



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Pedro Henrique da Silva Domingues

Atenção total a adolescentes em risco social:

prevenção, acolhimento e integração

Rio de Janeiro

2015

Pedro Henrique da Silva Domingues

Atenção total a adolescentes em risco social:

prevenção, acolhimento e integração

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

D671 Domingues, Pedro Henrique da Silva
Atenção total a adolescentes em risco social : prevenção, acolhimento
e integração / Pedro Henrique da Silva Domingues. – 2015.
121 f.

Orientador: Martinho Braga Batista e Silva.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Adolescentes - Teses. 2. Juventude e violência - Teses. 3. Drogas e
juventude – Teses. 4. Política de saúde – Teses. I. Silva, Martinho Braga
Batista e. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Medicina Social. III. Título.

CDU 37:61

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Pedro Henrique da Silva Domingues

Atenção total a adolescentes em risco social: prevenção, acolhimento e integração

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 30 de abril de 2015

Orientador: Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Sérgio Luís Carrara
Instituto de Medicina Social - UERJ

Dra. Cláudia Carneiro da Cunha
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Fabiana Castelo Valadares
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia

Rio de Janeiro

2015

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais

AGRADECIMENTOS

Escrever pode ser um ato solitário. Essa dissertação foi pontuada por muitos momentos de solidão. Produzir uma pesquisa, conectar autores, investir pesado na reflexão são intensidades que me conduziram a mares de incerteza e soledade. Todavia, embora essa experiência comparecesse em muitos momentos, algumas presenças foram fundamentais para que a solidão se transformasse em desejo e relação.

Meu orientador, a quem serviu de mestre e amigo, na melhor acepção da palavra, com sua paciência irretorquível e acolhimento em um espaço acadêmico muitas vezes áspero e rude. Nossas orientações sempre produziram confiança em mim mesmo e motivação renovada de trabalhar em minha pesquisa. Levarei sua maneira de orientar como exemplo pras minhas relações, depositando fé nas potências que todos nós carregamos. Obrigado, Martinho.

Aos meus pais, figuras valorosas e de um apreço inestimável, confiando em minhas capacidades e se mostrando como pilares de amor e afeto eternos e inesgotáveis. Nos meus muitos momentos de cansaço e solidão, escapar pra casa dos pais foi uma verdadeira injeção de ânimo, risadas, conversas e boa comida. Aos meus irmãos, ainda que mais distantes ao longo desse processo, o afeto e as trocas de ideias de vocês foram essenciais. Obrigado, meus pais e família.

À Paula, minha companheira, namorada e amiga. Confidente e próxima nos meus momentos de solidão e dificuldades em organizar a escrita, seu amor me alimentou em todos os momentos e trouxe presença quando habitava esse território sisudo e solitário da escrita. Como esquecer a sua presença física como motivação pra minha escrita, no clímax da coisa? Permitiu-me conectar com outros afetos para produzir, mostrando-me que escrever pode ser um ato partilhado. Obrigado, meu bem.

Vocês foram fundamentais.

Agradeço ao IMS pela oportunidade de estudar em uma instituição que me seduzia desde os tempos de minha primeira graduação. Gostaria que a nota 7 não obliterasse sua capacidade de ser um espaço de saber acolhedor, algo que sempre destaquei para amigos e colegas que me interrogavam sobre seu programa de pós-graduação. A academia em muitos momentos é implacável e reproduz aquilo que toma como objeto de crítica.

Agradeço à Capes pela bolsa concedida, por meio dela pude me custear e realizar esta pesquisa.

Aos meus colegas e amigos de mestrado, os poderosos do IMS boladão, um agradecimento pelas risadas e trocas de ideias. Com vocês tudo foi mais fácil.

E aos meus amigos, dos quais tive que me distanciar. Logo estarei de volta!

Um muito obrigado, a todos.

RESUMO

DOMINGUES, Pedro Henrique da Silva. *Atenção total a adolescentes em risco social: prevenção, acolhimento e integração*. 2015. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

A construção de um atendimento voltado exclusivamente para adolescentes não é fortuita. Infância e adolescência são invenções modernas que delimitaram faixas etárias com características próprias e modelos de intervenção específicos que se transformaram historicamente, bem como sendo atravessadas pela própria criação da noção de risco, perigo e vulnerabilidade. A partir de um estudo junto à equipe de uma instituição criada para garantir um tipo de atenção considerado “total”, voltado para uma clientela designada adolescentes “em risco social”, busco compreender o modelo de atenção adotado, privilegiando a perspectiva dos profissionais sobre o mesmo. A metodologia empregada consistiu em análise de documentos institucionais e entrevistas com informantes-chaves, terminando por mostrar a relevância de dois tripés estruturantes das práticas institucionais: tratamento da dependência química, prevenção da violência e cuidados básicos de um lado, prevenção aos fatores de risco, acolhimento do paciente e integração dos atendimentos de outro.

Palavras-chave: Adolescente. Risco. Modelos de atenção à saúde. Drogas. Violência.

ABSTRACT

DOMINGUES, Pedro Henrique da Silva. *Total attention to at-risk teenagers: prevention, reception and integration*. 2015. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

The construction of a service dedicated exclusively towards adolescents is not fortuitous. Childhood and adolescence are modern inventions that have delimited age groups with their own characteristics and specific intervention models that have become transformed historically and being traversed by the very creation of the notion of risk , hazard and vulnerability. From a study by the staff of an institution created to ensure what is considered to be "total" attention, aimed at a designated " at-risk" teen clientele, I seek to understand the adopted model of care, focusing on the perspective of professionals. The methodology consisted of analysis of institutional documents and interviews with key informants, concluding by showing the relevance of two structural institutional tripod practices: drug treatment, violence prevention and basic care on one hand, prevention of risk factors, hosting and integration of patient care on the other.

Keywords: Adolescent. Risk. Health care models. Drugs. violence .

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP	Comitê de Ética de Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CONAD	Conselho Nacional Anti Drogas
CRIAA-UFF	Centro Regional Integrado de Atendimento ao Adolescente da Universidade Federal Fluminense
CRIAAD	Centro de Recursos Integrados de Atendimento ao Adolescente
CRIAM	Centros de Recursos Integrados de Atendimento ao Adolescente em Conflito com a Lei
DEGASE	Departamento Geral de Ações Socioeducativas
ECA	Estatuto da Infância e Adolescência
FIA	Fundação Para Infância e Adolescência
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
SAM	Serviço de Atendimento ao Menor
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	11
1	DO PERSONAGEM SOCIAL MENOR AO ADOLESCENTE “EM RISCO SOCIAL”.....	22
1.1	A criação de um personagem social.....	24
1.2	Códigos e Atendimentos.....	30
1.3	A entrada dos direitos humanos.....	34
1.4	Medidas de proteção especial e medidas socioeducativas.....	38
1.5	Risco e processos de vulnerabilização.....	41
2	A CONSTRUÇÃO DE UMA INSTITUIÇÃO DE ATENÇÃO “TOTAL”....	55
2.1	Das Instituições.....	56
2.2	Breve História Institucional do Centro Regional Integrado de Atendimento ao Adolescente (CRIA-A-UFF).....	58
2.3	Modelo de Atenção do CRIA-A-UFF.....	63
2.4	Modelo de Atenção em Saúde Mental.....	64
2.5	Tratamento, prevenção e cuidado.....	70
3	O MODELO INTEGRADO DE “TRATAMENTO”.....	77
3.1	O Dispositivo preventivo.....	84
3.2	Processo de Acolhimento.....	91
3.3	Convivência.....	96
3.4	Construção da Regra.....	98
3.5	Integração.....	103
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
	REFERÊNCIAS.....	118

INTRODUÇÃO

A Europa do século XIX assistiu o surgimento do positivismo, testemunhando o aparecimento de diferentes saberes que propiciaram um cenário para o entendimento social de inúmeros objetos. Um processo de crescente racionalização das relações, apontando para o que Weber chamou de desencantamento do mundo, com a gradativa substituição das narrativas tradicionais pelas modernas no campo da vida social. É o período do nascimento de ciências tanto naturais como humanas, entre elas a sociologia, com Marx particularmente, e a psicologia, a partir do experimentalismo de Wundt. A gestação conceitual da adolescência vai se dar na passagem desse século para o XX, por conta de estudos dos saberes psicopedagógicos e de ciências médicas.

A categoria adolescência, designando uma lógica própria e dotada de idiosincrasias, fenômeno compreendido objetivamente – pelos saberes e instituições – e apreensível subjetivamente – nas consciências individuais – foi uma invenção moderna, semelhante ao sentimento de infância, “descoberto” na passagem da medievalidade à modernidade (ARIÈS, 2012). Sua etimologia, anterior ao uso atual, deriva do latim: seu prefixo “*ad*” corresponde a “para” e o sufixo “*olescere*” a “crescer”. Adolescência significaria estrito sensu, ‘crescer para’, rumo à maturidade, indicando passagem, mudança e transformação.

Enquanto a tendência psicopedagógica vai enfatizar a preparação à fase adulta, caracterizada pela independência afetiva, financeira e familiar, o recorte das ciências médicas apontará as características universais biológicas, como a puberdade, representada em mudanças corporais e comportamentais. A primeira tendência enfatizando a condição ‘passageira’ desta etapa de vida, ‘interface’ entre a infância e a maturidade. (SILVA e LOPES, 2010, p. 89), enquanto a segunda sinaliza a não historicidade desta etapa, um fluxo de mudanças biológicas iguais para todos (PERES e ROSENBERG, 1998, p. 56).

As instituições escolares, religiosas e militares, comprometidas com a educação necessária em direção ao homem adulto produtivo, miraram a infância e adolescência como um dilema moral e educacional, necessitado de disciplina e higienização. A partir da invenção de suas figuras negativas, “o delinquente juvenil” e a “sexualidade adolescente”, decorrentes da ausência de educação, todo um conjunto de teorias científicas e práticas institucionais passam a se modelar no decorrer do século XX (SILVA e LOPES, 2010, p. 90).

Podemos dizer que a adolescência adquire seu estatuto ontológico perante a sociedade, bem como se torna um problema moral e científico necessitado de compreensão.

Essa condição problemática da adolescência convocou as instituições da família e da escola como legítimas aos cuidados do corpo e seu disciplinamento a fim de evitar mazelas sociais decorrentes de sua ausência. Como dito por Silva e Lopes (2010, p.90) a associação da adolescência com problemas ou a adolescência como problema, teve seu início em estudos introduzidos no século XX, com a publicação de G. Staley Hall, *Adolescence: its psychology and its relations to anthropology, sociology, sex, crime, religion on education*. O autor, auto-intitulado ‘pai da adolescência’, produz uma obra enciclopédica de 1300 páginas, que recobre um conjunto de teorias diversas, como a evolução das espécies, de Charles Darwin, a filogenética de Ernest Haeckel, bem como a antropologia criminal e a tipologia antropológica de Cesare Lombroso. A obra inaugura a conceituação científica da adolescência em um sentido universal e atemporal. Sua concepção incluía uma visão filogenética da espécie humana, que se atualizava na vida individual dos seus membros. A história natural da espécie humana equivaleria ao desenvolvimento do indivíduo em seus ciclos de vida, a maturidade representaria o apogeu da civilização ao passo que a adolescência a fase do vir-a-ser, intermediária, carregada de problemas e mudanças.

A importância de destacar a obra de Hall se dá pela sua repercussão, até os dias de hoje, como fonte de consulta e inspiração à escrita de outras publicações sobre a adolescência (SILVA e LOPES, 2010, p. 90). A marca maior de sua obra se dá justamente na representação social acerca da adolescência, como fase ingrata, negativa, que se acumula com o passar do tempo. A essa perspectiva vem se somar a teoria psicanalítica, em específico, a psicologia desenvolvimentista de Erikson. Segundo essa visão, as mudanças que conduzem à puberdade influenciariam o aparelho psíquico desequilibrando-o e produzindo uma vulnerabilidade na personalidade, encarada como “identidade em crise”. A sexualidade seria incrementada ou intensificada, os laços da família de origem ficariam afetados, a relação com as normas e regras tornar-se-ia opositiva e problemática, e, o adolescente, clivado por essas transformações, estaria às voltas com seu lugar social, sua identidade, seus planos de futuro (QUIROGA e VITALE, 2013; SILVA e LOPES, 2010).

A ciência na primeira metade do século XX contribuiria para que esta representação social da adolescência tivesse relevo. No entanto, a partir dos anos 50, a representação social do adolescente começa a ganhar conteúdos que mudariam essa perspectiva em direção a uma simbologia referenciada de adolescente para adolescente, e não de adulto para adolescente.

O papel da mídia, cinema, literatura, quadrinhos, esportes, contribuiria para que a imagem do “adolescente em crise” cedesse lugar à de protagonista social. Enquanto o adolescente era visto em condição em passagem, referenciado ao mundo adulto, sem

simbologia própria, o papel desses veículos de comunicação – que tem seu desenvolvimento ligado à história do século XX e do desenvolvimento das tecnologias – contribuiriam para que a imagem do adolescente em crise fosse perdendo terreno, ao serem multiplicados diversos personagens sociais que valorizavam essa etapa de vida, como o super-herói, o *bad boy*, o traficante, o líder de gangue, o conquistador, o aventureiro urbano, entre outros.

Cabe dizer, portanto, que o surgimento da adolescência permitiu que um conjunto de práticas institucionais fossem produzidas, seja no campo da educação, da saúde ou da moral. Nesta perspectiva, de relevância social de uma categoria etária, é que o tema desta dissertação irá se nortear.

A partir da experiência de “um caso particular do possível”¹ (BACHELARD, apud VANDENBERGH, 1999), esta dissertação busca discutir a atenção à adolescência a partir das noções de perigo, vulnerabilidade e risco, dentro do campo da saúde pública.. Para tanto foi realizada uma pesquisa de campo em uma instituição de saúde universitária, capaz de produzir questionamentos e problemas às noções elencadas, bem como de revelar uma realidade social particular. Tomei por objeto de investigação o *modelo de atenção* que orienta o Centro Regional Integrado de Atendimento ao Adolescente, um serviço de saúde da Universidade Federal Fluminense (CRIAA-UFF), no município de Niterói, voltada para adolescentes usuários de drogas e em conflito com a lei, assim chamados de adolescentes em risco social.

A minha opção por este serviço deu-se pela minha passagem como estagiário de psicologia na instituição que me propiciou o levantamento de algumas questões sobre o atendimento ao adolescente em risco social. Pretendo ao longo da dissertação apresentar o CRIAA-UFF, a partir de diferentes enfoques, de modo a elucidar o seu modelo de atenção ao adolescente em risco social. Elegi como metodologia para o estudo do modelo a realização de entrevistas com informantes-chaves da instituição, os profissionais. O leitor será convidado a olhar o modelo da instituição a partir de diferentes registros, conectados e que formam um

¹Citando Vandenberg (1999): “Ainda que Bachelard e Bourdieu não utilizem a distinção entre essências e aparências, eles certamente concordam com Marx quanto ao fato de que a ciência sempre almeja o conhecimento do oculto (Bachelard, [1949] 1986: 38; Bourdieu, 1996: 16). De modo a descobrir o que está encoberto, a ciência tem de construir “modelos analógicos” do mundo social, ou, dito talvez de uma melhor forma, do espaço social, modelos que “recuperem os princípios ocultos subjacentes às realidades que eles interpretam” (Bourdieu et al. 1973: 76). A construção de um modelo ideal-típico do espaço de relações estruturais entre as relações fenomênicas permite que tratemos as diferentes formas sociais como várias realizações distintas da mesma função (simbólica). Nessa perspectiva, “o real” aparece, como diz Bachelard e gosta de repetir Bourdieu, como “um caso particular do possível” (Bachelard, [1934] 1991: 62), o que pressupõe, é claro, que o caso particular seja relacionado às propriedades mais gerais das quais ele é uma função.” Nesse sentido, penso que o estudo do modelo de atenção à saúde do CRIAA-UFF, possa fornecer elementos para pensar o campo mais amplo da atenção à infância e adolescência nos seus processos de vulnerabilização.

cenário amplo: minhas memórias, a história institucional, os documentos e publicações sobre a instituição, bem como as entrevistas realizadas com profissionais.

Investigar um modelo de atenção consiste em compreender as diferentes faces que estruturam seus discursos, ações institucionais e suas práticas. Segundo Alves (2009), três aspectos compõem este construto, articulando dimensões micro e macro políticas: o político-gerencial, ligado a um âmbito legislativo e executivo; o organizacional, relativo à organização e relações entre serviços de saúde; e o tecnológico, enfocando a dimensão micropolítica e prática dos atores. Cada pesquisa irá optar pelo âmbito que deseja estudar, de acordo com os problemas levantados, variando na ênfase a um aspecto ou na relação entre os diferentes níveis. Pode-se dizer que a relação entre os aspectos estará sempre dada, diferindo a densidade da análise dessas relações. Nesta dissertação optei por enfatizar a dimensão tecnológica, mobilizando brevemente a discussão sobre os outros aspectos. Busquei compreender de que maneira as tecnologias psicossociais produzidas pela instituição contribuíram para o desenho de sua ação institucional em relação ao seu público-alvo, o adolescente em risco social. O modelo de atenção pode estar em consonância ou não com políticas públicas, possuindo sempre uma relação singular com a rede de instituições da qual se insere, ou capilarizado ou mais isolado.

Reservo minhas memórias para esta introdução, como uma estratégia de apresentação dos três capítulos que compõe este trabalho. A forma que utilizei para narrar minhas memórias obedeceram ao processo ritual de passagem por mim vivenciado, de ir incorporando aos poucos as regras do jogo, da interação social desta instituição, no período em que lá estive. Assim, a disposição dos tópicos apresentados respectivamente e nesta ordem, “A instituição”, “Os pacientes” e “A equipe”, consistiram na própria internalização das regras de funcionamento do espaço, tal como foram surgindo no decorrer de minha reminiscência.

Posto isso, a cada tópico apresentado, um capítulo da dissertação pode ser articulado. A ordem dos capítulos seguiu o critério metodológico de apresentar: i) primeiramente, a história do atendimento à menoridade, a constituição de seu campo, as políticas de atendimento realizadas, bem como a sua transformação, operada nas transformações da sociedade que permitem o surgimento da categoria risco e a possibilidade da população atendida pelo CRIAA-UFF e o próprio serviço de existirem. O tópico “Os pacientes” nas minhas memórias, se conectará com este capítulo; ii) em seguida, no segundo capítulo, a discussão de alguns marcos normativos da legislação que permitiram que modelos de atenção influenciassem na constituição institucional do CRIAA-UFF. Meu interesse consistiu em

destacar os principais aspectos políticos, organizacionais e tecnológicos para poder avançar rumo às entrevistas com os profissionais da instituição, que serão o bojo desta pesquisa. O tópico “A instituição” irá dialogar com essa discussão do segundo capítulo; iii) por fim, no terceiro capítulo, dedico-me às entrevistas com os profissionais do serviço para compreender o desenho institucional tal como pensado pela equipe. O tópico “A equipe” diz respeito a este último capítulo, conectado umbilicalmente com o segundo, por tratarem ambos do modelo de atenção.

Desta forma irei traçar um panorama do CRIAA-UFF, instituição encarregada dos adolescentes em risco social, distintos de outras categorias sejam os menores sob o encargo da polícia (VIANNA, 1999), sejam os adolescentes autores de ato infracional sob o encargo da 2ª Vara da Infância e da Adolescência (SCHUCH, 2005), ambas apresentadas no capítulo 1. Trata-se de uma estratégia de apresentação da instituição ao leitor, visando assim introduzi-lo ao assunto principal da dissertação de mestrado, o modelo de atenção do CRIAA-UFF. Através da história institucional do CRIAA-UFF, apresentada no capítulo 2, espera-se que os três elementos básicos da atenção total a adolescentes em risco social ganhem relevo na análise: prevenção da violência, cuidados primários e tratamento da dependência química.

A instituição

Meu primeiro contato com o CRIAA-UFF foi em uma conversa informal, quando de meu segundo período em minha segunda graduação, Psicologia, pela UFF, lá nos idos de 2009. Graduado em Ciências Sociais e interessado em participar de alguma iniciação científica, monitoria ou projeto de extensão, soubera por alto do CRIAA-UFF, que se tratava de um serviço de saúde pra adolescentes pobres usuários de drogas, em que se ofertava cuidado e tratamento. A ideia me pareceu muito sedutora, visto meus interesses e ações anteriores que iam desde música e estudo, até atividades como o rap, a faculdade de Ciências Sociais, a militância política estudantil e o voluntariado numa instituição espírita com crianças moradoras de favelas.

Inscrevi-me no processo seletivo para o cargo de monitor e notei que a chamada dizia pouco, apenas que se tratava de uma instituição que ofertava cuidado e tratamento para adolescentes usuários de drogas e que o cargo seria para acompanhamento e acolhimento, diferente de uma monitoria padrão que consiste em acompanhar colegas universitários em

sala de aula de alguma disciplina. No processo seletivo os candidatos deviam fazer uma redação sobre o tema do crack na adolescência e os monitores finalmente nos explicaram que se tratava de um projeto de extensão da universidade, criado em 1998 por um psiquiatra, atual coordenador, para adolescentes com abuso de drogas, funcionando como um CAPS, com uma rotina de hospital-dia e oferta de oficinas terapêuticas. Falou-se do baixo orçamento do serviço e da situação de quase ausência de recursos para contratar pessoal administrativo e profissionais, de maneira que principalmente dos monitores se esperava multifuncionalidade e capacidade criativa constante.

Minha entrada na instituição não incluiu uma transmissão específica e contínua por parte de algum colega ou membro da equipe, apenas conhecimentos colhidos nas reuniões de equipe, supervisões e aprendizados na faculdade. Isso ficou claro quando perguntei à outra monitora, mais antiga, com quem dividia o turno, como funcionava a instituição, já que ela me respondeu “não tenho resposta, o que dizer, você vai descobrir aos poucos”. Como monitor percebi que minha ação estava integrada com todos os demais serviços. Percorríamos todos os espaços do local, conversávamos com todos os pacientes, anotávamos queixas, éramos questionados e demandados, encaminhávamos para os serviços, participávamos de oficinas.

Os pacientes

Que categoria era utilizada pela instituição para designar a população atendida: paciente, cliente ou usuário? Cada uma designa uma posição histórica, política e clínica de diferentes implicações e pode revelar quais saberes e poderes estão presentes na constituição do modelo de intervenção institucional. A palavra paciente começou a ser utilizada por volta do século XIV para designar aqueles indivíduos considerados serenos e resignados. Sua etimologia, do latim, indicaria àquele que sofre, em contrapartida a alguém que oferta o lenitivo, a cura. As críticas a esse termo surgem pela implicação hierarquizante que sua semântica e seu uso histórico – em contextos hospitalares – evocavam. O termo cliente, por sua vez, legado da economia liberal, designaria um indivíduo que compra um serviço ou bem, estabelecendo uma relação pecuniária de troca, que o define no lugar de consumidor. Desloca a compreensão da relação entre paciente e agente (médico), simbolizada pela organização médica, para a ação racionalmente orientada a um fim, de modo que o cliente adquirisse um

estatuto de agente (econômico). Em contrapartida, crítico aos dois termos, a palavra usuário se refere àquele que usa ou desfruta de um serviço público ou particular, de caráter coletivo (SAITO et al., 2013). O CRIAA, de uma forma geral, sempre se utilizou do termo paciente, nas discussões internas e nos textos produzidos. Poderíamos supor que pelo fato da fundação do CRIAA-UFF ter sido realizada como um ato médico, por dois psiquiatras, propiciara a utilização deste termo, embora assistentes sociais e psicólogos por vezes se referiam à população atendida como usuários do serviço, evidenciando um campo em disputa acerca do sentido.

Mariana uma adolescente, de 14 anos, aproximadamente, abrigada na Casa de Meninas do município por conflitos em família sempre aparecia no CRIAA-UFF para ser atendida pela psicologia e psiquiatria. Era um caso de abrigo, e um conflito sério com sua irmã mais velha com quem à época vivia. Tinha relações muito próximas com o tráfico; alguns parentes, como tios e irmãos eram membros e mesmo gerentes de bocas de fumo, além de amigos e namorados que teve. Não foi difícil criar vínculo e em pouco tempo conversava com a adolescente que sempre me contava sobre sua vida na favela, no tráfico.

Meu primeiro contato com ela se inicia quando uma dos pacientes pede a mim para fumar na instituição. Estranhei e disse que ela, na sua idade, não poderia fazê-lo ali em um espaço público, fato que a deixou surpresa com minha negativa. Insistia bastante comigo, algo brava, e posto isso, fui conversar com a mesma monitora que havia me dito que com o tempo conheceria o funcionamento do serviço. Ela estranhou meu estranhamento e disse que sim, a adolescente poderia fumar. Um cenário de discussão criou-se com os monitores e a adolescente. Repeti meu raciocínio e minha colega me perguntou “mas você por um acaso é polícia?”. Fiquei um pouco abalado pela forma e conteúdo da fala, e ela me explicou que os adolescentes podiam fumar, desde que observadas algumas regras, como fumar no coreto, e deixar guardado o cigarro com a equipe. Posteriormente elaborei meu incômodo na supervisão e conversei com esta monitora sobre o ocorrido, relatando meu constrangimento. Informaram-me que alguns anos atrás o cigarro era proibido na instituição como parte do cuidado e do tratamento com os adolescentes, mas que era alvo de queixas constantes já que as drogas eram proibidas de ali serem usadas e que o cigarro pelo menos aliviava a “fissura” da droga. A equipe reuniu os adolescentes de então em assembleias e foram discutidas essas razões e algumas regras que organizassem o fumo na instituição. Em supervisão compreendi que a ação se guiou por um princípio ligado à redução de danos.

Nesse momento, relativizei conceitos meus ligados à ideia de tratamento do usuário de droga e a noção de regra. Passei a perceber que a instituição se utilizava de regras

organizadas sob um contrato terapêutico, que formaliza um vínculo entre a instituição e o adolescente, traduzido como compromisso de trabalho terapêutico e o compromisso do paciente. A observação da regra era justamente o fio condutor e o monitor, o intermediário entre ambos, crucial para a adesão do paciente ao serviço.

Esses e outros casos levavam os membros da equipe a problematizar o “como lidar?” quando o paciente agia de forma agressiva e em dissonância com as regras do serviço e o contrato terapêutico estipulado. Este assunto surgiu, não poucas vezes, em reuniões e supervisões. Recordo-me de uma discussão informal, fora da instituição, de uma psicóloga que se utilizou, com um adolescente que “atrapalhava” uma oficina e que já havia sido liberado de suas atividades, da fala “se você não for embora, eu vou chamar a polícia”. A discussão se guiou pelos que defendiam a iniciativa e os que não defendiam. Dizia-se que em alguns casos, o trabalho ficava totalmente inviabilizado porque a repetição do comportamento transgressor ali no momento impedia que o serviço funcionasse e na medida em que a ação de contenção não era realizada pela equipe, acionar um agente que respondesse por tal poderia ajudar a dar continuidade ao trabalho e a produzir uma relação de autoridade diária. Por outro lado, argumentou-se que esta situação era o trabalho mesmo do CRIAA-UFF, lidar com situações que exigiam outra postura que não a já conhecida pela sociedade. Apelar para um agente com função repressiva, em clara dissonância com a filosofia do serviço, seria sacrificá-lo em prol de uma perspectiva punitiva e contrária aos princípios da escuta e do acolhimento. Seria admitir, que sim, o serviço era incapaz de lidar com comportamentos que ele próprio elegia como objeto de sua intervenção e defendia ser capaz de lidar de forma diferenciada. Recordo-me vivamente que esta argumentação contagiou de maneira quase imediata os que defendiam a tese oposta e um sentimento de satisfação percorreu o grupo.

A equipe

O CRIAA-UFF é composto por uma equipe de áreas diversas: psiquiatra, psicólogos, assistentes sociais, profissionais do magistério, e estagiários de diferentes cursos de humanas, como ciências sociais, psicologia, comunicação, história, entre outros.

Primeiramente, havia a figura do coordenador, psiquiatra, também supervisor da equipe de monitores. Era a liderança da equipe, interna e externamente, e foi um dos idealizadores, junto com outra médica psiquiatra da universidade, do CRIAA-UFF, em 1998.

Com uma formação que passava pela psiquiatria, psicanálise e saúde pública, sua atuação era quase a encarnação dos ideais e reflexões da instituição. Com vasta experiência no terreno da psicopatologia, era a referência principal na construção de diagnósticos, receituários, laudos clínicos, e na compreensão do funcionamento do serviço, podendo ser chamado de mentor da trajetória do CRIAA-UFF ao longo de tantos anos.

É importante destacá-lo, pois como se verá mais à frente, a quase totalidade das produções escritas e orais se deve a seu engajamento, o que permite colocá-lo como elemento central da transmissão teórico-prática às outras disciplinas no espaço. Por outro lado, isso não significava que a relação com a equipe era harmônica, e pelo próprio caráter organizativo do serviço – reuniões de equipe, supervisões particulares, assembleias com pacientes – as intervenções pensadas e levadas a cabo, eram construídas de forma coletiva, em intensas disputas dos sentidos das intervenções, ainda que em alguns casos a "pedra de toque" fosse dada pelo coordenador.

Podemos destacar quatro grupos/áreas na equipe que atuavam de forma mais ou menos congregada: a psicologia, o serviço social, osicineiros e os monitores. Quando entrei na instituição havia um clínico que posteriormente saiu e, eventualmente, residentes de psiquiatria que não participavam das reuniões de equipe, fato sempre criticado pela equipe.

Cada grupo tinha seu perfil de atuação e maior ou menor penetração na decisão e resoluções a serem tomadas pela equipe. O grupo de monitoria era por definição um estágio para diferentes disciplinas composto por estudantes de psicologia, ciências sociais, história, enfermagem, entre outros. Dessa forma, sua atuação sempre era percebida como um espaço de formação e transição, ainda que houvesse formados, como no meu caso. A adesão do paciente era possibilitada primordialmente pelo grupo dos monitores.

A equipe de psicologia, composta por profissionais e estagiários era a equipe com maior peso institucional, discursivo e interventivo. Em minhas supervisões de monitoria aprendíamos que o trabalho do CRIAA-UFF girava em torno desta equipe. Psicólogos realizavam as atividades de pré-acolhimento e acolhimento, que consistiam em entrevistas preliminares com os novos pacientes da instituição, e o atendimento individual. O "chão de fábrica" era principalmente da monitoria eicineiros, mas o "trabalho da alma", a elaboração subjetiva, que produzia sentido psíquico aos pacientes realizava-se no setting clínico. As queixas, demandas, desejos, particularidades ditas pelos pacientes eram orientadas a serem dirigidas aos seus psicólogos de referência.

O serviço social também poderia ser incluído nesta polaridade. Nas reuniões de equipe, era frizado que o CRIAA-UFF se sustentava a partir de um modelo psicodinâmico,

legado da psicanálise e, portanto, esta era fundamental para que os eixos da prevenção e do tratamento fossem realizados. Como disse mais acima sobre a droga, esta era encarada como um sintoma de uma trajetória de vulnerabilidades, e o trabalho do psicólogo era central na constituição deste eixo de intervenção. Os psicólogos faziam contribuições e sugestões aos outros grupos, disputavam os sentidos clínicos de cada caso fosse com a equipe, fosse com o coordenador, e eram os profissionais mais próximos das decisões intra e extra CRIAA-UFF sobre os destinos institucionais e existenciais dos pacientes.

O serviço social, pela proximidade da formação com as ciências sociais, era o grupo que eu partilhava certas perspectivas. Ao longo da minha permanência, foi o grupo que assumiu posições distintas na instituição, mas algo que sempre o caracterizava era a sua reivindicação de um status institucional semelhante ao da psicologia, embora se diferenciasse dela na prática profissional. A primeira equipe do serviço social com quem trabalhei agia basicamente na organização de pertences dos pacientes, como vestuário, documentos e com suas demandas sociais. Era muito criticada pelos outros grupos, principalmente pela psicologia, que a enxergava como "decorativa", e, em alguns casos, confrontativa com a equipe, por conta da parca transmissão de casos para a equipe. Cito como exemplo, uma assistente social que costumava conversar por mais de uma hora em seus atendimentos, o que gerava críticas contundentes dos psicólogos e estagiários de psicologia que diziam que o que ali era feito tratava-se de "conversa familiar" ou "de comadre". Sua saída da instituição foi motivada por uma reação do coordenador e supervisor clínico quando em reunião a assistente social ela se recusou a falar algo de um paciente e dizer que estava testando a psicologia que julgava preconceituosa com o trabalho do serviço social. Pode se dizer que este momento consistiu em um ponto de virada na atuação institucional do serviço social. O grupo mudou e o engajamento e reivindicação do estatuto do serviço social enquanto profissão com práticas específicas e diferentes da psicologia e que mereciam atenção semelhante se torna a tônica.

Posteriormente o serviço social reestruturou seu modelo de entrevista social, que se tornou corrente, e passou a realizar entrevistas de acolhimento junto com os psicólogos. Um exemplo bem ilustrativo dessa marcação relativa ao seu lugar na instituição se deu quando o CRIAA-UFF tentou organizar um grupo de família e para isso contratou uma especialista para realizar reuniões de estudo para a formação. A equipe de serviço social sinalizou diversas vezes que os estudos não deveriam ser dirigidos e formativos, pois a especialista tinha uma linha psicodinâmica e terapêutica, algo que ia contra a formação do serviço social e caracterizaria uma formação desviante, já que seu produto final eram "técnicas terapêuticas".

Esse detalhe era muito importante, pois o serviço social sempre frisou que a sua ação não era e nem podia ser terapêutica.

Finalmente, as oficinas eram compostas pelo apoio pedagógico e as oficinas terapêuticas. A primeira área consistia em aulas de apoio em matemática, português, inglês, história e ciência e sociedade, prática inovadora em relação às atividades ofertadas em Centros de Atenção Psicossocial. Justificava-se, segundo o coordenador da instituição, pela condição de pessoa em desenvolvimento do adolescente, que vivia em momento de construção de recursos cognitivos, qualificações necessárias para sua inserção profissional. Embora o serviço do CRIAA-UFF fosse destinado a todo público, a população atendida era majoritariamente de baixa renda, moradora de favelas e frequentadora de serviços públicos de saúde e educação. Entendia e se observava que as trajetórias de vulnerabilidades adolescentes eram marcadas por baixa escolaridade e frequência escolar e que poderiam acarretar futuras exclusões das oportunidades profissionais e de ganhos financeiros. Dessa forma, o apoio pedagógico seria um trabalho essencialmente preventivo de carreiras criminais e envolvimento com as drogas.

1 DO PERSONAGEM SOCIAL “MENOR” AO ADOLESCENTE “EM RISCO SOCIAL”

Segundo Vianna (1999), um cenário urbano não muito diferente do atual compunha a paisagem carioca nas três primeiras décadas do século XX: crianças e adolescentes pobres e negras transitavam pelas ruas da cidade e eram percebidas a partir de distintos adjetivos, como *vadios, abandonados, ladrões, vagabundos*. Estes adjetivos eram qualidades entendidas não como características mutáveis, socialmente constituídas, mas como atributos, ‘naturezas’ desses indivíduos, indicadores de um território mesclado de aspectos biológicos, morais e sociais. A presença desses indivíduos na urbe do então Distrito Federal acentuava a desordem social e a sujeira moral, em um momento de demandas por ordem e higiene. Os aspectos ressaltados (*vadio, delinquente, abandonado*) para deles se falar indicavam o perigo social que representavam. Essas ideias estavam em continuidade com o aparecimento de novos saberes e a constituição de novos poderes, na passagem do século XIX e XX.

