

Entre medicalização e recusas: crianças e adolescentes nos circuitos socioassistenciais-sanitários

Between medicalization and refusal: children and teens in the Social Assistance and Health circuits.

Entre medicalización y rechazos: niños y adolescentes en los circuitos de la Asistencia Social y Salud

Adriano de Oliveira

Supervisor de Serviço Residencial Terapêutico, São Paulo, SP, Brasil

Maria Cristina G. Vicentin

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Marina Galacini Massari

Instituto Fazendo História, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

A despeito dos avanços legais e políticos no campo da infância e adolescência, encontramos lacunas importantes relativas ao funcionamento dos serviços. Em detrimento de medidas que preconizam o cuidado, o trabalho em rede e a afirmação dos direitos de crianças e adolescentes, acionam-se medidas que privilegiam o controle e colocam-nas na posição da carência, da anormalidade e do perigo. Assim, vimos que crianças e adolescentes tornam-se objeto de tutela ou ingressam em circuitos que os produzem como resíduos institucionais. Neste texto, examinamos duas situações analisadoras que concorrem para fazer funcionar os circuitos expulsivos/seletivos nos serviços assistenciais ou especializados: a medicalização de crianças e adolescentes como um *modus operandi* dos serviços de acolhimento institucional, e a seletividade na porta de entrada desses serviços, principalmente os dirigidos à crianças e adolescentes em situação de rua e/ou que fazem uso de drogas, ocasionando a emergência de serviços híbridos entre Saúde e Assistência Social.

Palavras-chave: infância e adolescência, assistência, medicalização, serviço de acolhimento

Abstract

Despite the legal and political advances in the infancy and teen fields, there are crucial gaps regarding how services work. To the detriment of measures that advocate care, network services, and the affirmation of the rights of children and teens, other measures are added that favor control and place this segment in a position of deprivation, abnormality, and danger. Thus, we see children and teens becoming objects of custody or entering circuits that present them as institutional by-products. In this text, we examine two analysis cases that compete to make the expulsion/selection circuits work within assistential or specialized services: the medicalization of children and teens as a *modus operandi* of institutional care services, and selectivity at the entry point for these services, especially those directed at children and teens who are homeless and/or using drugs, provoking the emergence of hybrid services involving Health and Social Welfare.

Keywords: childhood and adolescence, welfare, medicalization, sheltering and care services

Resumen

A pesar de los avances legales y políticos en los campos de la infancia y la adolescencia, existen lagunas cruciales con respecto al funcionamiento de los servicios. En perjuicio de las medidas que profesan el cuidado, el trabajo en red y la afirmación de los derechos de niños y adolescentes, se accionan medidas que privilegian el control y los colocan en posición de carencia, de anormalidad y peligro. Así, vimos que niños y adolescentes son convertidos en objeto de tutela o ingresan en circuitos que los producen como residuos institucionales. En este texto, examinamos dos situaciones analizadoras que concurren para hacer funcionar los circuitos expulsivos/selectivos en los servicios asistenciales o especializados: la medicalización de niños y adolescentes como un *modus operandi* de los servicios de acogida institucional y la selectividad en la puerta de entrada de esos servicios, (principalmente los dirigidos a niños y adolescentes en situación de calle y/o que hacen uso de drogas), ocasionando la emergencia de servicios híbridos entre Salud y Asistencia Social.

Palabras clave: infancia y adolescencia; asistencia; medicalización; servicio de acogida

Introdução

A aliança com o “criançar” (Vicentin, 2016) engajou em nosso país um movimento coletivo que resultou na implementação da Doutrina da Proteção Integral, na forma do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990), tal como proposto pela Convenção pelos Direitos da Criança (ONU, 1989). Tal disposição se expressa na consideração de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos; na sua prioridade nas políticas públicas; na construção de um sistema de defesa e garantia dos seus direitos à vida, ao crescimento pessoal e social e à integridade; e no enfrentamento/recusa de toda situação em que crianças e adolescentes são “menorizados”, isto é, são construídos/colocados na posição da carência, da anormalidade e do perigo, tendo como resposta a tutela, a distância e/ou a segregação. Os marcos legais e as políticas públicas daí resultantes têm se dirigido ao trabalho em rede e intersetorial, em uma perspectiva de afirmação dos direitos, da liberdade e da autonomia de crianças e adolescentes (Brasil, 2005; 2014). Assim, a acolhida

e os caminhos/fluxos de crianças e adolescentes nos serviços devem ser resultado das necessidades e demandas singulares, assim como do reconhecimento dos vínculos e dos territórios forjados pelos usuários, bem como do exercício de um trabalho articulado e em rede. Tal perspectiva se consolida no campo da Saúde Mental com a criação de uma política pública fundamentada em uma abordagem intersetorial, de base territorial e comunitária, segundo uma concepção ampliada de saúde (Brasil, 2001; 2005), assim como nas políticas de Assistência Social, no caso de crianças e adolescentes, orientadas pelo direito à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2006).

