Ela faz da própria desterritorialização um território subjetivo. (p. 19-20).

Na contraposição aos movimentos nômades, estão as lógicas sedentárias, em que o corpo ganha peso, perde a velocidade da errância, e tende a ser capturado por uma força centrípeta e naturalizadora do aparelho de Estado⁴⁷, num funcionamento normalizado em função de um ideal de vida ou da mera sobrevivência (Oneto, 2010). Diz Oneto, “para o nômade o território é ponto de troca e de passagem e a reterritorialização se dá sobre seu corpo sempre. O corpo do nômade e o espaço são indiscerníveis” (2010, p. 156-157).

De certa forma, é possível entender que, neste caso, o comportamento chamado “*disruptivo*” faz recusa a certas lógicas mais sedentárias, organizadas e em alguns momentos mais normalizadoras na oferta do acolhimento. Afinal, um “bom comportamento” é esperado como condição de sua estadia. De outro lado, é desde uma posição de escuta, ou de uma abertura, dos trabalhadores em relação à errância que se produz um contraponto necessário para que o cuidado não se submeta forma-norma ou à rápida pacificação da errância.

Ao que parece, aquilo que o técnico identificou como um devir-selvagem característico deste adolescente, aproxima-se da figura do nômade-esquizo. Como podemos escutar esse devir-selvagem? Como expressão de resistência às capturas as quais as crianças e adolescentes estão submetidos desde uma lógica desenvolvimentista que lhes confere lugar e lhes restringe a circulação (MEDEIROS, LEMOS, 2011).

E enfim, como bem pontuou Joia (2014, 135-136), deve-se de subverter a lógica de que a “rua não é lugar de criança”, de acolher a necessidade de se forjar lugares outros diante da infância, lugares que não reduzam suas experiências aos cálculos das vulnerabilidades, aos circuitos de aprisionamento ou aos mecanismos de normalização e disciplina.

⁴⁷ Dizem Deleuze e Guattari (p. 2002, p. 34): “[...] essa foi sempre uma das principais funções do Estado, que se propunha ao mesmo tempo vencer uma vagabundagem de bando, e um nomadismo de corpo”.

Responsabilidade sanitária: proteção e autonomia x medicalização

Cauê foi internado várias vezes na infância e na adolescência, a pedido da família, que segundo relatos não sustentava suas crises. Cauê foi encaminhado à UAI desde sua inauguração, apesar de nunca ter feito uso de drogas. Veio encaminhado por um CAPS de outro território da cidade, numa tentativa de interromper esse ciclo de internações. Durante o período de acolhimento na UAI, rasgou três vezes seu prontuário no CAPS I. Cauê é conhecido pela sua instabilidade de humor, e por quebrar tudo quando está irritado, mal-humorado, ou se sente frustrado. Cauê também agrediu o pessoal que trabalha na UAI e no CAPS I em algumas ocasiões, e ficou conhecido como “perigoso” e “imprevisível”.

Em uma das ocasiões em que estive na casa, Cauê disse numa assembleia, em que estavam discutindo sobre a necessidade dele tomar seus medicamentos regularmente, que não precisa de injeção, mas de atenção. Por recusar a tomar seus remédios psiquiátricos, às vezes é preciso segurá-lo para administrar a medicação. Em conversa com os coordenadores da UAI, eles contam que foram feitas algumas tentativas de retorno do Cauê para casa da mãe, porém era comum, em suas visitas à família em que ficava por períodos mais prolongados, ele apresentar episódios de agressividade. Certa vez, voltou da visita bastante machucado, e pouco conseguiu falar a respeito do que havia acontecido. Cauê está próximo de completar 18 anos, e é enfático ao afirmar que voltará, então, para a casa da mãe. A equipe preocupa-se, pois a mãe fala que não deseja o filho de volta. (DIÁRIO DE CAMPO, 2014).

Ao mesmo tempo em que recusa ser medicado, Cauê parece colocar em questão a verdade dos prontuários quando os rasga, registros que operam uma produção de subjetividade segundo uma racionalidade medicalizante. Estes acontecimentos podem ser tomados como analisadores das possibilidades e do grau de negociação que se impõe na relação paciente-médico ou, no caso, na relação paciente-especialistas de saúde. Afinal, não se trata de uma relação qualquer, pois:

O paciente sai do encontro com o médico redefinido, transformado em um caso. Ele é *territorializado* em um diagnóstico. Tudo o que ele vier a dizer após receber o diagnóstico será interpretado segundo os termos usados no interior desse território. O ato do diagnóstico inscreve-o num universo do qual ele não domina os termos empregados e as regras de funcionamento. (...) O paciente

diagnosticado, transformado em caso, é agora um representante dos pacientes do estudo clínico controlado. Esse mundo, segundo Pignarre, é um mundo em que se fala de “verdades”, em que parece haver muito pouco espaço para negociação. (AGUIAR, 2004, p. 67-68)

Sua atitude coloca em análise a própria posição dos nossos saberes disciplinares que modularam os espaços institucionais, a partir dos quais se produzem ideias universais em torno da infância e adolescência, e se sustenta um dever-ser baseado na noção de desenvolvimento, que enquadra a vida e dita seu destino. É desse modo que o esperado “*bom comportamento*” – como no caso d’O Menino Selvagem – ou adesão ao tratamento, neste caso, muitas vezes é tomado como indicador de saúde, e a desobediência ou recusa torna-se motivo de preocupação.

A história de Cauê também nos faz perguntar sobre a atenção à crise já no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Cauê era criança à época da promulgação da Lei 10.216/2001, quando a atenção em rede e no território se instituía na utopia ativa da integralidade em saúde mental, prescindindo do hospital psiquiátrico como “retaguarda”. Contudo, Cauê foi submetido a várias internações psiquiátricas desde a infância, sendo sua história emblemática do diagnóstico realizado pelas pesquisas de Scisleski (2006), Cunda (2011), Blikstein (2012) e Joia (2006, 2014) sobre a recorrência das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes a despeito da nova lei.

Paralelamente, a história de Cauê também desafia o princípio da voluntariedade do serviço. Numa ocasião, a fala de um dos coordenadores da UAI problematiza o caráter voluntário do serviço ao refletir sobre as questões que o cuidado de Cauê coloca. Reconhecemos que sua operacionalidade é bastante complexa: a depender da maneira como o caráter voluntário é concebido, as práticas podem deslizar para uma *hiper-responsabilização* do adolescente, na medida em que suas escolhas forem tomadas de forma individualizada, aludindo a um pretense livre arbítrio, e de outro lado, a uma *desresponsabilização* do serviço frente às demandas complexas de cuidado que certos casos refletem.

O caráter voluntário deve, sim, ser assumido como princípio ético e destacado seu reconhecimento pelas normativas legais, especialmente porque faz frente às compulsoriedades no campo da saúde (JOIA, 2014; FRASSETO, JOIA, 2014). Contudo, sua

operação deve ser examinada à luz das responsabilidades sanitárias, não podendo expressar omissão em relação à necessidade de cuidar tampouco. Por isso, é preciso redimensionar as noções de cuidado e proteção que orientam nossas práticas, conforme refletiremos mais adiante.

Rosemberg e Mariano (2010) tecem considerações importantes sobre a presença dos princípios de proteção, enquanto direito especial, e de liberdade – ambos ancorados em posições filosófico-políticas distintas, por vezes contraditórias e inconciliáveis – em documentos de caráter mandatário que orientam as políticas de atenção à infância e adolescência. Trata-se de um debate em aberto, e as autoras identificam certa omissão da academia em pautá-lo, dado um número reduzido de pesquisas sobre o tema. Mas, para além de encontrar uma resposta definitiva para a questão, de sua reflexão apreendemos uma posição de recusa a uma universalidade da categoria infância diante da “desigual visibilidade pública e de acesso a recursos sociais, políticos e econômicos, não só para os diferentes segmentos sociais, mas também para os diferentes subgrupos etários que a compõem” (p. 721). Essa posição convoca-nos a olhar não apenas para uma vulnerabilidade inerente a esta etapa da vida, mas uma vulnerabilidade que diz do lugar da criança e do adolescente na trama social.