Este período foi um momento de intensas formulações científicas acerca das raças, da pobreza, da criminalidade, da sexualidade pela perspectiva das diferenças biológicas e naturais entre os seres humanos. Essas interpretações da realidade social que articulavam biologia, moralidade e sociedade, por suas origens no campo da ciência positiva, gozavam de alta credibilidade perante o público, e informavam as representações e práticas políticas da época. A teoria da desigualdade das raças do conde Gobineau, a teoria da recapitulação de Ernst Haeckel, a concepção neotônica de Louis Bolck, a noção de criminoso nato de Lombroso e Ferri, as teorias da degeneração de Morel, entre outras, cada uma em seu momento, celebraram a qualidade positivista de suas práticas científicas, fizeram escola e geraram discípulos, ainda que, com o tempo, as críticas de seus pares tenham as colocado no rol das teorias absurdas e fruto de observações enviesadas (GOULD, 1991).

A expansão positivista expunha o interesse cada vez maior em se recusar o expediente da especulação filosófica em favor da apreciação empírica dos fatos. Tratava-se de estabelecer verdades positivas, que não viessem a ser confrontadas pelas intuições dos filósofos. É também o momento da expansão capitalista pelo mundo, com o avanço dos países Imperiais (Inglaterra, França, Holanda, por exemplo) em busca de novos territórios e mercados, o aumento do fluxo de capitais, pessoas e ideias, do crescimento da urbanização nos países centrais e o estabelecimento de uma nova geopolítica, com a entrada tardia na

corrida Imperialista de Itália e Alemanha, lançando as bases para as futuras guerras mundiais, definidoras do cenário político internacional do século XX como um todo.

Neste mesmo contexto de expansão do capitalismo e alvorecer da ciência, Foucault (1999) descreve a criação de uma nova tecnologia de poder. Trata-se da transformação do poder do soberano sobre a vida e a morte para o poder moderno de “*causar a vida e devolver a morte*”. Anteriormente, centrado na figura do rei, o poder se exercia como cerimonial político e afirmação da desigualdade entre súditos e monarca. A pena de morte, ilustrativa, “constituía a resposta do soberano a quem atacava sua vontade, sua lei, sua pessoa” (p. 129). Este exercia o poder de “causar a morte e tirar a vida”. Na passagem dos séculos XVII em diante, um novo poder se configura, não mais centrado no direito do soberano, mas delimitado pelo direito do corpo social. Surgem as noções de população, mortalidade, natalidade, e um corpo de técnicas que como a estatística e a epidemiologia, buscam compreender os movimentos da coletividade para geri-la. É um poder que se exerce sobre a vida, enquanto positividade, para investi-la e produzi-la.

Ele surge dividido em dois polos com aparecimentos temporais distintos: um, no século XVII, ligado aos movimentos do corpo, à sua adequação ao ritmo de produções (econômicas). Nas palavras de Foucault (1999) um pólo que adentra, amplia as aptidões, extorque as forças, cresce a utilidade e docilidade do corpo e o “*integra aos sistemas de controle eficazes e econômicos*” (p, 131). O que assegura isto é a *disciplina*, que faz do corpo uma máquina. O outro polo, já no século XVIII, é assegurado pelo advento de novos saberes e técnicas de mensuração e quantificação da vida do corpo “a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade” (p, 131), faces dos processos biológicos deste sistema vital. Aqui, se opera uma intervenção de “*bio-política da população*” (p. 131).

Configura-se a gestão dos corpos e do cálculo da vida, em detrimento da expressão soberana de tirar a vida. A disciplina e a biopolítica configuram aquilo que Foucault irá chamar de *biopoder*, em que a vida, enquanto valor e ideal será estrategicamente pensada e investida. Os seus ritmos e fluxos serão adestrados aos sistemas de produção que a ordem capitalista promove. Mais do que isso, o desenvolvimento do capitalismo registrará enorme crescimento graças à instauração dessa tecnologia de poder.

Outra consequência do estabelecimento deste poder é a valorização da norma em relação à lei judiciária (FOUCAULT, 2001, 2004):

“A norma não se define absolutamente como lei natural, mas pelo papel de exigência e coerção que ela é capaz de exercer em relação aos domínios a que se

aplica. [...] a norma é portadora de uma pretensão de poder. [...] não tem por princípio excluir, rejeitar. Ao contrário, ela está sempre ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a uma espécie de poder normativo” (idem, 2004, p. 62).

Levada a cabo por distintos aparelhos administrativos, médicos, escolares, militares, a norma integra cada vez mais um exercício de normalização da vida. Encarregado da vida, este poder terá por função contínua regular e corrigir os corpos. À diferença do poder soberano que deve se mostrar em sua face mortífera, o biopoder desenvolverá mecanismo para medir, calcular, padronizar, hierarquizar a vida. Tal processo será fundamental no entendimento da construção da ideia de *menoridade* enquanto um campo que aglutinava indivíduos – tipos sociais, no dizer de Foucault – em desvio com a norma padrão.

1.1 A criação de um personagem social

De acordo com Londono (1991) o termo menor já aparecia em documentos do século XVIII, em sua maioria, como sinônimo de uma determinada idade. Até finais do século XIX, e atravessando, portanto, o período da Independência, Império e proclamação da República brasileira, o termo menor indicava limites etários em relação à autoridade paterna e emancipação civil e canônica, e quase sempre era utilizado como sinônimo de criança, jovem, adolescente², portanto, utilizado como indicativo de idade, embora não somente. Após a proclamação da Independência, no primeiro código penal do Brasil Império, o termo menor recebe por parte de juristas uma atenção específica, passando a diferenciar a responsabilidade penal e penas mais ou menos brandas de acordo com faixas etárias. (LONDONO, 1991; BULCÃO, 2002; SCHUCH, 2005)³. Ainda assim, esta não equivalia à responsabilidade civil, que dizia respeito à emancipação do pátrio poder e a possibilidade de contrair matrimônio e assumir responsabilidades civis. O indivíduo embora pudesse ser penalmente julgado aos sete ou nove anos de idade, a depender do juiz, somente se desligava do pátrio poder aos 21 anos.

² A emergência do conceito de adolescente dar-se-á-se entre os séculos XIX e XX.

³ Primeira Lei Penal do Império, o Código Criminal de 1830, “definiu três faixas de idade antes dos 21 anos que fizeram diferir o estabelecimento da responsabilidade penal e das penas aplicadas.” (BULCÃO, 2002, p. 63). “A primeira estabelecia que menores de 14 anos não tinham responsabilidade penal. Porém, caso fosse estabelecido que estes agissem com discernimento, o juiz poderia decretar que fossem recolhidos para a Casas de Correção até completarem 17 anos. A segunda se referia a maiores de 14 anos e menores de 17 anos. Estando nessa faixa, o menor julgado poderia cumprir penas como cúmplice. A terceira impunha o limite mínimo de 21 anos para que pudessem ser impostas penas drásticas como as galés.” (idem, p. 63, grifo meu)

Isso gerava distorções, pois o indivíduo penalizado em tão pouca idade, em termos práticos, poderia participar da condição de adulto ao ser enviado às prisões comuns, na medida em que as casas de correção aos menores seriam estabelecidas somente ao final do século XIX (LONDONO, 1991).

Esse interesse pela ordenação penal através de faixas etárias entre os séculos XIX e XX, cruza-se com um interesse cada vez maior pela noção de infância, posteriormente pela de adolescência, observada também por outros dispositivos sociais, como a educação e a higiene moral. Isso é verificável pelas leis criadas para estabilizar o ensino primário e secundário ainda no Império, como também pela Lei do Ventre Livre, em 1871, que tornava problema estatal o destino dos filhos dos escravos, antes em mãos dos senhores. Concomitante a essa mudança nas legislações, uma preocupação com a família e o papel da mãe, soberana do lar e educadora dos rebentos, vinha se acentuando cada vez mais, resultado da nuclearização da composição familiar. Era o retrato da transição de uma sociedade monárquica, marcadamente agrária e escravagista aos ideais republicanos e capitalistas, realizada ao longo de décadas sob a sombra de não poucas contradições e conflitos sociais.

A noção de periculosidade, emergindo nas transições da modernidade, passa a configurar uma nova relação e percepção da infância e adolescência e outros tipos sociais:

(...) significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam. (FOUCAULT 2003, p. 85).

Foucault (1999), ao estudar a sexualidade, aduz como esta se tornou o lócus privilegiado de busca da verdade e da construção de si. Diferentes tipos sociais surgiriam na esteira de uma *sciencia sexualis* que objetivariam um regime disciplinar por conta de sua sexualidade encarada como desviante ou perversa (como o masturbador e o homossexual), apreciação que à infância e adolescência não somente fora associada como sua conceituação derivaria dessa produção discursiva articulada aos dispositivos disciplinares. A adolescência é tomada como um dilema social e moral para as instituições da escola, Igreja, Estado, Forças Armadas, comprometidas com a disciplina e higienização dessa faixa etária. A “delinquência juvenil” e a “sexualidade adolescente” seriam as consequências da ausência da disciplina e educação, figuras negativas desta fase, que um conjunto de práticas institucionais tomará como objeto de apreciação e intervenção (SILVA e LOPES, 2010, p. 90).

Estas práticas eram reforçadas pelos discursos provenientes dos saberes sobre a sexualidade, e, mais adiante, pela psicanálise nascente, que conferia caracteres sexuais

próprios às diferentes etapas de vida: na infância a presença da fase da “latência”, em que a sexualidade estaria adormecida no corpo em desenvolvimento (organização pré-genital da libido), na adolescência a observação de seu desabrochar natural, em função do desenvolvimento hormonal, tempo de descoberta e afloramento (hetero)sexual consciente. Na fase adulta, uma sexualidade, em teoria, normatizada “pela maior capacidade dos indivíduos de controlar seus instintos” (KNAUTH, 2012, p.549) e de estar submetida ao registro da conjugalidade, do casamento. E por fim, a velhice, que apontaria o limite da sexualidade, a diminuição da libido e o conseqüente desinteresse por ela.

Das etapas acima descritas, o discurso em torno da sexualidade adolescente conjugada à concepção de “delinquência juvenil”, concebe este período como de excesso e desregramento, problemática que escaparia a qualquer controle. Bourdieu (1978), em sua observação sociológica, sinaliza que a fronteira entre juventude e a velhice se dá em luta. Muito dessa disputa, que é relativa à distribuição de poder entre as gerações, associa a juventude à irresponsabilidade, virilidade, violência, características disruptivas, que mereceriam o escrutínio disciplinar das instituições. Essa condição problemática da passagem da infância à adolescência convocou as instituições da família e da escola a ocuparem um lugar de legitimidade perante os cuidados do corpo e seu disciplinamento e a serem responsáveis mazelas sociais decorrentes de sua ausência. A uma sexualidade florescente, incontida e a uma agressividade delinquente, a docilização dos corpos, mediante o aparato tecno-científico corporificado nas instituições disciplinares, seria não somente justificável, mas moralmente necessário.

Todo este aparato colaborou para o estabelecimento de fronteiras cada vez mais nítidas entre a criança e o adolescente e o termo menor não ficaria imune aos marcadores sociais da diferença. A condição civil de menor de idade, da criança e do adolescente, expressava uma posição social mediada por relações de poder bem claras, em que diferenças de raça, classe e gênero eram acionadas. Embora todo indivíduo com idade menor de 21 anos (e posteriormente, 18 anos) não fosse um adulto, nem todos eram plenamente crianças ou adolescentes, reserva feita a indivíduos de famílias brancas, abastadas e com estatutos sociais de prestígio. Reificada na própria nomenclatura de menores de idade, esta categoria englobava indivíduos que desviavam deste padrão. Bulcão (2002) nos chama a atenção para as capas de jornais no início do século XX no Brasil que faziam manchete das crianças que perambulavam pelas ruas, órfãs, a cometer pequenos delitos. As palavras *menor* e *menoridade*, já incorporadas ao jargão jurídico, estavam se popularizando em consonância com os adjetivos de *abandonado*, *delinquente*, *desviado*, *vicioso*. Enquanto *menor* designaria

as crianças oriundas de famílias pobres, que vagam pelas ruas, ora abandonadas, ou a praticar delitos, a *criança* seria o objeto mesmo das instituições como a família e a escola, filhos das classes mais abastadas e médias, e, portanto, sem necessidade de atenção polícial.

Vianna (1999) nos convida a pensar os mecanismos sociais de produção do que chamou um personagem social, o *menor* no Distrito Federal, para um entendimento mais amplo do campo da *menoridade* presente no século XX. Sustenta que o *menor* emerge como uma categoria identitária, anterior à promulgação do Código de Menores de 1927 que iria tipificar juridicamente o termo *menor* designando a infância pobre, e não mais uma faixa etária correspondente a qualquer infância (VIANNA, 1999, LEITE, 2013). Antecipando a promulgação do código, o termo *menor*, seus significados e práticas a ele relacionados surgiriam como consequência da ação policial, no terreno dinâmico das relações sociais e de poder, e não como uma imposição da norma jurídica às relações sociais, como veio a ser interpretado (VIANNA, 1999).⁴ Esta ideia traduziria aquilo que Foucault (2002) chama de o imperativo da defesa social, de proteger-se dos perigos encarnados nesses personagens sociais, e que a promulgação do Código iria estatuir em seguida.

A autora descreve dois mecanismos fundamentais na criação do personagem social *menor*: a *identificação* e a *classificação*. O *menor* era um problema exclusivo da polícia, a quem cabia recolher, proceder sua identificação e classificação. Primeiramente, obedecia a prerrogativa de identificar indivíduos potencialmente perigosos, a partir de adjetivos como *vadio*, *abandonado*, *autor de delitos*, recolhendo-os à sua jurisdição. Não se tratava de mero registro na burocracia administrativa do Estado, uma relação de passagem e breve. A ação policial – que envolvia recolhimento, registro de ocorrência, triagem, destinação final – operava um processo social que ao identificar, produzia identidades sociais e ao classificar, hierarquizava categorias sociais (ibidem 1999, p. 25). Era, portanto, uma relação contínua, duradoura e constitutiva.

As classificações a partir dos adjetivos citados designavam um lugar social e uma ação correspondente por parte do Estado. Menos do que a descrição da condição real desses indivíduos como rotina burocrática, essas classificações estabeleciam uma relação hierárquica entre Estado e indivíduo recolhido. Os adjetivos teriam uma força permanente somente passíveis de serem transformadas se este interviesse. Anulava-se qualquer quota de autonomia jurídica possível do *menor*, que era tutelado às suas determinações, na figura central da polícia. A partir de uma classificação rotineira, uma identidade social, com consequências na

⁴ Embora, se considerarmos o campo jurídico como reforçando e ampliando algo que já acontecia socialmente, em específico, no Distrito Federal, a afirmação adquire alguma verdade.

construção da subjetividade, dos laços sociais e dos destinos, era fundada. A identificação do *menor* ancorada nessas classificações centralizava o atributo simbólico *menor* na identidade social do indivíduo, subsumindo as outras características deste naquela. E também, a peregrinação pelos roteiros institucionais da polícia, poderiam inculcar e internalizar esses atributos simbólicos na imagem de si e de suas relações familiares dos *menores* reproduzindo os discursos impostos, num processo de reafirmação do estigma (GOFFMAN, 2004).

Mais do que dizer se o menor vadio, abandonado ou delinquente tinha sua gênese no âmbito social ou por um traço hereditário ou degenerativo, o problema mesmo era prevenir e reformar as potencialidades – os perigos sociais – que pudessem se transformar em males sociais, a fim de que a ordem social fosse garantida.

Assim sendo, qual o percurso institucional, a peregrinação, no dizer de Victor Turner (VIANNA, 1999, p. 26, nota 17) que esses menores estavam submetidos? Além disso, que instituições eram acionadas na destinação final desses indivíduos? A partir do conhecimento produzido nessas etapas da identificação e classificação procedia-se a sua *destinação* final, centradas nas seguintes instituições: Colônia Correccional de Dois Rios, Escola Premonitória Quinze de Novembro, Escola de Menores Abandonados e os patronatos agrícolas. O momento de classificação e avaliação dos menores desenhava tipologias que as diferentes instituições abarcavam. Elas partilhavam de um importante fator: a correção por meio de atividades laborais. O trabalho, encarado como valor maior, era assumido como a técnica capaz de remover os traços perigosos dos indivíduos por meio da rotina disciplinar dos corpos que produziriam indivíduos socialmente integrados quando atingissem a maioria.

Cumprido dizer, portanto, que as atividades administrativas da polícia, produziam a própria figura do *menor*, antes de qualquer obrigação a uma lei jurídica (*idem*). Os rituais burocráticos geravam efeitos simbólicos que definiam existências sociais. Não estava em jogo identificar quem era menor, mas antes, no exercício da autoridade policial, produzi-lo. O *menor* era um produto da relação de poder entre indivíduos recolhidos e agentes policiais, nascido na e pela atuação policial. Como a autora esclarece, esse processo de produção fazia parte de um exercício de poder mais amplo que envolvia disciplinarização dos corpos, construção de indivíduos integrados ao mundo do trabalho – ideologia alardeada na Nova República brasileira – higienização social e racial e construção de uma nação, ao menos no plano ideológico, integrada.

Ideia que se conecta com a noção de *biopoder* de Foucault acima descrito. A Polícia exercia sua ação burocrática, de identificar, classificar e encaminhar às instituições correccionais a população específica dos *menores*. Em outras palavras, medir, calcular,

padronizar, gerar macro relatórios sobre os detalhes e especificades de um coletivo percebido difusamente no imaginário social. Os *menores* embora fossem um aglutinado de corpos diferentes, não eram uma massa amorfa, mas um conjunto passível de organização, com variações internas e critérios diferenciadores. Tratava-se de um exercício de governamentalidade, imbuído de concepções científicas e morais, aos diferentes tipos sociais criado por essa articulação saber/poder.

Como sinaliza Leite (2013, p. 63), a passagem da monarquia para a República testemunha a transformação na relação com a infância e adolescência, da *dimensão caritativa* para o terreno das *políticas públicas*, característica marcante dos Estados Modernos em que o *biopoder* se desenvolveu. As *políticas públicas* atualizam a diferença entre lei judiciária e norma. Os *menores*, sujeitos desviantes, encarnações dos perigos sociais, deveriam, para além do escopo jurídico de atuação e da própria definição jurídica do que era *menor*, ser objetos de um poder normalizador. A polícia exercia isso antes de qualquer judicialização do problema, integrada que estava com este exercício mais amplo de poder que se configurava na transição da monarquia para a República. Podemos dizer dessa forma, que a promulgação do Código de 1927 aproxima norma e lei.

Essas transformações na estrutura política e governamental no Brasil na passagem do século XIX e XX, aponta para um processo de “racionalização na forma de governo” (DONZELOT apud SCHUCH, 2005, p. 82) em que as diferentes instâncias administrativas e jurídicas vão elegendo os seus alvos de atuação. Este poder normalizador mais amplo, de que a Polícia participava, e a que posteriormente a esfera jurídica se conforma, se apresentava enquanto tutela e indicava a que população dizia respeito certos direitos e deveres, produzindo uma hierarquização social. Nesse sentido, antes do personagem *menor* era preciso conceber uma ideia de *menoridade*, que seria responsável por essa diferenciação no acesso a esses direitos e deveres, que marcaria “recursos desiguais nas mais diversas situações sociais” (VIANNA, 1999, p. 23). Portanto, outros personagens estavam englobados por este poder, como os loucos, mulheres, negros, silvícolas, velhos, entre outros. A *menoridade* era essencialmente uma relação de poder, de caráter contrastiva, entre distintos atores sociais, certas populações e os poderes estatais.

1.2 Códigos e atendimentos

Outro ponto a se destacar é o alcance que o campo da *menoridade* tinha na América Latina e no mundo, o que não era exclusividade do Brasil. Inúmeros países latino-americanos produziram legislações menoristas em consonância com a tendência internacional que se observava no início do século XX, com, por exemplo, a realização do Congresso Internacional de Menores, em Paris, 1911 (LEITE, 2013, p.62). A descoberta de Vianna (1999) aponta para a pregnância social que o personagem *menor* já tinha na realidade carioca do então Distrito Federal, antes mesmo do lançamento do Código de Menores de 1927. A sua promulgação, redesenha o termo para indicar especificamente *de direito* a infância pobre, fosse em desamparo ou no crime, algo que como Vianna percebeu já acontecia *de fato*. Exemplo disso é que as “crianças” eram atendidas, em caso de conflito, pela Vara da família, ao passo que os *menores*, pelo Juizado de Menores. De acordo com Leite (2013):

As influências externas e debates nacionais levaram à construção de uma Doutrina do Direito do Menor, baseado no binômio carência-delinquência, duas faces da mesma moeda, em que proteção e punição se articulam em um processo que criminalizava a infância pobre. Delineava-se a *doutrina da situação irregular*. (p. 62).

A *doutrina da situação irregular* foi o pano de fundo jurídico e político para o desenho de todos os códigos na América Latina. A primeira legislação, em 1919, na Argentina, atesta isso, e o Código de Menores do Uruguai no ano de 1927, consolida o modelo e serve de exemplo para outras legislações na América Latina, inclusive o brasileiro (LEITE, 2013, p. 59). Essa doutrina teve vigor durante praticamente todo o século XX informando, inclusive o Código de Menores brasileiro de 1979, que ainda que tenha sofrido alterações, algumas significativas, manteve a divisão base que separa “crianças” de “menores”. Somente com a promulgação do ECA, que passou-se para o paradigma da proteção integral da infância e adolescência.

O Código de Menores de 1927 opera um afastamento da jurisdição penal ao centralizar, na justiça, atribuições que estavam distribuídas na administração policial, tal como narrado por Vianna (1999). Consistiu em um processo de judicialização da infância, pois ao juiz cabia determinar os encaminhamentos para os casos de crianças *abandonadas* ou em situação de rua e em conflito com a lei. Schuch (2005) sinaliza para a ocorrência deste fato nos lembrando que à essa época imperava no campo do direito o positivismo jurídico,

que concebia o Poder Judiciário, acima de tudo, como “agente neutro no âmbito judicial” (p. 60). Todavia a autora nos lança uma questão: ao judicializar a questão do menor afastando-o da área penal, a sua atuação seria de alçada da justiça ou da assistência social? Em outras palavras, para um Poder que se concebia como neutro, em que consistiria a atuação de uma “justiça dos menores”?

Essa pergunta revela a própria ambiguidade de que se revestiu o Código de Menores de 1927, e a “justiça de menores”, não poucas vezes, era revestida como “justiça assistencialista”. Schuch (2006, p. 60) relembra os adjetivos utilizados para se referir aos conhecidos juízes da época⁵. Na medida em que a ação dos juízes se ampliava além do aspecto judicial em direção ao âmbito protetivo e de controle dos menores, esse tensionamento funcional entre atribuições, se jurídico, assistencial, educacional não passava despercebido das críticas da época, o que, com o passar dos anos, abala a autoridade dos juízes na questão.

Com a ditadura do Estado Novo, em 1937, uma nova instituição é criada no Distrito Federal, no ano de 1941, para lidar com a problemática dos menores, o Serviço de Atendimento ao Menor (SAM), autônoma, política e financeiramente do Juizado de Menores. Era atribuída ao Ministério da Justiça e respondia às tentativas do Estado Novo de centralizar a problemática da infância e adolescência pobre, em desamparo ou no crime. Havia uma forte ideologia de combate ao comunismo que informou essa orientação, tendo em vista essa ameaça ao futuro das crianças no Brasil (ibidem, p. 61). A grande questão nessa disputa de poder que prevaleceu no atendimento à infância e adolescência no Código de Menores de 1927 se deu no alcance do poder judiciário para lidar com o tema. Estava, de um lado, uma perspectiva que considerava que o judiciário deveria se reservar apenas ao âmbito judicial estrito, isto é, à parte técnica e de sua competência exclusiva e, de outro, uma concepção de justiça ampliada, que poderia se fazer presente em outras esferas executivas, como assistência e educação. Nota-se também, que ao mesmo tempo em que essa disputa política e governamental sobre a questão do menor era pensada internacionalmente, e a Declaração dos Direitos do Homem em 1948, abrindo a frente dos direitos humanos, e o Código Pan-Americano da Criança, no mesmo ano, refletindo sobre esse ideário para a infância e adolescência, ilustram este ponto, sedimentando linhas de força para futuras transformações no tratamento dispensado a esta população (ibidem, p. 62).

⁵ “Mellos Mattos, primeiro ‘juiz de menores’ do Brasil e da América Latina, ficou famoso como o ‘Mellino das crianças’, devido à sua dedicação e empenho junto a essa população (...). André Vidal, do Juízo Tutelar de Manaus, exercia funções, em 1935, e era classificado como o ‘juiz-pedagogo’” (SCHUCH, 2006, p.60).

O que vai ocorrendo com o passar das décadas é um crescente aumento do ideário dos direitos humanos para se pensar a infância e adolescência. Em 1959, é promulgado os Direitos da Criança pela ONU, dando-se um processo de universalização da infância em âmbito internacional e com repercussões no Brasil. Vale dizer que tanto uma concepção individualista e anti-paternalista (por parte do Estado) da problemática do menor tomam corpo, bem como uma forte influência dos saberes psi na constituição dessa nova perspectiva (SCHUCH, 2006, VIANNA, 2002).

Fato é que o SAM passa a sofrer inúmeras denúncias, que se tornam de conhecimento público, sobre suas instalações e intervenções junto à população atendida, vindo a ser referida pela imprensa como “Universidade do Crime”, por conta dos maus-tratos, castigos violentos e abusos ali denunciados. (SCHUCH, 2006; COSTA, 2006; LEITE, 2013).

As análises das implicações sociais e simbólicas da relação entre a população classificada como *menor* e o poder estatal, pela figura da polícia, através de um poder específico, a tutela, nos ajudam a pensar os processos de intervenção atuais, no marco do ECA, em que se observam continuidades e descontinuidades. Embora a tutela tenha sido descontinuada juridicamente, a compreensão de seu exercício abarca distintas esferas da realidade, como o social, cultural e político. Ou seja, articula concepções do imaginário social, bem como saberes e poderes que engendram uma perspectiva de ação frente a certas populações. Desse modo, estruturas de funcionamento tutelares, típicas do período analisado, podem encontrar eco em práticas de atenção e assistência nos dias de hoje.

O acúmulo de pesquisas em Ciências Sociais e Humanas, interessadas em grande medida na elaboração de diagnósticos para o *problema*, as transformações no pensamento jurídico, bem como o efervescente contexto político de redemocratização no Brasil, possibilitou um fluxo de mudanças que culminariam na chamada Constituição cidadã de 1988, e dois anos depois, como lei, no Estatuto da Criança e do Adolescente, aplicando as diretrizes daquela. O termo *menor* é banido de toda legislação e instituições, a exemplo dos Juizados de menores que se tornam Juizados da Infância e Adolescência (VIANNA, 1999: 20). Mais do que a definição de outra cartilha jurídica, o documento cria um novo paradigma e relação com a criança e o adolescente, em âmbito político, jurídico, e cultural, com implicações profundas na forma de lidar com esta população.

Adentra no cenário político brasileiro o paradigma da proteção integral da criança e do adolescente compreendendo-os como *sujeito de direitos*. O discurso dos direitos humanos, que vinha se fortalecendo internacionalmente e ao qual o Brasil se integrava cada vez mais, a exemplo, da participação na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, em 1989,

um ano antes da promulgação do Estatuto, foi um ideário que informou sobremaneira a constituição dessa nova visão do *campo da menoridade* de então (LEITE, 2013, p. 45). Dessa forma, “a mudança do paradigma em que se baseava o atendimento à infância pobre no país, fazendo com que *menores* se tornassem *crianças e adolescentes sujeitos de direitos*, é fruto da emergência, no espaço político dos direitos humanos, de *novos sujeitos de direitos*” (p. 45).

Em resumo, podemos, portanto dizer, seguindo a classificação de Adorno apud. Leite (2013, p. 64), a presença de três processos na atenção à infância e adolescência do início do século XX em diante: (1927-1979) fase de vigência do Código de Menores de 1927, marcado por uma perspectiva correcional e punitiva; (1979-1990) – segundo Código de Menores, que reafirma o primeiro código, mas sob a égide da doutrina de “Segurança Nacional” do período militar; a proteção e o paternalismo foram suas marcas, com a permanência da dimensão correcional; (1990-em diante) fase do Estatuto da Criança e do Adolescente, que rompe com a doutrina de situação irregular e inaugura o paradigma da proteção integral e da condição de sujeitos de direitos da infância e adolescência.

Essas fases foram marcadas pelas formas de atendimento. Como visto em Vianna (1999), antes da promulgação do Código de Menores de 1927, à Polícia atribuíam-se o processo de recolhimento e destinação. A institucionalização dos menores se dava em casas de correção, aonde seriam corrigidos por atividades laborais. Na vigência do Código de Menores de 1927 se observou algumas transições ao longo das décadas. A atuação ambígua dos juízes, como assistentes sociais ou pedagogos, ganha destaque na organização dos atendimentos, e posteriormente, a criação do Serviço de Assistência ao Menor (SAM) no Distrito Federal, e congêneres em outros estados, que organizava o que já ocorria, o modelo correcional a partir de internações em instituições urbanas e rurais. No Código de Menores de 1979 o SAM foi substituído pela Fundação de Amparo e Bem-Estar ao Menor (FUNABEM) que se tornou responsável pelas ações institucionais com a infância abandonada e em conflito com a lei. Com a promulgação do ECA, outras iniciativas são desenhadas, como a divisão entre infância e adolescência sujeita a medida especial de proteção e infância e adolescência sujeita a medida socioeducativa. Para o segundo caso dá-se a criação dos serviços de socieducação inicialmente sem organização nacional, fato alcançado no ano de 2013 com a publicação das normas do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), que orienta em âmbito federal, estadual e municipal as ações na socioeducação.

1.3 A entrada dos direitos humanos

A noção de *sujeitos de direitos*, orientado pelo ideário dos direitos humanos, foi fruto de uma longa história de transformação nas concepções de indivíduo e sociedade que tem sua culminância na transição do regime feudal para o regime capitalista, ou seguindo o raciocínio de Foucault (1999), na passagem do poder soberano para o *biopoder*. Essa transformação econômico-política, reconfigura as antigas bases de estratificação da sociedade, definindo a burguesia, em lugar da nobreza, como classe dominante numa nova estrutura de relações sociais e de produção, acompanhados, concomitantemente, por mudanças ideológicas, de saberes e culturais.

Segundo Elias (1994), a civilização consiste num processo social de longo prazo, caracterizado pela transição de um controle externo dos impulsos humanos para uma autoregulação individual das pulsões e afetos, da coação social para a autocoação. É um processo eminentemente social que incide sobre o corpo biológico, e reconfigura nossas estruturas de personalidade, na medida em que as percepções e experiências tidas dessa dimensão, não são fechadas e dadas, mas abertas e mutáveis. A emergência da concepção moderna de indivíduo, enquanto experiência de si e fato político-jurídico, guarda íntima relação com este processo descrito por Elias.

Alimentado pelas filosofias da antiguidade e das concepções jusnaturalistas das filosofias modernas, o indivíduo passa a ser pensado como um ser moral, interiorizado, autônomo e racional, portador de direitos inalienáveis, centrados na liberdade individual, ao que o Estado não deveria se antepor. O que guia esta noção é uma concepção de *direitos naturais*. Tanto indivíduo, quanto Estado, neste momento de transição de regimes, estão sendo constituídos, dessa forma, a compreensão do surgimento do indivíduo liga-se intimamente com a ascensão do Estado-nação moderno. Essa ideia, assume que as transformações nas estruturas de personalidade, e portanto das configurações de subjetividade, são correlatas com as mudanças nas macro estruturas de relações sociais (ELIAS, 1994, 2006).

O autor enfatiza que o crescente processo de civilização vem acompanhado pelo aumento das redes de interdependência social e do monopólio do uso legítimo da violência pelo Estado. Nesse sentido, o processo civilizador diz respeito ao aumento das unidades de subsistência humana e ao crescente estado de divisão social do trabalho que aumenta a diferenciação social e impulsiona a uma maior integração entre os indivíduos. Em outras palavras, este processo permite que sociedades humanas se organizem em grande escala

topográfica, como é o caso das megalópoles modernas em comparação com outros agrupamentos humanos, como as cidades medievais e as tribos. O crescimento dos agrupamentos humanos, nesta perspectiva, dá-se em conjunto com as transformações na estrutura da personalidade, como a autoregulação das pulsões, condição de possibilidade para o aumento das redes de interdependência e divisão social do trabalho. O argumento sociológico de Elias nos permite conectar essa transformação moral, subjetiva e social, que faz emergir uma instância individual como uma realidade e percepção, com as transformações nas configurações sociais amplas. Esta passagem de Elias (2006) conecta, ao meu ver, o surgimento do indivíduo moderno com uma disponibilidade social e subjetiva ao pensamento dos direitos humanos:

Em conexão com a crescente autonomização das instâncias individuais de autoregulação – das quais fazem parte o entendimento e a consciência, o ego e o superego -, amplia-se também manifestamente o alcance da capacidade de um ser humano de se identificar com outros seres humanos, em relativa independência do grupo a que pertençam, e portanto amplia-se também sua capacidade de sentir simpatia por eles. (...). Atualmente, o fato de que em muitas sociedades a ideia de que lutas de gladiadores ou execuções públicas possam causar alegria desperte antes sentimentos negativos é seguramente um sintoma significativo de uma transformação civilizatória. (ibidem. p. 25)

Em decorrência dessas transformações que culminam no estabelecimento dos Estados-nações modernos e a ascensão da burguesia como classe dominante, uma série de fatos políticos passam a ocorrer. Toma corpo, inicialmente, uma perspectiva individualista da sociedade e a percepção da existência de direitos naturais. O surgimento da ideia moderna de cidadão, a defesa da vida (integridade física), da propriedade privada, da livre iniciativa e da liberdade política serão os tópicos iniciais da agenda política de então, críticas do absolutismo monárquico, como pretende a filosofia política de John Locke. Na literatura sobre os direitos humanos, esses serão, os assim chamados, direitos de primeira geração, que privilegiam direitos individuais garantidos pelo poder público. Trata-se do direito do indivíduo ante o Estado, que defende abstenção deste para o seu pleno exercício (LEITE, 2013, p. 46).