A despeito dessas disposições e reordenamentos, encontramos lacunas importantes no que tange à insuficiência de serviços e/ou a suas fragilidades ou, ainda, quanto às fragmentações e às distâncias entre os mesmos. Um olhar analítico tanto sobre os marcos legais acima referidos quanto sobre sua implementação nos leva a arguir as lógicas tutelares, moralistas e autoritárias que se atualizam nas noções de proteção e de desenvolvimento que

estão na base das políticas dirigidas à infância e à adolescência (Arantes, 2016; Nascimento, 2015; Rosemberg & Mariano, 2010; Scheinvar, 2015). Assim, a “efetuação” ou “implementação” de tais marcos legais convivem, no caso brasileiro, com a longa história de menorização de crianças e adolescentes nas formas da institucionalização, criminalização e tutela da criança (Rizzini & Rizzini, 2004; Arantes; 2016), em um processo em que a expansão e o desrespeito aos direitos de cidadania se dão simultaneamente (Caldeira, 2000).

Ainda que reconheçamos diferenças significativas entre as políticas de Saúde e de Assistência Social tanto quanto aos seus modos de constituição, às suas heranças, assim como quanto aos seus devires¹, a direção que adotaremos neste texto é menos a de contrapor ou comparar uma à outra. Trata-se, antes, do exercício de olharmos para as políticas de Assistência Social no encontro com certas questões relativas ao direito à saúde, ou às práticas de saúde.

Na medida em que os temas da proteção integral de crianças e adolescentes têm sua sustentação no conjunto das necessidades e direitos de

crianças e adolescentes e na perspectiva intersetorial, podemos dizer que os “manicômios infantis” não se restringem às internações psiquiátricas de longo prazo de crianças e adolescentes, que têm crescido nas duas últimas décadas (Blikstein, 2012; Joia, 2006; Scisleski, Maraschin & Silva, 2008). Podem ser reconhecidos nos processos de patologização e medicalização que vemos nos abrigos, nas escolas e nos internatos para adolescentes; no ato de recolhimento e expulsão de crianças e adolescentes do espaço público (mais recentemente, sob o argumento do uso de drogas); na produção do medo em relação aos adolescentes, mais especificamente os negros e pobres; e nos discursos que aliam a lógica da proteção da criança à defesa da sociedade, convocando a responsabilidade sanitária para uma medida mais de controle do que de cuidado (Assis, 2012; Vicentin, 2010; Joia, 2014).

Sabemos que é comum a presença, na rede dos serviços de Assistência Social, de “critérios de elegibilidade” para o acolhimento da população a partir de categorias como “histórico de rua”, “drogadição”, “infração”, “saúde mental” e “faixa

etária”. Tais processos de categorização e divisão das crianças entre os serviços, na forma de práticas de “recepção, triagem e encaminhamento”, são próprios da história das políticas de institucionalização da infância e da adolescência (Orestes, 2011). Nos serviços socioassistenciais de acolhimento institucional (SAICAs), crianças e adolescentes têm sido medicalizados ou mesmo recusados, muitas vezes sob a justificativa da necessidade de proteção ou cuidados intensivos, ou fundamentando-se em um suposto perigo de conviver com tal público. Tal situação provoca debates sobre a criação de serviços de acolhimento especializados, dentre eles os especializados em transtornos mentais (Couto, 2004; Almeida, 2012).

Neste texto, examinaremos duas situações analisadoras que concernem aos serviços de acolhimento e que concorrem para fazer funcionar os circuitos expulsivos, seletivos ou especializados: a medicalização de crianças e adolescentes como um *modus operandi* dos SAICAs (Massari, 2016); a emergência de serviços híbridos entre Saúde e Assistência Social em função da seletividade da porta de entrada dos serviços de Assistência Social, relativa a

crianças e adolescentes, principalmente em situação de rua e/ou que fazem uso de drogas (Oliveira, 2015). O conceito de analisador (Lourau, 1993), como acontecimento que dá visibilidade ao jogo de forças atuando em uma determinada situação e que permite arguir determinadas naturalizações, foi usado na escolha e na disposição de fragmentos de conversa, cenas e casos extraídos do diário de campo, de participações observantes ou de entrevistas no percurso das pesquisas de Massari (2016) e Oliveira (2015).

A partir da apresentação dessas estratégias de medicalização/psiquiatrização ou de transinstitucionalização (Rotelli, Leonardis & Mauri, 1990), pretendemos arguir a política da Assistência Social em suas formas de produção/gestão dos intratáveis (Rosa & Vicentin, 2010) como resíduo institucional (Leonardis, 1998) por não se submeterem às soluções institucionais definidas. A noção de transinstitucionalização denomina o processo de substituição da internação psiquiátrica por outros modos de institucionalização, como albergues, abrigos, casas de repouso, etc., em uma produção de serviços especializados, fechados em sua

expertise, imprimindo lógicas em circuito, será aqui acionada para pensar como crianças e adolescentes “peregrinos de lugar nenhum” (Couto, 2004, p. 62) percorrem continuamente cadeias de serviços especializados, cujas respostas são fragmentadas e pontuais, produzindo circuitos de abandono e cronicidade” (Joia, 2014, p.130).