Por outro lado, Fuganti (2009, p. 677) também colabora para esta reflexão quando afirma que:

Estamos necessariamente em relação. Mas o homem que põe a imaginação no lugar do pensamento traduz a relação necessária como relação de dependência. No entanto o que se passa é exatamente o contrário. À medida que você apreende o relacional na relação, encontra também a condição para conquistar a autonomia e abrir-se ao máximo para essa combinação que faz da vida potência de composição e de estilização da própria existência.

E de sua afirmação, é possível questionar: que relações outras são possíveis na vida de uma criança ou adolescente que potencializam a vida? E o que produzimos ao nos colocarmos em relação com eles? Tal problemática nos convoca a pensar, também, o cuidado e a posição que ocupamos diante daqueles que cuidamos. Quando nos posicionamos como especialistas que sabem sobre aqueles dos quais trata – relação de

assujeitamento - nossa ação é regida por vetores de controle (MACERATA, 2010). Como escreveu Guattari (2012, p. 66): “Desde que somos obrigados, por função, a cuidar dos outros, a ‘assisti-los’, uma espécie de relação ascética sadomasoquista se institui, poluindo em profundidade as iniciativas aparentemente mais inocentes e desinteressadas”, provocando uma desestabilização em nossas certezas humanistas.

(Des)cuidado e (des)proteção na crise: o “não-lugar” da rede

A história de Carla foi resgatada a partir dos prontuários, relatórios e por meio de entrevistas com os coordenadores da UAI. Carla foi abrigada a primeira vez aos 02 anos de idade, assim como seus irmãos, cada um em uma instituição. Os pais, usuários de drogas, foram considerados, à época do abrigamento, negligentes em relação aos cuidados dos filhos. A família de Carla era de Itaquera, região leste de São Paulo – mas Carla foi acolhida na cidade de Carapicuíba, num serviço que tinha capacidade para cerca de 80 crianças e adolescentes. Carla nunca mais voltaria a morar com sua família.

Em 2008, quando tinha 12 anos de idade, Carla sofre sua primeira internação psiquiátrica. Na época, o serviço de acolhimento solicita à Vara da Infância e Juventude que acompanhava o caso internação psiquiátrica com a seguinte descrição:

“momentos de surto com descontrole e autoagressão desde os oito anos de idade, apresentando baixa tolerância em situações que não lhe agradam, ocorrendo no ambiente escolar e na organização [referindo-se à instituição de acolhimento]”. (DIÁRIO DE CAMPO, 2014).

Carla ficou um breve período internada e após a alta começou a ser acompanhada por um CAPS I. Já com 14 anos de idade, Carla começa a questionar o porquê de estar acolhida em região tão distante da sua família. Há um registro no seu prontuário do CAPS I que foi acompanhada enquanto esteve abrigada de que Carla foi sozinha até o Fórum de Carapicuíba para conversar com o juiz sobre essa situação e pedir sua transferência para uma casa mais próxima do endereço de seus pais. A resposta que recebeu da equipe psicossocial do Fórum foi que não havia vaga.

Neste mesmo período, o CAPS I que a acompanhava percebe melhora no seu quadro clínico-psiquiátrico, e decide pela sua alta. Contudo, a notícia teve repercussões no serviço de acolhimento: de acordo com os relatos no prontuário, os técnicos do abrigo reagem com apreensão e questionam a alta. Dias depois do contato dos técnicos, Carla apresentou uma “crise” na escola após receber uma nota baixa, quebrando o vidro da sala de aula e cortando-se com os cacos. Devido a este episódio, Carla foi afastada por tempo indeterminado das atividades escolares.

O serviço de acolhimento também pediu judicialmente transferência da adolescente para outro abrigo, e Carla passou a morar num serviço localizado na cidade de São Paulo, na região Sudeste de São Paulo. Paralelamente, também foi incluída no Programa Equilíbrio⁴⁸, destinado a crianças e adolescentes com comportamentos disruptivos considerados em vulnerabilidade, que viviam nas ruas ou em abrigos.

Carla começou a frequentar o CAPS I do território do abrigo. O CAPS I acionou a UBS de referência do território de moradia dos pais, na tentativa de viabilizar uma aproximação dos pais e eventual retorno de Carla à família. No entanto, os pais sinalizaram não ter condições de receber a filha, destacando sua situação de instabilidade financeira e de moradia.

A equipe do novo abrigo, após relatos de agressão a funcionários do serviço, autoagressão e “tentativa de suicídio”, avalia que Carla “não tem condições de conviver com outras pessoas” e solicita, via judicial, uma vaga em hospital psiquiátrico para a adolescente. Carla foi encaminhada, então, para uma ala psiquiátrica de um hospital geral da zona leste de São Paulo.

Carla ficou na ala psiquiátrica por cerca de 02 anos aguardando vaga de internação. Por determinação judicial, foi encaminhada à UAI, que era denominada como Serviço Residencial Terapêutico Especial, em junho de 2013, apesar de não ter história de uso abusivo de drogas. No entanto, a UAI foi identificada como um espaço possível de acolhimento e cuidado adequado para a adolescente.

Carla ficou dois anos na ala psiquiátrica de um hospital, e ela não tinha demanda nenhuma para ficar internada dois anos. “Dois anos porque não tinha para onde encaminha-la”. O juiz não tinha para onde encaminhar. E aí surge a Residência Terapêutica Especial.

De acordo com os relatos, Carla apresentava muitas oscilações de humor nos primeiros dias na UAI, e era recorrente dizer que queria morrer e ameaças de suicídio. Com o tempo, Carla deixou de apresentar esses comportamentos. No prontuário, há um documento solicitando ao Poder Judiciário autorização para que Carla visitasse a família nas festas de fim de ano, chamada de “licença terapêutica”.

⁴⁸ O Programa Equilíbrio surgiu em 2005, mas desde 2007 é mantido via um convênio firmado, entre a Fundação Faculdade de Medicina e a Prefeitura do Município de São Paulo, e coordenado pelo Departamento e Instituto de Psiquiatria da FMUSP. Seu público-alvo são crianças e adolescentes que vivem em contextos de vulnerabilidade e risco pessoal e social, que vivem em situação de rua ou em serviços de acolhimento. A inclusão das crianças e adolescentes no programa é iniciado por uma avaliação psiquiátrica que busca identificar a presença de sintomas suficientes que justificassem um diagnóstico psiquiátrico, e posteriormente são submetidos ao acompanhamento de uma equipe multiprofissional de saúde. Para saber mais: <http://www2.fm.usp.br/programaequilibrio/index.php>

Em abril de 2014, Carla foi transferida para outra unidade de acolhimento, que atende adolescentes mais velhos e jovens adultos, em razão de se aproximar de seu aniversário de 18 anos de idade. (DIÁRIO DE CAMPO, 2014).

O caso de Carla denuncia o prolongamento da institucionalização como efeito da tutela daqueles considerados mais vulneráveis, além dos efeitos de violação de direitos que acompanham a institucionalização, que em certa medida apontam para um modo de funcionamento da rede.

A internação psiquiátrica a que Carla é submetida expressa um “não-lugar” na rede, no sentido da ausência de espaços que suportem modos singulares de existência. O caso, assim como os dois anteriores, é paradigmático daquilo que Rotelli *et al* (2001) chamaram de “*os novos crônicos*”. No entanto, Carla recusa muitas vezes, de muitas formas, os destinos que lhe eram conferidos. Como na ocasião em que toma a iniciativa de questionar as técnicas do Judiciário o porquê de estar longe da família, e pedir para ficar num abrigo mais próximo da casa dos pais. Desejo de poder viver uma margem de liberdade possível, de poder participar das escolhas sobre sua vida, mas que lhe é negada por conta das burocracias institucionais. Negação do direito à convivência familiar e comunitária, garantidas pelo ECA, a estar perto da família, em nome, mais uma vez, da proteção.