Entretanto, as contradições do regime capitalista, observada na forte polarização entre burguesia e proletariado no século XIX, geram um cenário de distribuição desigual da igualdade e liberdade, surgindo críticas contundentes aos direitos humanos individuais. Em decorrência de lutas políticas e sociais às condições de trabalho no capitalismo do século XIX, vemos nascer demandas por proteção social aos trabalhadores, promovendo uma nova agenda de direitos não somente restritos aos indivíduos mas ampliados a grupos sociais. Serão os

chamados direitos de segunda geração “que propugnam a defesa não apenas da liberdade individual mas também da proteção social” (ibidem, p. 47), cabendo ao Estado a garantia do exercício desses direitos. Nos direitos de primeira geração o Estado é contrário aos indivíduos. Sua atuação deve ser controlada de modo a não infringir esses direitos, ao passo que nos direitos de segunda geração o Estado é o agente para que os direitos sociais sejam garantidos.

Após a Segunda Guerra Mundial, nasce um foro de debates e interesses comuns, que se pretende definitivo, para a coexistência pacífica e soberana entre as diferentes nações do globo: a Organização das Nações Unidas (ONU). No clamor dos horrores de guerra e do holocausto judeu, a Declaração dos Direitos do Homem é promulgada, em 1948. Em termos filosóficos, a criação de uma organização internacional de países e a declaração de uma carta de princípios, se arvora como um sistema de valores universalmente acordados pela comunidade dos homens, representado pelas nações. “A Declaração de 1948 constrói um sujeito de direitos e um conjunto de princípios que se pretendem universalmente válidos.” (ibidem, p. 48). Os direitos humanos, ao reconhecer que existem condições necessárias para a garantia da existência humana nos termos da universalidade, interdependência e indivisibilidade, pela Declaração, supõem pensando com Elias (2006), a capacidade de humanos sentirem simpatia por outros, ao condenar práticas violentas no tratamento de diferentes populações, nas guerras, nas relações sociais.

A Declaração dos Direitos do Homem incide sobre o gênero humano de uma maneira geral. No contexto da especificação *de novos sujeitos de direitos*, que abarca a infância e outras populações, outras declarações e convenções gradativamente, no transcorrer do século XX, reconheceram, em nível internacional, os direitos da população infantojuvenil. Desde o ano de 1923, já se desenhava uma tipologia protetiva para a infância com a Declaração de Genebra, organizado pela União Internacional Save of Children. Posteriormente, em 1924, a Assembleia da Sociedade das Nações ratifica o texto, propondo aos seus membros a observação de sua aplicação em seus respectivos países (ibidem, p. 58). Após a Segunda Guerra Mundial, dentro do contexto da nova organização internacional de países, a ONU aprova um documento que amplia o texto de 1924. Será no ano de 1959 que a Declaração Universal dos Direitos da Criança será promulgada, consistindo em um texto com dez princípios que afirmam os direitos da criança à proteção especial: garantias e oportunidades de um desenvolvimento saudável e harmonioso a partir da oferta de boa nutrição, habitação, lazer, assistência médica, educação e proteção contra toda sorte de violências. Essa declaração é um marco na especificação da infância como sujeitos de direitos, embora no plano prático

não tenha sido bem sucedida, despontando mais como um marco moral e guia normativo para iniciativas vindouras, tanto públicas quanto privadas.

Por iniciativa do governo da Polônia, no ano de 1978, a Comissão dos Direitos Humanos das Nações Unidas começa a elaborar um projeto que venha ter força de tratado, a fim de fomentar efetivamente os países signatários a executarem políticas de implementação de suas normativas e diretrizes. Após longos dez anos de discussões, é aprovada no ano de 1989, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que será fundamental para a elaboração da lei que promulgou o ECA, “tendo como base a ideia de que as crianças e os adolescentes devem ter todos os direitos que tem os adultos e que sejam aplicáveis à sua idade” (ibidem, p. 58), bem como o reconhecimento de sua condição peculiar em desenvolvimento, com direito a voz nos assuntos que lhe dizem respeito e o dever de garantir sua proteção.

Além desta Convenção as Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça Juvenil – Regras de Beijing, aprovada em 1985, e as Diretrizes das Nações Unidas para Prevenção da Delinquência Juvenil – Diretrizes de Riad, em 1988, irão orientar a confecção do modelo de atendimento para os adolescentes em conflito com a lei, notadamente as Diretrizes de Riad que servirão de base para o sistema socioeducativo previsto pelo ECA (ibidem, p. 58). Dessa forma, o ECA, passa a integrar:

[...] o processo de disseminação global dos chamados ‘direitos da criança’ que, o bojo da emergente retórica universalista dos direitos humanos, visa ampliar a noção de cidadania para todas as crianças e adolescentes e a participação da família e da comunidades nas políticas de atenção aos direitos da crianças e do adolescente (SCHUCH, 2008. p. 23)

Ao considerar a *criança e adolescência*, no Brasil, como *novos sujeitos de direitos*, se reconheceu a situação binária e irregular da atenção por parte do Estado brasileiro. Como dito na construção do personagem social *menor*, esta categoria, ao ser sancionada juridicamente pelo Código de 1927, e reedita em 1979, passa a designar especificamente a infância pobre, produzindo complexos tutelares e paternalistas no atendimento a esta população.

A emergência do ECA e sua consolidação como marco legal para a sociedade brasileira, dessa forma impôs uma série de desafios que buscam justamente reconfigurar esse modelo de assistência no Brasil priorizando: i) crianças e adolescentes como sujeitos de direitos legalmente baseados, não mais como portadores de necessidades especiais e meros objetos de tutela pelo Estado; ii) indivíduos em condição peculiar de desenvolvimento; iii) a

prioridade absoluta, pelo Estado, no desenvolvimento de políticas públicas e de atenção, (ibidem, p. 60).

1.4 Medidas de proteção especial e medidas socioeducativas

No período anterior ao ECA, a institucionalização dos menores foi uma das marcas exercidas ao longo da vigência da doutrina de situação irregular no Brasil nos códigos de 1927 e 1979. Envolveu diferentes atores e interpretações sobre seus usos, mas, sem sombra de dúvidas, foi marcada pelo detrimento dos vínculos familiares em favor de vínculos institucionais (LEITE, 2013, p. 62), obedecendo, segundo Schuch (2006) aos “propósitos civilizadores do início do século” (p. 71).

A relação entre Estado, famílias e menores, se desenvolveu em torno de um complexo tutelar que questionava a autonomia familiar de certas camadas da população, em especial a pobre, de governar seus filhos, função que o Estado vai progressivamente se apropriando, em duas linhas estratégicas de ação, assistência e repressão, sob o tema da prevenção (ibidem, p. 82). Não se trataria de um exercício de imposição pedagógica propriamente, mas em certa complementaridade entre famílias e administração estatal, que tolerava certas distâncias do modelo ideal pretendido de modo a manter a subordinação e a gestão das mesmas (VIANNA apud SCHUCH, 2006 VIANNA, 2014), ideia que se articula, ao fato da internação ter se apresentado como uma alternativa de cuidados e opção de educação dos filhos, por parte das famílias pobres, principalmente no período de vigência do primeiro código. Isso ilustrava a face assistencial de que se revestia a justiça de menores, “justiça como assistência”.

Em certa medida as categorias “menor” (1927) e “menor em situação irregular”(1979) previam certa indiscernibilidade no atendimento prestado à população infatojuvenil. Nos abrigos que recolhiam os menores, havia crianças e adolescentes tanto em *desamparo*, *abandono*, como em *delinquencia*. Ainda assim, isto de modo algum significava ausência de diferenciação entre os perfis dos internos, e o atendimento a eles dispensados:

Era “a necessidade de diferenciar, de classificar, de separar, de categorizar e, portanto, de hierarquizar tipos de infância, tipos de família, tipos de pessoas e tipos de responsáveis” (SCHUCH, 2006, p. 83).

Característica expressiva do exercício do *biopoder* a partir de sua tecnologia de “biopolítica de populações” (FOUCAULT, 1999, p.131) que faz do cultivo da vida, a partir de

um corpo de saberes e técnicas de gestão, - medir, calcular, padronizar, hierarquizar – sua maior finalidade. Já antes do código de 1927, tal prática dava-se pelas polícia e diretores das instituições responsáveis pelo internamento de menores. Partindo de concepções científicas da época, como o higienismo e a hereditariedade, preocupavam-se com o problema de contágio entre as chamadas “crianças em perigo” e “crianças perigosas” (VIANAA, 1999; SCHUCH, 2006). Mesmo com o deslocamento da problemática *menoridade* para a esfera jurídica com os códigos, essa preocupação permaneceu, e a promiscuidade, o contágio dos perigosos aos em perigo, direcionou as avaliações e decisões dos juízes imbuídas que estavam, de concepções técnico-científicas⁶

À capacidade de qualificar uma população diversa sob o epíteto de *menor* uma “vontade de diferenciação” de tipos sociais marcava a trajetória desses indivíduos. Essa ideia é uma continuidade, sobre outros termos, do dilema vivido na transição de regimes, da gestão de populações em condição de *menoridade* segundo o modelo hegemônico do branco, europeu, burguês, civilizado, adulto e são, e da mudança de concepção do estatuto da sociedade como *sui generis* e portadora de males sociais (VIANNA, 1999, p. 132). A infância continha em si, perigos potenciais, que se não trabalhados, poderiam ser transmitidos, justificando-se assim, para a população dos *menores*, prevenir essas virtualidades por dois braços, de um lado a assistência, dirigida às crianças em perigo para que não sucumbissem, de outro a repressão, às crianças perigosas, para que vigiadas e cerceadas não contagiassem com o mal de que eram portadoras.

As intensas críticas ao paradigma menorista, o alvorecer das convenções internacionais e o período da redemocratização configuraram um cenário de transformações políticas que redundou na substituição da “doutrina de situação irregular” para a doutrina de proteção integral. Nessa transição buscou-se aprofundar a universalização da infância, e a chamada de responsabilização por parte das famílias, ambas fomentadas pelos saberes psi, em uma clara crítica ao binarismo expressa entre menores e crianças. Como ressalta Arantes apud Leite (2013):

⁶ “Disse o juiz, em um pronunciamento na Câmara dos Vereadores da capital em dezembro de 1960: O menor recolhido com um simples problema de conduta, menor desobediente, menor fujão, mas sem outro defeito, é recolhido a um Abrigo é lá é violentado. Digamos que ele tem 8, 9, 10 anos. Com a repetição ele se torna homossexual e quando sai do abrigo já sai habilitado para um dos ramos das profissões lá ministradas, ou seja, o perigo do atentado ao patrimônio. Uns tem que aprender a bater carteira, serviço de descuidista, vão ser arrombadores, ladrões de automóveis, qualquer coisa que tenha sido escolhida pelos chefes. Temos um menor que foi recolhido por um período relativamente curto, foi violentado e se tornou homossexual. Crescendo, ele chega à puberdade, e vai revelar um gravíssimo conflito com sua pessoa. De um lado, o hábito já arraigado da prática homossexual e de outros o despertar de sua virilidade. Vêm então as perturbações psíquicas, vem a deformação do caráter. Ele sente que tem que se entregar, ao mesmo tempo sente a necessidade de se igualar aos outros” (ibidem, p. 86)

Ao oferecerem uma “natureza” da irregularidade, os técnicos não apenas legitimaram como ajudaram a produzir uma das mais curiosas e perversas distinções encontradas na prática social brasileira: a que separa ‘criança’ de ‘menor’ – curiosa distinção que não diz respeito à faixa etária, mas à classe social, e que faz com que a ‘sentença’ recaia no menor, e não na situação. É o menor que passa a ser visto como irregular, já que porta sua “natureza”: valores antissociais, carências de todos os tipos, comportamentos inadequados, agressividade, periculosidade, etc. (p. 63)

Na indiscernibilidade da categoria do *menor* (1927), e do *menor em situação irregular* (1979), o ECA previu a especialização do atendimento em *crianças e adolescentes sujeitos a medidas de proteção especial* e aos *adolescentes sujeitos à medida socioeducativa*. Schuch (2006) salienta para o fato da universalização da infância trazer consigo a necessidade de um maior discernimento sobre as funções da assistência e repressão. “Nesse sentido, ao privilégio de uma ‘universalidade’ corresponde um refinamento das categorias de classificação e especificação do universal” (p.84). Ora, o que este movimento de especialização acaba por realizar, é a reinstalação da divisão entre aqueles necessitados de proteção, os em perigo, e os que demandam uma vigilância constante e presente pelo perigo que representam à infância universal. Esse processo, paradoxalmente, ao mesmo tempo que fortalece a prevalência da proteção, provoca um maior estigma sobre uma categoria mais refinada que o menor, o adolescente infrator.

Nos termos da violência urbana, do crime e da insegurança pessoal, a divisão entre os em perigo dos perigosos, será reeditado numa gramática moral entre “bons” e “maus” (ibidem, p.90), ou os “cidadãos de bem” e os “vagabundos”, que fará constantes ataques aos direitos humanos e ao ECA na sua forma de lidar com os perigosos.⁷ Somado, ao crescimento das abordagens em artigos e reportagens sobre tema da delinquência, o acompanhamento da imprensa das ações dos delinquentes.

Em suma:

“no que diz respeito às políticas de atendimento, mais do que um rompimento com estruturas de poder anteriores ao ECA, a implementação dessa legislação parece acentuar a separação, já iniciada desde o início do século passado, entre as crianças e adolescentes perigosos (miniaturas facínoras) e os em perigo (crianças desvalidas). Ao mesmo tempo essa diferenciação está contribuindo para a especialização de um domínio judicial sobre tais personagens, que passam a ser definidos menos

⁷ À época da Chacina da Candelária, as crianças e jovens assassinadas foram mortas sob a justificativa de serem “perigosos meninos de rua” (Ibidem, p.88): “A polêmica que se seguiu à tragédia revelou que parte da população brasileira considerava o ECA ‘muito fraco’ para lidar com os ‘perigosos’ meninos de rua, justificando a prática da ação desses grupos de extermínio, uma extensão mais cruel da ‘cultura de evitação’, que perpassa o encontro entre os ‘marginalizados’ e os ‘integrados’ no Brasil”. (ibidem, p. 88)

ambiguamente, se comparados com aqueles sujeitos à classificação de “menor” (p. 93)

O adolescente infrator se torna o objeto refinado da divisão entre perigosos e em perigo, sem o risco de confundir em uma mesma categoria de *menor*, perfis tão distintos. Isso permite que aqueles realmente necessitados de proteção especial, pelos malefícios sociais que vivem, não sejam confundidos com aqueles que geram malefícios à sociedade. Universalizou-se a infância mas não seus direitos, continuamos a produzir classificações e desigualdades. O adolescente infrator se torna cada vez mais judicializado e menos objeto de assistência. Se antes assistência e justiça se confundiam no atendimento ao menor, agora, essa divisão é ratificada a quem de direito (moral) merece.

1.5 Risco e processos de vulnerabilização

Nesse tópico, veremos a emergência da noção de risco social, como transição da sociedade disciplinar para uma sociedade de riscos (BECK 1995; CASTEL 1984; HILLESHEIM e CRUZ, 2008; SPINK, 2001) e sua articulação com processos de vulnerabilização. Isso permitirá que o adolescente em risco social do CRIAA-UFF seja localizado dentro de um contexto mais amplo de exercícios de tecnologias de poder baseada na gestão de risco, que refinam as tecnologias clássicas do *biopoder* na sociedade disciplinar.

No dilema surgido da especialização de atendimentos para população infantojuvenil e da reedição da divisão entre infância em perigo e perigosa, outra noção, cada vez mais em destaque na sociedade ocidental, se estabelece nos saberes científico e em diferentes poderes da sociedade: risco. Esta noção permitiu que uma linguagem e uma prática sobre diferentes eventos e populações pudessem ser feitas para prever e controlar seus possíveis futuros (SPINK, 2001). É um processo gestado ao longo do século XIX e XX, no qual a noção de periculosidade, produto da confluência do saber médico e do poder judiciário na passagem desses séculos, já entevia, a partir da construção de políticas públicas e gestões governamentais baseadas em virtualidades, abstrações e não fatos consumados, como sói acontecer com o *biopoder*. As políticas de atendimento ao menor se configuraram em torno dessa virtualidade, todavia sem o refino que a consolidação da categoria de risco social como linguagem de compreensão da infância e da adolescência pudesse ter. Dessa forma, dimensões de vulnerabilidade e categorias de periculosidade podem ser articuladas em torno

de um discurso de prevenção e promoção de saúde que a princípio supera essa divisão entre perigosos e em perigo ao colocar ambos os perfis em uma mesma situação de vulnerabilidade social.

Segundo Spink (2001) o risco se divide em três aspectos: i) “uma forma de se relacionar com o futuro” (p.1279) que tem uma origem histórica acoplada com outros sentidos; ii) seguido de uma conceituação sobre risco, que se multiplica no século XX com diferentes saberes se apropriando de sua noção; iii) e uma gestão dos riscos, articulado com esses saberes, em proposições políticas.

O aparecimento da palavra risco se dá no século XIV no catalão, “nas línguas latinas no século XVI e nas anglo-saxônicas no século XVII,” (SPINK, 2001, p. 1279) indicando ideia de ocorrência de eventos futuros que pudessem ser passíveis de controle. Antes de sua emergência, havia a ideia de perigos, obstáculos à vida, fatalidades, que, no entanto, não designavam essa ideia de possibilidade de controle. De acordo com Hillesheim e Cruz (2008), os autores por elas pesquisados indicam que a noção moderna de risco surgiu por volta do século “XVII a partir dos jogos de azar, sendo incorporada nos períodos seguintes nos contextos do seguro marítimo (século XVIII) e da economia (século XIX)” (p. 193). Sua consolidação dar-se-á no território da matemática e da medicina social, em sua face epidemiológica, no século seguinte.

Em meados dos anos 1960, a noção de risco, aparece como um conceito múltiplo utilizado tanto para analisar espaço e território quanto grupos e segmentos sociais. Embasado em análises quantitativas de diferentes disciplinas (epidemiologia, demografia, psiquiatria preventiva e comunitária, engenharias, etc) forja-se uma conceituação do risco “como acontecimento adverso, que poderia enunciar diferentes modalidades de danos a serem medidos para atenuar possibilidades de problemas futuros” (LEMOS et al. 2014, p. 159). O risco em conceito virtual e operatório, voltado para a predição de um determinado evento e passível de administração, dado por cálculos probabilísticos, tornando-se nesse momento um conceito eminentemente quantitativo.

Nos anos 70 e 80, estudiosos de ciências sociais passaram a questionar sua característica quantitativa, em favor de abordagens coletivas, sociais, políticas e pessoais, enfatizando “a percepção do risco como determinante da produção de qualquer forma do que classificavam como dano físico, ambiental, mental, social e econômico” (ibidem, p. 159). Subjazia a ideia de redes de intercorrências mútuas. Certas ações teriam efeitos em cadeia em outras ações, sustentando as ideias de comportamento de risco e percepção de risco,

posteriormente problematizadas, por focarem em grupos e indivíduos, e não contextos, sua conceituação.

Essa multiplicação discursiva e operatória da noção de risco pode ser identificada como o surgimento de uma sociedade de risco em substituição à sociedade industrial, de acordo com Beck (1995). Nomeia esse processo de modernização reflexiva que consiste na realização mesma do ideal moderno ocidental, em outras palavras, a própria vitória do capitalismo:

“Modernização reflexiva significa a possibilidade de uma (auto) destruição criativa para toda uma era: aquela da sociedade industrial. O ‘sujeito’ dessa destruição criativa não é a revolução, não é a crise, mas a vitória da modernização ocidental” (ibidem, p. 12)

As classes, camadas sociais, papéis, família nuclear, setores produtivos são “destruídos” para incorporarem novas formas, “a ideia de que o dinamismo da sociedade industrial acaba com suas próprias fundações” (ibidem, p. 12), em transformações velozes, sem que haja a necessidade de uma revolução para ditar o ritmo dessas mudanças. Esse processo abala certezas da sociedade industrial, como a ideia de progresso e a abstração de consequências ecológicas de sua infraestrutura produtiva, designando um estágio em que as ameaças produzidas por ela começam a tomar corpo, após longos períodos de acumulação e silêncios acerca delas. Três consequências se observam neste processo (ibidem, p.17): a dissipação da relação da sociedade industrial com os recursos da natureza e da cultura; o abalo das ideias sociais de segurança e ordem social que excedem a relação da sociedade com as ameaças por ela produzidas; o desencantamento e a desintegração das fontes de significados sociais e culturais, as grandes narrativas tradicionais, que alimentavam o próprio sentido de ordem social, recompondo a definição de indivíduo:

“a diferença está no fato de que atualmente as pessoas não estão sendo ‘libertadas’ das certezas feudais e religiosas-transcendentais para o mundo da sociedade industrial, mas sim da sociedade industrial para a turbulência da sociedade de risco global” (ibidem, p. 18).

O indivíduo é levado a ser um indivíduo, a buscar soluções diante de oportunidades e ameaças, antes amparadas pelas relações familiares, na comunidade, na classe social, por si só, no sentido mais empírico da palavra. Na sociedade de risco há sedimentação da incerteza, impulsionando a “reflexividade” a ser um tema e um problema, na medida em que a imprevisibilidade dos acontecimentos e as ameaças decorrentes têm que ser esquadrihadas e

racionalizadas em cálculos probabilísticos, por conta de sua ambivalência que se opõe ao problema da ordem.

A categoria de risco para Beck (1995) é a superação da instrumentalidade racional, e nesse sentido, pós-racional, na medida em que uma ação social racional que adeque meios para atingir certos fins, se vê diante de incerteza e imprevisibilidade. O terreno que se configura é o das probabilidades e, portanto, da multiplicação infinita de riscos: de empresas, de saúde, ecológicos, econômicos, sociais, etc.

A emergência da sociedade de risco pode ser compreendida também como mutação da sociedade disciplinar tal como descrita por Foucault (1999), caracterizada pelas tecnologias de poder disciplinar e biopolítica, duas faces do *biopoder* que investem na gestão da vida, em direção a uma gestão dos riscos. A noção de perigo ou periculosidade será característica deste período. Como vimos, o campo da *menoridade* enfatizará a situação subordinada de certas categorias sociais (menores de idade, silvícolas, negros, loucos) baseadas em concepções médico-higienistas (degeneração e hereditariedade) acerca das condições possíveis de responsabilidade e discernimento às normas sociais vigentes (VIANNA, 1999, p. 135). A *menoridade* pontua essa fronteira, entre indivíduos que discernem entre o certo e o errado, e aqueles que o discernimento é comprometido. Tendo como fundamento a norma social, essa condição errante se destaca como uma potencialidade perigosa, que o exame – nascido no *continuum* médico-judiciário – e a vigilância dessas populações constituir-se-ão como instrumentos de seu exercício (HILLESHEIM E CRUZ, 2008).

Foucault (2004) observa que esse período observou uma junção entre medicina e justiça, expressa no dispositivo do exame-legal, que tinha como objeto não mais uma condição de fato, mas uma virtualidade, o perigo, efetuada “graças à reativação dessas categorias, que vou chamar de categorias elementares da moralidade. [...] um discurso essencialmente parental-juvenil [...], que é o discurso dos pais com os filhos, que é o discurso da moralização mesma da criança” (ibidem, p. 44). É um discurso do medo, que se oporá àquilo que discursa. Dessa forma, uma continuidade no corpo social, que passa pela instituição médica e penal, da “primeira correção aplicada ao indivíduo até a última grande sanção jurídica que é a morte” (p. 42) irá se dar. Não mais o crime, mas o criminoso, o indivíduo perigoso será objeto dessa junção. A instituição médica, na sua face psiquiátrica, passa a assumir cada vez mais um lugar de destaque a sociedade:

não somente por aplicar uma nova racionalidade médica aos problemas da mente ou da conduta, mas, principalmente, por funcionar como uma forma de higiene pública,

tomando o corpo social como uma realidade biológica e um espaço de intervenção da medicina. (HILLESHEIM E CRUZ, 2008, p. 194)

Na sociedade disciplinar, o poder normalizador, que ultrapassa a regularidade médica e jurídica, por adulará-las, e tomar o perigoso como objeto (FOUCAULT, 2004), este poder, a partir de seus instrumentos, garantirá o controle social. A escola, a família, a Igreja, os exércitos, cada qual contribuía para a efetivação dos modelos e normas. O modelo de vigilância que sintetiza as técnicas disciplinares de então é o panóptico, organizado na presença de controladores e controlados, em um mesmo espaço homogêneo, sob observação constante (CASTEL, 1984, p.154). As instituições totais estudadas por Goffman (2010) ilustram, na face extrema, o poder normalizador deste período: corte de relações com o mundo externo, rotinização das funções mais básicas e mortificação do eu, resultando em uma transformação da imagem de si do interno.

No transcorrer do século XX, em função de contestações à normatização da sociedade, à sedimentação da incerteza e imprevisibilidade, o desenvolvimento das tecnologias informacionais e comunicativas (informática e internet), a norma passa a ser insuficiente para o exercício do controle social, exigindo dos mecanismos biopolíticos um refinamento para a continuidade da gestão de populações (HILLESHEIM E CRUZ, 2008, p. 193). Nesse sentido, Castel (1984) aponta que na sociedade com ênfase na gestão dos riscos, uma concepção preventiva, que abstraía a imediatez da presença na vigilância (controle social), articulada pela medicina psiquiátrica e a psicologia, pensadas como ação social, passa a intervir sobre virtualidades medidas por um conjunto de fatores impessoais de risco:

“Un riesgo no es el resultado de la presencia de un peligro concreto para una persona o para un grupo de individuos, sino la relación de datos generales impersonales o *factores* (de riesgo) que hacen más o menos probable el acontecimiento de conductas indeseables.” (p. 154)

Não mais a presença de um perigo, mas a possibilidade, mediada por fatores de risco, que condutas indesejáveis, entre elas o perigo, se concretizem. Há um deslocamento da correção para a prevenção. Ao invés de intervir diretamente sobre patologias e sintomas, a investida médica-psicológica se dará nos desvios que o indivíduo venha a cometer perante a norma. Não se trata de um rompimento com a sociedade disciplinar, mas de uma sofisticação e um aprofundamento da normalização. Para Castel (1984) o modelo de vigilância não irá se inscrever nas técnicas disciplinares tradicionais ao indivíduo, “mas a fatores (de risco) e correlações estatísticas, desconstruindo o sujeito concreto da intervenção e recompondo-o a partir de uma combinação sistemática de todos os agrupamentos suscetíveis de produzir

risco.” (HILLESHEIM E CRUZ, 2008, p. 195). O risco não é um perigo, mas uma correlação de fatores que possa vir a gerar um comportamento indesejável de grupos e indivíduos. O perigo remete ao imponderável, à ordem do possível inadvertido, ao passo que o risco coloca-se como no terreno da busca de ordem, de elaboração de correlações estatísticas e capacidades preditivas, justamente porque impera na sociedade de riscos a imprevisibilidade. O risco propõe que os fatores que geram o perigo possam ser antecipados, e nessa medida administrados para que não ocorram.

A marca da vigência da doutrina de situação irregular era a separação das *crianças em perigo* das *crianças perigosas*, ao passo que com a promulgação da doutrina de proteção integral, cria-se uma política de atenção que envolva a proteção dessa população para se desenvolver distante de perigos sociais e evitar serem socialmente perigosas. Ainda que o ECA não utilize a palavra risco, ao estabelecer medidas protetivas que as protejam de danos e violações de direitos, fica claro a ideia de atuar frente a fatores que possam ocasionar esses eventos:

Assim, mesmo que não formulada pelo ECA, a noção de risco passa a ser utilizada por Conselhos Tutelares, Juízes da Infância, profissionais, etc, dando margem, inclusive, a críticas como a de Sêda (1999), o qual aponta que falar em risco é um eufemismo que encobre situações reais de violação de direitos (e não probabilidade de algo ruim venha a acontecer). (ibidem, p. 195)

Dessa forma, pode se dizer que no campo da infância e adolescência, há um deslocamento da noção de perigo à de risco pretendido para esta população. Ao enfatizar as condições que impedem que o desenvolvimento biológico, psicológico e social se dê, estamos falando de condições adversas que impedem um estágio ser atingido. À ideia de risco e perigo, portanto, se articula uma noção de vulnerabilidade. Risco é duplamente entendido como uma situação que impede o desenvolvimento, portanto, focado em um contexto, e um conjunto de fatores que podem gerar comportamentos indesejados, nesse caso, focado no indivíduo:

enquanto o perigo, por ser um evento que acarreta algum dano, relaciona-se com os conceitos de risco e vulnerabilidade, sendo que passa a ser perigo (e deixa de ser risco) no momento em que de fato acontece, concretizando o dano: a vulnerabilidade se destaca pela existência de um risco, pela incapacidade de responder ao risco e inabilidade de adaptar-se ao perigo, ou, como característica dos lugares com diferentes graus de capacidade de resposta e de habilidade de adaptação, ou seja, ambas numa esfera socioambiental” (ibidem, p. 196)

É importante destacar esse excerto pois o conceito de vulnerabilidade pode mostrar-se ambíguo ao qualificar certos grupos como em *risco*, tendo por efeito negativo, essencializá-los ou individualizá-los. Ao associar vulnerabilidade a certos grupos, parte-se do princípio que uma característica peculiar deste resumiria a sua natureza ou condição, definindo-o como tal, em essência. A crítica a essa noção dá-se pelo anulamento de outros aspectos e marcadores sociais conduzindo a uma compreensão desses grupos e de seu suposto risco como constitutivos ou naturais. A perspectiva de Abramovay (apud LOVENKRON, 2013) desloca a ênfase nas características e atributos individuais em direção às dimensões relacionais e sociais, ressignificando o conceito e lhe dando rentabilidade para a análise de situações de desigualdades. Nesse sentido a avaliação de *situações de vulnerabilidade* não está dado pelas idiosincrasias de certos grupos, mas nas consequências sociais que a relação entre fatores sociais, políticos, econômicos e simbólicos provoca. Dessa maneira, gênero, raça/etnia, classe e idade só podem ser utilizados para identificar “situações de vulnerabilidade” se os grupos analisados se encontrem em contextos sexistas, racistas, classistas, de violações contra a infância. A vulnerabilidade não é um atributo dessas categorias, mas uma situação decorrente das relações desiguais em que estão imersos. Dessa forma, de acordo com Abramovay apud Lowenkron (2013):

[...] três elementos articulam-se na conformação de ‘situações de vulnerabilidade’ de indivíduos e grupos: i) recursos materiais ou simbólicos (também chamados de ativos); ii) as estruturas de oportunidades sociais, econômicas e culturais dadas pelo mercado, Estado e sociedade (ainda que seja difícil traçar linhas claras entre esses três constructos fictícios); iii) e as estratégias de uso dos ativos. (p. 14)

Outro ponto a ser destacado, articulado à vulnerabilidade, está na construção da vítima. Uma sociedade baseada em uma gestão dos riscos que aciona situações de vulnerabilidade para compreendê-las, articula uma compreensão social da vítima, isto é, aqueles indivíduos que pela sua situação de risco ou vulnerável, são vítimas de um contexto desfavorável que impede acesso a oportunidades e direitos. A divisão entre crianças e *adolescentes sujeitos a medida protetiva* e *adolescentes sujeitos a medida socioeducativa*, opera na construção social de uma polaridade entre vítimas e algozes. Segundo Sarti (2011) a construção social da vítima está baseada em duas ideias: uma situação de “vulnerabilidade” associada a certos grupos sociais, segmentados pelos marcadores sociais da diferença como gênero, raça, idade, visto logo acima. E uma forma de constituição de subjetividade articulada com uma gramática de “direitos” que respalda legal e politicamente sua condição.

A gramática dos direitos humanos dá respaldo político para pensarmos a emergência da figura de vítima em diferentes contextos. Nessa leitura a dimensão *sujeito de direitos* abarca a condição em desenvolvimento da criança e do adolescente, sendo obrigação do Estado prover integralmente sua proteção social. Embora se configure como um *sujeito de direitos*, a contrapartida de sua proteção assumida está fundada no caráter temporário de autonomia relativa da criança e do adolescente, que se encontram em fase de desenvolvimento biológico e psicossocial. Essa ideia, *sujeitos de direitos* em desenvolvimento a serem integralmente protegidos pelo Estado, lança uma questão à própria noção de sujeito, como sujeito autônomo da moral, central no pensamento Ocidental (DUMONT, 1985; DUARTE, 2012) e no ideário dos direitos humanos. Cria-se portanto, um cenário ambíguo, em que são focalizados ora a autonomia deste indivíduo ora a sua dependência, ou “vulnerabilidade”, quando interpretados por diferentes grupos sociais e saberes, por exemplo, em situações como a sexualidade e atos infracionais. Em alguns contextos, o adolescente é caracterizado como vulnerável sexual ou em situação de violência contra sua pessoa, que permitem associá-los como vítimas tanto pela sua condição em desenvolvimento biológico e psicossocial, quanto pela ausência de proteção integral e exposição a violências. Em outros contextos, passa a ser percebido como portador de uma agência específica, expressa em uma sexualidade que se diz precoce, na figura da *piranha*, *safada* e *novinha* ou então na qualidade do *marginal*, *bandido* e *vagabundo*, o autor de delitos.

No ano de 2014, os jornais noticiaram em suas manchetes um adolescente negro que havia sido espancado e preso com uma trava de bicicleta em um poste no Aterro do Flamengo, no Rio de Janeiro, por um grupo de auto-intitulados justiceiros, acusado de cometer assaltos na região com outros adolescentes. A notícia ganhou repercussão e foi alvo de inúmeras opiniões e críticas pelo fato sucedido, que implicou numa abertura de inquérito e intimação do grupo pela polícia. Uma dessas opiniões, notável pela sua viralização em redes sociais, foi a emitida pela jornalista de telejornal do SBT Rachel Sheherazade. Criminalizava o adolescente em questão ao enfatizar sua opção por “fugir” ao invés de prestar queixa contra os agressores, motivado supostamente pela sua ficha suja. O que permitiria compreender a ação dos justiceiros, já que a “violência endêmica” assola o país ⁸. Por fim, exorta aos

⁸ “O marginalzinho aí, amarrado ao poste, era tão inocente, que em vez de prestar queixa contra seus agressores ele preferiu fugir, antes que ele mesmo acabasse preso. É que a ficha do sujeito está mais suja do que pau de galinheiro. Num país (...) que sofre de violência endêmica, a atitude dos vingadores é até compreensível. (...). O que resta ao cidadão de bem que ainda por cima foi desarmado? (...). O contra ataque aos bandidos é o que eu chamo de legítima defesa coletiva de uma sociedade sem Estado contra um estado de violência sem limite. E aos defensores dos direitos humanos que se apiedaram do marginalzinho preso ao poste eu lanço uma campanha:

defensores dos direitos humanos para “adotarem um bandido”. Acontece que a mesma jornalista, alguns meses antes, realizara *mea culpa* pelas ações cometidas pelo cantor Justin Bieber (pixações, cuspidas em fãs, prostitutas), rico e branco, atribuindo-as à sua fase de menino, com hormônios em ebulição.⁹ O astro canadense, recupera uma representação existente da tradição médica e psicanalítica do adolescente em crise típico da metade do século XX, sem que alguma categoria jurídica fosse elencada. Ao passo que ao adolescente preso ao poste essas representações sequer são colocadas. Anônimo, brasileiro, pobre e negro, apenas a sua agência criminosa é destacada.