Medicalizar

Não apenas crianças e adolescentes acolhidos têm sido objeto de medicamentação (Caliman, Passos & Machado, 2016), mas também os processos de trabalho nestes contextos têm adotado as lógicas da patologização para lidar com os conflitos e as turbulências relacionais. Neste último caso, podemos falar mais propriamente de medicalização: a construção de problemas sociais e de discursos de verdade que se legitimam, sob o prisma científico da medicina, como doenças que devem ser tratadas (Foucault, 2006); e a crescente relação da oferta e da demanda de sintomas, diagnósticos e tratamentos, com a normatização do desenvolvimento das crianças e dos adolescentes e a transformação de suas múltiplas

possibilidades em patologias. Almeida (2012), em pesquisa sobre crianças e adolescentes com deficiência que se encontram na rede de abrigos (públicos e conveniados) do Estado do Rio de Janeiro, identifica como característica da rede asilar uma “fusão do hospital psiquiátrico e do abrigo, indicando uma espécie de deslocamento das tecnologias do hospital psiquiátrico para o interior dos abrigos sociais” (p.198). Este “hibridismo assistencial”, definido pelo encontro entre a Psiquiatria e a Assistência Social, resulta na institucionalização, por tempo indeterminado, de pessoas que são diagnosticadas e categorizadas como necessitadas de contínua intervenção profissional.

Crianças e adolescentes que estão sob tutela da justiça, seja em serviços de acolhimento ou em internatos, estão em maior número sujeitas à internação psiquiátrica, bem como a um tempo maior de internação comparativamente a outras crianças e adolescentes (Blikstein, 2012; Joia, 2014).

Veremos como, mesmo nos anos 2000, um serviço de acolhimento poderia parecer um legítimo manicômio (Massari, 2016).

Em 2005, logo no primeiro dia de trabalho, a nova funcionária pôde ver crianças e adolescentes andando envoltos em cobertores que se arrastavam em meio a fezes no chão. Para as refeições, os pratos das crianças e dos adolescentes eram de plástico e os talheres eram colheres, enquanto os funcionários tinham pratos de vidro, garfo e faca, além de comidas diferentes. Para dormir, não havia colchões para todos. Para tomar banho, não tinha água quente, nem toalhas para secar os corpos frios. Na sala dos técnicos, já gradeada, foi recomendado a ela que trancasse a porta para evitar que as crianças a atacassem.

Não foi dito a ela sobre uma proposta de ação, uma política de funcionamento. Os não-ditos e o silêncio constantes mostraram-lhe rapidamente que aquele não seria um espaço de diálogo. Logo, ela se espanta com o fato de os meninos e meninas não reclamarem de nada. Convidando os moradores da casa para ajudar na limpeza e na organização, a nova funcionária era ignorada e olhada com espanto. O mesmo espanto se dava quando sentava ao lado dos meninos e meninas para almoçar. Mudos, eles olhavam uns para os outros e iam se afastando aos poucos.

Na convivência e a partir da reação dos meninos, ela foi entendendo que estava diante de uma lógica manicomial. Mesmo sem comunicação clara, os discursos se faziam ouvir. Havia uma

hierarquia entre as crianças: as que mereciam e as que não mereciam ser cuidadas, que ecoava nas reações dos meninos, que não se consideravam dignos de nada melhor do que aquilo.

Os relatórios técnicos não mostravam perspectivas. Os trabalhos se resumiam a intervenções religiosas, policiais ou medicamentosas. Os primeiros que eram chamados à casa eram os pastores, com a intenção de “exorcizar” os adolescentes que se mostravam arredios às regras. Assim que o pastor chegava, os educadores se aproximavam para rezar todos juntos em volta do menino. Outra intervenção comum era a presença do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). “De repente, o SAMU aparecia e você não sabia de onde”. Era uma prática, uma conduta. “Tinha uma coisa lá que funcionava. Não precisava conversar e falar ‘eu estou achando melhor a gente ligar...’. Qualquer um podia pegar o telefone”.

De vinte e quatro crianças acolhidas, as vinte e quatro tomavam alguma medicação de uso controlado. Das vinte e quatro crianças, duas delas precisavam, de fato, de medicações por conta de crises epiléticas. Mesmo essas duas crianças poderiam tomar menos remédios e doses menores do que tomavam. Olhando as receitas, a nova equipe pôde perceber que eram os mesmos remédios. Diferenciavam-se nas dosagens. E os funcionários não sabiam explicar as razões da medicação.

Marcos² foi acolhido aos 8 anos e passou por alguns abrigos. Conversamos com ele quando tinha 17 anos. Sua referência era o remédio que tomou em cada lugar. No Hospital Psiquiátrico Pinel, a psiquiatra disse que ele não precisava do remédio, mas, por pedido da educadora, Marcos tomou por dois meses.