Neste caso, também se observa a tendência a individualizar as responsabilidades, e concebê-las estritamente como reparação a um dano pelo qual se é culpado, numa tendência à *hiperresponsabilização* dos serviços envolvidos com o cuidado, o que paradoxalmente fomenta práticas de desresponsabilização, de omissão e negligência, produzindo ou acentuando vulnerabilidades. Como efeito das desresponsabilizações, modos de atuação defensivos e intolerância à incerteza e ao risco (PITCH, 2003). Parece pertinente pensar a dimensão ética que exige o trabalho de cuidado diante da complexidade que as situações de crise impõem.

Por fim, a história de Carla é emblemática dos processos de judicialização do cuidado em Saúde Mental (BENTES,1999; SCISLESKI, 2006, 2010; CUNDA, 2011; BLIKSTEIN, 2012, JOIA, 2014; FRASSETO, JOIA, 2014), em que as ações no campo sanitário são submetidas às demandas judiciais. O evento que melhor analisa os efeitos do processo de judicialização, no caso de Carla, talvez seja a necessidade de uma “licença

terapêutica”, submetida a autorização do juiz para a adolescente pudesse passar as festas de fim de ano com a família. O que devia ser direito é tratado como exceção. O que terá motivado tal exigência?

A partir do encaminhamento ao Saica quando ainda criança, seus destinos foram definidos por ordem judicial, nas transferências entre serviços de acolhimento, nos encaminhamentos às internações psiquiátricas a que foi submetida, chegando a “morar” numa ala psiquiátrica de um hospital geral por dois anos, e enfim, quando é encaminhada para a UAI. Em todas as ocasiões, para protegê-la, ou de sua família ou de si mesma, ou para garantir a segurança daqueles que foram incumbidos de cuidá-la.

Aqui vemos bem como o dispositivo da vulnerabilidade e do risco faz funcionar certas governamentalidades, modos de gestão das anormalidades. O caso do menino selvagem também era marcante a vigilância judicial sobre as ações dos serviços de Saúde, que tinham de enviar relatorias com certa regularidade à VIJ sobre o acompanhamento, bem como justificar os períodos de ausência do adolescente, e a possibilidade de internação compulsória rondava o caso, aparecendo nos ofícios emitidos pela VIJ.

Situações análogas a essa não eram incomuns no CAPS I e na UAI. Como já discutido anteriormente, uma boa parcela dos casos que passaram pela UAI (35%) foram acolhidos via ordem judicial, situações que representam impasses importantes ao trabalho. Controle e cuidado facilmente se confundem nessas circunstâncias, e o papel dos serviços de saúde diante de casos tão delicados ficava comprometido. Trata-se, portanto, de um tema importante a ser problematizado nas ações de rede.

O tema da judicialização não deve, contudo, confundir ou anular as atribuições específicas de cada instância do sistema de justiça (Ministério Público, Vara da Infância e Adolescência, etc). No campo da saúde mental, em particular, o judiciário pode operar no sentido de garantir o direito à saúde, favorecendo o acesso às políticas sociais ou mesmo exigindo a oferta suficiente de serviços. Por outro lado, também pode fazer funcionar as compulsoriedades, impondo o tratamento sem necessariamente avaliar qual demanda de saúde está colocada, muitas vezes para atender às exigências de segurança e defesa da sociedade diante dos reconhecidos como perigosos – imagem facilmente colada aos usuários de crack e às diversas figuras da loucura (JOIA, 2014, p, 43, nota de rodapé).

A judicialização, sob a retórica da garantia de direitos (à saúde, à vida, à proteção social) encobre as complexidades relativas aos contextos de vida das crianças e adolescentes que vivem em contextos de vulnerabilização social. Reduz e individualiza suas demandas a um problema de saúde, ocultando uma série de violações de direitos que por vezes acompanham suas histórias, quando não são produzidas pelos próprios processos de judicialização. Produção de circuitos cronificantes, em vez de produção de saúde.

Todavia, vale a ressalva que, mesmo quando os adolescente eram encaminhado à UAI por ordem judicial, era prerrogativa do serviço que a sua inclusão e permanência fosse voluntária; admitia-se a recusa do adolescente a este tipo de cuidado. A condução das situações pela equipe responsável pelo cuidado tentava desconstruir a compulsoriedade da atenção, privilegiando uma posição de escuta e negociação com os adolescentes sobre o PTS. A liberdade de ir e vir do adolescente, bem como a supremacia do cuidado em rede no território, são preservadas. O que, claro, não acontecia sem entraves ou impasses, como pudemos observar no caso de Cauê e de Carla, por exemplo.

Estes casos, com questões importantes de saúde mental mas sem envolvimento com drogas, permaneciam na UAI na tentativa de romper com o ciclo de internações a que foram submetidos, via de regra pela dificuldade da rede em oferecer suporte adequado em outros serviços (como em Saicas, ou mesmo recebendo atenção suficiente dos serviços territoriais de Saúde e Assistência).

Também nos deparamos com a dificuldade em reconhecer e exercer o direito dessa população a se posicionar em relação ao projeto terapêutico, e o delicado exercício de articular a liberdade de escolha – portanto, de eventual recusa à moradia transitória –, e as exigências de proteção relativas à singularidade de suas demandas.

Enfim, o caráter voluntário da UAI exige pensar criticamente as compulsoriedades, mas também refletir o que é autonomia, corresponsabilidade e colocar em análise os graus de liberdade que estão em jogo no cuidado e proteção de crianças e adolescentes. A voluntariedade não anula a responsabilidade de cuidar; pelo contrário, dá relevo à complexidade do cuidado e à necessidade de se realizar ações coletivas, pactuadas permanentemente e integradas com outras instâncias da rede.

Portanto, urge a necessidade de se repensar a autonomia como finalidade da prática de saúde, e rede, como estratégia na produção de cuidado. Autonomia que não se confunde com uma liberdade que pressupõe independência das relações. Estamos necessariamente em relação, num meio no qual estamos acoplados, agenciados, e autonomia é entendido como “abrir-se ao máximo para essa combinação que faz da vida potência de composição e de estilização da própria existência” (FUGANTI, 2009, p. 677).

Rede, por sua vez, como uma noção essencial por comportar o revezamento, a alternância dos cuidados. Revezamentos de diferenciação e de aumento de potência. Na produção de saúde, a “produção de aliados é o que interessa” (p. 678). É preciso questionar, não a perspectiva da rede, mas sim a sua segmentarização. Diz Fuganti(2009, p. 678):

A ideia de rede está totalmente capturada numa espécie de neoliberalismo. Ela opera uma alternância entre aparelhos ou microaparelhos de poder quando, do ponto de vista rizomático ou afetivo, deveria ser zona de passagem e de continuidades intensivas em que se operariam revezamentos, mas revezamentos de diferenciação e de aumento de potência em vez de simplesmente dizer: “olha, pega o abacaxi agora pra você porque eu vou pra praia”. Haveria que se sentir de fato o gosto pelo revezamento, pela diferenciação na alternância dos cuidados. A ideia de rede é essencial, o que se questiona é ela estar estabelecida, segmentada, uma rede de segmentarização; precisamos criar um plano de continuidade, de singularidades, não de segmentação.

Parece-nos pertinente, diante das questões que o tema da rede coloca, conectar certa noção de responsabilidade à formação de uma rede de cuidados. François Ewald (1997, apud BATISTA E SILVA, 2010, p. 102) identifica uma crise da responsabilidade no mundo atual: “chama-se à responsabilidade mesmo no momento em que não se sabe mais o que ser responsável significa”, num tempo em que a proliferação dos riscos faz crescer um sentimento de insegurança no corpo social (CASTEL, 2005).

[...] o risco se encontra num halo de incerteza correspondente a isso que nós sabemos não saber. *É a partir deste retorno da incerteza que se formula hoje o apelo à responsabilidade, mas com uma dificuldade constitutiva: é o próprio*

princípio da ignorância inocente que hoje torna responsável, e isso em condições onde, por princípio, não podemos nos remeter ao saber de um *expert* [...] (EWALD, 1997, apud BATISTA E SILVA, 2010, p. 102-103).

Dialogando com François Ewald, Batista e Silva (2010) relaciona um sentido corrente do termo responsabilidade ligado à uma ideia de previsão e prevenção. Diante do imponderável da vida, clamor da população por segurança, conforme apresentado na segunda parte deste trabalho.