Esta última percepção social, os supõe como sujeitos em exercício de autonomia e anula a concepção de sujeito de direitos em condição de desenvolvimento, compartilhado também em comentários facilmente encontrados em redes sociais e grandes portais de notícias: “bandido bom é bandido morto”, “um menor de 16 anos se cometeu crime deveria morrer”, “fica dando por aí, pra conseguir bolsa família” entre outras frases¹⁰. Não por menos, as falas da jornalista encontraram eco e reprodução na Internet. Numa clara reedição da noção de periculosidade, antes que a ênfase em riscos, presente nas experiências dos códigos da *menoridade*, temos aqui uma acepção moderna do que o romancista do século XIX, Joaquim Manoel Macedo, denominou de vítimas-algozes, invertendo a lógica da vitimização, em que os senhores de engenho e os “homens de bem” é que eram os prejudicados, vítimas de negros escravos, fujões, preguiçosos, rebeldes, maliciosos.

A ideia das vítimas-algozes, à esse tempo, revelava a ambiguidade de seu lugar social. Apontava a sua condição desigual frente a outros grupos sociais ao mesmo tempo que anulava essa situação ao se destacar uma característica notável que os faz serem algozes. A prevalência moral incide sobre seu suposto desarraçoamento e violência, em outras palavras, em sua condição racial *menor*. Neste ponto Vianna (1999) pontua a preocupação que a questão racial trazia no período de transição de regimes, de monarquia para a República, e no plano econômico do escravagismo para o assalariamento (p. 132). Instado pelas concepções

faça um favor ao Brasil, adote um bandido!” Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=A7u5XqUFLZU>. Acessado em 08/04/2015.

⁹ “Um protótipo de bad boy, James Jean repaginado (...) ele está irreconhecível, cuspiu em fã, deixou palco, pixou muros, dormiu com prostitutas (...), mas, atire a primeira pedra quem nunca foi um rebelde sem causa, quem nunca questionou seus valores (...), para anônimos e famosos como Justin, é fase de turbulência, hormônios em ebulição, conflitos, agressividade, é a busca da própria identidade. Peguem leve com Justin, o menino esta só crescendo!” Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=A7u5XqUFLZU>. Acessado em 08/04/2015.

¹⁰ Caberia aqui citar os inúmeros sites de portais de notícias e as redes sociais em que estes comentários são encontrados: Yahoo, G1, O Globo.com, Terra, Folha de S. Paulo, Facebook, Google+, Twitter, YouTube, Instagram entre tantos outros. A internet hoje em dia permitiu vocalizar o que antes se encontrava eufemizado nas pesquisas de opinião ou presente nos bate-bocas pessoais, revelando discursos acintosos e criminalizantes (para não dizer, bizarros), localizados nas caixas de comentários dos diferentes sítios eletrônicos.

científicas da época, a teoria do atraso das civilizações, e do estado degenerativo das raças, o problema da raça negra, encontrava-se estabilizada no território político-econômico da escravidão. Com a mudança no “diagrama liberal” (p. 132) centrada na defesa da liberdade rumo à promoção da vida (FOUCAULT, 1999), e portanto, sua gestão que o *biopoder* incide, a sociedade passa a ser concebida como *sui generis*, ao invés de contratualizada por indivíduos livres, e possuidora de males inerentemente sociais. A transição de regimes, no caso brasileiro sinalizava o dilema sobre o “ ‘dever ser liberal’ e o efetivo ‘ser escravista’ ” (VIANNA, 1999, p. 132) colocando a raça como um male social que mereceria gestão e intervenção por parte do Estado, a fim de que sua condição de atraso e degeneração não fracassasse essa transição:

Entre os males sociais a serem corrigidos, portanto, não estava apenas o universo das famílias mal geridas ou dos ambientes urbanos inadequados, mas também a composição racial do povo, que deveria ser depurada através de imigrações seletivas, em busca do ‘ponto ideal da mistura’. (Id, Ibid, p. 132)

Ao tornar o problema racial, um problema de gestão do Estado, entende-se o porque da *menoridade* ser um campo que abarca outras categorias sociais. O estado de atraso das raças negras significa o estado de *infância* que se encontravam e do qual povos civilizados já havia transcorrido, atingindo plena fase de *maioridade*. Nesse sentido, a ambiguidade das vítimas-algozes revelava o próprio impasse que a transição de regimes enfrentava. Apesar de vítimas de seu estado de atraso e degeneração, sua condição *menor*, em processo de civilização, os fazia algozes, e dessa forma carecedores de intervenção pelos poderes dominantes.

Nos dias de hoje, a ambiguidade persiste, colocada nos termos da responsabilização e da peculiar condição em desenvolvimento, pólos que são acionados a depender dos contextos e atores sociais que assim o fizerem. Como vimos, o problema da infância, portadora de um perigo potencial, deu sentido para que os modelos de atendimento à essa população privilegiassem ora a sua condição em perigo, ora sua face perigosa. Ainda que o ECA tenha rompido com a *menoridade* em situação irregular, em favor da universalização da infância e de estabelecimento de direitos, a especialização do atendimento em crianças e adolescentes sujeitas a medida de proteção especial e adolescentes sujeitos à medida socioeducativa não homogeneizou sua compreensão como vítimas, e portanto passíveis de garantias de seus direitos e proteção do Estado. Antes, segundo Schuch (2006), aprofundou a distinção entre ambos, resultando num aumento de assimetria social, criminalização simbólica e estigmatização para os adolescentes infratores. Estes passam a ser, cada vez mais,

culpabilizados e objetos de um esvaziamento de sua condição em desenvolvimento e portadores de direitos humanos, tematizado na gramática da violência urbana (MACHADO, 2004, 2010), do crime e do medo.

Em um contexto mais recente, Fernandes (2013) ao analisar como as diferentes visões dos moradores locais dos territórios “pacificados” pelas UPPS se dá em relação aos jovens, recupera a discussão da autonomia (algoz) e das vítimas, em relação ao ingresso dos jovens no circuito do tráfico. A partir de conversas espontâneas e reuniões informais e comunitárias, a autora observa duas perspectivas. Uma vitimizadora, que enfatiza as carências sociais, econômicas e culturais na vida desses jovens. Em função das poucas ofertas de trabalho e de se emanciparem financeiramente, se perdem no mundo do tráfico. Os jovens são vistos como vítimas, pela condição estrutural que elicia suas escolhas. A forma básica de lidar com esta problemática seriam as ofertas educacionais, profissionais, culturais, esportivas e de lazer que reduziria a pressão de ingresso no tráfico. Na outra visão, os moradores enfatizaram uma perspectiva protagonista, culpabilizante. Os jovens “conscientemente” optam pelos atrativos do tráfico. É uma escolha, portanto poderia ser outra. Há a percepção de uma agência juvenil local que enfatiza que o tráfico e seus valores são mais atrativos para os jovens, frente aos valores de trabalho e espera, e nalguns casos de sacrifício, esperados de sua condição social. Independente da oferta ou não de oportunidades profissionais, educacionais e etc. há uma rivalidade entre dois sistemas simbólicos de vida que permitem graus diferenciados de acesso a bens de consumo e prestígio. Nesse sentido, a oferta necessariamente não romperia com essa escolha.

No contexto dos estudos de violência em saúde, essa discussão, se vítimas ou algozes, ou ainda vítimas-algozes, pode ser pensada e problematizada ao observarmos taxas estatísticas sobre a composição dos vitimados por homicídio e a população carcerária no Brasil. Um estudo na área da saúde realizado por Minayo (2005)¹¹ nos ajuda a pensar que universo social representa os atores vitimados por homicídios no Brasil. Segundo a autora, nos últimos 20 anos, essas taxas tiveram um crescimento proporcional de mais de 200%: de 13.601, no ano de 1980, para 45.343, em 2000. O maior incremento se deu nos anos 80, e, embora, nas duas décadas seguintes este fator tenha diminuído de intensidade, o número de mortos continuou alto e se elevando. Cerca de 70% deles foram cometidos por armas de fogo:

¹¹ Publicação produzida pela Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, de nome “Impacto da violência na saúde dos brasileiros”. “Os dados referentes à morbimortalidade por acidentes e violências em capitais, unidades federativas e aglomeradas para o País, apresentados neste livro, compondo textos, gráficos e tabelas, foram extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/Datasus/MS) e construídos estatisticamente pela equipe do Claves.” (Minayo, 2005)

no ano de 1991, correspondente a 50,3%, e em 2000 em torno de 68%. O fato de maior relevância dá-se que a maior parte das vítimas de morte e dos traumatizados são homens, 70% da faixa etária de 10 a 39 anos, mais de 83% deles jovens do sexo masculino e em sua maioria pobre e moradores de periferias das grandes cidades. Um universo social semelhante ao composto pela população carcerária no Brasil no levantamento realizado por Borges e Guimarães (2013) com dados de 2011 (cf. nota)¹². Para estes autores esta realidade aponta para a eficiência do sistema penal brasileiro em condenar a população pobre que sem escolaridade e recursos para enfrentar o mundo do trabalho, se vê relegada a cometer crimes contra o patrimônio para sobreviver.

Todavia, embora a conclusão dos autores, esta questão não autoriza a dizermos que se trata de uma característica notável desta camada social, o desvio das regras sociais, mas aponta, antes, um processo que rotula certos atos da população pobre como desvio, tal como proposto por Becker (2008). Segundo este autor, o desvio é “um processo que envolve a reação de outras pessoas ao comportamento. (...). Se um dado ato é desviante ou não, depende em parte da natureza do ato (isto é, se ele viola ou não alguma regra) e em parte do que outras pessoas fazem acerca dele” (p.26). Dessa forma, as violações de regras sociais, rotuladas como desvio, ao serem continuamente publicizadas por veículos de comunicação de massa, constituem a nossa percepção social no imaginário sobre quem são os *bandidos*¹³ e pode informar agentes públicos da lei em suas práticas de prisão e condenação, tal como sugerem Borges e Guimarães.

Ainda sobre a semelhança da realidade social dos adolescentes vítimas e autores de violência alguns estudos apontam para a situação de vulnerabilidade que ambos se encontram. Minayo (1990), com dados da década de 80, destaca o universo social das vítimas de

¹² “Em relação à composição por faixa etária, tem-se que a maioria dos encarcerados é jovem – levando-se em conta a definição da Política Nacional da Juventude de que a juventude é a faixa etária compreendida entre 15 e 29 anos – totalizando o montante de 53,5% de toda a população carcerária – 28,5% do total de detentos (...) possui entre 18 e 24 anos; 25% do total de detentos, (...) possui entre 25 e 29 anos. [...] Outro indicador importante é a composição da população carcerária relativa à cada tipo de crime. O InfoPen de dezembro de 2011 traz os seguintes números: crimes contra a pessoa: 60.592 detentos; crimes contra o patrimônio: 240.642 detentos; crimes contra os costumes: 20.024 detentos; crimes contra a paz pública: 8.126 detentos; crimes contra a fé pública: 4.291 detentos; crimes contra a administração pública: 1.144 detentos; crimes praticados por particular contra a administração pública: 877 detentos; crimes de legislação específica: 157.988 detentos.” (id, ibidem, p. 89). Além desses indicadores os autores apontam para a baixa escolaridade da população carcerária: “os que nem o fundamental concluíram são maioria, 42% do total (216.870); por fim, os que são apenas alfabetizados constituem 11,35% do total (58.417)” (id, ibid, p. 89).

¹³ “Num estudo muito interessante sobre notícias a respeito da criminalidade nos jornais do Colorado, Davis descobriu que a quantidade de crimes noticiados nos jornais do estado mostrava muito pouca associação com mudanças reais na quantidade de crimes que ocorriam no território. E, além disso, que a estimativa das pessoas sobre o aumento da criminalidade em Colorado estava associada ao aumento na quantidade de notícias de crime, não a qualquer aumento de crimes” (BECKER, 2008, p. 25).

assassinatos no Brasil, evidenciando para nós a persistência desses índices quase 30 anos depois:

Dados levantados no período de 1984 a 1989 em Institutos Médico-Legais em dezesseis estados brasileiros pelo Ibase registraram 1397 assassinatos de menores de 18 anos. (...). A mesma pesquisa assinala que, dos 1397 casos de homicídio registrados nos Institutos Médico-Legais, 87% são de jovens do sexo masculino, 74% possuem idade entre 15 e 18 anos, 12% são brancos, 52% declaradamente negros e 36% sem informação. (...). Os motivos registrados como provocadores de mortes dos menores que emergem são: roubo, tóxico, ação de esquadrões e justiceiros, estupros e outros. (...). Uma investigação mais circunstancial das mortes reúne informações que se somam coerentemente entre dados dos Institutos Médico-Legais, da imprensa e dos movimentos sociais. Elas revelam que a maioria dos jovens assassinados são encontrados em áreas distantes das periferias urbanas, com mãos amarradas por algemas ou fio de nylon, marcas de queimaduras de cigarro, hematomas, várias perfurações de bala, sempre á queima-roupa. Geralmente são assassinados após seqüestro e tortura (p. 285).

Em uma revisão bibliográfica recente, realizada por Zappe e Dias (2010), sobre a produção científica nacional na área de saúde a partir do descritor delinquência juvenil, as autoras enfatizam a semelhança da realidade social dos adolescentes vítimas e autores de violências:

(...) a realidade dos jovens que são vítimas de violência não difere da realidade dos jovens que se tornam autores de violência. Atualmente, adolescentes são vítimas de violência estrutural e de significativas formas de violência familiar, escolar, comunitária e social (...). A mortalidade juvenil é um aspecto revelador desta situação, tendo em vista que a proporção de mortes por homicídios na população jovem é muito superior à da população não jovem. (p. 83)

As vítimas e os algozes participam de um mesmo cenário de “situações de vulnerabilidade”.

Notamos ao longo do capítulo que existem continuidades e discontinuidades históricas entre o personagem do menor e a categoria adolescente em risco social, mediadas pelo ECA e outras legislações a respeito do campo de atenção à infância e adolescência e pelos conselhos tutelares e outros estabelecimentos estatais voltados para esta população. Percebemos também essas mudanças também revelam outras formas de perceber o que seria o risco, a periculosidade e a vulnerabilidade de certas populações no tecido urbano, sintetizadas na apreensão, por exemplo, do menor abandonado, como ao mesmo “perigoso” e “em perigo”. A seguir vamos conhecer melhor acerca de um desses estabelecimentos estatais, o Centro

Regional Integrado de Atendimento ao Adolescente (CRIA), voltado para a atenção considerada “total” ao dito adolescente “em risco social”.

2 A CONSTRUÇÃO DE UMA INSTITUIÇÃO DE ATENÇÃO “TOTAL”

Após acompanhar o panorama histórico das categorias e leis voltadas à população infantojuvenil, bem como da emergência da noção de risco aplicada à mesma, nos deslocaremos para outro campo de análise, o das instituições.

Nesse capítulo pretendo abordar alguns marcadores históricos que propiciaram o surgimento do serviço universitário aqui estudado. Meu objeto de pesquisa é o modelo de atenção total a adolescentes em risco social segundo a perspectiva dos profissionais do CRIAA-UFF. A compreensão de um modelo de atenção em saúde, pode se dar a partir de diferentes enfoques, comumente dividido em político-gerencial, organizativo e tecnológico. Essa dissertação, ao optar pela ótica dos profissionais, privilegia a dimensão tecnológica, isto é, o aspecto micropolítico, em busca da “lógica” de funcionamento operada pelos profissionais, e não a recomendação institucional tal como aparece em estatutos, projetos e legislações. Todavia, para chegarmos nesse ponto, faz-se necessário explicitar qual o modelo de atenção engendrado pela instituição em seus aspectos político e organizativo, que permitirão ao leitor identificar em que contexto político e organizativo se dá a lógica de funcionamento provocada.

Dessa forma, irei apresentar um breve panorama da história institucional do CRIAA-UFF, seus vínculos, convênios, financiamentos e condições estruturais de funcionamento. Em seguida, farei uma abordagem sobre a legislação de assistência à saúde mental e a relativa às drogas, dois marcos que contribuíram como elementos para o modelo de atenção à saúde do CRIAA-UFF ser pensado. Na legislação sobre saúde mental abordei somente o contexto da reforma psiquiátrica e as transições operadas no antes e depois, e na legislação sobre drogas, elenquei apenas a legislação a partir da década de 70, pela razão de neste período ter surgido, pela primeira vez, uma alínea, ainda que incipiente, ligada à saúde sobre drogas. Por último irei realizar uma síntese dos projetos e publicações a que tive acesso, para desenhar o modelo de atenção à saúde enquanto proposta de intervenção a ser observada pelos profissionais. Ela servirá como o contraponto metodológico de minha investigação e norteará a questão de como os profissionais agenciam este modelo, assunto reservado ao terceiro capítulo.

2.1 Das instituições

Inicialmente, havia tomado como hipótese de análise, um esquema de funcionamento da instituição entre, o que chamei de uma lógica de cuidados e uma lógica punitiva que poderia ser suposta em outros dispositivos de saúde e atenção à infância e adolescência, portanto, passível de estudo. A primeira envolveria noções como escuta, acolhimento, cuidados, ao passo que a segunda, abrangeria um paradigma punitivo, carregado de noções jurídico-penais. Essas lógicas seriam marcadas por uma multiplicidade de discursos provenientes do universo acadêmico, médico, sanitário, jurídico, das representações sociais como um todo, das inquietudes subjetivas, entre outros, e se organizariam e expressariam de acordo com as especificidades de cada dispositivo. Importa dizer, que, embora tal assunção abarque contextos não estudados, e por isso mesmo capaz de cair no erro da generalização, a colocação inicial como hipótese, ou antes, como um eixo de estudo para navegar pelas categorias nativas, me parecia analiticamente rentável.

Carrara (1998) revela que a relação entre duas lógicas distintas foi cunhada, nos termos do espaço social do manicômio judiciário, permitindo formular uma hipótese do esquema de funcionamento no CRIAA-UFF. Carrara (1998) observou que no manicômio judiciário operavam dois modelos, embora submetidos à mesma legislação vigente: o *modelo jurídico-punitivo* e o *modelo psiquiátrico-terapêutico*. O manicômio judiciário combinava dois conjuntos de representações e de práticas sociais que a partir das narrativas e de sua própria situação legal, revelavam uma ambiguidade institucional, conformada paradoxalmente nas práticas dos terapeutas e dos guardas e dos dois tipos de internos, os “*doidinhos*” e os “*pepezões*”, respectivamente os imputáveis porque doentes, e os de “*personalidade psicopática*”. Essa presença de duas lógicas opostas, calcadas em racionalidades distintas ditava toda dinâmica social do lugar, fazendo com que o *hospício-prisão* vivesse em intensa contradição. Os terapeutas buscavam criar condições para que o espaço adquirisse características hospitalares mais efetivas, e os guardas atuavam segundo o modelo carcerário de que eram lotados. De fato, o manicômio judiciário pertencia ao sistema judiciário carioca, que colocava as equipes de terapeutas e guardas subordinadas a chefias distintas, que não a autoridade do médico diretor. Os guardas possuíam o *modus operandi* característico do sistema carcerário, com punições, espancamentos e castigos, ao passo que, a equipe dos terapeutas lutava pela constituição de um espaço hospitalar, sem esses elementos. Aqueles

eram vistos como um problema porque não se engajavam no projeto de medicalização que se propunha.

Embora sejam duas realidades institucionais distintas temporal, espacial e historicamente, o Centro Regional de Atendimento ao Adolescente da Universidade Federal Fluminense, a partir dos anos 1998, e o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho na década de 1980, podem ser comparados a partir da problemática da violência e seu significado social, que por ambos são focalizados, e pela coexistência de duas matrizes de representação e práticas em encontro/desencontro. A primeira pela via da violência estrutural e delinquencial e nos discursos e práticas de seus profissionais, e a segunda pela via penal e pela divisão entre os dois tipos de profissionais e posturas.

O nascimento do Manicômio Judiciário deu-se pelo entrecruzamento de saberes e poderes diferentes, a medicina e o judiciário, para escrutinar o crime, apontando para a problemática da relação entre teorias científicas, concepções sociais e formas de exercício de poder. Em alguma medida, essa problemática, de campos diversos sobre um mesmo objeto, disputando os sentidos e exercícios de poder, está presente na história do atendimento à população infantojuvenil que, como vimos, de fato articulou campos distintos, como a justiça, a assistência e a educação, com concepções sociais que moldavam a dimensão simbólica da *menoridade* com complexos tutelares na gestão dessa população. O CRIAA-UFF, pela mesma razão, articula saberes, concepções sociais e formas de exercício de poder para atender o objeto de sua intervenção, o “adolescente em risco social”.

Como veremos o CRIAA-UFF, em seu projeto, aciona um *modelo de tratamento integrado considerado de atenção total*. Esse ponto suscitou uma interrogação sobre o alcance deste sentido, e a discussão trazida por Goffman (1961) permite a compreendermos na medida em que ilumina a compreensão sobre as instituições e sua relação com o mundo externo, nos termos de maior ou menor fechamento a este. Todo grupo possui regras sociais (BECKER, 2012) que organizam seu funcionamento, mas um grupo social, não é necessariamente um estabelecimento, de modo que as análises de Goffman podem nos ajudar a compreender quais características institucionais perpassam o grupo do CRIAA-UFF enquanto uma instituição.

Em 1998 foi criado o Centro Regional Integrado de Atendimento ao Adolescente (CRIAA-UFF), a partir de convênio firmado entre a Fundação para Infância e Adolescência e a Universidade Federal Fluminense, visando ofertar atendimento aos usuários de drogas adolescentes. Como veremos a seguir, esse é um dos estabelecimentos estatais com o encargo

de acolher essas populações ao mesmo tempo “perigosas” e “em perigo” das quais falamos no capítulo anterior.

2.2 Breve História Institucional Do Centro Regional Integrado de Atendimento ao Adolescente (Criaa-Uff)

Em 1998, o Governo do Estado do Rio de Janeiro pela Fundação Para a Infância e Adolescência (FIA) ¹⁴ elabora um programa de atendimento voltado para adolescentes com problemas no uso de drogas, organizados em ambulatorios espalhados pelo estado do Rio de Janeiro (MATTOS, 2007). A Universidade Federal Fluminense, pelo Instituto de Saúde da Comunidade, enviava um projeto para a criação de um convênio entre as duas instituições. De acordo com o documento CRIAA-UFF(b) (2012), a proposta enviada consistia em um hospital-dia que ampliaria o escopo de ação ambulatorial, primordialmente proposto, a uma prática de intervenções diversas e ampliadas: além da psiquiatria, atendimento psicológico e intervenção social, observar-se-ia a presença de apoio pedagógico, oficinas esportivas, culturais e profissionalizantes. Nos termos do documento uma intervenção capaz de dar conta da *situação de vulnerabilidade* em que se encontram os adolescentes.

O convênio com a FIA garantia que o tratamento ambulatorial fosse orçado, embora o projeto aceito compreendesse outras atividades, como as oficinas. Estabelecido em 1998, pagava o serviço pelo número de adolescentes atendidos em ambulatório, que variou de 80 a 50 adolescentes da região de Niterói, São Gonçalo e adjacências, no tempo em que houve a parceria. As oficinas aconteciam sem repasse de verba específica. Importa dizer que o valor repassado em 1998, manteve-se igual ao longo do convênio até o ano de 2007, fim do repasse e convênio, sem as correções monetárias anuais. Para à época era uma quantia considerável,

¹⁴ Texto extraído da página oficial da fundação: “A Fundação para a Infância e Adolescência FIA-RJ, é um órgão da administração indireta do Governo do Estado do Rio de Janeiro, vinculada à Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH).

Sua missão precípua é colaborar na formulação de políticas públicas de garantia de direitos na área da infância e adolescência, bem como implementar e articular serviços e ações de proteção social, de natureza especial, no âmbito da média e alta complexidade, essencialmente voltados para crianças e adolescentes que se encontram com seus direitos violados e ou ameaçados. Garantia de direitos, sob a ótica da proteção integral, cujos marcos legais são: as Constituições Federal e Estadual, a Lei Federal nº 8.069 (ECA), e a Lei Federal nº 8.742 LOAS.

Os atendimentos promovidos pela FIA, por meio de parcerias ocorrem no contexto dos Programas Atenção a Crianças e Adolescentes usuários de drogas, Atenção a Crianças e Adolescentes em situação de risco, Atenção a Crianças e Adolescente vítimas de maus tratos, Atenção a Crianças e Adolescentes com deficiências, e Trabalho Protegido para Adolescentes (antigo Programa Trabalho Educativo - PTE).” (grifo meu).

mas a cada ano perdia valor. O serviço funcionou nessa disponibilidade orçamentária fiel aos seus princípios, ainda que isso acarretasse menor número de adolescentes atendidos e garantia de sua frequência no espaço, já que o serviço pagava suas passagens. O CRIAA-UFF partilhava da condição de trabalho geral dos equipamentos públicos de saúde financiados pela FIA: precarizada e inibidora de soluções criativas pensadas a partir da singularidade que a clientela exigia. De acordo com o documento CRIAA-UFF(b) (2012), “grande parte dos demais serviços conveniados com a FIA não conseguiu superar a precariedade das condições de trabalho, suspendeu o atendimento e conseqüentemente, rompeu o convênio” (p.06).

Ainda neste período de implantação, com a aceitação do projeto por parte da FIA a UFF realiza pequena reforma em um “depósito de bens inservíveis” (p. 12), permitindo o início dos atendimentos em 1998. Logo em seguida, outro parceiro importante surge, dando oportunidade para que o CRIAA-UFF desse um salto de qualidade. A partir da criação pelo BNDES do “Programa de Apoio a Crianças e Jovens em Situação de Risco Social” no ano de 1999, o CRIAA-UFF submete seu projeto para auferir financiamento para obras de ampliação e melhoria de suas instalações físicas. O programa em questão consistiu na “promoção social e resgate da cidadania da população da infância e adolescência em situação de risco social” a partir do apoio a iniciativas governamentais e não governamentais, públicas e privadas do país. Localizava-se no âmbito do Fundo Social do BNDES, instrumento criado em 1997 para investir em “segmentos considerados prioritários de alto retorno social, mas pouco ou nenhum retorno econômico-financeiro”. O fundo é alimentado por recursos oriundos dos lucros do banco e realiza investimentos a partir de financiamentos não reembolsáveis (sem retorno financeiro). Beneficiada pela existência deste programa, a proposta do CRIAA-UFF é aprovada como “projeto de excelência com direito a receber verba não reembolsável para reforma e adequação da estrutura física do prédio construído em 1942 com cozinha e refeitório do SAPS” (idem, p. 12), o Serviço de Alimentação da Previdência Social implementado nos anos 40 e 50, localizado no bairro do Barreto. As obras são realizadas no período de maio a dezembro de 2000. Em nota pública presente na internet, o BNDES sinaliza:

Serão erguidos oito consultórios, além de oficinas de teatro, informática, vídeo e rádio. O aporte contemplará ainda a construção de quadra esportiva e anfiteatro com capacidade para 30 lugares. Também será instalada uma estação de rádio comunitária para a realização de programas de prevenção, dirigidos aos moradores das favelas Buraco do Boi, Marítimo e Holofote.¹⁵

¹⁵ Último acesso do documento 06/03/2015.

O documento enviado à procuradoria de Niterói em 2012 esclarece que existiram dificuldades na conclusão da obra pelas variações no preço de insumos para a construção civil, implicando uma readequação do orçamento em relação ao planejamento, fato que levou à interrupção das obras no ano de 2001. Ainda assim, uma obra de fôlego fora realizada:

Mesmo com a interrupção da obra, as estruturas e grandes modificações na reforma programada foram finalizadas. O espaço da cozinha e do refeitório foi transformado, a construção de uma quadra poliesportiva e os vinte (20) consultórios no andar superior, salas de reunião, salas para administração e salas de aulas para cursos profissionalizantes, amplamente utilizadas. No andar térreo, além de quadra, cozinha, refeitório, despensa e depósito de material esportivo, temos seis salas amplas para oficinas terapêuticas ainda inacabadas, mas usada mesmo em condições precárias. Um espaço de tele-centro viabilizado em convênio com a Secretaria de Educação do Município, que se encontra com dificuldades de funcionamento em decorrência da precariedade da infra-estrutura e da irregularidade do repasse de bolsas para os contratados, ambas sob responsabilidade da Secretaria de Educação do Município (p, 13).

Posteriormente, com orçamento da UFF outras obras foram realizadas, que caso não o fossem, prejudicariam as benfeitorias já conquistadas, como a finalização de acabamentos para os consultórios e outras salas, telhado, pintura e instalação de ar-condicionado, para que a ambientação mínima de realização dos trabalhos se efetuassem. Cumpre destacar que a UFF, embora contribuisse irregular e esporadicamente com bolsas de estágio e aperfeiçoamento profissional era “responsável pela manutenção e limpeza do prédio, salas, banheiro, jardim e poda periódica das árvores. (...) além do setor de conservação, a vigilância patrimonial, por empresa terceirizada que atende a UFF” (p.13) bem como pela energia, telefone, água e esgoto.

O que se observa é a quantidade de parceiras que o serviço vai realizando ao longo dos anos para viabilizar um projeto universitário, ainda que frágeis e dotadas de poucas ofertas de condições de trabalho não-precarizadas.

Essa obra, realizada pelo BNDES trouxe motivação para o crescimento do serviço, segundo este documento. Na esteira dessa realização, outro encaminhamento deu-se com a criação de uma cooperativa de mães para fazer a refeição dos adolescentes permitindo a redução de despesas com compra externa de alimentos, a geração de renda por parte dos familiares dos pacientes atendidos, bem como o acompanhamento do tratamento e a

proximidade das famílias com os adolescentes, o que, nas palavras do coordenador, possibilitaria aumentar os “fatores de proteção”. “Este trabalho da cooperativa desenvolveu-se durante o processo de tratamento em função das reais dificuldades de se conseguir colocação para mães com baixa qualificação profissional, que apresentavam problemas nas relações familiares” (MATTOS e CARDOSO, 2004, p.111) sendo implementado antes mesmo de se conseguirem recursos. Com o tempo, a cooperativa se transformou em uma oficina de geração de renda que visava às famílias.

No dia 19 de fevereiro no ano de 2002 é publicada a portaria que define e estabelece as diretrizes de funcionamento dos novos equipamentos de saúde mental, a serem implementados em todo o território nacional, em consonância com os marcos normativos da reforma sanitária e psiquiátrica, expressas nos princípios do SUS e na descontinuação da lógica manicomial. Passam a existir os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II e III, e os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSI) e Álcool e Drogas (CAPSad). Em linhas gerais, os CAPS buscam desconstruir o paradigma manicomial, marcado pelo afastamento da sociedade, a internação, o saber e poder médico e a lógica hospitalar, a partir de uma aproximação com o território, problematização da internação, emergência de outros saberes e implementação de uma lógica psicossocial.

O CRIAA-UFF, em razão de sua filiação ao Instituto de Saúde da Comunidade e ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da universidade, considerou que seus princípios se adequavam às diretrizes que estabeleceram os CAPS, pois que oriundos das políticas de implementação do SUS (tanto CRIAA-UFF quanto o CAPSad). Devido às dificuldades e instabilidades nos pagamentos, decorrentes nas mudanças do poder executivo, provenientes da FIA, solicita junto às esferas municipal e federal sua identificação enquanto Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPSad) para adolescentes do município de Niterói, de modo a oferecer à comunidade um serviço de saúde universitário. A sua particularidade perante a norma federal dá-se no fato de sua clientela estar entre dois dispositivos com públicos-alvo distintos, o CAPSI e o CAPSad. O primeiro atua junto à população infanto-juvenil de saúde mental até os 15 anos, ao passo que o segundo atua junto à população de jovens e adultos com diagnóstico de álcool e drogas. Dir-se-ia que há um vácuo de atendimento à população de adolescentes com problemas relacionados a drogas, e que ambos os serviços não poderiam dar conta. Dessa forma, o CRIAA-UFF buscava se estabelecer como serviço de atenção psicossocial para adolescentes com problemas ligados à droga, como um “CAPSI-ad”, ainda que a nomenclatura oficialmente não exista.

Assim sendo, no ano de 2004, com apoio da reitoria da universidade, é publicado no Diário Oficial da União (DOU), a portaria com a autorização do funcionamento do CRIAA-UFF como CAPSad. No entanto, mesmo com o cadastramento do serviço no Ministério da Saúde como CAPSad, o município de Niterói não efetuou os repasses durante seis anos. Somente em 2010, junto com a intervenção da reitoria da UFF perante a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que os repasses foram ajustados, passando o CRIAA-UFF a receber pelos procedimentos realizados. É importante destacar que é nessa época que entro na instituição como estagiário no cargo de monitor. Segundo consta em documento assinado pelo coordenador da instituição:

Embora tivéssemos um primeiro contrato com a SMS assinado em 2004, não houve a concomitante inclusão do mesmo, como é de praxe, por parte desta secretaria na previsão dos recursos financeiros do município e tampouco a renovação do mesmo que só ocorreu em janeiro de 2010. (p. 07)

Soma-se a isso, o rompimento do convênio da FIA, em 2008, com o CRIAA-UFF alegando que o dispositivo já recebia uma verba do Ministério da Saúde e que isso acarretava duplo recebimento de verba pública, entendimento considerado equivocado por parte da coordenação, pois a portaria 336, segundo a coordenação do CRIAA-UFF, não fixava isso. No ano de 2009, o CRIAA-UFF pelas dificuldades orçamentárias impingidas, pelo rompimento do convênio com a FIA e a paralisação do lançamento do orçamento enquanto CAPSad, se viu obrigado a fechar as portas por um período de aproximadamente oito meses, contando apenas com o apoio de técnicos administrativos, alunos interessados no projeto, que realizavam encaminhamentos e esclarecimentos da situação do CRIAA-UFF a quem quer que aparecesse.

Em 2011, o CRIAA-UFF formaliza parceria com o SENAI para oferta de cursos profissionalizantes que atendessem os adolescentes da instituição. O SENAI poderia dispor de uma parte do edifício para a construção de oficinas automotivas, de hidráulica e mecânicas para uso próprio, desde que em contrapartida realizasse reformas em algumas instalações para uso do serviço, como a reforma da quadra, reforma das salas, pintura das paredes. No tempo que frequentei o CRIAA-UFF esta parceria se revelou delicada, pois o SENAI exige um grau de escolaridade mínima para a frequência nos seus cursos, e os adolescentes atendidos muitas vezes carregavam o peso da repetência escolar e a baixa frequência, que se traduziam em dificuldades com operações matemáticas básicas, e leitura e interpretação de textos. Como dito pelo coordenador da instituição, o desafio consistia em não somente ofertar a vaga, mas em oferecer condições de apoio para que o adolescente pudesse desfrutar da vaga.