Os pedidos de Cléber, para que tirassem os remédios dele, se confundiam com os momentos de crise em que, ao se ver “menos controlado”, dizia precisar da medicação. Em meio a uma briga com alguém da casa, a diretora chamou o SAMU. Ficou quinze dias no Pinel. “Voltou irreconhecível”. Depois desta internação, as poucas coisas que falava vinham com muita saliva, que escorria pela boca sem que percebesse.

De vez em quando eu via um educador falando “está na hora do remédio do Fulano”. Aí, quando eu entrei com a educadora e ela foi pegar o remédio de alguém, ela abriu uma gaveta de arquivo de onde pulava remédio. Pulava. E ela pegou um. Qualquer um lá. E aí eu fui conversar com a equipe técnica e os técnicos começaram a me contar: “eles fazem acompanhamento...”. “Ah, por quê? Tem diagnóstico?”. “Não”. “E esse?”. “Não”. “E esse?”. Só tinham receitas. Aí eu pedi para acompanhar um dia. Um deles tinha atendimento médico e eu fui ao Hospital das Clínicas da USP. Eu conversando com o psiquiatra: “ah, ela está bem, ela faz as coisas dela...”.

“Está bom. Toma a receita para pegar os próximos remédios”.

A equipe enxergava a medicação como única – ou mais eficaz – alternativa evidenciando um repertório esvaziado de alternativas de cuidado. Esse fato se confirma quando o remédio era receitado e a criança não era informada do motivo por que estava tomando. “A tia diz que eu tenho muita dor de cabeça”. Fica claro o limite da autonomia e uma desapropriação de si ao dizer que o outro sabe melhor de suas dores de cabeça.

Com a nova equipe, no início havia o medo, tanto dos educadores quanto das crianças, de enfrentar o discurso médico e jurídico. As determinações dos juízes e médicos não eram questionadas, nem refletidas.

Por mais que o motivo da medicação não estivesse claro para quem dava e para quem tomava, romper com ela parecia absurdo.

“Foi um trabalho de ganhar confiança. Eu lembro que eu comecei a jogar um monte de coisa fora. Era tanto lixo! Cama quebrada, sofá nojento, cobertor rasgado... [...] Tinha alguns educadores mais acessíveis e que dava para conversar... ‘Ah, então, o que você acha de a gente limpar a casa antes de comer?’, ‘vamos falar para eles que não é para andar de cobertor’, ‘se eles precisam de roupa, vamos fazer uma campanha...’, ‘vamos arrumar esse chuveiro para ter banho quente?’. E aí a gente foi mudando de pouquinho”. (Diário de Campo, 2015)

Era necessário, além da desmedicalização, deixar de padronizar e acalmar comportamentos; e estar disponível aos movimentos, demandas e singularidades das crianças e adolescentes. Apostar na convivência, no poder e no direito de decisão das crianças passa, aos poucos, a ser o plano de trabalho. Nessa política, a patologização da infância perde o sentido. Abre-se espaço para a exploração de si, do outro, do mundo, em um caminho conjunto de conhecimentos e reconhecimentos constantes. Deram o nome de Expedições a estes múltiplos caminhos que o coletivo traça: nas famílias, na comunidade, na cidade, no país e fora do país, explorando e conhecendo novas e diversas formas possíveis de conviver.

Chama atenção o fato de um serviço de acolhimento funcionar sob essa lógica até por volta do ano de 2005. Além da já discutida cultura da medicalização, da insuficiência de serviços em Saúde Mental, e das dificuldades de articulação intersetorial, devemos localizar esse acontecimento no fato de os serviços de acolhimento da cidade de São Paulo serem conveniados e nem sempre estarem

alinhados com os marcos legais que os orientam, funcionando em uma ótica privatizante e não pública. Além disso, como aponta Silveira (2015, p. 81), o paradigma da “proteção integral” não substituiu a “cultura da internação”, mas lhe ofereceu um novo espaço e uma nova lógica de atuação, interligando práticas e saberes, aparentemente contraditórios e gestados em períodos históricos diferentes, a partir de linhas ou vetores que percorrem a rede dando origem a novos arranjos institucionais.

Recusar

Acompanhemos, agora, o que a emergência, na cidade de São Paulo, da Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil (UAI), nos informou a respeito dos circuitos expulsivos, seletivos ou especializados a que crianças e adolescentes “indesejáveis” vem sendo submetidos.

A UAI, serviço ligado a um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (Caps IJ) é destinado a crianças, a partir de 10 anos, e adolescentes usuários de substâncias psicoativas. Opera como dispositivo de cuidado e de proteção social ao funcionar como moradia transitória e voluntária para

crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e usuários de drogas (Brasil, 2012).

Quando, em 2012, a UAI passou a compor a rede de atenção à infância e adolescência na região central da cidade de São Paulo, recebeu uma profusão de demandas relativas a um contingente de adolescentes e jovens com vidas marcadas por uma série de institucionalizações³, mas que não se "enquadravam" às instituições para onde eram, de costume, encaminhados. Numa entrevista, a gerente do Caps II de referência identificou-os como "os recusados", dada a recorrência de expulsões e de circuitos cronicantes a que foram submetidos na vida.

