

“Tecnologias de Governo, Práticas de Constituição de Sujeitos e Subjetividades no atendimento de adolescentes infratores internados na FASE/RS”

Janaina de Souza Bujes¹

Quais são os limites das práticas estatais entre aqueles que estão sob sua tutela? Quem ou, ainda, a partir de quais parâmetros, é legítimo classificar e intervir nas vidas que estão sob custódia do Estado? Quais as consequências dessas ações no cotidiano dos agentes e demais envolvidos? Essas são algumas das indagações que me impulsionaram a desenvolver o meu projeto de dissertação em Antropologia Social². O trabalho pretende analisar as tramas burocráticas e as práticas de intervenção jurídico-estatal na gestão da juventude envolvendo adolescentes internados por prática de atos infracionais na Fundação de Atendimento Socioeducativo do estado do Rio Grande do Sul (FASE/RS), propondo um diálogo entre a Antropologia da Ciência, a Antropologia Política e a Antropologia do Direito.

Buscarei traçar algumas reflexões iniciais desse projeto, o qual parte da construção de uma causa pública — a construção de um espaço de atendimento de saúde para jovens cumprindo medida de internação — para problematizar os modos de governo sobre esses jovens, sobretudo no que se refere a construção de uma categoria de jovens considerados “doentes” ou “perigosos”, em razão de supostos transtornos mentais, os quais exigiriam tratamento diferenciado de saúde. Com a inserção em campo, o trabalho visa, de forma articulada, construir as redes de atores estatais envolvidos em tais processos, sobretudo aqueles envolvidos na discussão jurídica para a elaboração de uma política pública de atendimento de saúde mental, através da observação participante em seminários, reuniões, entrevistas e contatos com os interlocutores de pesquisa.

Assim, neste *paper*, busco percorrer a rede de relações que determinados agentes estabelecem com o Estado na constituição dessa tecnologia de governo, a partir de

¹ Mestranda em Antropologia Social (PPGAS/UFRGS) e Graduada em Ciências Sociais (UFRGS). Mestre em Ciências Criminais (PUCRS). Advogada. Professora Substituta de Direito no Instituto Federal do RS – Campus Osório/RS. Email: palavras.perdidas@yahoo.com.br

² A investigação está inserida na linha de Pesquisa e Projeto “Práticas de Governo, Cultura e Subjetividade”, sob orientação da Profa. Dra. Patrice Schuch, a quem agradeço pelas contribuições e leituras do trabalho.

algumas questões observadas em dois seminários em que estive presente – um em São Paulo/SP e outro em Porto Alegre/RS – e que problematizaram os serviços de atenção à saúde mental e a forma como prestá-los aos jovens cumprindo medida socioeducativa de internação nos dois estados. O primeiro, seminário "Balanço das Políticas de Saúde Mental e Juventude nas Fronteiras Psi-Jurídicas", ocorreu em 14 de maio de 2012 e foi promovido pelo Conselho Regional de Psicologia do estado de SP. Reuniu representantes de diversas instituições estatais, além de profissionais, estudiosos e pesquisadores³, em torno da discussão sobre o equipamento de saúde construído pelo Estado de São Paulo – a Unidade de Saúde Experimental – seus usos, legitimidade e consequências aos jovens internos, bem como a necessidade de sua desativação.

O segundo, “Seminário sobre saúde mental e atendimento especializado: desafios à política socioeducativa no Rio Grande do Sul”, ocorreu em 20 de abril de 2012 e foi promovido por uma parceria entre entidades de classes e organizações da sociedade civil, reunindo representantes de instituições e autoridades estatais⁴, estudantes, profissionais, pesquisadores e militantes de movimentos sociais, a fim de refletir sobre a criação de uma política de atenção à saúde mental, e a forma como prestá-la aos jovens internados frente ao problema da medicalização⁵, bem como a repercussão da decisão judicial proferida em Ação Civil Pública⁶ que condenou o estado do RS à construção de espaço

³ Organizado por um grupo interinstitucional, formado pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo; CEDECA Interlagos; Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Núcleo de referência em atenção à adolescência e à juventude da clínica psicológica (NURAAJ) do Instituto Sedes Sapientiae; Defensoria Pública do Estado de São Paulo; Equipe de Psicologia do Fórum das Varas Especiais de Infância e Juventude; Mestrado Profissional Adolescente em Conflito com a Lei da UNIBAN; Núcleo de Pesquisa Lógicas Coletivas e Institucionais do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da PUC-SP.