Com a mudança de gestão da cidade em 2012, por conta das eleições municipais, da equipe de Roberto Silveira do PDT para a equipe de Rodrigo Neves do PT, as relações institucionais e políticas se arrefecessem. É preciso sinalizar que foi somente em 2010 que o serviço conseguiu regularizar, a partir de pressão dos profissionais da instituição e intervenção da reitoria da UFF junto com a SMS, os repasses como CAPSad, registrado desde 2004 no Ministério da Saúde. Todavia, o convênio assinado entre a SMS e a instituição se limitava a um ano, o que exigia movimentação contínua e anual da coordenação para que a renovação fosse realizada. Na passagem do ano de 2012 para 2013, a secretaria exigiu que o CRIAA-UFF deixasse de ser um CAPSad, para se tornar um serviço ambulatorial, sacrificando boa parte de seu trabalho. Inúmeras reuniões de negociação, algumas acirradas, foram realizadas, e um compromisso formal conseguiu ser estabelecido, desde que o CRIAA-UFF observasse certas diretrizes para renovar o convênio e ser orçado. O convênio é assinado, mas em 2013, no mês de março, o pagamento deixa de ser realizado e os profissionais não concursados da UFF e estagiários decidem paralisar por não terem condições financeiras de darem continuidade ao trabalho.

2.3 O Modelo de Atenção do CRIAA-UFF

Teixeira apud. Alves (2009) destaca três aspectos que vem sendo destacados na compreensão dos modelos de atenção à saúde: político-gerencial, organizacional e tecnológico. O primeiro se refere ao âmbito político e macro institucional que informa em termos de portarias, leis, e normas, a organização dos serviços de saúde de uma maneira geral, a partir de diretrizes definidas por meio de reuniões, conselhos e conferências de abrangência local, estadual e nacional. Seu foco são as políticas públicas. A dimensão organizacional enfoca a configuração organizativa dos serviços de saúde, as relações hierárquicas estabelecidas entre as unidades de saúde, “que geralmente considera a hierarquização dos níveis de complexidade assistencial” (p. 25). Por fim, o aspecto tecnológico, responsável pelos saberes e tecnologias empregados, as práticas de saúde e a organização dos serviços, a dimensão micropolítica e relacional encarnadas nos serviços de saúde.

Alves (2009) nos chama atenção para a relação entre esses três elementos na compreensão de modelos de atenção em saúde, dando conta dos aspectos macro e micro institucionais e o caráter sistêmico que a compreensão teórica do modelo deve seguir.

Todavia, a análise que a autora destaca privilegia a dimensão tecnológica, os saberes encarnados pelos sujeitos no trabalho em saúde para atender a demandas de indivíduos e coletividades. Essa dimensão diz respeito mais a processos e criações, que normas e diretrizes estabelecidas. Nesse sentido, o modelo de atenção se distingue de “norma, exemplo ou padronização” (idem p. 26), enfoca a “racionalidade” ou “lógica” que orienta as intervenções e as práticas de saúde. As primeiras calcadas em saberes e técnicas e as segundas produzidas nas dimensões “relacionais do cuidado”, articuladas aos saberes científicos e pressupostos políticos e éticos, nas palavras de Mehry (2014) em tecnologias leve-duras e tecnologias leves.

Nesta dissertação, privilegio o modelo de intervenção adotado pelo CRIAA-UFF a partir do olhar dos profissionais da instituição, de acordo com a tipologia mencionada acima, a dimensão tecnológica. Todavia, como ressaltado pela mesma autora, é imprescindível resgatar aspectos das dimensões políticas e organizacionais para compreender o modelo. No tópico seguinte busco apresentar brevemente alguns marcos políticos e históricos que permitiram que o CRIAA-UFF se caracterizasse como um serviço de saúde de atenção à adolescência usuária de drogas e em conflito com a lei. Essa apresentação busca também comparar os modelos de atenção à saúde mental, elaborados ao longo da nossa história política, com a proposta do CRIAA-UFF, a fim de compreender a localização de seu modelo de intervenção. Posteriormente, irei apresentar seu percurso institucional e político, seus movimentos para se consolidar como um serviço de saúde municipal, suas parcerias e iniciativas que lograram possibilidades para que viesse a funcionar. Por fim, irei apontar o modelo de atenção do CRIAA-UFF tal como aparece em projetos e artigos que tive acesso. Minha investigação consiste em compreender de que maneira este modelo de atenção é atualizado pelos profissionais, a partir das entrevistas que realizei, assunto reservado para o terceiro capítulo. Por ora, vamos compreender melhor a gênese do modelo de atenção do CRIAA-UFF a partir de outros modelos de atenção à saúde.

2.4 O Modelo de Atenção em Saúde Mental

No ano de 1988 é promulgada a nova constituição brasileira, a chamada “constituição cidadã”. A Reforma Sanitária, construída no bojo de sua promulgação, somada à redemocratização do sistema política brasileira intenta colocar a saúde como um direito

universal. O Brasil rompe com o modelo antigo de acesso à saúde a partir da presença no mercado formal de trabalho e de contribuições prévias. Cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que se torna o marco regulatório “responsável pelas ações de saúde em todo o país” (GIOVANELLA et. ali, 2002) devendo ser implementado a partir das diretrizes de universalidade, integralidade da atenção, equidade, descentralização e participação social.

Em meados dos anos 80, concomitante a este processo, há a Reforma Psiquiátrica, um intenso processo de crítica ao modelo manicomial na atenção à saúde mental. Envolveu diferentes atores sociais, profissionais ligados à saúde, medicina, psicologia, bem como movimentos e organizações sociais. Como inspiração, diferentes experiências institucionais de outros países contribuíram nas transformações que se sucederam.¹⁶ Buscava-se um novo estatuto social ao *louco*, com uma longa história de internação, segregação do território, medicação e contenção, e a construção de novas tecnologias e práticas de saúde para remodelar as consideradas práticas reducionistas de então.

Algumas experiências foram significativas para transformar o panorama da atenção em saúde mental. A realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental em 1987 e 1992 (nesta, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”), e a criação de dois novos dispositivos de atenção à saúde mental, que apontaram uma nova direção para o campo. A criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luís da Rocha Cerqueira em 1987 e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, “após a histórica intervenção na clínica Anchieta em 03 de maio de 1989” (AMARANTE e TORRES, 2001, página??). A criação destes dois novos dispositivos propiciou um empuxo para que outros serviços, com essas designações, fossem criados, ainda que não respaldados por lei.

NAPS e CAPS foram pioneiros na alternativa de tratamento psiquiátrico e internação, embora se diferenciasssem tanto na origem como nos métodos. O CAPS reflete o espírito de mudança que se observava na Reforma Sanitária e no contexto da redemocratização. Organizado pela Coordenadoria de Saúde Mental, pensava-se um serviço que estivesse entre o hospital e a comunidade, com a palavra de ordem de desburocratizar e descronificar a atenção em saúde mental, a partir de uma lógica de atenção diária. Seu funcionamento se daria oito horas por dia e cinco dias da semana (AMARANTE e TORRES, 2001). O NAPS, por sua vez, constituir-se-ia como remodelação da então Clínica de Saúde

¹⁶ Da Europa (Itália, França, Inglaterra) e EUA – a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, focado em mudanças da gestão hospitalar; a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, que assumia a obsolescência do modelo hospitalar e apostava na construção de serviços de cuidado terapêutico; e também a Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática que colocava em xeque o modelo científico psiquiátrico e suas instituições – configura um cenário para sua construção e emergência no Brasil (AMARANTE, 2010).

Anchieta, instituição privada com fins lucrativos em Santos, após intervenção da prefeitura e de amplos setores da sociedade civil e política em função da denúncia de três mortes no ano de 1989, uma por espancamento e as outras duas por suicídio. Seu principal mote foi “a desconstrução do manicômio”, superação da lógica da assistência à promoção da saúde, regionalização do serviço como ponto de referência e diálogo com os cidadãos (AMARANTE e TORRES, 2001). Funcionaria integralmente, 24 horas por dia, sete dias por semana com ampliação e mudança de atuação de equipe. Ambos os serviços contribuiriam para que outros serviços de saúde mental se organizassem segundo seus moldes.

Luzio e Yassui (2007) sinalizam as agendas que mais preocuparam nesse contexto de transição dos anos 80 e 90, como a descentralização dos serviços e o modelo de financiamento. Até então, remunerava-se somente internação e atendimento ambulatorial, deixando de lado serviços de alta complexidade como os CAPS e os NAPS, “que não existiam para o SUS” (idem, ibidem). É com a portaria n.º224/92, publicada em janeiro de 1992, que há uma mudança nesse cenário:

(...) a qual reafirmava os princípios do SUS, estabelecia diretrizes, regulamentava o funcionamento de serviços de saúde mental existentes à época e fixava normas para: equipes de saúde mental em unidades básicas de saúde e centros de saúde; ambulatorios de saúde mental; Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPSs) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs); hospital-dia de psiquiatria; serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral; leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral; e hospital especializado em psiquiatria” (ibidem 2007).

Nesta portaria se organizavam os serviços existentes, em relação hierárquica, com o hospital psiquiátrico no centro, sem nenhuma menção a mudança no modelo assistencial e financiamento. Experiências distintas como o CAPS e o NAPS eram, neste momento, enquadrados igualmente, e seus modelos de atuação não eram vistos como *unidades de saúde*, mas enquanto *procedimento*, o que na prática significava que muitos serviços embora funcionassem como CAPS e NAPS, recebiam como ambulatório (idem).

No ano de 2001, dá-se a III Conferência Nacional de Saúde, que reafirmava inúmeros pontos do SUS, redesenhando o modelo assistencial de saúde mental a ser implementado no país. Como consequência desta, em 2002 é publicada a portaria nº336/02, que institui o novo modelo de assistência: abandona o termo NAPS e institui o CAPS como “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”, criando três dispositivos: o CAPS I, CAPS II e CAPS III, e Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSI) e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). O

dispositivo se torna porta de entrada e referência no atendimento, unidade de saúde organizadora da atenção ao usuário de saúde mental com outros serviços. O modelo de financiamento também é alterado, passando a existir o processo de Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APACS), para dar conta da complexidade do serviço, que acolhia atividades diversas do ambulatório. Era uma aposta em tecnologias psicossociais que se antepunham às práticas manicomiais, a convivência e a ligação com o território sendo focalizados.

No tocante ao álcool e outras drogas, no campo da Reforma Psiquiátrica, esta sempre esteve relegada a certa invisibilidade em função da atenção dada aos transtornos mentais e à reorganização do modelo assistencial à saúde. Soma-se a isso, a presença de uma matriz proibicionista no tocante às drogas lícitas e ilícitas, corporificado em distintas legislações ao longo do século XX, que encaravam o uso da droga pela perspectiva moral-criminal e do *vício*.

A Lei nº. 5.726/1971, por exemplo, reconhecia atendimento para *infratores viciados*, ou seja, usuários que entravam na rede de saúde pelo percurso institucional da justiça. Esse termo resume a um só tempo a perspectiva unitária em relação à prática do uso e do tráfico, igualmente criminalizados. Não havia distinção entre usuários esporádicos e usuários *dependentes químicos*, ambos tinham como ponto de partida sua condição infracional. Ainda assim, o tratamento, em caráter de internação até a recuperação do *infrator viciado*, não se tratava de direito à saúde, mas de “*reabilitação criminal do viciado (art. 13)*” (ALVES, 2009, p. 41), tendo em vista que o vício era concebido como uma desordem do discernimento de sua condição real de criminoso.

Alves (2009) enfatiza que a perspectiva psiquiátrica sanitária ganha vigor na década de 70, e contribui para que o usuário de drogas fosse concebido para além do crime. A Lei nº. 6.368/1976, nesse sentido, amplia o escopo do tratamento e recuperação ao usuário de drogas. Ela determinava que os serviços de saúde já existentes no território nacional fossem equipados para atendimento à dependência química. A criação de serviços especializados, por sua vez, não era determinação, mas tão somente uma recomendação “o que evidencia uma importância secundária às ações de saúde em detrimento à repressão da oferta de drogas” (ALVES, 2009, p. 42):

A criminalização da produção, tráfico, porte e uso de substâncias psicoativas apresentava-se como principal tática à repressão da oferta e da demanda de drogas no país. As atividades correlacionadas à produção e ao tráfico de drogas ilícitas constituem crimes cuja penalização previa a privação de liberdade e aplicação de

uma elevada multa. Definia-se também como crime a aquisição e o porte de drogas ilícitas para o próprio consumo. **A distinção entre a figura do traficante e do consumidor de drogas era instituída apenas pela intensidade da pena prevista, mais severa para os primeiros.** (idem, ibidem, p. 43, grifo meu)

A criação de serviços extra-hospitalares só se dará na década de 80, centrados na internação e nas comunidades terapêuticas, em sua maioria de caráter religioso. Importa dizer, que a abstinência sempre esteve no horizonte, como meio e fim, do tratamento de drogas. Alimentada pelo paradigma proibicionista, que enxerga um mal moral e psico-biológico nas substâncias psicoativas, o tratamento deve ser concebido como a libertação da influência da droga da vida do indivíduo. É a dupla face da repressão às drogas, no campo da oferta, que incide na produção e no tráfico, e no campo da demanda, que incide nos corpos, pela via da prevenção, expresso no famoso “diga não às drogas”, e do tratamento pela abstinência.

Na década de 80 a prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes, são centralizados no Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão ao Tráfico de Entorpecentes, que congregou diferentes áreas da administração pública, com objetivo de reformular a política nacional de entorpecentes, através do Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), colegiado composto por membros de diferentes ministérios.¹⁷ (ALVES, 2009). Sua atuação ao longo de seu período de vigência foi marcada pelas práticas de repressão a produção, distribuição e tráfico, embora algumas iniciativas na atenção ao consumo de álcool e outras drogas tenham se dado, como a criação de centros de referência, pesquisas, comunidades terapêuticas e práticas de redução de danos focados em portadores de HIV/AIDS.

É digna de nota a criação dos centros de referência, encampados em sua maioria pelas universidades. Focados na elaboração de estudos epidemiológicos e técnico-científicos, sua oferta de tratamento era reduzida por conta da pouca articulação (MACHADO apud ALVES, 2009, p. 45) com o sistema público de saúde. Importa destacar este fato pela razão do Centro Regional Integrado de Tratamento ao Adolescente, o CRIAA-UFF, ter se gestado no interior da universidade como um centro de referência para adolescência, focado no tratamento da dependência química. Posteriormente, o centro amplia seu escopo de atuação e

¹⁷ Segundo Alves (2009): “O CONFEN era um órgão colegiado com a seguinte composição: um representante e um suplente do Ministério da Justiça, do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e Cultura, do Ministério da Previdência e Assistência Social, do Ministério da Fazenda, do Ministério das Relações Exteriores, do Estado-Maior das Forças Armadas, do órgão de repressão a entorpecentes do Departamento de Polícia Federal, do órgão de vigilância sanitária do Ministério da Saúde, um jurista de comprovada experiência em assuntos de entorpecentes, indicado e designado pelo Ministro da Justiça e um médico psiquiatra com ampla atuação na área de entorpecentes indicado pela Associação Médica Brasileira e designado pelo Ministério da Justiça.”

passa a atender outros perfis de adolescentes, rumo a uma concepção ampla de adolescente em risco social, que apresentarei mais adiante.

As comunidades terapêuticas também foram organizadas sob a administração do COFEN. Eram, em sua maioria, não governamentais e de caráter religioso. Nasceram nos anos 70 alcançando grande expansão nos anos 90, crescimento comumente remetido à lacuna na assistência pública a esta clientela. O COFEN, também, apoia esta modalidade de instituição com a justificativa de provocar seu ordenamento institucional e ético de acordo com as diretrizes das políticas de saúde de então (ALVES, 2009).

Posteriormente, em 1998, o COFEN é extinto em lugar da criação do Conselho Nacional Anti Drogas (CONAD) e o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes transformado em Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) com os mesmos objetivos. Esse órgão reiterou cartilhas internacionais proibicionistas e repressivas, em particular a ocorrida no mesmo ano nas Nações Unidas, mostrando seu compromisso de se manter fiel aos ditames internacionais, adotando o termo antidrogas (ALVES, 2009).

É somente a partir dos anos 2000 que o tema ganha relevo no campo da saúde, deixando um papel secundário na política que lida com as drogas, fortemente repressiva e militarizada. Todavia, não foi menos marcado por contradições, como o fato das atividades de prevenção, tratamento e reinserção social não estarem localizadas no setor saúde “mas ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, ficando a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) encarregada da execução das mesmas, ainda que em desarticulação com as políticas setoriais de saúde” (ALVES, 2009, p. 47).

A investida da saúde focava a abstinência a partir de um modelo de atenção hospitalar pela internação. Foi somente na III Conferência Nacional de Saúde que a matéria mereceu dedicação, com a publicação, no ano de 2002, da portaria 336, que como vimos, organizava a assistência à saúde mental pelo modelo de atenção diária voltado para o território, os CAPS, e para o uso de drogas o CAPSad.

Após essas breves considerações sobre marcos normativos que regularam e produziram novos dispositivos de atenção à saúde mental, consideremos o modelo de atenção, tal como aparece nos projetos e publicações produzidos pela instituição.

2.5 Tratamento, prevenção e cuidado

Neste tópico irei utilizar documentos institucionais sobre projeto do CRIAA-UFF em que tive acesso: são projetos, ofícios, publicações e artigos. Pretendo com eles realizar um esforço de síntese para compreender o modelo de atenção proposto enquanto uma recomendação institucional, para posteriormente, no capítulo 3, compreender como os profissionais agenciam este modelo. Meu intuito consiste em elaborar este modelo enquanto uma referência para a análise do material das entrevistas. Pretendo montar o modelo de atenção de acordo com as transformações pelas quais passou o CRIAA-UFF, ao longo de sua história institucional, reconhecendo que se trata de um modelo em trânsito. Os documentos que compõem este tópico são: o livro “Dependência química na Adolescência”, livro organizado pelos coordenadores da Instituição à época de sua publicação, com artigos de diferentes autores e trabalhadores do serviço. Os documentos “Programa: Centro de Prevenção da Violência e do uso de drogas. Juventude, comunidade e capital social – jan/2007”, projeto não-publicado feito pelo coordenador para pensar as relações entre violência, drogas, adolescência e serviços de saúde; “Esclarecimentos - Tutela Coletiva – Procuradoria Federal do Município de Niterói jun/2012” carta-documento enviada à Procuradoria do município de Niterói com vistas à esclarecimento sobre o funcionamento do serviço e “Temas para o Encontro dos Profissionais da Rede de Proteção a Crianças e ao Adolescente” documento feito para o referido encontro.

*

Como dito na breve história institucional do CRIAA-UFF, o tratamento da dependência química na adolescência foi o foco inicial do serviço, promovido a partir de um modelo de hospital-dia, com oferta de atividades diversas, em proximidade com o modelo de atenção diária, que posteriormente virá a ser o novo modelo de assistência à saúde mental, pela portaria 336/2002 organizadora dos serviços de saúde mental no território brasileiro. Criou-se um serviço alternativo ao de internação comum nas comunidades terapêuticas brasileiras e clínicas particulares inspiradas no modelo hospitalar.

O serviço deste programa começou a funcionar em 1998 voltado preferencialmente para o atendimento de adolescentes dependentes químicos, quando ainda não existia nenhum plano de governo para os dependentes químicos e tampouco para adolescentes usuários de drogas (CRIAA-UFF(a), p. 05)

Esse público-alvo, o da adolescência com dependência química, para quem um serviço foi construído, não está dado. É fruto de transformações históricas e científicas que permitem a sua emergência. Importa destacar que o conceito de dependência química envolve um núcleo conceitual em que são acionadas concepções de saúde e doença, portanto variáveis ao longo da história, assim como o conceito de adolescência, que envolve a noção de idiosincrasia relativa à faixa etária, por conta de um entendimento que focaliza aspectos biológicos e psicossociais, como característicos dessa idade. Irei me ater ao significado desses conceitos tal como aparecem nessas publicações.

A ideia de dependência, nessas publicações, sinaliza para a inexistência de uma relação direta com a substância química, sendo antes uma relação com um objeto, não importa se comportamental ou uma substância, que centraliza as ações do indivíduo. No plano da prática clínica, o conceito de dependência química não deve ser visto como homogêneo, pois a construção de modelos de tratamento deverá obedecer às especificidades heterogêneas que cada dependência traga, sendo somente válida, para fins de pesquisa. Isso significa buscar um denominador conceitual comum para elaborar uma base metodológica que possa discutir no âmbito científico modelos de tratamento distintos, isto é, possibilitar o diálogo entre estes (MATTOS, 2004, p. 42). Nesse sentido, no conceito de dependência química:

Haverá uma ênfase diferente caso a acentuação recaia no termo dependência, caracterizando-a como um problema de comportamento, erro no aprendizado, que poderá ser estendido para outros tipos de dependência do jogo ou do sexo, ou incida sobre os dois termos, quando a tônica passará a ser a presença de uma substância atuando no organismo. O aspecto comum às dependências [químicas] é o fato do indivíduo consumir uma substância apesar dos problemas que ela lhe traz, que promove uma unificação das substâncias extremamente díspares (ibidem, p. 42)

A adolescência, para a instituição é uma faixa etária dotada de características próprias, entre elas o desenvolvimento biológico e sexual, e sua fase de aquisição de conteúdos cognitivos e simbólicos em direção à fase adulta, tendo em vista a emancipação, domiciliar, econômica, emocional e familiar. Ela implica:

um tempo de preparação de condições psíquicas e físicas que permitam conquistar uma destreza no espaço social para enfrentar a complexidade do mundo adulto. De uma forma sintética, poderíamos nos centrar em duas exigências feitas aos jovens para ingressar no mundo adulto: ser capaz de poder encaminhar de forma satisfatória as suas relações amorosas e sexuais e estar preparado para conseguir sucesso social (trabalho econômico, ganhos econômicos, sustentação da família etc.). (ibidem, p. 281)

Tempo de preparação esta, atribuída às transições políticas e econômicas da modernidade, que reaprofundou e trouxe novos conhecimentos exigidos e as capacidades requeridas para a formação profissional. “Assim, o atual funcionamento das relações sociais impõe ao jovem a capacidade de espera” (MATTOS, p. 281). Nos termos atuais, colocados pela nossa sociedade, o núcleo familiar é quem provê as necessidades do adolescente até atingir a capacidade de fazê-lo e, em tese, o Estado, caso a família não tenha essa capacidade. Há, nesse sentido, uma exigência imposta para atingir certas etapas diante das expectativas sociais que se entendem como normas. Se a família consegue prover essas necessidades, tanto psíquicas quanto econômicas, o adolescente consegue realizar a transição dele exigida em relativo equilíbrio, isto é, dentro das normas sociais. Todavia se isto não ocorre, existe a possibilidade dele fazer uso de suas capacidades “sem o preparo necessário e fora do tempo esperado” (ibidem, p. 282).

Entende-se que o usuário de drogas adolescente não apresenta os prejuízos psico-orgânicos comuns em dependentes químicos de idade adulta, por conta do seu processo biológico em desenvolvimento e menor escala de tempo em termos de uso de drogas. Além disso, as trajetórias de vida dos usuários de drogas adolescentes se observados marcadores sociais da diferença, como classe, raça e gênero, se diferenciam. Esse ponto coloca adolescentes pobres, negros e em situação de exclusão social, em outro registro de vulnerabilidade a que acomete adolescentes com forte rede de apoio social, recursos econômicos e presença familiar. Dessa forma, o tratamento foi pensado de modo a dar conta das diferenças decorrentes de diferentes tipos de dependentes químicos, que variam de acordo com contextos sociais, já que as características farmacológicas apenas consideradas seriam insuficientes, tendo em vista as diferenças sociais de produção da dependência e do contexto de uso:

O tratamento deve ser entendido como um processo ativo, que distingue os fatores envolvidos. Assim, a existência de características farmacológicas diferenciadas, a aceitação social variável entre as diversas drogas e, principalmente, o fato de que se os dependentes químicos são muito diferentes entre si dificultam estabelecer um modelo único de tratamento para atender todas essas condições. (MATTOS, 2004, p. 43)

O tratamento ambulatorial *stricto sensu* teria um raio de ação limitada apenas àqueles menos comprometidos com uso, fortemente motivados a deixá-lo e dotados de boa rede de apoio social, os considerados de menor gravidade (CRIA-UFF (b), 2012) Adolescentes marcados pela pobreza econômica e exclusão social correm o risco de cair no circuito dos

fracassos clínicos, já que a ausência de uma rede de apoio social e recursos econômicos que dessem sustentabilidade, a médio e longo prazo, para intervenção e tratamento, não diminuiriam os fatores de risco. Essa limitação só pode ser superada, se as condições de realização do tratamento abarcarem outros aspectos e diferentes intervenções, portanto:

O tratamento não é centrado em ações contra as drogas, mas a favor de melhorar as condições de vida dos adolescentes ao oferecer-lhes novas oportunidades de escolhas e poder afastá-los das drogas e da cultura que a mantém. (CRIA-UFF (b); p. 03).

A intervenção com o *paciente* adolescente irá encarar as drogas como um *sintoma*, dentro da história de vida do sujeito, buscando integrar distintos aspectos de sua vida, como família, relações sociais, cultura, educação e trabalho. Isso exige que outras áreas como psicologia, assistência social e oficinas terapêuticas, participem do tratamento. Assim, ao abordar a questão da droga considerando o adolescente em sua especificidade e diferenças internas, o CRIA-UFF propõe o *tratamento da dependência química* a partir da oferta de *cuidados básicos*, expresso em diferentes atividades que abarcam a multiplicidade da realidade do adolescente.

Essas ideias representarão um ponto de virada e uma aproximação conceitual com a literatura sobre fatores de risco, fatores de proteção e resiliência, chegando:

[...] a percepção de ser mais importante do que a intervenção sobre as drogas o trabalho de reinserção social dos adolescentes e seus familiares. Esse caminho nos conduziu a compreensão de que estrategicamente seria mais operacional trabalhar o conceito de fatores de risco, de proteção e o de resiliência, intervindo prioritariamente na promoção da saúde e no programa de cuidados em relação aos danos produzidos pela violência” (CRIA-UFF (a); p. 05)

Faz-se uma articulação entre a formação dos vínculos sociais e os processos de socialização que performam esses vínculos. De acordo com o documento “Programa: Centro de Prevenção da Violência e do uso de drogas. Juventude, comunidade e capital social – jan/2007”, as socializações primárias, que envolvem vínculos com família, laços de amizade, figuras de autoridades escolares e religiosas mantêm indivíduos ligados entre si através da direção de ideais comuns. Alguns elementos são importantes para esse laço, são eles: “ligação com pessoas chaves, como pais, professores, chefes religiosos; participação em atividades com objetivos convencionais, como escola, atividades esportivas; e uma adesão às normas comuns de conduta” (CRIA-UFF (a), p. 11). Além do processo de socialização, enfatizam-se esses agentes da socialização. Esses vínculos, portanto serão fundamentais para a

promoção da inclusão social e do aumento da qualidade de vida. Aos se afrouxarem esses vínculos, nessa perspectiva, abre-se espaço para o surgimento de condutas anti-sociais:

Nesse sentido, a adesão aos valores, normas e às expectativas, aceitas socialmente, funciona como um importante elemento de inserção social, se que se possa determinar em detalhes como se dá. **Quando se identificam uma predominância de fatores favoráveis fala-se da presença de fatores de proteção, no caso contrário em fatores de risco**” (CRIAA-UFF (a), p. 11; grifo meu).

Fatores de proteção consistem, portanto, em garantir que esses vínculos estejam fortes, permitindo catalizar a resiliência a eventos de vida adversos, buscando soluções outras que a entrada nas carreiras do crime e da resposta violenta. O mesmo raciocínio se aplicaria ao uso prejudicial da droga, na medida em que a centralização da vida do sujeito à substância química totalizaria seu desejo nesta, apenas, reduzindo a possibilidade de serem estabelecidos laços e escolhas com outras trajetórias, grupos sociais e valores. Um fator comum que estabelece essa relação de continuidade é a exclusão econômica e social que:

impede o acesso à construção de uma cultura de solidariedade, cristalizando uma forma de relação na qual cada um procura um ganho imediato sem, em algum momento, considerar a importância da aceitação do desejo e da participação do próximo na construção de ganhos coletivos. Essa lógica de funcionamento sustenta as práticas de violência, uso e tráfico de drogas (MATTOS, 2004, p. 278)

Este último aspecto se soma a uma reflexão gradativa, que o CRIAA-UFF vai realizando ao longo de seu funcionamento, desde 1998, até a autorização de seu funcionamento como um CAPSad. Com o encaminhamento de adolescentes em conflito com a lei, a partir dos anos de 2003 e 2004 a instituição busca aparatos teóricos para integrar adolescentes em uma trajetória ligada à presença no tráfico e prática de ações criminais, como furto, roubo e homicídios:

Ao lidarmos com um fenômeno que ignora a participação do desejo dos demais, também trabalhando nos mesmos fatores que levam à dependência química, pois a linha de separação entre os adolescentes em situação de risco e aqueles que já envolveram com as drogas e com as práticas de violência é muito tênue (CRIAA-UFF (a), p. 06).

Ou seja, passa-se a entender que a clientela de dependência química participa dos mesmos fatores de risco que possam eliciar o uso de drogas e a entrada no circuito das práticas consideradas violentas. As exigências da sociedade ao adolescente, e a incapacidades de certos núcleos familiares de proverem essas necessidades no tempo de espera imposto pela

modernidade, podem alimentar fatores de risco, que provoquem escolhas categorizadas como desviantes:

Vemos, então, nesses casos, de um lado adolescentes sem vínculos e sem preparo que utilizam apenas os valores de seus pares, sem os recursos simbólicos de entendimento dos processos sociais, agindo fora dos cânones estabelecidos, no espaço da transgressão e, de outro lado, um sistema de intervenção do Estado que privilegia as ações repressivas (MATTOS, 2004, p. 282).

Reconhecendo o caráter de multicausalidade da violência, busca-se atuar no sentido de fortalecer as regras da instituição, dessa forma, incluiu-se o caráter preventivo também aos adolescentes em conflito com a lei, de modo que a prevenção a adolescentes em risco social se estendesse a esse grupo, que segundo entendimento da instituição também partilhava de uma condição de risco social.

Assim sendo, o serviço passa a articular uma perspectiva *preventiva*, em três graus: prevenção universal, prevenção seletiva para adolescentes em risco social, e indicada para adolescente com necessidade de tratamento, de modo que o *tratamento da dependência química* está articulado com a prevenção do uso de drogas, criminalidade e práticas de violência, a partir de uma oferta de cuidados básicos, que consideraremos o tripé proposto pela instituição como o modelo de atenção que os profissionais devam se basear. Segundo se encontra em Mattos (2004) trata-se de um *modelo integrado de tratamento, considerado de atenção total*.

Dessa forma, observamos que não se trata de um modelo de atenção cristalizado em uma portaria ou lei, mas constituído no âmbito local, universitário, que a gestou. Ela pode estar em consonância com a lei, todavia a obediência às diretrizes não está dado e pode mesmo não ocorrer, podendo produzir distorções e abusos, ou ainda, inovações e novas soluções para o campo da saúde. Mais do que isso, por se tratar de um modelo de atenção constituído em âmbito universitário, possui flexibilidade e capacidade de metamorfose. Fosse lei, os processos de mudança e transformação, obedeceriam a processos políticos mais lentos e burocráticos, ao passo que como modelo de atenção universitário, envolve um número de atores bem reduzidos, em comparação àqueles. Penso que estudar o modelo de intervenção, da maneira como exponho, consiste em fazer dialogar, metodologicamente¹⁸, texto e contexto,

¹⁸ Dialogar metodologicamente consiste em minha observação e análise de dados, como pesquisador, dos textos publicados e das entrevistas colhidas, isto é, buscar as relações e interações entre um marco normativo localmente oficializado (a assinatura de um convênio entre duas instituições, o CRIAA-UFF e a FIA, como exemplo), portanto uma produção escrita e teórica, e uma prática (alimentada, também, por um embasamento teórico – psicologia, serviço social, psiquiatria, etc). Esse “diálogo”, uma estratégia do pesquisador, se localiza no âmbito metodológico e não na realidade investigada, de se há diálogo ou não entre o que os atores sociais

isto é, perceber que o modelo de atenção é um objeto em trânsito, em processo de constituição,¹⁹ que envolve aspectos diferentes da realidade, como os projetos assinados e autorizados, os guardados na gaveta, as publicações oficiais, e as falas dos profissionais, suas perspectivas acerca do que entendem como o modelo de atenção.

realizam e as orientações do serviço. De fato, pode haver silêncios, recusas, disputas, embates, entre o modelo de atenção indicado e as ações e expectativas dos profissionais.

¹⁹ De fato, o coordenador da instituição entrevistado, diz que o CRIAA-UFF “ainda está sendo, se encontra em formação.”

3 O MODELO INTEGRADO DE “TRATAMENTO”

Nota-se no capítulo anterior que meu objeto de investigação é um modelo de atenção, em trânsito, que não está dado, mas compreendido nesse fluxo de autorizações, ambições e percepções. À parte a condição específica do modelo de atenção ao adolescente em risco social proposto pelo CRIAA-UFF, há uma continuidade com o modelo de atenção diária voltada para portadores de transtornos mentais que nasceu no bojo da reforma psiquiátrica. Essa proposta fez uma severa crítica ao modelo hospitalar de internação psiquiátrica buscando “criar outras maneiras de lidar com o fenômeno da loucura, menos marcadas pela estigmatização e pela exclusão das pessoas acometidas de transtornos mentais” (SILVA, 2013, p. 318). Dessa forma, da Reforma Psiquiátrica realizou e ainda vem realizando uma série de transformações nas “condições sociais, culturais e econômicas para manter fora dos hospícios os egressos de internação psiquiátrica” (ibidem, p. 316).

Da mesma maneira, com a promulgação do ECA, que banuiu da legislação o termo *menor* e seus correlatos, *menor em desamparo*, *menor delinquente* ou *infrator*, buscou-se criticar e superar os estigmas e a exclusão social, que a doutrina da situação irregular do século XX provocava ao incidir diretamente sobre as populações pobres e negras, no Brasil. O período da redemocratização brasileira, somada a promulgação de sua nova carta constitucional em 1998, representou uma série de mudanças sociais e políticas na atenção aos “infames da história” (LOBO, 2008), tanto pelo braço da reforma psiquiátrica quanto pelo da atenção à infância e adolescência.

Como apresentado no capítulo 2, a compreensão de um modelo de atenção à saúde pode ser diferenciada em três dimensões: a político-gerencial, a organizacional, e a tecnológica. (ALVES, 2009). Reconheço que esta divisão obedece a fins metodológicos de identificar e especificar os níveis de compreensão de um mesmo fenômeno. Alves (2009) sugere que o modelo de atenção não é do âmbito da “norma”, mas deve ser compreendido enquanto “lógica” ou “racionalidade” em que técnicas e tecnologias são empregadas para configurar a organização e as práticas de trabalho em saúde, envolvendo necessariamente relações organizativas entre dispositivos, os marcos políticos institucionais, as concepções sociais, culturais e ético-políticas. Busquei recuperar, brevemente, no capítulo anterior, a dimensão macropolítica e organizacional que permitiu um serviço de saúde como o CRIAA-UFF ser pensando. O modelo ambulatorial de atenção diária, que influenciou o CRIAA-UFF, procedimento alternativo proposto e consolidado enquanto política pública de atenção à saúde

mental, pela Reforma Psiquiátrica, criou diferentes tecnologias do cuidado para manter os egressos de internação psiquiátrica vinculados à comunidade, se aproximando das tecnologias empregadas pelo CRIAA-UFF. Silva (2014) descreve as práticas sociais, a partir da observação etnográfica, das tecnologias envolvidas na produção do que chamará de atenção psicossocial na compreensão deste modelo, prática social que:

Engloba diferentes métodos clássicos de tratamento em psiquiatria, como a prescrição de fármacos e a internação, constituindo-se ao mesmo tempo, um conjunto heterogêneo de tecnologias do cuidado, entre elas a mediação das trocas sociais e a referência do usuário e da família do serviço (Idem, *ibidem*, p. 320).