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

Iremos aprofundar essas questões a partir de alguns fragmentos da história de uma adolescente que foi moradora da UAI à época da pesquisa, resgatados a partir do prontuário, dos

relatórios e das entrevistas realizadas com os trabalhadores do serviço e registrados em diário de campo (Oliveira, 2015).

Separada da família aos 02 anos de idade, Carla e seus irmãos foram encaminhados para serviços de acolhimento institucional distintos. Os pais, usuários de drogas, foram considerados negligentes em relação aos cuidados dos filhos. Apesar de a família de Carla morar, à época, no extremo da zona leste da cidade de São Paulo, seu acolhimento institucional se deu em outra cidade, à oeste, em um abrigo que tinha capacidade para cerca de 80 crianças e adolescentes. Carla nunca mais voltaria a morar com sua família. Em 2008, quando tinha 12 anos de idade, foi submetida a sua primeira internação psiquiátrica. Na ocasião, o abrigo solicitou à Vara da Infância e Juventude internação com a seguinte justificativa: "momentos de surto com descontrole e autoagressão desde os oito anos de idade, apresentando baixa tolerância em situações que não lhe agradam, ocorrendo no ambiente escolar e na organização [referindo-se ao abrigo]" Carla ficou um breve período internada e, após a alta, voltou ao abrigo e começou a ser acompanhada pelo Caps. Já com 14 anos de idade, a adolescente começou a questionar o porquê de estar abrigada em uma região tão distante de sua família, chegando a ir sozinha até a

equipe psicossocial da Vara da Infância e Juventude com o intuito de conversar com o juiz e pedir sua transferência para uma casa mais próxima do endereço de seus pais. A resposta que recebeu da equipe foi que não havia vaga.

Neste mesmo período, o Caps decidiu por sua alta. Contudo, a notícia teve repercussões no abrigo: de acordo com os relatos no prontuário, os técnicos do abrigo reagiram com apreensão e questionaram a decisão. Dias depois, Carla apresentou uma crise na escola após receber uma nota baixa, quebrando o vidro da sala de aula e se cortando com os cacos. Foi, então, afastada por tempo indeterminado das atividades escolares. Além disso, o abrigo pediu judicialmente transferência da adolescente para outra instituição, e a adolescente passou a morar em um SAICA localizado na região Sudeste da cidade de São Paulo, ocasião que foi incluída no Programa Equilíbrio.

Carla começou a frequentar o Caps do território do novo SAICA, que acionou a UBS da região de moradia dos pais, na tentativa de viabilizar uma aproximação entre eles e seu retorno à família. No entanto, os pais sinalizaram não ter condições de receber a filha, justificando por sua situação de instabilidade financeira e de moradia.

A equipe do SAICA, após situações de crise envolvendo "agressão a funcionários do serviço, autoagressão e tentativa de suicídio", avaliou que

Carla "não tem condições de conviver com outras pessoas" (sic) e solicitou judicialmente uma vaga em hospital psiquiátrico para a adolescente, conforme registro em relatório técnico consultado em prontuário. Ela, então, foi encaminhada para a ala psiquiátrica de um hospital geral da zona leste de São Paulo, onde permaneceu cerca de 2 anos.

Em junho de 2013, foi encaminhada à UAI por determinação judicial. Apesar de não ter histórico de uso de drogas e se localizar distante da região de moradia da família, este serviço foi identificado como um espaço possível de acolhimento e cuidado para a adolescente. "Carla ficou dois anos na ala psiquiátrica de um hospital, e ela não tinha demanda nenhuma para ficar internada dois anos. Dois anos porque não tinha para onde encaminhá-la. O juiz não tinha para onde encaminhar", avaliou a gerente do Caps IJ ligado à UAI. Em seu prontuário no Caps IJ, havia um documento solicitando ao Poder Judiciário uma "licença terapêutica", uma autorização para Carla visitar a família nas festas de fim de ano. Em abril de 2014, Carla foi transferida para outra unidade de acolhimento, que atende adolescentes mais velhos e jovens adultos, em razão da aproximação de seu aniversário de 18 anos de idade.

A história de Carla traz à baila muitas problemáticas relativas às

interfaces entre as diversas políticas direcionadas a crianças e adolescentes que vivem em contextos de vulnerabilização social, evidenciando uma série de violações de direitos. É possível notar um funcionamento em circuito entre serviços especializados que servem como válvula de escape, tendo como efeito a cronificação e a fragmentação das necessidades dos sujeitos, além da dificuldade em estabelecer corresponsabilidade entre os agentes e instituições que compõem a rede de cuidado e proteção (Rotelli et al, 1990).