⁴ Comissão de Direitos Humanos da OAB/RS; Comissão de Direitos Humanos da Procuradoria Geral do Estado do RS (PGE); Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da Assembléia Legislativa (CCDH/AL); Movimento Nacional de Direitos Humanos; PROAME/CEDECA de São Leopoldo; Conselho Regional de Psicologia; Conselho Regional de Serviço Social; Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDICA); Instituto de Acesso à Justiça (IAJ); e FASE/RS.

⁵ A noção de medicalização aqui tratada pode ser entendida a partir do conceito proposto por Clarke e outros (2003), no qual o termo pode ser entendido a como processos através dos quais os aspectos da vida anteriormente fora do campo de atuação da medicina passam a ser interpretados como problemas médicos, focando-se não apenas na especialização da medicina, mas também em novas formas de intervenções farmacêuticas, médico-científicas e tecnológicas, bem com a elaboração de novas formas sociais (por exemplo, hospitais, clínicas e consultórios médicos privados). No caso específico da ação judicial, o termo *medicalização* é utilizado em seu sentido estrito, ou seja, refere-se a prescrição de medicamentos psiquiátricos a uma parcela de jovens internados na FASE/RS.

⁶ A Ação Civil Pública (ACP) está prevista no art. 129, III da Constituição Federal e foi criada com o intuito de proteger os interesses coletivos e direitos difusos contra danos morais, patrimoniais ou quaisquer outros tipos de ameaças. Assim, a Constituição permite, com base em seus dispositivos de lei e legislações

específico destinado para atender jovens internados que necessitem de atendimento diferenciado de saúde. A escolha por trazer o primeiro evento se deu na medida em que ele apresenta, ainda que de forma resumida, o contexto de criação e o debate sobre o equipamento público utilizado pela Fundação Casa (São Paulo/SP), contando com a participação de envolvidos na sua implementação ou administração. Quanto ao segundo seminário, a ideia, ao trazer as discussões desse evento, é de apresentar a configuração do cenário no Rio Grande do Sul, com evidente inspiração no modelo paulistano e como a proposta a ser implementada vem sendo constituída como política pública de atendimento de saúde para jovens com transtornos mentais que cumprem medida de internação na FASE/RS.

Na segunda parte deste trabalho, busco refletir sobre a forma como são identificados os jovens para quem essa política é direcionada e de que maneira são produzidas tais categorias pelos agentes envolvidos. É preciso considerar como se utilizam e interagem com as diferentes instituições e instâncias estatais na constituição de um equipamento de saúde destinado aos adolescentes cumprindo medida de internação e como essas relações influenciam categorias de pensamento e de ação, ponto que abordo na parte final deste trabalho. Assim, inicio a discussão sobre como as narrativas são articuladas em políticas *da* e *para* a vida nessa rede, a fim de lançar as questões que nortearão o desenrolar da pesquisa. Os diálogos, no entanto, seguem em fluxos; e a pesquisa, assim como as políticas, em processo de elaboração.