A dimensão tecnológica tem tido destaque nos estudos de modelos de atenção à saúde em que saberes e práticas encarnados pelos profissionais são reconhecidos como importantes para reorientar o modelo de atenção à saúde (ALVES, 2009), explicitando como este é agenciado, ou ainda, como estes saberes e práticas provocam mudanças e alterações mais amplas que atingem as dimensões organizacionais e político-gerenciais. De acordo com o vetor em que o modelo é produzido, se como implementação de política pública, ou nascida no território micro de um dispositivo, a reorientação pode se dar como continuidade da lógica dominante, ou propícia para produzir inovações. O caso do NAPS em Santos, no ano de 1987, se enquadra na última opção. Nascido no território micropolítico de seus dilemas éticos e clínicos, uma reorientação foi produzida para desconstruir o paradigma manicomial, que serviu, posteriormente, de modelo para outros dispositivos de saúde mental. Da mesma forma, com a portaria 336/2002 com a implantação do modelo ambulatorial de atenção diária baseado no território, o CAPS, os novos serviços de saúde mental tiveram que se reorientar ou serem criados em acordo com a nova legislação, uma orientação macropolítica. No capítulo anterior os documentos institucionais mostraram que o CRIAA tornou-se um CAPSad em 2004, ou seja, adotou o modelo de atenção de diária até mesmo oficialmente, para além de uma recomendação institucional, todavia, em situação de relativa autonomia perante o poder executivo do município, que organiza a rede de assistência e saúde mental do município.

Neste capítulo irei privilegiar o olhar dos profissionais em relação ao modelo de atenção à saúde do CRIAA-UFF, mergulhar na sua dimensão tecnológica. Espera-se com isso compreender os componentes mais relevantes deste modelo na perspectiva dos profissionais, a “racionalidade” ou “lógica” que permeia o serviço para além da prescrição e recomendação institucional nos projetos que apresentamos no capítulo anterior. Barroso et. al (2014) propõe um estudo semelhante com modelos de atenção para usuários de drogas no âmbito da saúde mental no município do Rio Grande do Sul. A partir da etnografia de dois serviços de saúde

para usuários de drogas que encarnam duas propostas terapêuticas vigentes e em disputa, “o modelo de atenção com ênfase hospitalar; e o modelo de atenção com ênfase psicossocial, que enfatiza o acolhimento do usuário a partir do viés ambulatorial” (ibidem, p. 107), as pesquisadoras buscaram compreender como são atualizados estes dois modelos pelos profissionais de saúde estabelecendo os elementos em maior destaque pelos profissionais, uma vez que a partir destes “se criam ‘táticas e astúcias’ (...) que explicitam artes de fazer no cotidiano de atendimento” (ibidem, p. 108). Artes de fazer que evidenciem as tecnologias psicossociais empregadas no território micropolítico do serviço de saúde.

Mehry (2014) nos fornece uma perspectiva interessante para pensarmos a natureza e o lugar das tecnologias nos espaços de produção, seja no setor secundário, fabril, manufatureiro, seja no terciário, de serviços, como a saúde e educação. Este autor, informado pela teoria marxista, propõe que o processo produtivo se compõe de trabalho morto e trabalho vivo. Todo objeto/natureza que é “tocado” por uma ação humana dotada de intencionalidade, ao se materializar, como no caso das ferramentas, matérias primas, saberes e práticas organizacionais, é entendida como trabalho morto. O trabalho vivo, por sua vez, se caracterizaria como o próprio processo de trabalho em si. Nesse sentido, todo trabalho, seja com humanos e artefatos, é trabalho vivo em ato. No entanto, alguns setores produtivos da sociedade, como o de serviços, na relação entre produtor e consumidor, são caracterizados como tendo uma relação *interseçora*²⁰ ou mediada por um produto final (um artefato). No setor de serviços, poderíamos citar a educação (a sala de aula) e a saúde (práticas de cuidado) como os mediadores entre produtor e consumidor, ao passo que em um modo de produção fabril, a cadeira, por exemplo, faz a relação entre produtor e consumidor. O produto, o ato cuidador, na relação produtiva em saúde, se dá nessa intercessão entre produtor – o agente de saúde – e consumidor – o usuário de um serviço – em que produção e consumo se consubstanciam, em um mesmo espaço e tempo, e influem ambos, na sua consequência final. Trata-se de uma interação entre intencionalidades e agências políticas, agentes de saúde e usuários do serviço, que torna plástico o produto final da saúde, no caso, o ato de cuidar.

A problemática central deste autor dá-se na maior ou menor captura do trabalho vivo pelo trabalho morto na modelagem de organizações produtivas de saúde tematizado pela oposição *autonomia x controle*. Essa configuração do processo produtivo merece menção, pois com o advento de novas tecnologias nas organizações de saúde, criam-se percepções acerca das reestruturações produtivas, que valorizam exclusivamente o que Mehry (2014)

²⁰Mehry utiliza a grafia *interseçora* com cedilha, ao invés da norma padrão.

chama de tecnologias duras, os equipamentos tecnológicos como máquinas, normas, estruturas organizacionais.

Mais do que isso, o autor alarga o conceito de tecnologia para além da materialidade, incluindo outros dois tipos para a compreensão dos setores produtivos em saúde, e das reestruturações ocorridas no período do Consenso de Washington, com seu receituário neoliberal, ao final do século XX e início do XXI: as chamadas tecnologias leve-duras e leves. As leve-duras se referem aos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a psicanálise, o serviço social, a epidemiologia, o fordismo, etc. Ao passo que as tecnologias leves se caracterizam por práticas de criação de vínculos, acolhimento, produção de autonomia, gestão como forma de governar um trabalho, etc. Tanto trabalho morto como o trabalho vivo atuam de forma conjunta na definição dessas tecnologias. Há uma gradação da presença de cada tecnologia, se leve ou leve-dura, maior ou menor a depender do modo de produção que governa o serviço de saúde, se privado, se organizado por planos de saúde, se público, universitário, entre outros. Um serviço universitário de saúde como o CRIAA-UFF, parece apostar numa organização de saúde em que a ênfase por tecnologias leves e leve-duras influenciam sua configuração.

Dessa forma, no território das tecnologias empregadas pelo CRIAA-UFF, cabe perguntarmos a partir dos elementos mais relevantes na ótica dos profissionais, quais tecnologias são empregadas, sua estruturação, sua ênfase, se duras, leve-duras, ou leves, com o fito de perceber os saberes e práticas ali produzidas enquanto uma “racionalidade” ou “lógica” de funcionamento, para que um modelo de atenção para a população *adolescente em risco social* seja pensado.

Realizei entrevistas com informantes-chaves do CRIAA-UFF para compreender o modelo de atenção à saúde em sua dimensão tecnológica a partir de um ponto de vista específico: a equipe. Considerei informantes chaves os coordenadores da instituição, pelo tempo de dedicação ao centro e sua implicação profissional e política como também alguns técnicos pela fato de participarem, em sua prática profissional, das recomendações institucionais ali defendidas. À época de submissão do trabalho ao Comitê de Ética estabeleci o número de cinco informantes como suficiente para realizar as entrevistas. Mais do que quantidade, a qualidade das entrevistas, em termos de aprofundamento e implicação do entrevistado no objeto a ser analisado, é relevante. Portanto, selecionei, para as entrevistas, o coordenador geral (psiquiatra) e o supervisor clínico da instituição (psicólogo), bem como três outros profissionais que compõem a equipe; um psicólogo, um assistente social e uma pedagoga. A escolha por esses profissionais deu-se pelo entendimento prévio, de que cada

profissional de uma área específica permitiria dar conta da gama de atividades do CRIAA-UFF. O critério de inclusão dos mesmos foi experiência de trabalho na instituição de pelo menos um ano, pressupondo uma implicação grande com o modelo de atenção da instituição, e somente profissionais formados, os técnicos, excluindo monitores e estagiários que também compõem a equipe.

Segundo Minayo (1992), o que torna a entrevista “instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas” (p.110). Não se trata de eleger uma realidade como mais real que outra, ao optar por conversar com informantes-chaves, mas de escolher, a partir de uma interpretação do objeto em questão, uma dimensão específica da realidade, a dos formuladores e profissionais da instituição, os empreendedores morais que criam e também os que aplicam a regra (BECKER, 2008). Considero-os um centro de gravidade próximo o suficiente do modelo de atenção, fazendo-me supor que a dimensão tecnológica e simbólica, bem como e a discussão mais ampla da legislação e das políticas públicas voltadas para esta população, possam ser reveladas.

Resumindo, este estudo de caso sobre o modelo de atenção do CRIAA-UFF, uma instituição que tem como finalidade atender o *adolescentes em risco social* tendo como base um *modelo integrado de atendimento considerado de **atenção total***, foi planejado para envolver entrevistas semi-estruturadas com cinco profissionais.

As entrevistas aconteceram ao longo de dois meses, cada uma em circunstâncias diferentes. Como narrei na breve história institucional do CRIAA-UFF, no ano de 2014 os profissionais paralisaram o atendimento em função da falta de pagamentos por parte da prefeitura. Dessa forma, não houve oportunidade de apresentar a pesquisa à reunião de equipe, como sói acontecer em pesquisas em serviços de saúde e tal como foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa (CEP). Como vim a saber, posteriormente, pelos entrevistados, o CRIAA-UFF estava funcionando ambulatorialmente, com o psiquiatra, o supervisor clínico, e três servidores da UFF que, antes da paralisação, realizavam oficinas. Tive, portanto, que acionar os contatos individualmente, com a autorização, desde o início, do coordenador, que contribuiu para que minha pesquisa pudesse ser realizada nas condições supracitadas.

Inicialmente, propus ao CEP que as entrevistas fossem realizadas dentro da UFF e preferencialmente fora do CRIAA. Entretanto, algumas contingências mudaram esse roteiro inicial e todas as entrevistas foram realizadas fora do local planejado, pelo fato da maior parte

dos entrevistados não trabalharem mais lá desde a paralisação. Das cinco entrevistas pretendidas, quatro foram realizadas, sendo que uma, com a pedagoga, não foi possível, pela dificuldade de acionar o contato e pelo não-retorno na data marcada para a realização da entrevista. As entrevistas foram realizadas em dezembro de 2014, janeiro e fevereiro de 2015, com uma assistente social, uma psicóloga, o supervisor clínico da instituição e o psiquiatra-coordenador da instituição. Cada entrevista teve especificidades e dinâmicas próprias, revelando as práticas específicas de cada profissão e os aspectos mais relevantes da instituição.

Com a assistente social consegui, logo no primeiro contato, marcar um horário para realizar a entrevista na semana subsequente. Ela já não morava mais em Niterói-RJ e nem trabalhava no CRIAA-UFF desde a paralisação, de modo que a UFF e a instituição foram descartadas como local. Ela trabalhou cerca de dois anos e meio na instituição. A entrevistada, em um gesto de gentileza, sugeriu que a entrevista fosse realizada em Niterói-RJ, na Igreja Evangélica que frequenta. A entrevista se deu em um horário fora de culto e com o espaço vazio, o que garantiu a privacidade da entrevista que durou em torno de 40 minutos.

A entrevista com a psicóloga seguiu percurso semelhante. Também não era residente em Niterói-RJ, e tinha se desligado do serviço três meses antes. Ela trabalhou durante cinco anos na instituição. Assim que entrei em contato marquei um horário na semana subsequente e a mesma sugeriu que fosse feita a entrevista em Niterói-RJ na residência de seu namorado. A privacidade foi mantida e a entrevista durou cerca de uma hora.

A entrevista com o supervisor clínico também foi fácil de marcar. Na semana ao primeiro contato já tínhamos um horário definido. Residente em Niterói-RJ me sugeriu que a entrevista fosse realizada em seu consultório no bairro de Icaraí. Trabalhava desde 2005 no CRIAA-UFF, completando 10 anos de serviço na data de realização. Foi a entrevista mais longa de todas, durando por volta de uma hora e 50 minutos.

Por fim, a entrevista com o coordenador e psiquiatra da instituição. Foi uma entrevista bem difícil de ser realizada. Entrei em contato mais de cinco vezes ao longo de dois meses, na expectativa de marcar um horário. Neste intervalo, o coordenador pediu que lesse dois textos escritos por ele, nos quais refletia sobre o CRIAA-UFF e alguns aspectos teóricos por ele considerados. Após algumas ligações consegui um retorno e a entrevista foi marcada. Ela durou cerca de uma hora e meia. O coordenador da instituição está presente na fundação do CRIAA-UFF, é autor de quase todos os projetos escritos e as publicações científicas que foram utilizados no capítulo 2. Encaixa-se na perspectiva dupla de formulador e aplicador da regra (BECKER, 2008), dessa maneira sua fala é altamente referenciada na produção escrita

que sempre elabora sobre a instituição, um protagonista no entendimento do modelo de atenção ao adolescente em risco social do CRIAA-UFF.

As entrevistas buscaram responder às questões relacionadas às intervenções realizadas no CRIAA-UFF: qual era o público atendido, o que fazia o profissional em questão, que técnicas e práticas eram ali produzidas, entre outras nascidas do decorrer das falas. Observar o modelo de atenção do CRIAA-UFF pela ótica dos profissionais nos permite dialogar com o modelo tal como aparece em projetos e publicações científicas. Um ponto que considero relevante é a própria construção do modelo de atenção da instituição: ela não está dada. O CRIAA-UFF existe como um serviço de saúde inovador, sem precedência em forma de lei. Como observamos no capítulo 2, outros modelos de atenção à saúde, do campo da saúde mental e de álcool e drogas contribuíram para que o CRIAA-UFF fosse formulado, em particular, o modelo de atenção diária na saúde mental a que me referi mais acima. A legislação que rege atualmente a atenção à saúde de portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas está tipificada na Portaria 336 do ano de 2002, que estabelece os Centros de Atenção Psicossocial, e o CRIAA-UFF se beneficiou dessa lei ao ser reconhecido como CAPSad universitário em 2004, ainda que sob administração e coordenação universitária e não municipal. Essa condição possibilitou que a instituição tivesse uma autonomia relativa para construir seu próprio modelo de atenção à saúde, que se aproximaria de um CAPS híbrido, ao mesmo tempo CAPSi e CAPSad.

Além disso, outros vetores surgiram na configuração deste serviço, como a dimensão preventiva no uso das drogas e do conflito com a lei, acionada pela oferta de cuidados básicos, que desloca um possível público-chave, o adolescente usuário de drogas, para o *adolescente em risco social*, categoria mais ampla, que abarca outras situações sociais, e que não está dada na discussão sobre serviços de saúde específicos para este público. Essa autonomia relativa é importante de ser levada em conta, pois isso permite que o modelo de atenção à saúde no CRIAA-UFF passe por metamorfoses, em que a própria dimensão tecnológica, a maneira como profissionais agenciam este modelo, influencie em sua elaboração, a reorientação do modelo como vimos. Dessa forma, não se trata de duas realidades do modelo de atenção expressa entre um lado o projeto do CRIAA-UFF e de outro a ótica dos profissionais, mas da própria construção do modelo de atenção a partir dos marcos institucional e legislativo e da dimensão tecnológica que a entrevista com os profissionais buscou dar conta.

Os profissionais selecionados para as entrevistas foram de áreas diferentes para que o pesquisador pudesse ter acesso a perspectivas múltiplas sobre uma mesma questão. Isso

contribuiu ao mesmo tempo para destacar as semelhanças que pudessem haver na forma de atualização do modelo de atenção, e sinalizar as possíveis diferenças decorrentes de trajetórias profissionais distintas. Destaquei seis elementos comuns, que articulam a construção cotidiana e contínua de uma proposta terapêutica que é transmitida e executada face ao tripé proposto nos projetos do CRIAA-UFF de tratamento, prevenção e oferta de cuidados básicos. São elementos transversais a este tripé que configuram uma metodologia de intervenção que os diferentes profissionais atualizam, e como conclui, reorientam seu sentido: o dispositivo preventivo, o processo de acolhimento, a convivência, a construção da regra e a integração. As diferenças sinalizadas apontam para o âmbito do conflito entre os diferentes saberes, sinalizando, seguindo Mehry (2014), a premência de tecnologias leve-duras na constituição do modelo de atenção da instituição.

3.1 O Dispositivo preventivo

De acordo com os projetos do CRIAA-UFF, a instituição considera o *tratamento da dependência química* e a *prevenção de fatores de risco* que possam ocasionar o uso e abuso de drogas por adolescentes, bem como a *prevenção da violência*, entendida como participação em atos infracionais – a presença no tráfico, a prática de crimes comuns violentos, furtos, assaltos e assassinatos. Tanto o tratamento quanto a prevenção tem como metodologia de intervenção a oferta de cuidados básicos ou primários, que se expressam por meio de múltiplas atividades: psiquiatria, psicologia, oficinas terapêuticas, pedagógicas, assembleias e práticas de acolhimento e escuta. Os cuidados básicos apostam na oferta de atividades, aprendizados, acompanhamentos terapêuticos e pedagógicos, alimentação, práticas de higiene. Concerne ao conjunto de fruições garantidos pelo ideário dos direitos humanos e expresso no ECA que tipifica crianças e adolescentes como sujeitos especiais de direitos, as condições mínimas para a reprodução da vida social: comer bem, vestir-se bem, ter acesso a boa moradia, educação, saúde, lazer, cultura, esportes. As atividades ofertadas pela instituição buscam oferecer, no seu alcance, esses aspectos que estão garantidos por lei à população atendida.

Todavia, ao considerar o material apresentado pelas entrevistas, um aspecto se destaca em relação aos outros e permite enxergarmos uma prevalência na configuração das

práticas de intervenção diferente do que está preconizado nos projetos: a dimensão preventiva. Esta se mostra não somente como um aspecto do tripé proposto, mas se apresenta como um vetor de organização e de sentido para a ação dos profissionais rearranjando o próprio lugar do tratamento e dos cuidados básicos. O supervisor clínico enfatiza a anterioridade da prevenção em relação ao tratamento:

O CRIAA já pensava um lugar pra passar um tempo, uma época. Mais ou menos o trabalho do contraturno. Você ficava na escola [e depois se dirigia ao serviço] [...] Mas sempre essa população em situação de vulnerabilidade, em risco social. O CRIAA foi focado para a prevenção e uso e abuso de drogas. **Eminentemente era prevenção.** O problema é que os dispositivos falam de prevenção, mas não tem trabalho de prevenção. O que eles têm é trabalho em tratamento, e o CRIAA realizava prevenção. (Supervisor clínico; **grifo meu**).

O CRIAA-UFF nasce no convênio realizado com a Fundação para a Infância e Adolescência (FIA) no ano de 1998, a partir de uma proposta governamental de atendimento ambulatorial a adolescentes usuários de drogas. Como vimos, seu projeto inicial foi de ser um hospital-dia que seguisse uma metodologia de trabalho diferente do tratamento ambulatorial, ainda que o pagamento fosse efetuado por este mecanismo. Embora o tratamento da dependência química tenha ocupado boa parte da reflexão dos formuladores do CRIAA-UFF, dois profissionais da UFF, uma farmacologista e o atual psiquiatra e coordenador, o desenho proposto já rompia com uma lógica de ênfase hospitalar e medicamentosa focada em perspectivas estritamente biomédicas. O coordenador/psiquiatra do CRIAA-UFF ressalta que o projeto foi pensado para o tratamento da dependência química a qualquer adolescente independente de camada social, já que segundo este, nos anos 1990, não existia qualquer serviço específico de saúde para esta população no município de Niterói-RJ. A proposta era que fosse um serviço de atenção universal focada em atuar junto aos fatores de risco que pudessem contribuir para o uso de droga. A ideia preventiva já nasce com fôlego suficiente para ressignificar o lugar do tratamento nesta proposta de serviço.

No próprio período de vigência do convênio com a FIA o supervisor clínico sinaliza para a atuação junto a estudantes e professores, segundo ele uma recomendação sobre o trabalho preventivo que deveria ser realizado pelo CRIAA-UFF:

Pela FIA, o nosso primeiro convênio, era ambulatório e prevenção. A prevenção na visão da FIA era trabalho na escola, visitas à escola, palestras na escola, isso a gente fazia. [...] Pro CRIAA **essa coisa de ir à escola e dar palestra não funcionava.** A proposta do CRIAA nesse trabalho de prevenção de ir às escolas era

buscar parcerias com os professores, com a direção, buscar efetivamente um trabalho de prevenção e não trabalhar com os alunos que usavam drogas e que estavam muito perto disso. (Supervisor clínico; grifo meu).

A ideia de realizar palestras preventivas em escolas e comunidades foi uma cartilha comum do período propagandista e proibicionista ilustrado no slogan “Diga não às drogas”, muito presente em campanhas patrocinadas pelo governo nos anos 1990. Desde este momento, a perspectiva de prevenção do CRIAA-UFF era de crítica a esta prática. A prevenção neste caso específico buscava articular uma intervenção com professores e diretores em uma ação passível de continuidade e focada em laços de colaboração, conhecimento mútuo das estratégias de trabalho e da história dos adolescentes. Isso confirma a ideia integrativa inscrita nos termos do modelo *integrado* de tratamento, considerado de atenção total, e que permeia as intervenções pelos profissionais. Posteriormente esta concepção se ampliará e a dimensão preventiva se estenderá para outras circunstâncias sociais, como os adolescentes autores de atos infracionais.

O supervisor clínico da instituição ressalta que o entendimento da vulnerabilidade se dá de forma ampla, abrangendo todos os perfis e diagnósticos de adolescentes que geram risco ao uso da droga. Os fatores de risco são percebidos como o envolvimento em situações de violência seja como vítima ou como autor, situações de violação de direitos, em proximidade territorial ou de envolvimento com o tráfico de drogas, institucionalização em abrigos ou pela medida socioeducativa, pertencimento a famílias com parentes usuários de drogas ou alcoólatras, pais que trabalham o dia inteiro fora e deixam filhos sozinhos, mães que criam sozinhas os filhos, ausência de acompanhamento escolar, habitações precárias, entre outras. De acordo com o coordenador:

Era pra ser geral [o serviço]. A ideia era pega qualquer adolescente em situação de risco envolvido com droga, que pudesse chegar a ter uso da droga, essa ideia desde o início. Não, não era tratamento, era uma intervenção para regular várias coisas e fazia parte do tratamento, daquilo tudo, não era só remédio, tanto que nossas equipe sempre tinha vários psicólogos, psiquiatra eram poucos, tinham vários assistentes sociais, sempre foi essa linha de trabalho. (Coordenador/psiquiatra).

O principal era em vulnerabilidade. Saindo do padrão de atendimento da época que era a partir de 15 anos já usuário de drogas... Naquele época a gente já via, e eu trabalhando com dependência química, cada vez mais cedo começando o uso, então pelos dispositivos do Ministério da Saúde começava a atender só a partir de 15 anos e a gente já via, naquela época, com 12 e 13 usando. A questão da

prevenção é que a gente via famílias em situação de muita carência social, muito abandono, morando em situações de muito risco, que eles iriam se aproximar do movimento, do tráfico, o irmão usava, um pai, etc. (Coordenador).

Essas características ao serem enquadradas dentro de uma perspectiva de risco social, que não surge como um conceito definido, mas a partir de situações sociais que se entendem como situações de vulnerabilidade, permite que outros públicos possam ser pensados e abarcados no CRIAA-UFF. O horizonte dessa noção, inicialmente, era o uso de drogas, mas no vácuo de atividades para adolescentes que cumpriam medidas socioeducativas nos então Centros de Recursos Integrados de Atendimento ao Adolescente em Conflito com a Lei (CRIAM), a partir dos anos 2004 e a existência de um serviço voltado para adolescentes em risco social, o CRIAA-UFF passa a receber diversos encaminhamentos dos CRIAMs fomentando uma reorientação da noção de risco social e a busca por um entendimento e um modelo de intervenção que contemplasse os dois perfis:

A gente não falava muito sobre isso não [delinquência]. Quando a gente começou a fazer parcerias com os CRIAMs e depois CRIAADS, houve época que só tinha CRIAM lá dentro. Isso foi muito complicado. (Supervisor clínico).

Ainda que fosse complicado, a noção de risco social permitiu uma compreensão comum para aglutinar diferentes indivíduos, com trajetórias e perfis sociais distintos, a um patamar capaz de possibilitar uma intervenção unitária, abstrata, em que diferentes procedimentos permitem que um adolescente usuário de droga, um adolescente em medida socioeducativa ou abrigado e, ainda, um adulto alcoólatra ou portador de transtorno mental, recebesse atendimento com os mesmos valores e princípios, participassem das mesmas atividades e oficinas e percorressem igualmente o itinerário terapêutico da instituição, que envolvia a assinatura de um contrato terapêutico e a elaboração de um plano terapêutico.

A prevenção, alicerçada na noção de risco social, preconizada pelos profissionais permite “igualar” diferentes populações em seu aspecto de vulnerabilidade. Como citado no primeiro capítulo, Zappe e Dias (2010, p. 83), em sua revisão bibliográfica sobre as pesquisas científicas realizadas sobre o descritor delinquência juvenil, apontaram para semelhança das realidades sociais dos jovens vítimas de violência e daqueles autores de violência. De acordo com a tipologia proposta por Minayo (2005, p. 24) a violência se expressaria como: i) violência auto-infligida; ii) violência interpessoal, dividida em intrafamiliar e comunitária, esta, de ocorrência na vizinhança, escola, trabalho, etc.; iii) violências coletivas, como guerras, genocídios, etc. e; iv) violência estrutural, difícil de ser mensurada, mas resultado de

processos sociais, políticos e econômicos geradores das mais diversas desigualdades – “a maioria dos tipos de violência citados anteriormente tem sua base na violência estrutural” (MINAYO, 2005, p. 24). Para Zappe e Dias (2010), a violência estrutural, comunitária, familiar estabelece um elo de continuidade entre estas duas trajetórias distintas. Os autores de violência, nessa perspectiva, também sofrem as pressões dessas outras violências e, portanto estão submetidos a fatores de risco que podem gerar processos de exclusão social. Esta conclusão possibilita reorientar as mudanças nos diferentes projetos do CRIAA-UFF feitos ao longo de sua história, reforçando e ampliando a dimensão preventiva e vindo a ser um pressuposto partilhado pelos profissionais:

O CRIAA é um projeto de extensão que tinha como objetivo **prevenir o uso de drogas e a violência** com a faixa etária direcionada para adolescentes, então muito mais do que tratar como geralmente nos CAPS... A gente vê o direcionamento das áreas de saúde tudo pro tratamento. O CRIAA já era mais no sentido da prevenção. Então era prevenir esses casos de agravamento da violência e de uso de drogas na adolescência. Então o quanto antes isto pudesse ser feito e de uma forma mais abrangente, com a família, mais efetividade ia ter o trabalho. (Psicóloga; grifo meu).

O que irá se delinear é um dispositivo preventivo ao acolher em um único serviço de saúde itinerários da drogadição e itinerários em conflito com a lei. Embora o *tratamento da dependência química* na adolescência tenha sido colocado nos projetos do CRIAA-UFF como o ponto de partida do modelo de atenção à saúde, o que se depreende é a *prevenção dirigida ao adolescente em risco social*, ou ainda, a *prevenção a populações em risco social* que abarca categorias sociais distintas²¹, que organiza o agenciamento deste modelo de atenção à saúde pelos profissionais. Ainda que conflitos, diferenças na intervenção e queixas surjam no atendimento como relatado nas entrevistas, esse dispositivo preventivo dirigido a diferentes públicos-alvo em um mesmo serviço supõe algo em comum, os fatores de risco, que coloca a todos em um mesmo universo. O tratamento se desloca, portanto, para um segundo plano, não menos importante, mas inserido no interior deste dispositivo:

Acho que o tratamento seria mais no sentido das oficinas... Tratar o uso de drogas... Em um sentido de **também identificar as situações de risco de violência**, de tentar trabalhar isso com eles, ali era um espaço de uma escuta muito apurada pra

²¹ Usuários de drogas, adolescente em conflito com a lei, crianças e adolescentes em situação de abrigo, crianças e adolescentes em situação de violação de direitos, portadores de transtorno mental, os jovens adultos e adultos usuários de drogas e/ou portadores de transtorno mental, entre outras populações atendidas pelo CRIAA-UFF.

eles... Dentro do CRIAA no meu atendimento não existia um tratamento. [...] A gente não trata ninguém. A gente atende devido a uma realidade, devido às questões que eles trazem de direitos entre outras. A gente atende. [...]. Eu acho que existia o atendimento sim, e o tratamento em alguns momentos, dependendo do paciente que estivesse no CRIAA. [...] Existiam os atendimentos. Eu acho que o tratamento se dava mais quando a gente colocava mais de maneira interdisciplinar. Porque talvez ali não tivesse uma estrutura de tratamento efetivo. (Assistente Social; grifo meu).

O tratamento está recolocado segundo a ideia norteadora da prevenção. Atuar antes do agravamento, evitar o uso futuro de drogas, ou transformar um percurso que já se encontra em caminho. A própria ideia de tratamento se confunde com a noção de prevenção, como sinaliza a assistente social em algum momento da entrevista:

Não tenho uma concepção rígida de tratamento. O medo do tratamento tá ligado muito a uma questão biológica e não é. Eu acho que ainda mais dentro da realidade do Brasil. A gente ligar a questão do uso de drogas, a um tratamento biológico, de medicação, de desintoxicação apenas e não é, sabe!?! Acho que a nossa realidade mostra que é muito mais do que é isso. (Assistente Social).

Tratar também é prevenir, intervir junto à ausência de condições mínimas de vida, os fatores de risco. Funciona como terapêutica. E nesse sentido, global, não restrita a figura soberana do médico ou mesmo do psicólogo, mas configurada no espaço social da instituição, que informa a ação de todos os profissionais. Esta noção está alicerçada em duas das transformações operadas no século XX do estatuto da psiquiatria: a sua transformação em psiquiatria como produtora de saúde mental e seu olhar para a “comunidade” (COSTA e BIRMAN, 2008). Produzir saúde mental, ao invés de tratar a doença mental implica na transformação do hospício, lócus em que opera o saber/poder psiquiátrico, que se entende como o produtor da própria doença mental. Há que se tornar o espaço social do hospital um espaço terapêutico:

Transformar o espaço hospitalar em terapêutica, corresponde a encará-lo como uma réplica, restrita e experimental, do espaço social extra-asilar, transformando-o no lugar privilegiado onde um aprendizado vai ocorrer, onde o paciente será recuperado para a vida social e familiar: espaço de **pegadogia social**. (ibidem, p. 50, grifo meu)

Nesse sentido, ofertar fatores de proteção (como alimentação, educação, acompanhamento médico, psicológico e social) e saúde mental se projeta como inclusão social. Reproduzir no espaço social do CRIAA-UFF as condições de possibilidade de vida social inclusa, que possibilite uma alteração das trajetórias fora das carreiras morais

(GOFFMAN, 2010, p. 109) da drogadição e do crime. Prevenir significa interferir junto ao desvio das normas sociais. Embora os profissionais façam menção à ética do cuidado do sofrimento psíquico e da falta de oportunidades econômicas e sociais dos pacientes atendidos, a prevenção não deixa de ser uma faceta do *biopoder* presente nas sociedades ocidentais, que busca disciplinar os corpos para a vida produtiva e a própria produção da vida:

Prevenir, palavra ambígua, implica em adaptar, em equilibrar os contextos socialmente tensos desde o seu surgimento, como forma de bloquear o surgimento do desvio e do marginalismo nos grupos constituídos, já que são ameaças, reais e (ou) simbólicas, para sua dissolução (COSTA e BIRMAN, 2008, p. 56).

A transformação do espaço hospitalar, como espaço social gerador de modelos de vida social, é acompanhada também pelo deslocamento do objeto de intervenção da psiquiatria. Não somente o hospital, mas a “comunidade” também se torna seu objeto de intervenção. Instado pelo aumento dos índices de transtornos mentais e as limitações orçamentárias para reformar hospitais, as políticas de saúde mental tornam secundária a sua transformação priorizando o enfoque na comunidade, o espaço social mais amplo, como o objeto necessário de intervenção da psiquiatria, dirigindo-se à Saúde Pública (COSTA e BIRMAN, 2008, p. 54). Incorpora-se a noção de história natural da doença, dividida em fases, que será expressa nos estágios de intervenção conhecidos como: i) prevenção primária, anterior à eclosão da doença; ii) prevenção secundária, etapa de diagnóstico e tratamento e; iii) prevenção terciária, período para adaptar o doente para a vida social após a melhora e evitar recaídas (ibidem, p. 54). A grande novidade consiste na prevenção primária, dimensão que se conecta com a ideia preventiva do CRIAA-UFF:

Revelar o diagnóstico precoce para instituir rapidamente a terapêutica, corresponde a buscar formas para impedir que a enfermidade se enraíze ou provoque danos de tal monta que dificulta ou mesmo inviabiliza a possibilidade de tratamento. [...]. Quando se sublinha a Prevenção Primária, preconiza-se **as intervenções sobre as condições possíveis de conduzirem à enfermidade mesma, não sobre ela constituída** (ibidem, p. 55, grifo meu).

A prevenção praticada pelo CRIAA-UFF atua junto a fatores de risco social, portanto a virtualidades: potenciais para uso prejudicial de drogas, potenciais para entrar na carreira do crime, potenciais para vir a ter sofrimento psíquico, potenciais para vir a ser excluído socialmente e engrossar a fileira dos indivíduos destituídos de direitos e condições sociais e econômicas mínimas.

A prevenção ao uso de drogas é uma das dimensões do modelo de atenção elaborado pelo CRIAA-UFF segundo os documentos oficiais e principalmente, segundo alguns dos entrevistados, apontando para uma abordagem da clientela próxima da pedagogia social caracterizada por Birman e Costa (1994) como marca do deslocamento do objeto da psiquiatria entre a terapêutica da enfermidade mental e a promoção da saúde mental, entre o tratamento da dependência química e a prevenção da violência no contexto da atenção total aos adolescentes em risco social.

3.2 O Processo de Acolhimento

Mehry (2014) destaca que o trabalho em saúde, assim como na educação, é permanentemente centrado no trabalho vivo em ato, à diferença de uma indústria em que o trabalho morto captura globalmente o trabalho vivo. Essa centralidade dá-se na utilização de tecnologias menos compostas de trabalho morto, “tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativa do modo de fazer essa produção” (p. 49). A questão para o autor dá-se em desvelar quais razões instrumentais e que jogo de intencionalidades está se produzindo, em outras palavras, como o trabalho vivo em ato modela as outras dimensões tecnológicas (e vice-versa) e qual dinâmica relacional se dá entre profissionais e pacientes. Portanto, o eixo analítico vital será o “processo de efetivação da tecnologia leve e seus modos de articulação com as outras” (p.50), expressa nas *interseções* entre o profissional/produtor e o usuário do serviço/consumidor, em que o produto, o cuidado, será dado de acordo com esta relação *interseçora*.