O sentido do termo responsabilidade aparece como algo que remete ao governo, sendo que responsável seria o governo capaz de assegurar eventos futuros, ofertando garantias. Essa é a visão tradicional do termo, ligado à segurança, à prevenção e a previsibilidade. (BATISTA E SILVA, 2010, p. 104).

Trata-se, aqui, de recusar a perspectiva jurídica de responsabilidade que faz referência à uma falta, a algo a ser compensado, a uma dívida a ser paga, ou a uma norma a ser alcançada. Trata-se, pelo contrário, do ser responsável enquanto uma figura ética, relativo a uma prática de si, a um cuidado de si, conforme afirma Ewald (1997, apud BATISTA E SILVA, 2010, p. 104):

Ser responsável descreve uma figura ética, um trabalho de si sobre si, uma ascese graças a qual um indivíduo se distingue dos outros pelo seu engajamento em sua palavra, que arrisca o futuro levando a incerteza do presente. O peso da responsabilidade está em que, nessa palavra, não se engaja somente a si mesmo, mas os outros, que estão também numa certa relação de dependência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao estabelecer como foco de minha pesquisa de mestrado uma experiência de moradia transitória para crianças e adolescentes no âmbito da Saúde Mental, tive por interesse conhecer alguns vetores que atravessam essa modalidade de atenção em Saúde, pelas seguintes razões:

- trata-se de um serviço de moradia no âmbito da Saúde Mental, que apesar de aludir aos serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes, os Saicas, por assumir uma função de proteção social, guarda especificidades no interior da rede de atenção infanto-juvenil por se tratar de um serviço em que o cuidado em saúde prevalece.

- coloca em análise a questão relativa às demandas por cuidado em Saúde Mental de crianças e adolescentes, ao mesmo tempo que problematiza tanto a tendência à internação psiquiátrica como principal forma de tratamento para determinados casos, como a própria rede de saúde mental e socioassistencial mais ampla em suas capacidades e condições de atender a essa demanda.

- traz à baila o debate em torno das compulsoriedades e das práticas tutelares tão presentes no campo da infância e adolescência, uma vez que a transitoriedade e a voluntariedade aparecem em suas normativas legais como princípios norteadores das suas ações; bem como problematiza, em particular, a possibilidade de escolha do adolescente em participar ou não de determinado projeto terapêutico singular.

O percurso escolhido para traçar as linhas de composição do campo problemático que orientou a pesquisa privilegiou a perspectiva genealógica de Michel Foucault (1979) como mirada ético-política na busca de evidenciar o caráter contingencial dos acontecimentos, e o uso da caixa de ferramentas socioanalíticas, legada por René Lourau (1993, 2004a), na tentativa de acompanhar os tensionamentos relativos aos encontros entre modos de dizer e fazer e das disputas entre poder e saber que compunham o campo-tema da pesquisa.

Na cidade de São Paulo, essa modalidade de atenção só foi implementada em janeiro de 2012, no olho do furacão que representou naquela época a Operação Sufoco. O que se verificava na cidade de São Paulo era um investimento nas práticas de

internação ou encaminhamento para comunidades terapêuticas, da população usuária de drogas, além de ações controversas no campo da assistência social e segurança pública, numa clara gestão da circulação dessa população. Gestão higienista que se mantinha ao lado dos interesses econômicos do setor imobiliário – que se evidencia, por exemplo, no Projeto Nova Luz (JOIA, 2014).

As moradias transitórias surgem em São Paulo, portanto, na contramão dessa onda de internações e reclusões nas comunidades terapêuticas. O objeto dessa pesquisa foi uma moradia que têm como alvo crianças e adolescentes, na tentativa de registrar as contribuições dessa experiência para pensarmos criticamente os modos de cuidado e proteção que vêm se forjando na atualidade, no campo das políticas direcionadas a crianças e adolescentes. Foi perguntando que linhas de força concorrem para a conformação desse serviço na cidade de São Paulo que tentamos nos orientar nesta empreitada.

Para forjar nosso campo de análise, acompanhamos as análises de Foucault sobre, as racionalidades que sustentavam maneiras específicas de exercício do poder, um tipo específico de poder sobre a vida, que este filósofo chamou de biopoder. Referia-se a uma gestão calculada da vida que se dá por uma conjunção de tecnologias que “permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica” (FOUCAULT, 2005, p. 302). O biopoder é caracterizado então pela presença no corpo social de tecnologias disciplinares, de um lado, e tecnologias biopolíticas, de outro.

Ao conceito de biopoder se articula outra noção importante, a de governamentalidade, que Foucault (2008a) propôs para se referir ao conjunto de instituições, procedimentos e práticas que permitem exercer uma forma bem específica de poder sobre a população, acompanhados do desenvolvimento de uma variedade de aparelhos específicos de governo, de um lado, de uma série de saberes, de outro. Carregando aspectos ao mesmo tempo individualizantes e totalizantes, favorece o fortalecimento de um modo de governo das massas análogo ao poder pastoral.

No decorrer da formação dos Estados ocidentais modernos, acompanhamos a formação de uma rede institucional complexa, formada tanto por aparelhos do Estado, quanto pelos empreendimentos privados e entidades filantrópicas, entre os quais a

medicina (seja de iniciativa privada ou pública), a educação, e até mesmo as famílias. Aqui a ênfase recaiu sobre o problema do governo das populações, que passou a ser central para as sociedades industriais que vivenciavam um crescimento demográfico desordenado, ao mesmo tempo em que surgia uma demanda por indivíduos aptos para o trabalho.

Dizemos de uma sociedade que passa a se organizar segundo um modo específico de produção, baseada numa economia política que se desenvolveu fundada numa certa ideia de liberdade, em que é preciso deixar que as coisas aconteçam para que se conheça sua regularidade, e assim, seja possível controlá-las. Na base desse novo modo de governar, Foucault identificou a disseminação daquilo que ele denominou de dispositivos de segurança, que regulam as liberdades e gerenciam as circulações, em nome daquilo que aparece como mais economicamente viável. A economia política, como grade de inteligibilidade, extrapola as fronteiras do mercado, e passa a servir para analisar diferentes esferas da vida (FOUCAULT, 2008a, 2008b).

De maneira complementar, recorreremos a algumas pistas oferecidas pelo sociólogo Robert Castel, para uma análise da produção de demandas de proteção nas sociedades pós-industriais europeias. Este autor identificou um desencontro entre a ordem jurídico-política, que propunha uma igualdade entre todos os indivíduos, e a nova ordem econômica, baseada na figura do assalariado, e então propôs um primeiro paradoxo: sujeitos livres dotados de direitos que pela sua força de trabalho poderia gozar de sua soberania individual, contudo, que não podiam ou não tinham condições para o trabalho.

Em linhas gerais, Castel (1978, 1998) mostrou que esta nova conjuntura produziu a urgência por um novo modelo de assistência à população pobre ou indigente, uma vez que os grandes estabelecimentos de internamento em massa, e as práticas caritativas de base religiosa, já se mostravam ineficientes para o domínio dessa parcela da população, e ao mesmo tempo onerosas para a máquina estatal. O Estado, então, teve de tomar para si a função de gerir essa massa, dada sua periculosidade por sua tendência a provocar motins e revoltas, num movimento que define um campo específico de intervenção estatal: o social.

Estavam postas as condições para a institucionalização do social (MACERATA, 2010) que se deu pelo desenvolvimento da filantropia em suas diferentes modalidades -

assistencial e higienista. Filantropia é, portanto, estratégia de gestão e sujeição das massas, fundamentada num conjunto de práticas, teorias, saberes e tratados, tanto de administração pública como de medicina. A assistência pública aos indigentes e improdutivos torna-se uma questão de polícia e de administração, função do Estado.