Não à toa, são constantes os processos de judicialização do cuidado (Scisleski, 2006, 2010; Cunda, 2011; Blikstein, 2012, Joia, 2014), em que as ações no campo sanitário são submetidas às demandas judiciais. A partir do encaminhamento de Carla ao abrigo, seus destinos foram definidos por ordens judiciais: as transferências entre serviços de acolhimento, os encaminhamentos às internações psiquiátricas a que foi submetida, chegando a “morar” em uma ala psiquiátrica de um hospital geral; e enfim, o encaminhamento para a UAI, e o controle das visitas familiares sob a forma de "licenças terapêuticas". Em

todas as ocasiões, sob a justificativa de protegê-la de sua família ou de si mesma, ou ainda para a segurança daqueles que foram incumbidos de cuidá-la.

Carla recusou muitas vezes, e de muitas formas, os destinos que lhe foram conferidos. Como na ocasião em que tomou a iniciativa de questionar ao Judiciário o porquê de estar longe da família, e pedir para ficar em um abrigo mais próximo da casa dos pais. Demonstrou o desejo de poder viver uma margem de liberdade possível, de poder participar das escolhas sobre sua vida, mas que lhe foi negado em nome, mais uma vez, de uma suposta proteção.

A internação psiquiátrica a que foi submetida é a concretização de um “não-lugar” na rede, no sentido da ausência de espaços que suportem modos singulares de existência. Consequência de um tipo de função-triagem generalizado (Orestes, 2011) que os serviços de Saúde e Assistência Social operam, estabelecendo destinos excepcionais para crianças e adolescentes com existências singulares ou “atravessados pela radicalidade de certos sofrimentos psíquicos” (Couto, 2004, p. 62) – seja por meio de acolhimento ou “recolhimento

compulsório” em serviços de acolhimento específicos e comunidades terapêuticas (Assis, 2012), seja pela internação psiquiátrica (Blikstein, 2012; Joia, 2014).

O caso é paradigmático daquilo que Leonardis (1998) denominou “resíduo institucional” e que Rotelli et al (1990) chamaram de “os novos crônicos”: jovens que vivem problemas de diferentes naturezas – sociais, econômicos, psicológicos, de saúde –, que perturbam a ordem pública, sem diagnósticos definidos e precisos, que circulam entre serviços especializados estabelecendo relações frágeis pelos espaços que transitam, e que terminam em instituições de internação ou em outras que os apartam, ainda que provisoriamente, da convivência social. E por sua irredutibilidade às soluções institucionais impostas, passam a ser considerados perigosos ou ameaçadores (Leonardis, 1998). Nesses casos, vemos o acionamento de diferentes modalidades de institucionalização, justificados como tutela/proteção daqueles considerados mais vulneráveis, e controle daqueles considerados perigosos.

Com efeito, a UAI acabava por assumir a função de “gestão dos

recusados”, com o prolongamento do tempo de permanência dos adolescentes (Oliveira, 2015), contrariando a transitoriedade proposta pela Portaria 121/2012 (Brasil, 2012), e assumindo muitas vezes a função que seria do SAICA. Quanto a isso, a gerente do Caps IJ fez a seguinte observação:

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

Percebia-se certa indisposição ou mesmo ausência de serviços de acolhimento institucional que estivessem aptos a acolher os adolescentes com questões de saúde mental ou uso de drogas. A respeito dessas questões, um trabalhador do Caps IJ fez a seguinte provocação em

uma reunião, referindo-se aos fluxos de entrada e saída da UAI: “Temos que questionar se não estamos produzindo uma nova forma de institucionalização” (Diário de Campo, 2014). Outro trabalhador, então, complementou: “Mas, aqui no centro o que acontece é um tipo de institucionalização sutil, fora dos muros. Os adolescentes são capturados por esse monte de serviços que, no fundo, fazem o controle de sua circulação, produzindo uma institucionalização perversa.” (Idem).

Enfim, a UAI visibiliza certos aspectos da interface entre Assistência Social e Saúde, no tocante a um fazer intersetorial que muitas vezes funciona segundo a lógica dos circuitos transinstitucionalizantes, a serviço da administração dos sujeitos colocados na posição de “resíduo institucional” por colocarem em xeque as respostas institucionais (Leonardis, 1998).

Essa dinâmica intersetorial, as dificuldades de articulação entre serviços e políticas e as confusões relativas à finalidade e especificidade da UAI, produziram, por sua vez, o serviço como lugar híbrido, aberto à heterogeneidade das demandas. Quando um trabalhador do Caps IJ afirmou “A casa é híbrida, tanto que não atende

apenas casos de drogadição, mas também de saúde mental” (Diário de Campo, 2014), escutamos a capacidade desse lugar comportar o “anômalo”, ou seja, aquele que escapa “da normatividade das formas médias e que por isso pôde produzir outras formas de vida, outros modos de existência” (Lobo, 2004, p. 204). Daí ser possível afirmar uma ética do anômalo pautada na necessidade de “romper as tutelas, afirmar as diferenças” (Idem), como pista fundamental para os serviços que atendem crianças e adolescentes.