1. O manicômio judiciário de São Paulo: ou como surgiu o adolescente infrator com transtorno mental

A temática do evento, em São Paulo, se sobrepõe e, em algumas vezes, se confunde com a própria política pública analisada. Isso porque o Seminário propunha, já em seu título, uma avaliação da política de saúde mental do sistema socioeducativo privativo de liberdade, seus dilemas e desafios, em um contexto de fronteira “psi-jurídica”

infraconstitucionais que determinados órgãos, instituições ou pessoas jurídicas ingressem judicialmente em prol da proteção de um direito ou do interesse público lesados ou em risco de lesão. Tal ação judicial tem caráter predominantemente condenatório, ou seja, impõe uma obrigação de fazer ou não fazer, muitas vezes com pena de multa por descumprimento da decisão, como é o caso analisado.

o que implicava, necessariamente, falar sobre a existência, a legitimidade e as implicações da Unidade de Saúde Experimental em uma zona de fronteiras nebulosas, em constante tensão, por diferentes atores e a partir de diferentes redes e saberes. Neste sentido, participar desse encontro, me permitiu conhecer de forma mais detalhada, aspectos da criação, implementação, manutenção e problematização desse equipamento, tido como uma referência – ora positiva, ora negativa – para a política pública que está sendo pensada na FASE/RS.

Em 2006, a Fundação Casa anunciou a criação de uma unidade referência para abrigar jovens com transtornos mentais e que estivessem cumprindo medida de internação, a chamada Unidade Experimental de Saúde⁷. O local, destinado ao atendimento especializado desses jovens, e que teria a capacidade para atender cerca de 40 adolescentes distribuídos em cinco casas, com oito jovens em cada uma delas, jamais chegou a ter mais do que 6 internos. Entre os presentes no evento, o principal relato que justificaria a existência desse equipamento público, o relaciona com a internação do jovem conhecido como “Champinha”, com 16 anos na época de sua internação, cujo ato infracional teve ampla repercussão na mídia, suscitando debates sobre a sua saúde mental e trouxe a discussão da redução da maioria penal novamente à cena pública.⁸

A história de criação da Unidade Experimental de Saúde se confunde com esse caso emblemático e evidencia as diferentes estratégias que podem ser criadas ou acionadas para tratar uma questão de gestão estatal de vidas. Isso porque, passado o período de internação máxima de 3 anos, prevista no Estatuto da Criança e Adolescente (art. 121, § 3º⁹), às vésperas de extinguir-se a medida socioeducativa do adolescente, o

⁷ Disponível em: <http://www.casa.sp.gov.br/site/noticias.php?cod=340>. Acesso em 16.07.2013.

⁸ Em 2003, Roberto Aparecido Alves Cardoso, conhecido como “Champinha”, juntamente com três adultos sequestraram e mataram um casal de estudantes que acampavam na cidade de Embu Guaçu, interior de São Paulo. A jovem sofreu reiteradas violências sexuais e foi mantida em cárcere privado, após a morte do seu namorado. O caso teve ampla repercussão na mídia pela forma como ocorreu (em princípio pensava-se que o casal estava perdido na mata, gerando mobilização de equipes de busca e canais de TV por cerca de 10 dias, até encontrarem os corpos) e destaque pela crueldade como foram tratadas as vítimas. Processados e julgados, os quatro adultos foram condenados a diferentes penas, conforme as suas participações nos crimes (124 anos; 110 anos e 18 dias; 47 anos e 3 meses; 7 anos e 9 meses), enquanto “Champinha” foi encaminhado para a Fundação Casa/SP para o cumprimento de medida socioeducativa de internação (cujo tempo máximo, em princípio, é de 3 anos) e, posteriormente, internado na Unidade Experimental de Saúde, onde encontra-se desde então, por ter sido diagnosticado com transtorno de conduta.

⁹ Art. 121. A internação constitui medida privativa da liberdade, sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. [...] § 3º Em nenhuma

Ministério Público de São Paulo ingressou com um pedido judicial da conversão da medida socioeducativa em medida protetiva, para tratamento psiquiátrico, baseado nos laudos de avaliação produzidos ao longo do cumprimento da medida socioeducativa, os quais indicavam que o jovem sofria de transtorno de personalidade antissocial e possuía comportamentos de caráter agressivo. Frente a isso, a justiça prorrogou sua medida e, em 2006, determinou a manutenção de sua internação até os 21 anos, momento em que a Fundação Casa anunciou a construção da nova unidade.