Para Castel (1978), este acontecimento foi a expressão de um paradoxo do liberalismo: as populações “liberadas”, cada vez mais pauperizadas, agora precisam ser enquadradas, vigiadas e domesticadas, submetidas ao Estado, ou, como diria Foucault, às diversas formas de governamentalidades. Com Foucault (2008b), é possível compreender o paradoxo liberal não como uma contradição, mas como uma necessária combinação de elementos heterogêneos a serviço de uma economia política.

O estabelecimento do capitalismo não produziu, por exemplo, a privatização da prática médica, pelo contrário, estabeleceu as condições para sua realização como uma atividade direcionada ao corpo social, enquanto força de produção, num primeiro momento, e como massa a ser medicalizada indefinidamente, num segundo. A medicina, característica como uma prática fundamentalmente social, enfim, aparece como dispositivo biopolítico ou de segurança, que apoia certa regulação da população. Expressão de um poder que não funciona pela interdição, pela repressão tão somente, mas principalmente pela incitação, estimulação, esquadrinhamento e vigilância. Em última instância, pela produção de liberdades controladas (FOUCAULT, 2010a).

Não à toa, nesse contexto, surgiram as associações entre medicina e Estado, a identificação da criminalidade com a loucura, e a infância como território de intervenções profiláticas, uma vez que a nova ordem social impunha a exclusão ou regulação da circulação daqueles que não se enquadram no jogo, estabelecendo em torno deles uma relação de tutela, de subordinação regulada.

A partir deste primeiro vetor, quisemos apontar a tutelarização como uma linha de força, que aparece compondo os mecanismos e tecnologias para a gestão biopolítica das populações, para então analisar a histórica e problemática prática tutelar ainda tão presente no campo das políticas para infância e juventude. Por isso recuperamos, neste trabalho, parte da complicada história das políticas direcionadas a crianças e adolescentes no Brasil, para perceber ali as lógicas disciplinares e biopolíticas, enfim,

securitárias, e os efeitos que acionam, tanto de produção de subjetividades marginalizadas quanto de produção de banimento e extermínio.

Ao acompanhar, por fim, a formulação das normativas legais e políticas sociais mais recentes, resultantes da promulgação da Constituição Federal de 1988, uma segunda linha de força que funciona como analisadora deste campo pode ser identificada, relativa à noção de vulnerabilidade. Conceito-chave, do início do século XIX, que se atualiza como relê necessário para certa articulação entre as políticas sociais, e dessas com a segurança pública e a Justiça.

Buscamos, a partir de então, identificar suas inflexões na atualidade, para tentar compreender os modos de governo em curso de certos segmentos da população infanto-juvenil, relativos às camadas mais pauperizadas e identificadas como de maior vulnerabilidade. Por isso, interessou-nos retomar algumas pesquisas que tematizaram o funcionamento e a aliança entre as políticas de Saúde, Assistência Social, Segurança Pública e Justiça nas situações em que as noções de vulnerabilidade e o risco compareciam para identifica-las e descrevê-las, especialmente quando atravessadas pela problemática das drogas.

Sublinhamos os efeitos de sequestro e de gestão dos corpos infanto-juvenis – por meio de internações psiquiátricas compulsórias, acolhimento pelo recolhimento forçado das ruas, aplicações de medidas socioeducativas em meio fechado –, numa clara tendência a uma seletividade institucional, pela via da psiquiatrização e da criminalização, análoga àquela típica do sistema prisional, quando não o entrelaçamento entre certos tipos de tratamento e penalização.

Identificamos o funcionamento de um racismo de Estado (FOUCAULT, 2005) ao analisar essas situações, que por sua vez encontra na demanda da sociedade por segurança e proteção, sua condição de possibilidade. Em nome da paz e da segurança, é permitido ao Estado sequestrar, isolar, ou mesmo matar, determinados grupos sociais identificados como perigosos. Entre eles, o de crianças e adolescentes, em geral negros, oriundos dos territórios mais pauperizados das cidades.

Enfim, terminamos esse percurso com um olhar mais atento para o lugar que a UAI vem ocupando neste cenário. Como serviço de moradia transitória primariamente destinado a crianças e adolescentes em uso intensivo de drogas, mas que tem servido de

destino também para tantas outras anormalidades, tantos outros recusados. Aparece como efeito de um contexto paulistano onde se fazia urgente a gestão da população usuária de drogas, atravessado pelas conotações de urgência e emergência, ou pelos discursos de problema social ou inimigo da sociedade, que marcam a forma de se encarar o tema no Brasil. Campo, portanto, em que as figuras da infância e juventude em risco e de risco se embaralhavam.

Em certa medida, parece que a UAI absorve uma demanda residual, ao atender a um contingente de adolescentes e jovens que, apesar de suas vidas serem marcadas por uma série de institucionalizações (entre internações e abrigamentos), não se enquadravam nas instituições pelas quais passavam. Contudo, justamente essa condição de ser casa para os recusados, portanto, de ser um espaço híbrido no sentido daquilo que abarca o anômalo, é que potencializa sua capacidade de criar tensionamentos na rede de atenção psicossocial e socioassistencial mais ampla, de realizar cortes na realidade e produzir discontinuidades.

As narrativas sobre as experiências ali vivenciadas nos ofereceram pistas valiosas para pensar criticamente as formas de se fazer cuidado e proteção de crianças e adolescentes na atualidade. Por exemplo, sobre o cuidado na errância da garotada nômade, que insistem como o poeta “em pensar que a rua é a parte principal da cidade”. Nomadismo esse que enfrenta as formas sedentárias, próprias do aparelho estatal.

Também apareceram questões relativas à responsabilidade sanitária diante da recusa de alguns meninos e meninas aos tratamentos que lhe são ofertados, fazendo-nos ouvir o que quer dizer essa recusa: talvez a recusa de ser capturado por uma “subjetividade dependente” como sugeriu Joia (2014, p. 106), ou de ser “territorializado em um diagnóstico”, conforme analisou Aguiar (2004, p. 67-68).

Além da complicada confusão entre acolhimento institucional e internação psiquiátrica, em que esse último parecia tomar a vez do primeiro, nos casos dos jovens que desde a infância entram num *circuito cronificante* de internações psiquiátricas (BLIKSTEIN, 2012; JOIA, 2014).

As experiências da UAI nos alertam para efeitos persistentes de institucionalização, seja na rua (tomando a rua como instituição, no sentido da AI), seja no interior dos serviços de acolhimento ou dos hospitais psiquiátricos, bem como efeitos

do funcionamento fragmentado, em circuito, dos serviços, associados aos modos singulares pelos quais estes adolescentes se subjetivam em territórios de vulnerabilização e violências colocam diferentes desafios na invenção de dispositivos capazes de acolher de forma complexa e em rede tais trajetórias.

Se pensamos as práticas de cuidado como produção de saúde, não podemos deixar de reconhecer que produção de saúde implica em atuar diretamente nos modos de vida. O que requer romper com qualquer forma universal de cuidado que submeta a vida e a saúde a uma suposta norma que achata as experiências singulares da existência. Nesta direção, Fuganti (2009), ao examinar as relações entre biopolítica e produção de saúde, nos convoca a tomar como problemática as práticas de cuidado fundadas numa perspectiva humanista, isto é, normalizadora, calcada em valores pretensamente universais sobre a existência humana:

O verdadeiro problema não está no dilema de cuidar ou não cuidar, cuidado mínimo ou cuidado máximo, máximo de tutela estatal para um cuidado público e geral, mínimo de estado para um cuidado privado e particular. O verdadeiro problema diz respeito à natureza ou qualidade do cuidado. Sob seu aspecto crítico, essa questão não remete a uma forma universal do cuidado, a ser entregue a forças públicas do estado ou privadas do mercado, mas a qualidade das forças que constituem essa forma que se repete e, por efeito de repetição da qualidade da relação das forças, torna-se um simulacro de forma universal. (IDEM, p. 673)

Enquanto encarnação da alteridade, a infância não é nunca o que sabemos ou capturamos, é “aquilo que escapa a qualquer objetivação e que desvia de todo objetivo”, numa condição de absoluta heterogeneidade, de absoluta diferença (LAROSSA, 2000, p.166).