A prevenção aos fatores de risco pela oferta de fatores de proteção tem o acolhimento como ponto de partida. É a tecnologia psicossocial mais enfatizada pelos profissionais, como uma amálgama que permeia as atividades e dá sentido para a construção das intervenções. O acolhimento não é uma prática corporificada em um saber ou disciplina específica, mas é uma tática que reveste as intervenções, dotada de um componente simbólico e de produção afetiva para as relações. Ele é, por excelência, a tecnologia-leve, segundo a perspectiva proposta por Mehry (2014). Assim como irá modelar saberes tecnológicos de outros profissionais, será também modelado por tecnologias leve-duras, revelando certa

relação em que terá maior prevalência em alguns contextos e em outros menos, capturado por outras dimensões.

De acordo com o projeto do CRIAA-UFF, a instituição busca promover a construção de uma moralidade coletiva em que a solidariedade e a confiança mútua possam ser valores representativos para os adolescentes frente às representações da sociabilidade violenta destes (MACHADO, 2009), seja nos circuitos sociais do tráfico ou como vítimas da violência estatal. O acolhimento prescinde de um diagnóstico específico, ele é condição *sine qua non* para que vigore no ambiente do serviço de saúde uma percepção generalizada e contínua de respeito e solidariedade com o sofrimento do sujeito.

Por prescindir do diagnóstico, o acolhimento se aplica para as diferentes populações atendidas, tanto adolescentes com uma questão específica de uso de drogas, quanto àqueles em conflito com a lei, bem como os diferentes adultos atendidos no espaço. Essa postura de acolhimento opera frente aos estigmas comumente presentes para estes diferentes públicos no imaginário social, que Vianna (1999) e Bulcão (2012) destacaram em relação ao personagem social *menor* do início do século XX, também presentes na vigência dos códigos menoristas e persistindo mesmo após a promulgação do ECA²², com os seus designativos contemporâneos, o *crackudo*, o *menor vagabundo*, o *maluco*, entre outros. De acordo com o coordenador da instituição busca-se com essa postura evitar cair nas práticas punitivas do senso-comum, sendo que alguns dispositivos de atenção à infância e adolescência deixam de problematizá-la e, por consequência, reificam estigmas. Por sua vez, para a psicóloga, o acolhimento é:

[...] uma postura de **escuta** em relação a quem tá chegando. Ao invés de você simplesmente já recebê-lo como um usuário de drogas ou como um infrator, você vai recebê-lo como fulano de tal, e aí você vai escutar ele dentro da vida dele, o que ele faz, o que ele estuda, o que ele gosta, o que ele não gosta. São coisas que estão **pra além do uso da droga ou do envolvimento dele com ato ilícito**. Isso de uma certa maneira já fortalece os fatores de proteção porque você já está escutando um para além daquilo que é só um uso da droga ou a violência (Psicóloga; grifo meu).

²² Ainda que não tenha sido feito uma pesquisa sobre a permanência do uso do termo menor para se referir a crianças e adolescentes autores de atos infracionais em jornais, revistas e programas televisivos, é comum, de um ponto de vista puramente empírico, reparar o uso deste termo, ainda que abolido de toda legislação, ao passar em frente às bancas de jornal que noticiam ações criminais desses *menores* em sua maioria pobres e negros. A aprovação pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ) da Câmara dos Deputados, no dia 31/03/2015, da admissibilidade da Proposta de Emenda Constitucional que reduz a maioria penal de 18 para 16 anos sinaliza para a presença desse imaginário estigmatizante que criminaliza a juventude, em especial pobre e negra, no Brasil.

Busca-se construir uma pessoa, portadora de história com relações afetivas e simbólicas, e, assim, evitar o processo de produção de identidade social, que a Polícia na década de 1920 produzia ao classificar e identificar o *menor* apreendido fosse como *abandonado* ou *delinquente* ilustrada na divisão “crianças em perigo” e “crianças perigosas”. Embora se reconhecesse as especificidades de cada perfil, o acolhimento busca igualar essas diferentes trajetórias na dimensão do risco social, recusando subsumir a identidade deste sujeito a uma categoria social seja diagnóstico ou estigma. Dessa forma, ao invés da intervenção social pela Polícia da década de 1920 ser repetida, claramente se busca construir uma alternativa de intervenção em que a *singularidade* do *paciente* seja valorizada, repelindo processos de homogeneização de identidades sociais.

Embora seja uma tecnologia leve a construção dessa tecnologia psicossocial entre os profissionais se dá no interior de um processo de formação terapêutica. Assim sendo, para que essa tecnologia seja construída, duas outras são acionadas: a transmissão e a psicanálise, duas tecnologias leve-duras, uma enquanto processo de formação terapêutica, mais ou menos estruturada e um saber/fazer tecnológico, mais estruturado. Na tipologia de Mehry (2014) as tecnologias leve-duras se compõem de trabalho morto e trabalho vivo. Dependendo de seu grau de estruturação, um trabalho terá maior prevalência sobre o outro, no caso da transmissão poderíamos representar da seguinte forma: *trabalho vivo/trabalho morto* (TV/TM), com o trabalho vivo, a prática de transmitir, influenciando mais o trabalho morto, a formação terapêutica. E no caso da psicanálise: *trabalho morto/trabalho vivo* (TM/TV), com o trabalho morto, o conhecimento, o legado, os escritos da psicanálise influenciando diretamente o trabalho vivo, a prática da clínica analítica.

A transmissão é uma tecnologia leve-dura assaz relevante, representa a dimensão do ensino, de formação que o CRIAA-UFF em seu projeto se pretende, como indica o coordenador/psiquiatra da instituição:

A ideia era **formar equipe**. Fazer pela UFF a formação. É a questão da prática. Alguma coisa que fosse a partir da prática e não somente da teoria. (Psiquiatra/coordenador, grifo meu).

Ela é o fio condutor pelo qual os profissionais se apropriam do modelo de atenção que deve ser atualizado. Ela se dá de forma generalizada, entre os profissionais, entre os profissionais e os pacientes, e entre os próprios pacientes, exercida nos dispositivos grupais como as reuniões de equipe, as supervisões, as assembleias, bem como na vivência do dia-a-dia, na prática profissional:

De início como geralmente os profissionais não compreendiam muito bem qual era a proposta do trabalho e isso dificultava um pouco... Ou porque não tinham tido acesso a esse tipo de trabalho, ou porque **tiveram acesso ao trabalho, mas não à vertente do trabalho**, ou porque nunca tinha tido acesso ao serviço da população que a gente atendia, ou até mesmo que nunca tinha trabalhado antes... Era prática de cada dia, as reuniões, principalmente, o estudo de cada um, de sua área, e os textos que eram passados. (Psicóloga, grifo meu)

Portanto, um aprendizado, um processo de formação terapêutica, que qualquer técnico poderia aprender independente de sua filiação teórica e profissional, ainda que os assistentes sociais frisassem que sua intervenção estava desvinculada de uma finalidade terapêutica. Nesse contexto, o processo de efetivação da tecnologia leve acolhimento modelará a prática profissional de outro saber/fazer tecnológico, o do Serviço Social:

Era aquela questão que a gente falava, não era um serviço social clínico, era um serviço social da clínica. É muito difícil no Serviço Social ser um serviço de clínica. A gente não tem esse olhar porque a gente não tem esse saber profissional pra fazer essa análise psicológica ou que seja. (Assistente Social).

O acolhimento se pretende transversal, para além das disciplinas. Mas, como relatado pela psicóloga, supervisor clínico e coordenador, a psicanálise tem um papel crucial na transmissão desta tecnologia. A construção do projeto do CRIAA-UFF seguiu a influência que a psicanálise gerava dentro dos hospitais com sua entrada, e foi importante para pensar a organização do serviço, segundo o coordenador/psiquiatra:

A ideia inicial das posturas de fazer assembleia, de fazer um contato tinha mais haver com a psicanálise. A psicanálise de um certo modo, quando entrou no hospital psiquiátrico, ela começou a dar voz aos pacientes. (Coordenador/psiquiatra).

Dar voz implica em escuta. Escutar a vida do outro, suas escolhas, seu sofrimento psíquico. Aspectos cruciais para o estabelecimento do vínculo social pretendido pelo acolhimento. Na linguagem da psicanálise, uma “transferência”. Segundo Silva (2013), esta foi uma das contribuições da psicanálise para a clínica antimanicomial, fundamental para o serviço de atenção diária, pois permitiu que para além da observação dos comportamentos dos egressos de internação psiquiátrica se instalasse “uma audição de sua fala, com os conflitos ditos “intrapíquicos” também se tornando objeto de intervenção, e não apenas os ditos ‘sociais’”. (p. 63). Também se encontra presente no CRIAA-UFF, como uma tecnologia leve-dura, capaz de organizar o trabalho vivo do ato cuidador, ainda que para outra clientela. Como

destaca o supervisor clínico ao falar sobre a função do monitor, este, ao ser criado, foi baseado na dimensão transferencial da psicanálise:

A estratégia do monitor tem a ver com a teoria psicanalítica da **questão transferencial**. A gente buscava com o monitor **criar vínculos outros que não o vínculo criado por eles e que através dessa transferência você pudesse manejá-la no sentido do tratamento**. Então você cria uma boa relação e eu posso incentivá-lo a seguir o que eu digo que é bom pra ele. A ideia é do monitor funcionar como um **palco transferencial**. (Supervisor clínico; grifo meu).

Portanto, o processo de acolhimento, calcado na transferência dada pela escuta, opera o dispositivo preventivo. Criar uma boa relação para dizer ao adolescente o que é bom para ele. Este manejo da transferência se reveste como uma sugestão, que o vínculo permite que aconteça. A escuta, que também possui um contorno disciplinar bem específico na psicanálise, aparece, em proximidade com a noção de cuidado, ao ser elencado pela assistente social:

Eu acho que o cuidado tá muito ligado à escuta. E num espaço como o CRIAA eu acho que existe muito cuidado, e a gente aprende muito. Acho que com a escuta a gente aprende o cuidado, estão muito ligados... Acho que isso é atendimento, acompanhamento [e não tratamento]. (Assistente Social).

Ainda que fomentado pela psicanálise, a escuta, que faz parte do acolhimento, se afasta de seu conteúdo propriamente técnico e se torna um parâmetro ético e político com efeitos terapêuticos, recorrente em outras áreas. É, portanto, uma postura que se pretende transversal, para além do setor da psicologia e psiquiatria, que a transmissão pelos dispositivos grupais possibilita que se dê.

O processo de acolhimento, uma tecnologia leve, trabalho vivo em ato, se efetivará nessa dinâmica de maior ou menor captura pelas tecnologias leve-duras presentes na instituição. Sua efetivação, se como “processo de produção de relações *interseçoras*” (p. 50) entre os profissionais e as intencionalidades dos pacientes, comumente representadas, como necessidades ou demandas de saúde (ou pelo serviço mesmo). Este interesse, dos usuários pelo serviço, permite a explicitação das intencionalidades dos agentes de saúde, no caso os profissionais do CRIAA-UFF, que efetivarão suas práticas.

Portanto, podemos dizer que as *interseções* entre as duas intencionalidades produzidas pelo acolhimento dá-se na possibilidade de instaurar um vínculo entre duas trajetórias e visões de mundo distintas: a partilhada pelos profissionais, vivida como normalidade social, e a dos adolescentes em risco social, rotulada como desvio social

(BECKER, 2008) e objeto de estigma (GOFFMAN, 2004), e vice-versa. Este elo permite ao profissional escutar a vida do outro, se afetar e a representar simbolicamente, gerando intervenções ao adolescente para que se sinta incluído e escutado por um outro, o profissional, sem a mediação do rótulo desviante e do estigma. Esse processo, que se espera de cada profissional, possibilita que o dispositivo preventivo funcione e com o vínculo estabelecido provocar uma nova perspectiva no adolescente: a vida vivida como normalidade social pelos profissionais, capaz de afetá-lo e lançá-lo num plano de representação que lhe permita escolher transformar seu destino social em direção a esse território que os profissionais e a instituição trazem. As intencionalidades dos profissionais do CRIAA-UFF, expressa nessas relações *interseçoras*, irão considerá-los como: oportunidades sociais e econômicas, alternativa ao uso prejudicial das drogas, afastamento das práticas violentas e do crime, em outras palavras, promoção de saúde mental e inclusão social.

Trata-se, da desvinculação do processo de acolhimento da prática clínica, de terapêutica estrita, filiada a uma disciplina específica. Ainda que, consista em uma tecnologia leve, sua formulação, faz confundir seu lugar, se técnico ou moral, pois afinal, junto com o acolhimento ocorriam valores como solidariedade, confiança e respeito que dizem muito mais de uma gramática moral que propriamente de um saber técnico. No dispositivo preventivo acionado pela instituição ela é a pedra de toque fundamental para a oferta dos fatores de proteção. Operar nos destinos sociais, produzir normalidade, assim funciona uma tecnologia centrada na vida (FOUCAULT, 1998, p. 135), esta que se tornou objeto de luta política com a emergência do *biopoder*: “o ‘direito’ à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação das necessidades, o ‘direito’ acima de todas as opressões ou alienações” (p. 136).

3.3 A convivência

De acordo com Silva (2013, p. 63), o CAPS Luís Cerqueira da Rocha ao ser formulado inicialmente no ano de 1987 no município de São Paulo e, sua experiência, posteriormente, ser implementada como modelo de assistência à saúde mental em todo território nacional em 2002, apostou em uma alternativa à modalidade de consulta ambulatorial e internação hospitalar não mais focado no tratamento de curas e doenças, mais “nos graus de intensividade do cuidado” (id, *ibid*, p. 64):

a convivência mais do que o confinamento ocupam um lugar fundamental, bem como o que passamos a chamar de “atenção diária”, inclusive chamando os estabelecimentos nos quais essa prática era realizada de “serviços de atenção diária” (Delgado e Weber 2003) mesmo quando a Portaria 224/1992 já estava em vigor, ou seja, mesmo quando a terminologia “Centro de Atenção Psicossocial” já vigorava para nomear serviços extra-hospitalares de saúde mental. (id, *ibid*, p. 63, grifo meu).

A convivência, no serviço de atenção diária, coloca-se como uma consequência desta recusa ao processo intervalar e descontínuo do ambulatório e ao confinamento dos muros do hospício, altamente segregado e mortificador do eu (GOFFMAN, 2008)²³. A promoção dos vínculos sociais aos egressos de internação psiquiátrica e a ligação com o território aos portadores de transtorno mental que venham a ser acolhidos demonstram a preocupação em garantir laços sociais que não cronifiquem o doente na clausura e isolamento. Além disso, o serviço de atenção diária permite que o espaço social do atendimento possibilite o exercício da “preferência” ideia segundo a qual o usuário do serviço possa escolher com quem se vincular na instituição, independente de sua posição hierárquica ou profissional na equipe (cozinheira, porteiro, pessoal administrativo, etc) (SILVA, 2013, p. 63), mas de acordo com sua escolha. Pressuposto que garanta a convivência e o funcionamento da atenção diária, apostando antes nos vínculos sociais que nos vínculos de autoridade.

A convivência como um elemento de relevância para os profissionais do CRIAA-UFF está posta como uma condição dada pela “transferência” dos pacientes aos membros da equipe. Como vimos o acolhimento permite que um vínculo se crie entre o profissional e o paciente, e a representação de um mundo social outro que aquele vivenciado possa ser compartilhado, com a diferença de que para o adolescente este compartilhamento funciona como prevenção à sua carreira moral, ao passo que para o profissional como empatia à essa trajetória, provocando uma mudança na qualidade de sua implicação com os casos: a criação de uma disponibilidade afetiva e simbólica sua para atender um indivíduo rotulado como desviante e sob signo de estigma social.

De acordo com a psicóloga não era um pressuposto do trabalho, mas uma consequência calcada em um método e que funcionava dentro de um objetivo. Método esse variável, pois o caráter multiprofissional da instituição permitira diferentes modalidades de convivência entre profissionais e pacientes. Os oficineiros e, principalmente, os monitores

²³ “A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mortificação do eu” (p. 24), “[...] o internado descobre que perdeu alguns dos papéis em virtude da barreira que o separa do mundo externo” (p. 25). “Nas instituições totais, geralmente há necessidade de esforço persistente e consciente para não enfrentar problemas. A fim de evitar possíveis incidentes, o internado pode renunciar certos níveis de sociabilidade com seus companheiros” (p. 45).

estavam mais diretamente convocados a esse lugar de convivência, ainda que os psicólogos, assistentes sociais e psiquiatra participassem de momentos de conversação, jogos e atividades informalmente, já que sua carga horária era praticamente preenchida pelos seus atendimentos. O monitor era a peça chave desse exercício de convivência, pois sua escuta em movimento (peripatética) (LANCETTI, 2008), fora do consultório, no ambiente da instituição, em parceria com os oficinairos consistia na proximidade, na conversação, na criação de motivação, na relação direta com os pacientes.

3.4 A Construção da Regra

A regra na instituição, de acordo com as entrevistas, é organizadora, e não punitiva. O raciocínio é simples: na medida em que o espaço é preservado do uso de drogas, de brigas, de relações sexuais, firma-se um horizonte reconhecível por todos, equipe e pacientes, de que o compromisso na instituição com o cuidado e o tratamento, será preservado. A ideia de usar a regra para organizar um serviço não é um apanágio deste modelo de atenção em saúde. Em verdade, a criação de um grupo, com regularidade no tempo e no espaço, não pode prescindir de regras que organizem sua atuação. Dessa forma, dizer que as regras são organizadoras consiste em uma redundância. O ponto está em perceber a especificidade do uso político da regra tal como participada pelos membros do CRIAA-UFF.

Nas sociedades modernas as regras representam uma combinação altamente complexa, divididas em classes, etnias, corporações profissionais, idades, tribos urbanas:

Esses grupos não precisam partilhar das mesmas regras, e de fato, frequentemente não o fazem. Os problemas que eles enfrentam ao lidar com seu ambiente, a história e as tradições que carregam consigo, todos conduzem à evolução de diferentes conjuntos de regras. À medida que as regras de vários grupos se entrecrocaram e contradizem, haverá desacordo quanto ao tipo de comportamento apropriado em qualquer situação dada (BECKER, 2012, p. 27)

Ou seja, a circunscrição que o CRIAA-UFF pretende a partir de regras institucionais, é a própria condição conflituosa, que a ideia de sociedade moderna, traz. Com a presença de diferentes indivíduos, socializados com diferentes regras, em seus grupos de pertencimento, o desvio das regras no interior da instituição pode estar, ou não, acoplada ao rótulo desviante que este público atendido tem fora da instituição, os adolescentes usuários de drogas, em

conflito com a lei, os portadores de transtorno mental, entre outros. Como dito no processo de acolhimento, busca-se com essa tecnologia, recusar o estigma e o rótulo desviante que esses adolescentes trazem em suas trajetórias sociais. Todavia, isso não significa que as regras do CRIAA-UFF evitem produzir um desviante interno e que tampouco os profissionais deixem de nomear esse desvio das regras institucionais do CRIAA-UFF pelos rótulos que, em tese, devem ser rompidos.

É preciso deixar claro, como estabeleci no primeiro capítulo, que o desvio não é entendido como uma característica específica de um indivíduo ou um grupo, como muitos estudos em medicina e criminologia buscaram estabelecer. Becker (2012) propõe que o desvio seja considerado como uma violação às regras impostas por outras pessoas e que seja reivindicada enquanto tal publicamente, isto é, que a violação seja objeto de acusação pública. Nesse sentido, o desvio depende apenas em parte do ato que viola as regras, pois a rotulação pode acontecer sem que haja violação, e a violação de regras pode vir a ficar sem rotulação. Por exemplo: nossa sociedade considera o roubo ao patrimônio uma violação das regras de propriedade. Em agosto de 2014²⁴, na cidade de São Paulo, um professor negro de história enquanto corria em seu bairro, foi subitamente abordado por populares que o derrubaram no chão, o acorrentaram e continuamente o espancaram sob acusação de haver assaltado um bar, ainda há pouco, no quarteirão em que corria. O professor não teve oportunidade de desmentir a acusação e estava diante de um iminente linchamento, somente evitado com a chegada de bombeiros e policiais ao local. Apesar de afirmar que era um professor de história, os bombeiros pediram que provasse a afirmação com uma aula de Revolução Francesa. Mesmo assim, o dono do bar na delegacia ainda insistiu que o assaltante era o professor, e a polícia o manteve preso por dois dias até ser concedida liberdade provisória. Neste caso, independente da verdade jurídica de se foi ou não o professor que roubou o bar, temos uma acusação pública baseada em uma rotulação prévia. O professor foi publicamente acusado de ser um violador das regras de defesa do patrimônio privado, portanto um desviante, a partir de uma rotulação da testemunha, o dono do bar, que o acusou de ser o assaltante. Em sendo inocente o professor, cai na ideia de ser um desvio sem que houvesse violado qualquer regra. Como foi interpretado, a cor de sua pele negra, objeto de estigma e rotulações históricas, provavelmente foi o motor da acusação, e do pedido do bombeiro para provar que era professor de história.²⁵

²⁴ Link da reportagem: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2014/07/desceram-do-carro-de-ja-foram-me-batendo-diz-professor-espancado-.html>. Último acesso: 08/04/2015.

²⁵ “De maneira semelhante, a lei é diferencialmente aplicada a negros e brancos. Sabe-se muito bem que um negro que supostamente atacou uma mulher branca tem muito maior probabilidade de ser punido que um branco que comete a mesma infração; sabe-se um pouco menos que um negro que mata outro negro tem menor

Cabe dizer, portanto, de que dentro das regras institucionais do CRIAA-UFF modelos de desvio são acionados em razão do rompimento ou não das regras, e que os dispositivos grupais e as ações dos profissionais visam elaborar entre a equipe e perante os próprios pacientes, como esse desvio deve ser encarado. Como tenho observado nos relatos das entrevistas, o desviante percebido pelo CRIAA-UFF dá-se na noção do adolescente em risco social. Essa noção pretende absorver a violação das regras como uma condição em vulnerabilidade em que se encontra o adolescente que desvia. Devemos nos perguntar, se isso aprofunda estigmas ou contribui para os propósitos defendidos pela instituição, de promover inclusão social e fatores de proteção. Penso que essa é a questão mesma que o processo de acolhimento visa resolver. Como grupo, o CRIAA-UFF não pode prescindir de regras de organização, mas as maneiras de gerar sanções a violação das regras e produzir adequação às mesmas é que serão objeto de apreciação. De acordo com o coordenador/psiquiatra trata-se de ofertar uma alternativa às práticas punitivas que a justiça e a sociedade como um todo reproduzem, a partir de uma oferta de cuidados básicos, amalgamado pelo acolhimento, para lidar com esses eventos de violação de regras e estabelecer um sentido em relação a isto.

Nesse sentido, as regras do CRIAA-UFF, se exercem no âmbito do poder normalizador a fim de gerenciar os corpos no espaço social da instituição, isto é, seguirem as regras institucionais, e produzir um modelo de vida, baseado nas regras da vida social como um todo, em oposição ao código de vida que coloca em risco essa população. Dessa forma, produzir o adolescente em risco social, e seu cuidado na instituição, aparecerá como face do *biopoder*. Embora Foucault (2002) sinalize para técnicas de contenção e mutilação dos corpos, por aparatos de violência legítima, como as polícias, os exércitos e as prisões, tecnologias de persuasão e transformação das consciências, os saberes psi, por exemplo, contribuíam para o processo de disciplinarização dos corpos, indicando o que Elias (2006) chama de processo civilizacional, a passagem do controle externo das pulsões, para um auto-controle. Costa e Birman (2008) definem bem o que quero designar sobre as regras do CRIAA-UFF:

As normas e os limites que devem regular a vida dos pacientes no interior do hospital são uma síntese das regras da vida social mais ampla, que devem ser internalizadas pelos pacientes e a cura estaria relacionada com esta possibilidade de reeducação (p. 50).

probabilidade de ser punido que um branco que comete homicídio. Este, claro, é um dos principais pontos de análise que Sutherland faz do crime de colarinho-branco: delitos cometidos por empresas que são quase sempre processados como causa civil, mas o mesmo crime cometido pro um indivíduo é usualmente tratado como delito criminal” (ibidem, p. 25)

Aos adolescentes em conflito com a lei, a observação da regra se tornava o dispositivo central para atuar junto a este público. Era a população que mais tensionava o modelo de interpretação do desvio na instituição. De acordo com o supervisor clínico, quando essa população passa a frequentar com assiduidade o serviço:

Na época, a gente teve que botar mais tinta no **contrato terapêutico**, nas **regras do CRIAA**. Foi uma maneira de tentar criar um vínculo por **um código que eles tinham que respeitar**. O contrato terapêutico é: você não pode usar drogas aqui, você não pode brigar, você não pode xingar, aquelas coisas toda, não pode fazer sexo, etc. Antes a gente falava, mas não era uma coisa que a gente ficasse muito em cima, porque não existia isso, eles ficavam no CRIAA, quando existia, era mais um namoro, coisa do desenvolvimento do adolescente. [...] **Quando começou a entrar esses jovens, a gente começou a usar muito porque eles batiam aí o tempo inteiro. A questão deles era muito mais aí [na regra] do que em qualquer outro lugar.** [...] Foi muito difícil, porque junto com eles chegavam os garotos que tinham experimentado, aí a mãe e o pai, “caí o dente, e ‘não sei o quê’, vai perder cabelo,” aí chegava o cara que falava “eu como todo mundo, ando de arma, tenho arma, tenho sandália, não sei das quantas”, aí os garotos pensavam; “po, pode usar e não acontecer nada, posso até me dar bem”. Tinha uma facilitação, ou até uma banalização da questão **dos riscos. A gente cobrava do monitor estar mais dentro, no campo.** (Supervisor clínico; grifo meu).

O contrato terapêutico, de acordo com supervisor e coordenador, foi uma técnica de natureza psicanalítica importado para o plano institucional, como um modelo de representação simbólica a ser utilizado por profissionais e pacientes para formalizar a relação com a aceitação das regras do espaço. Deve ser recorrido a ele como instrumento de manutenção das regras no espaço. O rompimento do contrato, pela quebra das regras, implica, em último caso, em um desligamento do serviço.

Esse ponto remete novamente à discussão sobre a divisão de perfis e atendimentos, expressa na distinção entre “crianças em perigo” e “crianças perigosas”, que no CRIAA-UFF surge como adolescentes usuários de drogas e adolescentes em conflito com a lei. Os profissionais entrevistados fazem menção a essa duplicidade, e da dificuldade em atuar com públicos, em suas visões, tão distintos. Supervisor clínico, psicóloga e assistente social, enfatizam essa diferença na ideia de ausência de demanda de tratamento que acomete os adolescentes em conflito com a lei. Embora alguns tivessem alguma questão premente com a droga, essa ausência é que os qualificava no interior do serviço. Mesmo com os adolescentes abrigados, aqueles em medida de proteção especial, ainda que tivessem envolvimento com o tráfico, e praticassem atos infracionais, não eram qualificados em termos dessa ausência. A dimensão dos riscos que essa população traz remete novamente, ao problema do contágio que

os *menores delinquentes* poderiam exercer nos *menores abandonados* ou *desvalidos*, à época de vigência da doutrina de *situação irregular*, dos perigos que essa população encarnava. Dessa forma, o ideal preventivo de outrora, surge repaginado no dispositivo preventivo de agora, com um adicional: uma linguagem enriquecida na noção de risco. A todo o momento o modelo de desvio pretendido flertava com a ambígua ideia de vítimas-algozes, problematizando o próprio ideal de produção do adolescente em risco social, traduzida em uma “dificuldade” em colocá-los no rol de vítimas sociais ou em situação de vulnerabilidade. Como disse o supervisor clínico, era preciso que o monitor estivesse presente com eles, atuando no campo, atento como a forma que eles agiam no CRIAA-UFF. Pois poderiam facilmente romper a regra. Podemos dizer que o dispositivo preventivo e o processo de acolhimento, que visam à transformação de destinos sociais, a partir de uma incorporação de outras regras, assumia sua plenitude com essa população.

O monitor cumpria esse papel de elemento transferencial para uma formação de compromisso entre paciente e instituição. A transmissão do *modus operandi* do acolhimento pelas reuniões de equipe e supervisão ao monitor opera na ideia do alcance e limite do desejo individual dos adolescentes frente ao compromisso coletivo de manutenção do serviço, que em alguma medida supõe a renúncia a uma quota deste desejo em prol da coletividade. O dispositivo preventivo do CRIAA-UFF funciona nesta ideia da transição de interesses individuais para valores coletivos, solidariedade, respeito mútuo e confiança.

A palavra monitor, por sua vez, aplicada a um contexto institucional como de saúde e mesmo escolar, suscita uma ambiguidade, a de ser entendida como inspetor escolar e vigilante. À parte uma homologia estética de ambos – seu local de trabalho é o estabelecimento, sua constante transição pelo ambiente, encaminhamentos –, há uma diferença na forma como monitor e vigilante se relacionam com a equipe, seus status e as funções concernentes a cada um. O CRIAA-UFF, por estar nos domínios da universidade, conta com um vigilante, com função precípua de segurança patrimonial. Todos na instituição tem relações mais ou menos próximas com os pacientes, no entanto existem filtros que performam essas relações, como: a obediência a administrações diferentes, os saberes específicos, as competências e a participação em reuniões de equipe e supervisão.

Estas duas últimas, a meu ver, sublinham mais essa diferença, pois uma transmissão teórica-prática em relação aos pacientes era constantemente produzida, assim como a própria relação e a construção do vínculo, em partilha com outros profissionais nas reuniões de equipe. Esses dois dispositivos grupais promovem a criação de um *ethos*, que envolve escuta e cuidado, no atendimento à população infantojuvenil, revelado no processo de acolhimento.

O monitor à diferença do vigilante participa dessa dimensão intensiva do aprendizado do acolhimento. Todavia, em função da transmissão operada em todo o espaço da instituição do processo de acolhimento, os vigilantes não se comportavam como agentes disciplinares, e por isso tinham proximidade e sempre conversavam com os pacientes, fossem adolescentes ou adultos. A noção de referência trazida por Silva (2013, p. 63), pode ser destacada aqui, pelo vínculo que esses profissionais da UFF tinham com os adolescentes. Em situações de brigas ou ameaças de agressão entre quem quer que fosse a recomendação institucional era reportar aos monitores a liderança com os conflitos que surgissem.

Esta dimensão do conflito era um capítulo especial, pois indicava os limites da intervenção em situações que comumente a ação punitiva e policial costuma aparecer. A assembleia, um dispositivo de natureza clínica e política, é o espaço de discussão em que profissionais e pacientes dialogam coletivamente sobre a necessidade de se preservar o funcionamento do serviço e a continuidade ao trabalho. Trata-se de promover os valores coletivos, da solidariedade e alteridade, para que os desejos individuais não se sobreponham às necessidades coletivas, construindo um sentido de respeito às regras institucionais. Quando uma regra é quebrada, busca-se transmitir o sentido que esta transgressão pontual representa para a instituição: uma ruptura simbólica com os valores e práticas que permitem a manutenção do serviço.

3.5 Integração

A dimensão multiprofissional do CRIAA-UFF contribui para que o modelo de atenção à saúde esteja em disputa, o que fortalece o alcance da ideia preventiva presente na instituição enquanto um espaço ligado à saúde propriamente dita. Embora o modelo CAPS preveja uma equipe de atuação interdisciplinar, que rompa o paradigma médico hospitalar, com a presença de psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, a presença de profissionais de humanas, como assistentes sociais, oficinairos pedagógicos, monitores de cursos de sociologia, história, e os próprios psicólogos, contribuía para que fossem plasmadas ideias “sociológicas” que propriamente sanitárias ou focadas nos saberes psi, em relação ao modelo de atenção ali realizado. A assistente social enfatiza que enxergava o CRIAA-UFF muito mais ligado à assistência social que à saúde mental. Ainda que o tratamento seja mencionado, sua conceituação algumas vezes se confundia com a própria ideia de prevenção

e com as práticas ali realizadas, e em outros casos, citava-se o distanciamento que o CRIAA-UFF tinha no aspecto do tratamento:

Tinha essa intenção de ser um centro de referência para atendimento de adolescentes usuários de drogas em Niterói... Mas eu acho que o CAPS está ligado à saúde mental, muito mais ligado, e precisa de uma estrutura de saúde mental, enfermaria, ambulatório. E o centro de referência está muito mais ligado a questões relacionadas ao adolescente... Os mesmos serviços, só que, talvez com coisas mais direcionadas aos adolescentes, tanto oficinas, como atividades, que a gente tinha pouco... Depois que a gente começa a conhecer mais e estudar um pouco mais de CAPS mesmo, o CRIAA estava fora desse molde, do que existe de CAPS, tanto que a gente teve situação, com um que eu lembro que a gente teve que encaminhar para o hospital porque não tinha a nossa enfermaria pra ficar no soro, na desintoxicação. (Assistente social).

Para que as intervenções do CRIAA-UFF não sejam isoladas, é preciso que uma compreensão comum seja construída, que envolva os aspectos acima elencados, o dispositivo preventivo, o processo de acolhimento e a construção da regra. A convivência surge como uma consequência em função da organização do serviço. Dessa forma, a integração entre as áreas deve ser acionada, para que os elementos-chaves se deem em uma *atenção considerada total*, isto é, que as ações de cada área obedeçam a um princípio de entendimento comum, de natureza institucional e clínica. As ações e sentidos dos profissionais, assim como dos pacientes devem estar integradas.

O tomar como objeto o risco social, a instituição se inscreve no contexto da gestão dos riscos, modalidade de exercício da normatização do biopoder que se instaura no contexto da sociedade de risco (Beck 2005). Castel (1984) aponta que a medicina e a psicologia, no decorrer do século XX, com o avanço do objetivismo médico (positivista), teve o diagnóstico separado da assistência, convertendo-se em uma política diferencial de gestão das populações, apoiada pelo avanço sistemático das tecnologias informacionais e da ação social orientada à prevenção dos riscos (p. 122). O dispositivo preventivo do CRIAA-UFF, construído institucionalmente modelado pelas tecnologias leve e leve-duras acionadas, está organizado em torno deste eixo psiquiatria/psicologia. A primeira, na figura do coordenador psiquiatra, protagonista maior do modelo de atenção, pela redação dos projetos e artigos, e pela voz em reuniões e instituições, e a centralidade do atendimento psicológico na organização do trabalho de saúde do serviço. Vimos que a psicanálise, um saber/fazer tecnológico (leve-dura), é fundamental para a modelagem das outras tecnologias leves, como o processo de

acolhimento e a escuta, operada pela transmissão entre equipe e pacientes. Essa modelagem se dá também na organização das atividades, aquela a quem os profissionais devam se remeter, o sentido de intervenção que deve ser compreendido, a direção das escutas e conversas no processo de acolhimento:

Tudo encaminhava para a terapia. É como se você pudesse recolher todas as transferências e pudesse recolher na figura de um. Era o que a gente chamava terapeuta base” (Supervisor clínico).