Com isso, não podemos deixar de reconhecer que a emergência da UAI na rede problematiza os modelos de atenção fortemente tutelares, herdeiros de práticas correccionais e coercitivas, pois convoca a pensar as compulsoriedades e os graus de liberdade que estão em jogo na atenção a crianças e adolescentes quando pressupõe a transitoriedade e a voluntariedade do acolhimento. São prerrogativas que não anulam a responsabilidade de cuidar; pelo contrário, dão relevo à complexidade do cuidado e à necessidade de se realizar ações coletivas, pactuadas permanentemente e integradas com outros pontos da rede.

Considerações finais

Por meio de duas situações analisadoras, vimos que crianças e adolescentes tornam-se objeto total de tutela ou ingressam em circuitos que os produzem como resíduos institucionais; efeito da desresponsabilização e do abandono das próprias instituições que deveriam ser garantidoras e promotoras de direitos. O abandono assume a forma do perigo quando a complexidade deixa de ser acolhida e trabalha-se com respostas institucionais únicas ou fragmentadas (Leonardis, 1998; Pitch, 2003), fazendo funcionar os circuitos especializados e expulsivos. Estas situações se agravam no atual contexto político brasileiro com as propostas de emenda constitucional e reduções orçamentárias que atingem, entre outras, as políticas de Assistência Social e de Saúde. Mais especificamente na cidade de São Paulo, não bastasse a tardia municipalização dessas políticas, a gestão Dória (desde 2017) na Prefeitura de São Paulo tem se valido não apenas de cortes orçamentários, fechamento de serviços e demissões de profissionais como de ações truculentas contra usuários e profissionais.

Urge seguir enfrentando os desafios da construção da rede de proteção de crianças e adolescentes, especialmente para aquelas com necessidades de atenção em saúde mental e em situação de acolhimento. Cuidar implica em atuar diretamente nos modos de vida, e os modos singulares pelos quais crianças e adolescentes se subjetivam em seus territórios existenciais pedem a invenção de dispositivos capazes de acolher, de forma complexa e em rede, tais trajetórias. Por isso, a necessidade de apostar na possibilidade de uma articulação intersetorial consistente, apoiadas por processos de formação permanente, de sustentação de espaços coletivos de análise das práticas e por pactos de gestão que asseguram este fazer coletivo.

Notas

¹ A política de Assistência Social, embora presente desde a Constituição Federal de 1988, somente adquiriu maior institucionalidade e profissionalização a partir da criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), pela Lei 12.435, em 2011 (Brasil, 2011), enquanto o Sistema

Único de Saúde (SUS) se institui em 1990.

² Todos os nomes de crianças são fictícios.

³ Foram acolhidos na UAI entre março de 2012 a setembro de 2014 um total de 55 adolescentes. A idade variava entre 13 e 18 anos de idade, com maior número entre os 16 e 18 anos de idade. A maior parte era do sexo masculino (67%), com histórico de uso de substâncias psicoativas (91%), que viviam em situação de rua (77%), e com história de acolhimento institucional na rede socioassistencial (68%) (Oliveira, 2015).

Referências

Almeida, N.M.C. de (2012). *Labirintos e mosaicos: institucionalização da infância com deficiência* (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Arantes, E. M. M. (2016). Duas décadas e meia de vigência da Convenção sobre os Direitos da Criança: algumas considerações.

In E. P. Brandão (Org.) *Atualidades em Psicologia Jurídica*. (pp. 53-96). Rio de Janeiro/RJ: NAU.

Assis, D. A. D. (2012). *Risco social e saúde mental como argumentos para o encarceramento de crianças e adolescentes*. (Dissertação de Mestrado Profissional em Adolescente em Conflito com a Lei). Universidade Bandeirante de São Paulo/Anhanguera, São Paulo, SP, Brasil.

Blikstein, F. (2012). *Destinos de crianças: estudos sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, São Paulo, SP, Brasil.

Brasil. (1990). *Lei n° 8.069, de 13 de julho de 1990*. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: 1990. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm

- Brasil. (2001). *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo Assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm
- Brasil. (2005) *Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos_politica_saude_mental_infanto_juvenil.pdf
- Brasil. (2006). *Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária*. Brasília: MDS/SEDH, 2006. Recuperado de http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/publicacoes/PNCFC%20%2028_12_06%20%20Documento%20Oficial%20_2_.pdf/view
- Brasil. (2011). *Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011*. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm.
- Brasil. (2012) *Portaria nº 121 de 25 de Janeiro de 2012*: institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.
- Brasil. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
- Caldeira, T. P. do R. (2000) *Cidade de muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo*. São Paulo: Ed. 34/Edusp.
- Caliman, L., Passos, E. & Machado, A. M. (2016) *A medicação nas*