Na iminência do fim da prorrogação da medida aplicada ao jovem, o Ministério Público de São Paulo ingressou com um pedido de interdição civil, cumulado com internação compulsória para tratamento psiquiátrico, conforme prevê o artigo 6º, inciso III, da Lei 10.216/2001¹⁰. Para estes casos, basta um laudo médico que constate a necessidade de internação para que ela seja autorizada judicialmente, independentemente do cometimento de algum crime (ou ato infracional) e consentimento do paciente e/ou de seus familiares. Deferida a interdição, o adolescente foi transferido para a Unidade Experimental de Saúde em maio de 2007, na qual permanece até hoje. Note-se, entretanto, que tal Unidade fora destinada para a internação de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, o que inseria esse jovem em espaço nebuloso nas relações com o Estado.

Naquele mesmo ano, através do Decreto 52.418/2007, o governador do Estado de São Paulo transferiu a Unidade para a competência da Secretaria de Saúde, destacando sua finalidade como equipamento de internação e tratamento de adolescentes com transtornos mentais que cometeram atos infracionais e que tiveram sua medida socioeducativa convertida em medida protetiva para tratamento psiquiátrico, constituindo, assim, uma verdadeira “Unidade Psiquiátrica Forense”, para jovens e adolescentes, em total desacordo com a perspectiva desinstitucionalizadora proposta pela Lei 10.216/2001. Depois do envio de “Champinha”, mais cinco adolescentes também

hipótese o período máximo de internação excederá a três anos. § 4º Atingido o limite estabelecido no parágrafo anterior, o adolescente deverá ser liberado, colocado em regime de semi-liberdade ou de liberdade assistida. § 5º A liberação será compulsória aos vinte e um anos de idade. [...]

¹⁰ Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

foram encaminhados para a Unidade, todos com diagnóstico médico de algum transtorno mental, em sua maioria, Transtorno de Conduta ou de Personalidade Antissocial.

Nesse contexto, nem os jovens, nem seus defensores ou familiares tiveram acesso aos seus prontuários médicos. Sem atendimento médico e assistencial, o tratamento psiquiátrico resume-se a esporádicos contatos com um psicólogo e prescrição de medicamento quando necessário, contrariando o disposto no art. 2º, VII da Lei 10.216/2001.¹¹ Dentre as certezas, apenas a situação de completa dúvida sobre o futuro e perspectiva de desinternação desses indivíduos, constituindo-se, assim, um espaço de exceção dentro do Estado de Direito, aos moldes do que refere Agamben (2002) ao dizer da “captura pela exclusão” e “inclusão pelo abandono”. Ou seja, para que haja a captura tem de haver a ordem e a possibilidade de exceção dela: a ameaça potencial da exceção que reside na ordem e sempre evidencia a possibilidade de tornar a vida humana uma “vida nua”, uma vida disponível ao poder do Estado.

Diante de tal panorama, a Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão (PRDC) de São Paulo, vinculada ao Ministério Público Federal, em parceria com organizações de classe e entidades de defesa de direitos humanos¹² ingressou com uma ação civil pública em junho de 2013, pedindo a regularização da situação jurídica desses indivíduos e a desativação da Unidade Experimental de Saúde do estado. O processo tramita, atualmente, junto à 21ª Vara Cível da Justiça Federal de São Paulo, responsabilizando a União Federal e o Estado de São Paulo pela extinção da Unidade e prevê aplicação de multa diária de R\$ 10 mil reais em caso de descumprimento da determinação judicial.¹³

¹¹ Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

¹² Entre as quais, Conectas Direitos Humanos, a Associação Nacional dos Centros de Defesa da Criança e do Adolescente (Anced), Instituto de Defesa dos Direitos de Defesa (IDDD) e o Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região.

¹³ Processo nº 0006621-702013.4.03.6100. Informação disponível em: http://www.prsp.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/noticias_prsp/22-04-13-acao-da-prdc-defende-extincao-da-unidade-experimental-de-saude-de-sao-paulo. Acesso em 22.07.2013.