En tanto que encarna la aparición de la alteridad, la infancia no es nunca lo que sabemos (es lo otro de nuestros saberes), pero sin embargo es portadora de una verdad que debemos ponernos en disposición de escuchar; no es nunca la presa de nuestro poder (es lo otro que no puede ser sometido), pero al mismo tiempo requiere nuestra iniciativa; no está nunca en el lugar que le damos (es lo otro que no puede ser abarcado), pero debemos abrir un lugar que la reciba.

Eso es la experiencia del niño como otro: el encuentro con una verdad que no acepta la medida de nuestro saber, con una demanda de iniciativa que no acepta la medida de nuestro poder, y con una exigencia de hospitalidad que no acepta la medida de nuestra casa. La experiencia del niño como otro es la atención a la presencia enigmática de la infancia, a esos seres extraños de los que nada se sabe y a esos seres salvajes que no entienden nuestra lengua.

De lo que se trata aquí, entonces, es de devolver a la infancia su presencia enigmática y de encontrar la medida de nuestra responsabilidad en la respuesta ante la exigência que ese enigma lleva consigo (LAROSSA, 2000, p. 166-167).

Ao refletir o tema da alteridade própria da relação com a infância, Larrosa (2000) nos convida a questionar se estamos diante de políticas totalitárias (ou a perceber as faces totalitárias de nossas políticas) – na medida em que convertem a infância em projeção de nossos desejos, ideias e projetos, anulando a singularidade e eliminando a incerteza de um porvir aberto e indefinido que a infância comporta. Tal reflexão cabe bem para nossos questionamentos sobre as formas como vem sendo realizadas ações no campo da saúde direcionadas a crianças e adolescentes que habitam territórios anômalos.

Se Larrosa nos fala de políticas totalitárias para infância, designadas assim na medida em que não admitem o *porvir*, Fuganti (2009) nos alerta para a racionalidade política que herdamos do poder pastoral, baseada no governo das condutas, na obediência e na confissão para a produção de verdades – produzindo sujeitos assujeitados, submetidos ao poder daqueles que supostamente detém o saber.

Larrosa (2000) nos convoca a encontrar a medida de nossa responsabilidade em relação à infância, diante da qual devemos nos colocar numa posição: de escuta, num encontro com uma verdade que não aceita a medida do nosso saber; de atender a sua demanda de iniciativa, que não aceita a medida do nosso poder; de aceitar sua exigência de hospitalidade (ou de acolhimento), que não aceita a medida de nossa casa.

É de um microfascismo (FOUCAULT, 1993) que ronda nossas existências que parece nos comunicar Larrosa. Cabe o questionamento: nós, profissionais, que nos ocupamos do outro, que trabalhamos nessas áreas que implica cuidado, qual o nosso desejo?

Aos propósitos deste trabalho, para pensar produção de saúde e formação de rede de cuidado, foi estratégico resgatar a noção de responsabilidade em sua dimensão ética. Ou seja, como possibilidade de *engajamento na existência em comum*, engajamento coletivo num plano comum, ou como “um processo pelo qual alguns, vários ou muitos adquirem compromissos crescentes com a existência dos outros, fazendo caber em suas vidas o risco e a incerteza, ao invés de buscar garantias” (BATISTA E SILVA, 2010, p.104).

Talvez possamos inferir, a partir destas reflexões, que então a UAI diz de uma urgência outra: para além da questão das drogas, para além das governamentalidades biopolíticas, a urgência de se inventar outros modos de cuidar, a urgência de acolher e não aprisionar.

Apostamos no devir da própria instituição UAI, que, ao ser colocada como destino daqueles que são recusados, dos anômalos de toda ordem, possa com eles criar novos territórios de existência minoritários, lançando-se com eles em seus nomadismos e ocupando as ruas (MEDEIROS; LEMOS, 2011; JOIA, 2014), e invocando no campo das políticas públicas, aliados por uma política do comum (MACERATA, 2010). Trata-se, enfim, de colocar em questão o caráter *comum* da política pública, como um espaço não de normalizações, mas de singularizações possíveis.

Perceber que pode ser sim um cuidado diferente da internação. Para além de pensar o terapêutico no sentido de saudável, tem a ver com a possibilidade de um posicionamento político deles, em relação a tudo o que eles vêm passando... Experiências que transformam a gente, os meninos, os territórios, os equipamentos... (ENTREVISTA, GERENTE CAPS I, 2014).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, A. A. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. *Psicologia: ciência e profissão*. Brasília: CFP, v. 27, n. 4, dez. 2007, p. 648-663
- ALCÂNTARA HECKTHEUER, L. F.; SANTOS DA SILVA, M.R. Projetos sociais esportivos: vulnerabilização e governo. *Revista Movimento*. Porto Alegre: UFRGS, v. 17, n.3, jul/set 2011, p. 115-132.
- ALMEIDA, N. M. C. *Labirintos e mosaicos: institucionalização da infância com deficiência*. Tese (Doutorado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 25, n.11, 2009, p. 2309-2319.
- ARANTES, E. M. M. Rostos de crianças no Brasil. In: Rizzini, I; Pilotti, F. (orgs). *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. 2 ed. rev. São Paulo: Cortez, 2009, p. 169-220.
- ARANTES, E. M. M. Prefácio. In: CRUZ, L.R.; GUARESCHI, N. (orgs). *Políticas públicas e assistência social: diálogos com as práticas psicológicas*. Petrópolis: Vozes, 2009, p. 7-11.
- ARIAS, G. V. Legalidades imunitárias: riscos democráticos da prevenção do imprevisível. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*. Belo Horizonte: UFMG, n. 105, 2012, p. 185-223.
- ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1981.
- ASSIS, D. A. D. *Risco social e saúde mental como argumentos para o encarceramento de crianças e adolescentes*. Dissertação (Mestrado Profissional em Adolescente em Conflito com a Lei), Universidade Bandeirante de São Paulo/Anhanguera, São Paulo: 2012.
- AUGUSTO, A. *Política e polícia: cuidados, controles e penalizações de jovens*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2013.
- AVELINO, N. Governamentalidade e democracia liberal. *Revista Brasileira de Ciência Política*. Brasília: UNB, n.5, jan/jul 2011, p. 81-107.
- BATISTA E SILVA, M. B. As pessoas em medida de segurança e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto do Plano Nacional de Saúde no sistema penitenciário. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Centro de Estudos de Crescimento e Desenvolvimento do Ser Humano, v. 20, n. 1, abr. 2010, p. 95-105.