Esta visão também partilhada pela psicóloga que sinaliza, ao ser perguntada sobre a centralidade da psicologia na organização hierárquica dos saberes/fazeres da instituição: “a coordenação era psiquiátrica, e os responsáveis por cada turno psicólogos”.

A integração é o ponto final que produz o modelo de atenção à saúde ao adolescente em risco social e a ação dos dispositivos grupais será fundamental para sua consolidação. Existem dois tipos: as oficinas terapêuticas e de apoio pedagógico, e as reuniões, que se dividem em reuniões de equipe, supervisões e assembleias. A produção de sentido das intervenções realizadas se dará por conta desses dispositivos. A reunião de equipe e supervisões tomadas em conjunto e a assembleia são cada uma responsáveis por produzir respectivamente o processo de acolhimento e a construção da regra. Embora esses dois processos não estejam exclusivamente separados, sendo a assembleia uma faceta do processo de acolhimento, os seus produtos se realizam no seu funcionamento.

As supervisões são colaterais com os atendimentos realizados nas respectivas áreas, de modo que suas questões dizem mais respeito a essas lógicas, que aos processos tecnológicos mais amplos operados pela instituição. Elas respondem pelas problemáticas específicas de cada atendimento, embasados pelas técnicas e tecnologias de cada profissão. O que as fará dialogarem com a proposta da instituição serão as reuniões de equipe. De acordo com o coordenador da instituição, todo o conjunto deve atuar de modo a dar conta singularidade do paciente “mas nunca de uma maneira isolada porque isso deve ser discutido em reunião de grupo.” Os profissionais de acordo com o coordenador devem ter a possibilidade de escolher as intervenções, no que diz respeito às suas áreas profissionais, mas elas não podem sufocar as diretrizes gerais que norteiam suas ações. As reuniões em equipe permitem que as decisões discutidas em supervisões sejam moduladas pela compreensão buscada nas reuniões. A pergunta que move essa dimensão, o coordenador emprestará de um livro que utiliza para exemplificar o problema que busca resolver com o CRIAA-UFF: “Os cuidados poderão ser institucionalizados?” Em sua concepção as diretrizes do SUS de

universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social, permitem que uma prática de cuidados em conjunto, possa ser efetuada.

A assembleia será o dispositivo por excelência da difusão de todo o modelo de atenção ao CRIAA-UFF, e da própria integração já que pelas reuniões, o sentido era construído, e nos atendimentos e nas assembleias aplicado. Pode ser tipificada como uma tecnologia leve-dura, em que o trabalho vivo em ato (a sua realização) terá mais prevalência que o trabalho morto que dá sentido teórico à sua ação. Cria-se uma metodologia de governar a organização, proporcionado pelo processo de acolhimento, tecnologia leve central, que terá na assembleia sua culminância. Mehry (2014) destaca que o trabalho vivo em ato, opera com tecnologias leves em dobra:

“de um lado, como um certo modo de governar organizações, de gerir processos, construindo seus objetos, recursos e intenções; de outro lado, como uma certa maneira de agir para a produção de bens/produtos; sendo uma das dimensões tecnológicas capturantes que dá a ‘cara’ de um certo modelo de atenção” (p. 50)

Como dito acima, o acolhimento funciona como um amálgama em outras intervenções, modelando suas dimensões. A “cara” deste modelo de atenção será dar no exercício desta tecnologia leve-dura, a assembleia. A construção da regra é objetivo central que o dispositivo preventivo, a partir do processo de acolhimento e da convivência, produz. Consiste em transformar trajetórias fundadas em desejos individuais para valores de construção coletiva, em que a solidariedade e a confiança possam ser resgatados. Nas palavras do coordenador:

A assembleia é o controle social. É o paciente falar, ser ouvido, ser discutido. Aí é uma forma de singularidade dentro de um aspecto geral. A singularidade é você ouvir o paciente. É você tentar ver qual é a dificuldade dele, se preocupar com uma coisa que ele não falou. Há uma semelhança nessa questão conceitual que se aproxima, então se a gente fizer uma prática que todos fizessem isso, ou que isso pudesse ser discutido, então poderia se consolidar. (coordenador/psiquiatra)

Em linhas gerais, a instituição estabelece em sua prática institucional um laboratório micropolítico das relações entre os agentes sociais e o Estado Democrático de Direito, a partir da noção de participação social presente no SUS e da ideia psicanalítica de escuta. Para o coordenador:

um ponto de partida para essa reflexão é compreender a necessidade do equilíbrio entre a realização do desejo individual e a preservação dos valores coletivos, representados pela e o o Estado.

A ausência de um Estado para garantir a execução da justiça em seus múltiplos sentidos nesta perspectiva é incapaz de fornecer o completo exercício dos direitos individuais. Nesse sentido, o centro busca promover os valores coletivos para que os desejos individuais não se anulem uns aos outros. O respeito às regras institucionais se configura como uma necessidade para a preservação do espaço e seu modelo de trabalho. Quando uma regra é quebrada, busca-se compreender o porquê desta transgressão pontual representar uma ruptura simbólica com os valores que permitem a manutenção do serviço.

A tecnologia, de caráter coletivo, objetiva intervir nessas subjetividades desviantes, pelo encontro dialógico e experimental entre diferentes códigos de conduta – o do tráfico, das ruas, da violência e o preconizado na instituição. Trata-se do dispositivo preventivo, promovido pela instituição. Atuando no espaço da subjetividade permitido pela vivência social das práticas terapêuticas da instituição com técnicos e profissionais, busca-se, pela via da oferta de cuidados básicos e elaboração coletiva de pensamentos, posturas e ações, que a assembleia pretende, intervir no círculo repetitivo do uso de drogas, do pertencimento ao tráfico e da práticas de ações violentas, e dessa forma, preveni-la.

Dessa forma, a integração pode ser levada a contento, e o exercício da atenção total ser produzido. Ainda assim, ao ser considerado total, não podemos deixar de fazer menção às instituições totais tal como pensadas por Goffman (2010).

O autor cunhou o termo instituição total para se referir aos estabelecimentos que dessem conta da totalidade de vida do indivíduo ingressante em uma instituição. Essa totalidade indicaria uma ruptura com o mundo externo e uma radical imersão no mundo interno institucional com aprendizado de novos códigos de comportamento, vestuário, rotina e sua conseqüência mais sensível, a transformação da experiência de si e da relação com o coletivo. Uma instituição total se responsabilizaria por todas as necessidades básicas – alimentação, vestuário, moradia, aprendizagem, rotina – do indivíduo em submissão a uma administração formalizada, fechada e separada do mundo externo. O termo total do CRIAA-UFF se assemelha ao alcance de intervenção do conceito de instituição total de Goffman ao supor que um tratamento com adolescentes em risco social, deve dar conta de todas as dimensões, biológica, psicológica, social, econômica que contribuam para a promoção de sua saúde. Nas palavras da instituição a oferta de fatores de proteção contra os fatores de risco – baixa escolaridade, ausência de cuidados em saúde geral e bucal, conflitos familiares, “famílias desorganizadas” (MATTOS, 2014) condições socioeconômicas precárias.

Isso é apenas um ponto, insuficiente, para que um estabelecimento seja considerado uma instituição total. As características elencadas acima faz com que o CRIAA-UFF se afaste

da designação em um primeiro momento, pois a oferta dessa instituição se baseia na doutrina da proteção integral do ECA, que os reconhece como sujeito de direitos. A instituição total de Goffman (2010), em contrapartida, impõe uma submissão à oferta de prestação das necessidades básicas, não enquanto direito, mas condição de sustentabilidade mínima às regras da instituição. Esta supõe que haja internação e ruptura com o mundo externo, em que o indivíduo torna-se uma engrenagem dela. O CRIAA-UFF pelo contrário, supõe que haja a vivência e a convivência na instituição das atividades ofertadas, mas em continuidade com o mundo externo, segundo o princípio do CAPS de vínculo com o território. O indivíduo, neste caso, é atendido para se tornar incluso na sociedade, a partir dos fatores sociais, econômicos e culturais.

Todavia, o conceito de instituição total possui a característica de internos e as atividades se encontram sob uma única autoridade:

Uma disposição básica da sociedade moderna é que o indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades sem um plano racional geral. O aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essa três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e **sob uma única autoridade**” (GOFFMAN, 2010, p. 17; grifo meu)

Além desses pontos, o autor ainda elenca, a homogeneidade no tratamento e no que se espera dos internos, o rigor com horários das atividades impostas por regras formais, explícitas e de superiores e organizadas em um plano racional único. Goffman (2010) admite que essas particularidades são encontradas em diferentes tipos de instituições com maior ou menor fechamento, mas a característica que se sobressai é o controle burocrático de muitas necessidades humanas sob uma mesma autoridade. Disso decorre a existência de vigilantes, observando o cumprimento da regra. Evidente, as características principais até aqui observadas, não fazem do CRIAA-UFF uma instituição total, pelas tecnologias leves e leves empregadas, e a estruturação do serviço voltado para o território. Interessa, entretanto, utilizar o conceito de instituição total como um analisador para efeito de comparação com a proposta de *atenção considerada total*, a partir da perspectiva dos profissionais que vem sendo realizada.

Neste ponto a assistente social aponta:

Talvez uma maneira complicada de buscar [o cuidado] era nessa maneira total, como se ele pudesse ser total, e não era. Talvez a dificuldade de conversar com a rede existia também [por parte do CRIAA-UFF], talvez a dificuldades da rede

conversar com o CRIAA, fazia ele ficar um pouco isolado, então é bom ser total a partir do momento que você está isolado.

Essa dificuldade de relacionamento com a rede se traduziu numa tentativa do CRIAA-UFF ser um serviço que pudesse atender a todas as populações consideradas em risco social, e dentro de um único serviço. Os entrevistados falam das dificuldades de se fazerem parcerias com a rede, por conta de algumas “barbaridades” ditas, pela tentativa de ingerência que o serviço público, na face do poder executivo municipal, tinha em relação ao CRIAA-UFF, e por pré-concepções do funcionamento do serviço:

O CRIAA-UFF pela [ótica] saúde tem que a gente faz tudo. Então isso pra eles é um descrédito, não é um sistema que é criativo. [Mas] não faz tudo assim, aleatoriamente. É baseada em alguma coisa, mas pra eles não. Eles falam: “pega qualquer um... faz qualquer coisa”. Não, você não entendeu nada! (Supervisor clínico).

Esse fazer tudo se conecta com as mutações que o modelo de atenção tal como preconizado nos textos vem sendo reorientando pelas mudanças institucionais e de clientela. Dessa forma, buscava-se produzir um cuidado em que o paciente estivesse altamente referenciado na instituição, que a transferência, não somente enquanto estratégia clínica, mas também política pudesse propiciar. Portanto, a intervenção de todos os profissionais deveria ocorrer no sentido de fortalecer o vínculo desse paciente com a instituição, e para isso o processo de acolhimento, era um aspecto fundamental. O processo de acolhimento potencializa a referência ao serviço, como um espaço de atenção considerada total, para dar conta das particularidades do indivíduo em situação de risco social:

Cada um tem sua forma de lidar com seu mal-estar e era como se o CRIAA, tentasse abarcar a capacidade de cada um de lidar com seu mal-estar, seja no uso da droga, em situação de violência, na prática de violência. [...] Aquela demanda que fosse apresentada pela pessoa atendida, seja de escolaridade, seja de tratamento da droga, do uso da droga, uma série de situações assim que na verdade elas estão envolvidas com a vida total da pessoa. (Psicóloga)

Isso evidente não significava que a empresa era fácil:

“A gente percebia um limite maior no trabalho do CRIAA do que a proposta do CRIAA, que também é uma proposta bastante ousada, você querer lidar com todas as questões, com todas as demandas daquele ser que aparece ali que você quer cuidar. [...] O encaminhamento acontecia mais pelos técnicos de referência do que

por uma direção da coordenação. Era a proposta do CRIAA, na prática, de dar conta de tudo” (Psicóloga).

O isolamento, por conta das dificuldades de relacionamento com a rede, estabeleceu influência na dimensão tecnológica do serviço. O processo de acolhimento, tecnologia leve central na instituição, como vimos, modela e é modela por outras tecnologias leve-duras, a transmissão e a psicanálise. O analisador conceito “instituição total”, no que tange a obediência à uma única autoridade na oferta de cuidado, aparece como uma dimensão que emerge nessa contingência institucional. Podemos dizer que esta norma de funcionamento entre a equipe funcionou como uma tecnologia dura, modelando, principalmente, o processo de acolhimento, revelado nas falas como “tentativa de abarcar tudo”, “não deixar o paciente sair da instituição sem que alguma demanda sua fosse atendida”, e ainda, acolher perfis diferentes do público-alvo inicial. Os profissionais admitem que essa estratégia se impôs pelas necessidades de manter o serviço funcionando, em razão da dificuldade de estabelecer parcerias e encaminhamentos de instituições específicas. Essa, como fica claro, é uma via de mão dupla, do posicionamento da instituição e dos dispositivos presentes na rede.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação investigou um estabelecimento universitário do setor de psiquiatria voltado para adolescentes em risco social. Ao longo do primeiro capítulo da dissertação apresentei transformações históricas no atendimento à população infantojuvenil, inicialmente centrado na categoria menor e posteriormente na noção universal de infância, incluindo os marcos normativos que configuraram instituições como a política e o conselho tutelar.

Na transição entre os regimes monárquico a republicano no Brasil, uma preocupação com populações em condição de *menoridade* (negros, índios, loucos, menores) emergiu, para que não fossem um encaço à modernização do país. Nesse sentido, desenvolveu-se uma governamentalidade que tutelava essas populações, consideradas heterônomas, e por isso mesmo, necessitadas da intervenção do Estado para serem corretamente incorporadas às normas sociais, assim como vigiadas para não desestabilizarem a ordem social.

Essa transição está em continuidade com a emergência da sociedade disciplinar, (FOUCAULT 1999, 2004), que criou uma nova tecnologia de poder, não mais centrada no poder soberano de vida e morte, mas no *biopoder* ocupado em produzir e gerir a vida. Estava em jogo a normatização da vida, informada pela disciplina - inscrita nos corpos por diferentes instâncias de poder (escola, família, religião, exército) - e a biopolítica das populações - com seus saberes estatísticos sobre mortalidade, natalidade, epidemiologia, etc. A instituição médica-psiquiátrica, em convergência com a instituição judiciária, ganham contínuo destaque no governo das condutas, de um lado pelo exame médico legal e de outro pelo modelo de vigilância do panóptico. O que caracteriza este momento é a observação dos indivíduos perigosos, a noção de periculosidade. Não mais o ser do ato, mas o seu vir-a-ser, a potencialidade de que ele ocorra, inscrita no epíteto indivíduos perigosos, ou no tema abordado pela pesquisa: infâncias perigosas e, ao mesmo tempo, em perigo.

As políticas de atendimento à população infantojuvenil formuladas no Brasil republicano privilegiaram os vínculos institucionais em detrimento dos vínculos familiares, a partir de uma atuação tutelar. Entendia-se que a intervenção estatal, sustentada nos valores do trabalho e da correção, bem como na ação da justiça e da assistência, agiria preventivamente junto às crianças perigosas e assistencialmente junto às crianças em perigo.

As mudanças nas políticas de atendimento à infância e adolescência, com a substituição da doutrina da situação irregular pela proteção integral, insere-se num contexto de refino das tecnologias do poder normalizador. Beck (2005) aponta para a emergência de

uma sociedade de risco e Castel (1984) de uma modalidade de regulação social designada gestão dos riscos, ambos testemunhando a afirmação das incertezas, a crise das grandes narrativas, a centralidade do indivíduo, o desenvolvimento maciço de tecnologias informacionais e comunicativas, cujo desdobramento que gostaria de sublinhar é uma direção da instituição médico-psicológica, centralizada como um dispositivo social de prevenção a fatores de risco. O risco, categoria que designa a ocorrência de um evento futuro e sua capacidade de predizê-lo e controlá-lo, se configura como linguagem corrente em diferentes áreas de saber (economia, cultura, sociedade, saúde, esportes) e poder.

A promulgação do ECA, embora sem referir-se a esta noção, indica situações de vulnerabilidade que possam gerar situações contrárias à sua normativa de proteção. Passo adiante, diferentes dispositivos de atenção à infância e adolescência se utilizam de uma linguagem de risco social para gerenciar essa população. Ela estará em continuidade com a noção de periculosidade, centrada na virtualidade e não no acontecimento, mas enriquecida por um enfoque probabilístico e preditivo, que tabula comportamentos e contextos em fatores que permitam dizer se um risco se tornará um acontecimento danoso (perigo). É somente em uma sociedade que centraliza na gestão dos riscos uma estratégia de atuação com diferentes tipos de conduta que um estabelecimento de saúde voltado para adolescentes em risco social pode nascer.

Além disso, no segundo capítulo da dissertação foram destacados alguns marcos normativos e políticos que informaram modelos de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas. O serviço estudado é uma instituição que se inicia justamente na oferta de atendimento a adolescentes usuários de drogas, funcionando há 18 anos. Esses marcos evidenciaram transformações do modelo de assistência à saúde mental brasileiro, o adolescente tendo sido indiretamente contemplado com os serviços existentes, os CAPS, CAPSI e CAPSad. Esses serviços se dirigiram a populações específicas sem que um serviço próprio para o adolescente fosse criado. Antes mesmo da promulgação da Portaria 336/2002, já em 1998, o CRIAA-UFF nasce com a pretensão de ser um centro de referência para adolescentes (infanto-juvenil, o i do CAPSi) usuários de drogas (álcool e outras drogas, o ad do CAPSad). Para isso estabelece um convênio com a Fundação para Infância e Adolescência e posteriormente com a área de saúde mental. Ou seja, com a publicação da Portaria 336/2002, sua entrada na saúde mental se dá de maneira híbrida: oficialmente é um CAPSad, mas em sua prática reivindica-se como um CAPSad infantojuvenil, modalidade de serviço inexistente na Portaria.

Dessa forma, busquei responder algumas questões específicas ao modelo de atenção à saúde tal como visto pelos profissionais. A escolha por esse enfoque deu-se pela razão de que a orientação de um serviço de saúde dá-se em mais de um aspecto: político, organizativo e tecnológico. A depender de sua posição dentro da estrutura de poder que regula os serviços, uma dimensão terá maior prevalência sobre outras. O CAPS Luís Cerqueira da Rocha e o NAPS em Santos, quando surgiram, reorientaram os modelos de atenção vigentes, centrados no paradigma hospitalar manicomial, a partir do âmbito tecnológico, micropolítico, de seus atores. Nesse sentido, o modelo de atenção do CRIAA-UFF também vem se realizando ao longo de seu funcionamento. Seu modelo inexistia em alguma Portaria ou legislação específica, embora receba influências de marcos normativos e legais, e nesses anos todos de sua existência seu modelo de atenção vem sendo reorientado em função da micropolítica e das tecnologias empregadas pelos seus atores.

O que pudemos observar é que embora preconizado como um modelo de tratamento para adolescentes em risco social, a dimensão preventiva emerge com fôlego, se constituindo como dispositivo que recoloca o lugar do tratamento na instituição e a orientação dos cuidados básicos a serem efetuados. Do adolescente usuário de drogas, outras categorias sociais foram contempladas, principalmente os adolescentes em conflito com a lei, e também indivíduos portadores de transtorno mental, e em menor parte, jovens adultos e adultos em uma diversidade de diagnósticos. Nesse sentido, conceituar a população do CRIAA-UFF como adolescentes em risco social, e em certa medida, populações em risco social, se insere dentro das tecnologias modernas do biopoder que atuam para prevenir riscos, com um duplo alcance: riscos de sofrerem violências e violações, e riscos de serem violentos e cometerem violações. Por isso, dá-se um desenho, tal como preconizado pelo seu modelo de atenção escrito, de prevenção universal, seletiva e indicada direcionada para adolescentes usuários de drogas, em situação de violência e autores de atos infracionais.

Pode-se dizer, em acordo com Castel (1984), que O CRIAA-UFF realiza uma gestão dos riscos. A condição de vulnerabilidade aponta para situações e contextos que indicam a incapacidade de se lidar com fatores de risco. Nesse sentido, a população infantojuvenil atendida é vulnerável, incapaz de lidar com o risco em que estão submetidas. Como observamos, duas interpretações sobre as agências podem dar-se: uma que reforça sua vulnerabilidade, em desenvolvimento, heterônoma, interpretada como vivência de violações e condições socioeconômicas precárias, e outra reativa, exercício prototípico da autonomia individual, ainda em fase de constituição, interpretada como participação no crime e ações violentas. Na interpretação do CRIAA-UFF, ambas constituem respostas às pressões do meio,

a primeira enquanto capitulação à pressão das violências, a segunda enquanto resposta às pressões das violações vividas, ausência de opções, restando o crime, como opção, diante das necessidades de sobrevivência. Isso permite, para esta instituição, que a noção de risco social subsuma a diferença, ainda que aprofundada pela especialização no atendimento preconizado pelo ECA, e instaure uma tecnologia de atendimento que atenda ambos os perfis, ainda que os profissionais revelem tensões e diferenças, e resgatem categorias desviantes produzidas no imaginário social. Nesse sentido, o CRIAA-UFF irá produzir seu *sentido* de adolescente em risco social, ou ainda, o próprio adolescente em risco social, dentro de suas malhas institucionais, para gerenciá-los.

Nesse ponto, buscamos destacar as tecnologias empregadas pela instituição e sua organização dentro do estabelecimento. Para Mehry (2014) o que caracteriza os trabalhos em saúde, é a centralidade do trabalho vivo em ato permanente como modelador das relações produtivas. Trabalho remete a tecnologia, e para o autor, dividida em três dimensões, compostas de trabalho morto e vivo, ou de suas misturas: *duras* (máquinas, ferramentas, equipamentos, normas), o pólo do trabalho morto; *leve-duras* (clínica médica, clínica psicanalítica) composição de trabalho morto e vivo com maior ou menor ênfase a depender da organização produtiva; e *leves* (acolhimento, produção de vínculos, autonomização) eminentemente compostas de trabalho vivo em ato. Para tanto, mergulhei nessa dimensão micropolítica deste estabelecimento a partir das falas dos profissionais entrevistados e elenquei os eixos mais relevantes que performam o modelo de atenção preconizado, a sua “lógica” ou “racionalidade”: o dispositivo preventivo, o processo de acolhimento, a convivência, a construção da regra e a integração.

O trabalho vivo em ato é central na instituição a partir de sua principal tecnologia leve: o *processo de acolhimento* realizado na *convivência* e nas atividades ofertadas. Pela fala dos profissionais, compreendeu-se a recusa por um modelo de desvio presente no imaginário social da população atendida que reforça estigmas (o *crackudo*, o *vagabundo*, o *maluco*), em favor de outro, que é o adolescente em risco social. Todavia, ao ser enfatizado esta produção acolhedora, revela-se uma forte tensão com as tecnologias do saber/fazer, leve-duras: a transmissão e a psicanálise, que estabelecem limites e orientações na forma como este processo deva se dar. O dispositivo preventivo irá operar fundamentalmente pela construção da regra, que é um exercício de produção da norma social, e pela integração entre as diferentes visões profissionais. Esta visa uma ação de transformação dos destinos sociais dos adolescentes, que tem seu início com a ação do monitor, passando pelas oficinas, até o atendimento psicológico. Sua culminância se dará no dispositivo da assembleia, modelado

pelo trabalho vivo em ato da assembleia. Na linguagem da instituição, ofertar fatores de proteção para diminuir os fatores de risco. A instituição, dessa forma, está fortemente imbuída do paradigma contemporâneo da sociedade de riscos. Ela opera uma gestão dos riscos sociais para prevenir carreiras morais de drogadição, práticas violentas e crime.

A característica do CRIAA-UFF serviço universitário e público, permite que o trabalho vivo centrado seja a tônica da instituição, ainda que tensionado pelas tecnologias leve-duras presentes. Por possuir relativa autonomia frente ao poder executivo municipal, e dessa forma, uma presença ambígua na rede municipal de assistência e saúde, os atores da instituição possuem mais “liberdade” para questionar práticas de outros dispositivos e efetuarem ações cuidadoras que rompem conceitos estabelecidos, como necessariamente encaminhar populações que não são seu público alvo, prática recusada, com tensões, no CRIAA-UFF. Como revelado pelos profissionais, este ponto conduziu a um processo de isolamento institucional, revelado em dificuldades em estabelecer parcerias com a rede. Considero que esta dificuldade se expressava internamente em uma fortíssima tensão entre as tecnologias leves e leve-duras. Ao mesmo tempo em que se acentuava o processo de acolhimento em direção a populações mais distintas do seu público-alvo inicial, essa mudança de clientela gerava reorientações no modelo de atenção e a construção de novas interpretações teóricas para produzir sentido, dessa forma, as tecnologias leve-duras, como o atendimento psicológico e a assembleia, eram cada vez mais acionadas. A flexibilização das regras (narrado nas memórias) representava a prevalência da tecnologia leve, os atos cuidadores, ao passo que o encaminhamento de outros públicos por parte dos profissionais de psicologia e serviço social, em desacordo com a coordenação, apontava para a prevalência das tecnologias leve-duras, os saberes/fazeres tecnológicos.

Esse isolamento, além disso, gerava percepções entre os profissionais da tentativa do serviço ser total em seu atendimento. O modelo de atenção escrito prevê que o CRIAA-UFF opere um *modelo integrado de tratamento considerado de atenção total*. A partir da leitura dos documentos entende-se que se trata de uma intervenção que abarque aspectos sociais, culturais, econômicos, psicológicos, etc, a partir da oferta de cuidados básicos. Todavia a análise das falas evidenciou outra realidade. Utilizei Goffman (2010) para realizar este contraponto e entender o alcance do total, tal como aparece para os profissionais.

A instituição total de Goffman (2010) exalta o poder disciplinar e a gestão da vida em sua plenitude. A partir de uma vigilância constante e rotineira, produz-se uma carreira moral do interno. Para tanto, a obediência a uma autoridade que dê conta de todos os aspectos de sua vida de internado, é fundamental para compreender o exercício deste poder. Castel

(1984) sinaliza, recuperando Foucault, este modelo de vigilância como sendo o panóptico. O CRIAA-UFF propõe, a partir do uso de uma tecnologia leve, o acolhimento, engendrado em um dispositivo preventivo, uma atenção total que abarque todas as esferas do indivíduo em risco, pela oferta de cuidados básicos. Esse ponto não deixa de se conectar com uma pretensão de poder sobre o paciente: poder cuidar de sua saúde física e mental, de sua carência escolar, de seu transtorno mental, de suas práticas criminais, de seu uso da droga, de sua exclusão socioeconômica. O CRIAA-UFF, ao radicalizar sua ambição de cuidar, tem por efeito, um processo de autoreferência do cuidado. Como mostra Silva (2013), o técnico de referência é uma tecnologia empregada para administrar a intensividade do cuidado no modelo de atenção diária, entre um técnico da equipe e um paciente. O CRIAA-UFF por sua vez, parece pretender que a referência seja a própria instituição, acionando, portanto uma atenção que considera total, pelos diferentes profissionais.

Dessa forma, a atenção total pode tanto se referir i) a uma compreensão de que a promoção da saúde consiste em abarcar todos os aspectos da vida do paciente, tal como preconizado nos documentos; ii) de atender todos os perfis e diagnósticos possíveis, como sugerem os profissionais; iii) e uma tentativa de abarcar sozinho todos os aspectos da vida do sujeito e todos os sujeitos em quaisquer aspectos, que surge também na fala dos profissionais. As entrevistas revelaram que essas inflexões estão presentes, aparecendo mais em alguns momentos que outros. Como sinaliza a psicóloga, a última opção aparecia como uma recomendação que a coordenação realizava, exortando o acolhimento de todos. A assistente social demonstra isso quando sinaliza para o fato de que o CRIAA-UFF acolhia quem quer que fosse. Em outras palavras, pudemos perceber uma reedição da prática de submissão de um destino individual a uma única autoridade, flertando, no plano tecnológico, com a instituição goffmaniana. Enquanto esta, no plano tecnológico está fortemente estruturada em tecnologias duras, suas normas e estrutura organizacional, o isolamento que o CRIAA-UFF se colocava perante outros dispositivos da rede tensionava suas tecnologias a um endurecimento cada vez maior.

Penso que essa pesquisa pode contribuir para o estudo de modelos de atenção em saúde, focados em suas dimensões tecnológicas e aspectos micropolíticos, sem contudo, efetuar uma falsa oposição entre estudos macro e micro. Busquei dar conta dos aspectos históricos que culminaram no plano político e jurídico na atual população infantojuvenil atendida, ao mesmo tempo, enfoquei marcos legislativos para atendimento a populações no campo da saúde mental. Observar esses marcos foi necessário pelas relações que o CRIAA-UFF estabelecia, a partir de seu ato fundador, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

da UFF, e do protagonismo do seu fundador, psiquiatra, e quem muito contribuiu para sua efetivação.

CRIAA-UFF(c). *Temas para o Encontro dos Profissionais da Rede de Proteção a Crianças e ao Adolescente*: à Procuradoria da República do Município de Niterói. Jun, 2012

DUARTE, Luiz Fernando Dias. “Pessoa e Indivíduo” in: LIMA, Antonio Carlos de Souza (coordenação geral). *Antropologia e Direito: temas antropológicos para estudos jurídicos*. Rio de Janeiro, Brasília, ABA/LACED, 2012.

DUMONT, LOUIS. 2000. *O Individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro, Ed. Rocco, 1985.

ELIAS, Norbert. “Introdução à Edição de 1968”, in: *O processo civilizador: uma história dos costumes*. v. 1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

ELIAS, Norbert. “Processos Sociais”, In: NEIBURG, FEDERICO e WAIZBORT, Leopoldo (orgs.). *Escritos e Ensaios: Estado, processo, opinião pública*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006[1986]. PP. 27-34.

FERNANDES, Raquel Brum. *Vítimas ou autores?: Percepções sobre a juventude e o tráfico em um conjunto de favelas "pacificadas" no Rio de Janeiro*. Caxambu: 37º Encontro Anual da Anpocs St38-vitimização: Políticas de Moralidade e Gramáticas Emocionais, 2013. 23 p.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade: A vontade de Saber*. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999. 152 p.

_____, Michel. *Em defesa da sociedade*. Martins Fontes, 1999, Rio de Janeiro.

_____, Michel. *Os Anormais: Curso no Collège de France*. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 479 p.

_____, Michel. *As verdades e as formas jurídicas*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: Notas Sobre A Manipulação Da Identidade Deteriorada*. 2004. Livro Digitalizado. Disponível em: <[https://we.riseup.net/assets/212390/versions/1/Erving Goffman ESTIGMA.pdf](https://we.riseup.net/assets/212390/versions/1/Erving%20Goffman%20ESTIGMA.pdf)>. Acesso em: 08 abr. 2015.

_____, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010. 312 p.

GIOVANELLA, Lígia; LOBATO, Lenaura de Vasconcellos Costa; CARVALHO, Antonio Ivo de; CONILL, Eleonor Minho. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em debate*; v. 26 nº60, p. 37-61, jan.-abr. 2002.

GOLD, Stephen Jay. *A Falsa Medida do Homem*. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 396 p. (Ciência aberta).

HILLESHEIM, Betina; CRUZ, Lílian Rodrigues da. *Risco, Vulnerabilidade e infância: algumas aproximações*. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 2, n. 20, p.192-199, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a06v20n2.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2015.

LEMOES, F. C. S., SCHEINVAR, E., NASCIMENTO, M. L. (2014). Uma análise do acontecimento “crianças e jovens em risco”. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 158-164.

LEITE, Vanessa. *Sexualidade Adolescente Como Direito?: a visão de formuladores de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Ed Uerj, 2013. 209 p. (Sexualidade, Gênero e Sociedade).

LOBO, Lilia Ferreira. *Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008. 451 p.

LONDONO, Fernando Torres. A Origem do Conceito Menor. In: PRIORE, Mary del. *A História das Crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1991. (Caminhos da História).

LOWENKRON, Laura. *Abuso sexual infantil, tráfico de pessoas e a desconstrução da centralidade do consentimento*. Córdoba: X Reunión de Antropología del Mercosur (ram) - GT 17 - Sexualidades Que Confrontan, 2013. 20 p.

LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. ALÉM DAS PORTARIAS: DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p.1-26, 12 nov. 2008. Trimestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722010000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 abr. 2015.

MACHADO, Luís Antonio. *Sociabilidade violenta: por uma interpretação da criminalidade contemporânea no Brasil urbano*. Sociedade e Estado. Brasília, v. 19, n. 1, 2004

_____, Luís Antonio “*Violência Urbana*”, *segurança pública e favelas* : o caso do Rio de Janeiro atual. Caderno CRH, v. 23, nº 59, 2010.

SILVA, Martinho Braga Batista. *O que a Reforma Psiquiátrica Brasileira produziu?: Sobre tecnologias psicossociais e categorias antimanicomiais*. Revista de Antropologia da UFSCar. UFSCar, v.5, n.2, jul.-dez., p.57-68, 2013.

_____, Martinho Braga Batista. Reforma Psiquiátrica e Redes de Suporte Social: construindo tecnologias psicossociais. In: LIMA, Antônio de Carlos Souza. *Tutela: Formação de Estado e tradições de gestão no Brasil*. Rio de Janeiro: E-papers, 2014. p. 315-342. (Antropologias).

SPINK, Mary Jane P.. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17, p.1277-1311, 2001. Bimestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000600002&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 abr. 2015.

MATTOS, Hélcio Fernandes. *Dependência Química na Adolescência: Tratar a dependência de substâncias no Brasil*, Ed. Companhia Freud, Rio de Janeiro, 2004.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 187 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1990, vol.6, n.3 [cited 2015-04-10], pp. 278-292 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1990000300005>.

_____, Maria Cecília de Souza. Violência: um problema para a saúde dos Brasileiros. In: Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Série B. Textos Básicos. Brasília/DF, 2

_____, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.005.

SARTI, Cynthia. *A vítima como figura contemporânea*. Cadernos CRH, vol 24, n. 61, pp. 51-61.

SCHUCH, Patrice. *Práticas de Justiça: Uma Etnografia do "Campo de Atenção ao Adolescente Infrator" no Rio Grande do Sul, depois do Estatuto da Criança e do Adolescente*. 2005. 345 f. Tese (Doutorado) - Curso de Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SILVA, Carla Regina; LOPES, Roseli Esquerdo. *Adolescência e juventude: entre conceitos e políticas públicas*. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, v. 17, n. 2, 2010.

VIANNA, Adriana de Resende B.. *O mal que se adivinha: Polícia e Menoridade no Rio de Janeiro 1910-1920*. Rio de Janeiro: Prêmio Arquivo Nacional, 1999. 198 p.

_____, Adriana de Resende B.. A produção de destino: ação tutelar, escolhas e viabilidade na gestão das infâncias. In: LIMA, Antônio de Carlos Souza. *Tutela: Formação de Estado e tradições de gestão no Brasil*. Rio de Janeiro: E-papers, 2014. p. 367-397. (Antropologias).

ZAPPE, Jana Gonçalves; DIAS, Ana Cristina Garcia. Delinquência Juvenil da Produção Científica Nacional: distância entre achados científicos e intervenções concretas. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, v. 33, p.82-103, dez. 2010. Semestral