- práticas de saúde pública: estratégias para a construção de um plano comum. In V. Kastrup e A. M. Machado. *Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação* (pp 19-40). Curitiba/PR: Ed. CVR.
- Couto, M. C. (2004). Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In T. Ferreira. (Org.). *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política* (pp. 61-74). Belo Horizonte/MG: Autêntica/FHC-FUMEC.
- Cunda, M. (2011) *As tramas empedradas de uma psicopatologia juvenil*. (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Foucault, M. (2006) *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)* (1a ed). São Paulo/SP: Martins Fontes.
- Joia, J. (2006). *A Interface Psi-jurídica: Estudo de Internações de Adolescentes por Determinação Judicial no Hospital Psiquiátrico Pinel*. Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica. CEPE/PUC/SP.
- Joia, J.H. (2014) *As tóxicas linhas da abstinência: compulsoriedades nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação e vulnerabilidade social*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. São Paulo, SP, Brasil.
- Leonardis, O. de (1998). Estatuto y figuras de la peligrosidad social. Entre psiquiatria reformada y sistema penal: notas sociológicas. *Revista de Ciencias Penales*, 4, 429-449.
- Lobo, L. (2004) Pragmática e subjetivação por uma ética impiedosa do acontecimento. *Psicologia em Estudo*. 9(2),195-205.
- Lourau, R. (1993) *René Lourau na UERJ – Análise Institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro/RJ: UERJ. Recuperado de: <http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/112>

- Massari, M. G. (2016). Serviço de acolhimento para crianças e adolescentes e medicalização: narrativas de resistência. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. São Paulo, SP, Brasil.
- Nascimento, M. L. do. (2015). Proteção à infância e à adolescência nas tramas da biopolítica. In: H. Resende (Org). *Michel Foucault: o governo da infância* (pp. 281-290) Belo Horizonte/MG: Autêntica Editora.
- Oliveira, A. de. (2015). *Os recusados. Uma experiência de moradia transitória infantojuvenil no campo da Saúde Mental*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. São Paulo, SP, Brasil.
- Orestes, F. M. (2011). *Processos classificatórios na recepção, triagem e encaminhamento de crianças e adolescentes aos abrigos: permanências e mudanças após a Ação Civil Pública*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. São Paulo, SP, Brasil.
- Organização das Nações Unidas. (1989). Assembleia Geral das Nações Unidas. Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança. Recuperado de: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.html
- Pitch, T. (2003). *Responsabilidades Limitadas: Actores, Conflictos y Justicia Penal*. Buenos Aires: Ad-Hoc.
- Rizzini, I. & Rizzini, I. (2004) *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente*. São Paulo: Loyola, 2004.
- Rosa, M. D. & Vicentin, M. C. (2010) Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. *Revista Psicologia Política*, 10 (19), 107-124.

- Rosemberg, F. & Mariano, C.L.S. (2010). A convenção internacional sobre os direitos da criança: debates e tensões. *Cadernos de Pesquisa*, 40(141), 693-728. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742010000300003>
- Rotelli, F., Leonardis, O. de & Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: F. Nicácio (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo/SP: Editora HUCITEC.
- Scheinvar, E. (2015). “A aplicação do ECA tem se desviado da sua proposta original”: Estado de Direito e formação discursiva no campo da criança. In H. Resende (Org). *Michel Foucault: o governo da infância* (pp. 103-114) Belo Horizonte/MG: Autêntica.
- Scisleski, A. (2006) “Entre se quiser, saia se puder” – O percurso de jovens pelas redes sociais e a internação psiquiátrica. Dissertação (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Scisleski, A. (2010) *Governando vidas matáveis: as relações entre a saúde e a justiça dirigidas a jovens em conflito com a lei*. (Tese deDoutorado) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Scisleski, A. C. C., Maraschin, C. & Silva, R. N. da. (2008) Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 342-352. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200013>
- Silveira, D.S. (2015) Governamentalidades, saberes e políticas públicas na área de Direitos Humanos da criança e do adolescente. In H. Resende (Org). *Michel Foucault: o governo da infância* (pp. 57-84) Belo Horizonte/MG: Autêntica.
- Vicentin, M. C. G. (2016) Criancar o descriançável. In São Paulo (SP). Secretaria Municipal de Educação. Coordenadoria

Pedagógica. Núcleo de Apoio e Acompanhamento para Aprendizagem. *Caderno de debates do NAAPA: questões do cotidiano escolar* (pp. 35-44). São Paulo/SP: SME/COPED. Recuperado de <http://portal.sme.prefeitura.sp.gov.br/Portals/1/Files/27154.pdf>

Vicentin, M. C. G. (2010) Os “intratáveis”: a patologização dos jovens em situação de vulnerabilidade. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo/Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. (pp. 41-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Adriano de Oliveira é graduado em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista/Bauru-SP (2006) e mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2015). Atualmente é supervisor de

Serviço Residencial Terapêutico na cidade de São Paulo.

E-mail: adrpsi@gmail.com

Maria Cristina G. Vicentin é doutora em Psicologia Clínica e mestre em Psicologia Social (1991) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Atualmente é docente do Programa de Pós Graduação em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, onde coordena o Núcleo de Lógicas Institucionais e Coletivas

E-mail: mvicentin@pucsp.br

Marina Galacini Massari é mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2016) e graduada em Psicologia pela Universidade Federal de São Paulo – Baixada Santista. É colaboradora do Instituto Fazendo História no projeto Fazendo Minha História.

E-mail: marina.gmassari@gmail.com

Enviado em: 10/09/18 – **Aceito em:** 10/09/18