- BATISTA, V. M. *Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Instituto Carioca de Criminologia, 2003.
- BAREMBLITT, G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- BENEVIDES DE BARROS, R. D. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina/Editora UFRGS, 2007.
- BENTES, A. L. S. *Tudo como dantes no quartel d'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial*. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.
- BLIKSTEIN, F. *Destinos de crianças: estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em hospital público psiquiátrico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.
- BRASIL. *Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990: Estatuto da Criança e do Adolescente*. 1990.
- BRASIL. *Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. 2001.
- BRASIL. *Política Nacional Antidrogas*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2003.
- BRASIL. *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral do Usuário de Álcool e outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.
- BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. *Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária*. Brasília: CONANDA, 2006.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. *Orientações Técnicas: Serviços de acolhimento para crianças e adolescentes*. Brasília: CONANDA, 2008.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. *Orientações Técnicas: Serviços de acolhimento para crianças e adolescentes*. Brasília: CONANDA, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.190, de 04 de junho de 2009: institui o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD)*. 2009.
- BRASIL. *Decreto n. 7.179, de 21 de maio de 2010: institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas*. 2010a.
- BRASIL. *Decreto n. 7.637, de 08 de dezembro de 2011: Altera o Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*. 2011a.
- BRASIL. *Crack: é possível vencer: enfrentar o crack, compromisso de todos*. [online]. 2011b. Disponível em: <<http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa/cartilha>>. Acessado em: 18 de jan. 2014.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011*: institui a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2011c.
- BRASIL. *Portaria nº 121 de 25 de Janeiro de 2012*: institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. 2012.
- BROIDE, J. A Psicoterapia Psicanalítica na rua realizada através de grupo operativo: a rua enquanto instituição das populações marginalizadas. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 12, n. 2, 1992
- BULCÃO, I. A Produção de Infâncias Desiguais: uma viagem na gênese dos conceitos “criança” e “menor”. In: Nascimento, M. L. (org.) *Pivetes: A produção de infâncias desiguais*. Niterói: Intertexto, 2002, pp. 61-73.
- CAMARA, S. Por uma ação preventiva e curativa da infância pobre: os discursos jurídico-educativos no Brasil e em Portugal nas décadas de 1910-1920. In: LOPES, A. FARIA FILHO, L. M. FERNANDES, R. (orgs.) *Para a compreensão histórica da infância*. Belo Horizonte: Autêntica, 2007, pp. 263-281.
- CAIXETA, M. H. C. *Drogas, discursos e mídia: um diálogo sobre o (des)encontro de representações em processos judiciais*. Dissertação (Mestrado em História), Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2009.
- CAMPELLO, R.U. *Política, direitos e novos controles punitivos*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- CASTEL, R. *A Ordem Psiquiátrica: Idade de Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Editora Graal. 1978.
- CASTEL, R. *A gestão dos riscos: da anti-psiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Rodrigues Alves. 1987.
- CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica dos salários*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- CASTEL, R. *A insegurança social: o que é ser protegido?* Rio de Janeiro: Editora Vozes. 2005.
- COIMBRA, C. M. B. Os caminhos de Lapassade e da Análise Institucional. *Revista do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense*. Niterói: UFF, v. 7, n.1, pp. 52-80. 1995.
- COIMBRA, C. M. B.; LEITÃO, M. B. Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. *Psicologia & Sociedade*. Porto Alegre: ABPS, v.15, n. 2, pp. 6-17, jul./dez. 2003.
- COIMBRA, C. NASCIMENTO, M. L. Jovens Pobres: o mito da periculosidade. In: FRAGA, P; IULIANELLI, J. *Jovens em tempo real*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

- CONTREIRAS, H. *Organizações sociais e a gestão privada na rede municipal de Saúde da cidade de São Paulo*. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.
- COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
- CUNDA, M. *As tramas empedradas de uma psicopatologia juvenil*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- DELEUZE, G. *Conversações*. São Paulo: Editora 34, 2004.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs*. Vol. 5. Trad. de Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa. São Paulo: Editora 34, 2002.
- DELEUZE, G.; PARNET, C. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998.
- DICIONÁRIO HOUAISS. [online]. Disponível em: <<http://houaiss.uol.com.br/>>. Acessado em 15 out 2014.
- DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- FALEIROS, V. P. Infância e processo político no Brasil. In: Rizzini, I; Pilotti, F. (orgs). *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. 2 ed. rev. São Paulo: Cortez, 2009, p. 33-96.
- FONSECA, M. A. Entre monstros, onanistas e incorrigíveis: as noções de “normal” e “anormal” nos cursos de Michel Foucault no Collège de France. In: RAGO, M.; ORLANDI, L.B.L.; VEIGA-NETO, A. (orgs.). *Imagens de Foucault e Deleuze. Ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002, p. 239-253.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*: Petrópolis: Vozes, 1975.
- FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: MACHADO, R. (org.). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 15-37.
- FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. In: MACHADO, R. (org). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979a, p. 243-276.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: MACHADO, R. (org). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979b, p.79-98.
- FOUCAULT, M. Uma introdução à vida não fascista. In: *Cadernos de subjetividade*, São Paulo: Núcleo de Estudos da Subjetividade, v. 1, n. 1, 1993.
- FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS, H. *Michel Foucault – uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-249.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. 7ª Edição. São Paulo: Edições Loyola, 2001.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

- FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FOUCAULT, M. *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.
- FOUCAULT, M. *Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- FOUCAULT, M. Michel Foucault: a Segurança e o Estado. In: MOTTA, M.B. (org.). *Ditos & Escritos VI – Repensar a política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010, p. 170-175.
- FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Revista Verve*. São Paulo: NU-SOL, n.18, 2010a, p.167-194.
- FOUCAULT, M. A estratégia do contorno. In: MOTTA, M.B. (org) *Ditos & Escritos VIII – Segurança, penalidade e prisão*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012. p. 170-175.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2012a.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Edições, Graal, 2012b.
- FOUCAULT, M. “Omnes et singulatim”: uma crítica da razão política. In: MOTTA, M. B. (org). *Ditos & Escritos IV – Estratégia Poder-Saber*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012c.
- FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: NAU, 2012d.
- FRANÇA, J.M.C. *História da maconha no Brasil*. São Paulo: Três Estrelas, 2015.
- FRASSETTO, F. A., JOIA, J. H. In: *Revista de Ciências Criminais*, São Paulo: RT, v. 22, n. 109, jul/ago 2014, p. 227-260.
- FUGANTI, L. Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo?. *Interface*. Botucatu: UNESP, v. 13, s.1, 2009, pp. 667-679.
- GUATTARI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2012.
- HILLESHEIM, B.; CRUZ, L.R. Risco, vulnerabilidade e infância: algumas aproximações. In: CRUZ, L.R.; GUARESCHI, N. (orgs.). *Políticas públicas e assistência social: diálogos com as práticas psicológicas*. Petrópolis: Vozes, 2009, pp. 70-85.
- JOIA, J. H. *A interface psi-jurídica: estudo de internações de adolescentes por determinação judicial no Hospital Psiquiátrico Pinel: relatório final de pesquisa de Iniciação Científica*. São Paulo: PUC-SP; CEPE, 2006.
- JOIA, J. H. *As tóxicas tramas da abstinência: compulsoriedades nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.
- LARROSA, J. *Pedagogía Profana: estudios sobre lenguaje, subjetividad, formación*. Argentina: Ediciones Novedades Educativas, 2000.
- LEMINSK, P. Sem título. In: *Toda Poesia*. 1ª Edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

- LEONARDIS, O. Estatuto y figuras de la peligrosidad social. Entre psiquiatria reformada y sistema penal: notas sociológicas. *Revista de Ciencias Penales*. Montevideo: Carlos Alvarez Editor, n. 4, 1998, p 429-449.
- LOBO, L. *Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.
- LOBO, L. Pragmática e subjetivação por uma ética impiedosa do acontecimento. *Psicologia em Estudo*. Maringá: UEM, v. 9, n. 2, mai/ago 2004, pp. 195-205.
- LOBO, L. NASCIMENTO, M.L, COIMBRA, C. Sociedade de segurança: algumas modulações na cidade do Rio de Janeiro. In: FONSECA, T.M.G., ARANTES, E.M.M. *Cartas a Foucault*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2014, p. 121-146.
- LOURAU, R. *Análise Institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.
- LOURAU, R. Objeto e método da análise institucional. In: ALTOÉ, S. (org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*, São Paulo: Hucitec, 2004a.
- LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec; 2004b.
- LOURAU, R. Implicação: um novo paradigma? In: ALTOÉ, S. (org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec; 2004c.
- LOURAU, R. Uma apresentação da análise institucional. In: ALTOÉ, S. (org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec; 2004d.
- MACERATA, I. “...como bruxos maneando ferozes”: relações de cuidado e de controle no fio da navalha. Experiência “psi” em dispositivo da política de assistência social para crianças e adolescentes em situação de rua. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.
- MALVASI, P. Além do consenso moral: o problema das drogas na perspectiva de jovens de periferias paulistas. *Rev. Bras. Adolescência e Conflitualidade*. São Paulo: Uniban, v. 10, 2014, p. 97-109.
- MEDEIROS, L.; LEMOS, F. A produção da “circulação de crianças”: entre capturas e nomadismos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Rio de Janeiro: UERJ, v. 11, n. 3, 2011, p. 933-947.
- NASCIMENTO, M. L. (org.). *Pivetes: a produção de infâncias desiguais*. Niterói: Intertexto; Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 2002.
- NU-SOL. *Verbetes*. [online]. Disponível em: <<http://www.nu-sol.org/verbetes/index.php?id=35>>. Acessado em 20 out 2014.
- OLIVEIRA, S. A moral reformadora e a prisão de mentalidades: adolescentes sob o discurso penalizador. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo: Fundação SEADE, v. 13, n. 4, dez. 1999, p. 75-81.

- OLIVEIRA, S. Anarquia e dissonâncias abolicionistas. *Revista Ponto-e-Vírgula*. São Paulo: PUCSP, v.1, 2007, p.154-160.
- ONETO, P. D. A nomadologia de Deleuze-Guattari. *Lugar Comum*. Rio de Janeiro: LABTeC/UFRJ, n. 23-24, 2010, p. 147-161.
- ORESTES, F. M. *Processos classificatórios na recepção, triagem e encaminhamento de crianças e adolescentes aos abrigos: permanências e mudanças após a Ação Civil Pública*. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.
- PASSETTI, E. Governamentalidade e violências. *Currículo sem Fronteiras*, v.11, n.1, jan/jun 2011, pp. 42-53. [online]. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol11iss1articles/passetti.pdf>>. Acessado em 1 abr. 2014.
- PASSOS, E.; BENEVIDES DE BARROS, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.
- PAULON, S. M. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*. Porto Alegre: ABPS, v. 17, n. 3, dez. 2005, p. 18-25.
- PÉLBART, P.P. *Vida Capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2011.
- PETUCO, D. Campanhas de prevenção e o jovem usuário de Crack. In: FRAGA, P. C. P., IULIANELLI, J. A. S. *O tempo real dos jovens: juventude como experiência acumulada*. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013.
- PREFEITURA DE SÃO PAULO. *Resolução Conjunta nº 01 de 2010 CMDCA E COMAS – SP*. Regulamenta e Normatiza os Programas de Acolhimento Institucional e Familiar no Município de São Paulo. 2010. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/comas/arquivos/legislacao/Resolucao_Conjunta_001-CMCDCA_COMAS-SP.pdf Acessado em: 10 ago 2013.
- PREFEITURA DE SÃO PAULO. *SUS mais forte em São Paulo. Valorizando a administração direta e regulando com eficácia as OSS*. 2014. [online]. Disponível em: <<http://www.capital.sp.gov.br/static/2014/11/c8fD70R8k1oP88Tb2SaS-A.pdf>>. Acessado em: 28 nov. 2014.
- PINTO, C. R. J. Foucault e as Constituições Brasileiras: quando a lepra e a peste se encontram com os nossos excluídos. *Educação & Realidade*. Porto Alegre: FACHED/UFRGS, v. 24, n. 2, jul./dez, 1999, p. 33-56.
- PITCH, T. *Responsabilidades limitadas*. Actores, conflictos y justicia penal. Buenos Aires: Ad-Hoc, 2003.
- RABINOW, P.; DREYFUS, H. *Michel Foucault – uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. C. Casas do Meio do Caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas. 221 f.

- Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.
- RIZZINI, I; RIZZINI, I. *A institucionalização de crianças no Brasil: Percurso histórico e desafios do presente*. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.
- RIZZINI, I. *O século perdido: raízes históricas das Políticas Públicas para a Infância no Brasil*. 2 ed. rev. São Paulo: Cortez, 2008.
- RIZZINI, I. *Do confinamento ao acolhimento*. Institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência: desafios e caminhos. Brasília: CNPq/Ministério da Saúde, 2008a.
- ROCHA, F. H. *Biopolíticas e práticas institucionais: percursos de jovens com experiência de institucionalização prolongada*. Tese (Doutorado em Educação Brasileira). Universidade Federal do Ceará: Faculdade de Educação, Ceará, 2012.
- RODRIGUES, H. B. C. Para desencaminhar o presente Psi: biografia, temporalidade e experiência em Michel Foucault. In: GUARESCHI, N., HÜNING, S. M. (orgs.). *Foucault e a psicologia*. Porto Alegre: Abrapso Sul, 2005, p. 7-28.
- RODRIGUES, H. B. C. A história oral como intercessor: em favor de uma dessujeição metodológica. *Estudos e pesquisas em Psicologia*. Rio de Janeiro: UERJ, v. 10, n. 1, abr. 2010.
- ROMANINI, M., ROSO, A. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília: CFP, v. 32, n.1, 2012, pp. 82-97.
- ROSA, M. D.; VICENTIN, M. C. G. Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. *Revista Psicologia Política*, São Paulo: ABPP, v. 10, n. 19, jan. 2010, p. 107-124.
- ROSA, P. O. *Drogas e Biopolítica: uma genealogia da redução de danos*. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.
- ROSEMBERG, F.; MARIANO, C. L. S. A convenção internacional sobre os direitos da criança: debates e tensões. *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, v. 40, n. 141, dez. 2010, p. 693-728.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. *Desinstitucionalização*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SCHEINVAR, E. *O feitiço da política pública: escola, sociedade civil e direitos da criança e do adolescente*. Rio de Janeiro: Lamparina, Faperj, 2009.
- SCISLESKI, A. *“Entre se quiser, saia se puder” – O percurso de jovens pelas redes sociais e a internação psiquiátrica*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional), Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2006
- SCISLESKI, A. *Governando vidas matáveis: as relações entre a saúde e a justiça dirigidas a jovens em conflito com a lei*. Tese (Doutorado em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

- SCISLESKI, A.; MARASCHIN, C.; SILVA, R.N.A. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz, vol. 24, 2008, p. 342-352.
- SCISLESKI, A.; SILVA, J.L.C.; GALEANO, G.B.; CAETANO, C.L.C.; BRUNO, B.S. Polícias de Saúde: quem tem medo de usuário de drogas? *Revista Polis e Psique*. Porto Alegre: UFRGS, v. 3, n.3. 2013. 106-124.
- SILVA, M.L. Miscigenação e Biopolítica no Brasil. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. São Leopoldo: UNISINOS, v. 4, n. 8, dez. 2012, p. 192-210.
- SILVA, R. N.; HARTMANN, S.; SCISLESKI, A.; PIRES, M. L As patologias nos modos de ser criança e adolescente: uma análise histórica dos motivos de internação no Hospital Psiquiátrico São Pedro entre 1884 e 1937. *Psico*. Porto Alegre: PUCRS, v. 39, n. 4, out/dez 2008, p. 448-455.
- SOUZA, T. P. *Redução de danos no Brasil: clínica e política em movimento*. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal Fluminense, Niterói-RJ, 2007.
- SOUZA, T. P. *A norma da abstinência e o dispositivo "drogas": direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos)*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.
- SPINK, M. J. P. Pesquisando *no cotidiano: recuperando memórias de pesquisa em Psicologia Social*. *Psicologia & Sociedade*. Porto Alegre: ABPS, v. 19, n. 1, jan/abr. 2007, p. 7-14.
- TREVISANI, T. M. *Camisa de força para menores: a patologização de crianças e adolescentes (Hospício São Pedro, 1884-1929)*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. *Psicanálise e Saúde Mental*. *Revista Curinga*. Belo Horizonte: EBP/MG, n. 13, set 1999, p. 50-59.
- VICENTIN, M.C.G. *A vida em rebelião: jovens em conflito com a lei*. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2005.
- VICENTIN, M.C.G. Interfaces psi-jurídicas: a psiquiatrização do adolescente em conflito com a lei. *Relatório final de pesquisa*. Comissão de Ensino e Pesquisa, PUCSP, mimeo, 2005a.
- VICENTIN, M. C. G; OLIVEIRA, R. G. Intercessões Psicologia e Justiça: por uma ação ético-política. *Revista da Defensoria Pública*, ano 5, n. 1, 2012, pp. 9-21.
- VICENTIN, M. C., GRAMKOW, G.; ROSA, M. A patologização do jovem autor de ato Infracional e a emergência de "novos" manicômios judiciais. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Centro de Estudos de Crescimento e Desenvolvimento do Ser Humano, v. 20, n. 1, 2010, p. 61-69.
- VOGEL, A. Do Estado ao Estatuto. Propostas e vicissitudes da política de atendimento à infância e adolescência no Brasil contemporâneo. In: Rizzini, I; Pilotti, F. (orgs.). *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. 2 ed. rev. São Paulo: Cortez, 2009, p. 299-382.