Foi no mês anterior ao ajuizamento dessa ação que ocorreu o “Seminário Balanço das Políticas de Saúde Mental e Juventude nas Fronteiras Psi-Jurídicas”, evento no qual diversas autoridades estiveram presentes para promover o debate sobre essa política de saúde mental implementada no sistema socioeducativo, bem como problematizar os parâmetros éticos, teóricos e técnicos no atendimento de saúde desses jovens e daqueles que cumprem medida socioeducativa de internação. Na ocasião, não havia representante do Ministério Público Federal e, embora o tema central do evento tenha sido a Unidade Experimental de Saúde e já se falasse na possibilidade de interdição do local através de medida judicial, isso me leva a crer que a articulação da rede era ainda mais extensa do que ali era representada e com mais interessados em por fim àquilo que era classificado pelos presentes como um “manicômio judiciário” de adolescentes, um espaço de exceção inserido no Estado Democrático de Direito.

2. A construção de uma problemática: A Fase e a construção do “IPF júnior¹⁴”

A problemática na FASE/RS emerge no mesmo período em que a Unidade Experimental de Saúde foi concebida e implementada, com uma preocupação bastante similar. Em 2006, o Conselho Federal de Psicologia, juntamente com a Ordem dos Advogados do Brasil, realizou uma inspeção às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei em 22 unidades da federação e no Distrito Federal. Destas visitas, foi elaborado um relatório sobre as condições e a forma como as medidas socioeducativas eram cumpridas.¹⁵ Entre os vários problemas apontados nas unidades de internação de vários estados, o Rio Grande do Sul recebeu destaque pelo alto número de adolescentes cumprindo medida socioeducativa e fazendo uso de medicamentos psicotrópicos: cerca de 80% da população internada. Tais dados trouxeram à luz um debate sobre a finalidade da medida socioeducativa e a forma como ela estava sendo cumprida, isto é, se um percentual tão alto de adolescentes era medicado para fins de

¹⁴ Esta designação está relacionada com a sigla “IPF” usada para referir-se ao Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, local no qual indivíduos adultos que cometeram crimes e, por terem sido diagnosticados com algum transtorno mental, não cumprem pena de prisão, mas estão internados cumprindo medidas de segurança. O espaço segue os moldes de uma prisão quanto as instalações do prédio, com o diferencial do suporte médico e medicamentoso a título de tratamento psiquiátrico.

¹⁵ Disponível: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/08/relatoriocaravanas.pdf>. Acesso em: 10.12.2012.

controle ou contenção – questionando-se, com isso, o caráter socioeducativo das medidas aplicadas – ou se havia um grande contingente de adolescentes internados com transtornos mentais (necessitando, nesse caso, atendimento especializado de saúde, em meio aberto, conforme preveem as diretrizes da legislação).¹⁶

A questão tornou-se pública, através da mídia, e a discussão que prosseguiu apontava que, além do grande número de jovens fazendo uso de medicação, as prescrições e diretrizes do tratamento eram desconhecidas dos adolescentes, de seus defensores e de suas famílias. Entre os agentes, familiares e adolescentes, o uso do medicamento ganhara o apelido de “*se necessário*”, termo utilizado pelos médicos nos prontuários dos adolescentes para justificar a prescrição (indiscriminada) das substâncias. Em 2009, a partir de uma parceria com a Associação Nacional dos Centros de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (ANCED), a ONG Instituto de Acesso à Justiça (IAJ) participou do Grupo de Trabalho intitulado “Grupo de Intervenções Exemplares”, o qual atuava em nível nacional no Projeto “Casos Exemplares” de violação de direitos humanos de jovens e adolescentes.¹⁷

Um dos casos era a denúncia do uso de medicação psiquiátrica como recurso de contenção química de jovens supostamente em situação de sofrimento mental nas unidades de internação da FASE/RS. Segundo as denúncias, os laudos psiquiátricos não indicariam um tratamento individualizado ou utilizariam termos gerais que não singularizavam o suposto transtorno mental atribuído aos adolescentes, além de não informarem de forma específica a medicação ministrada. Ainda, houve relatos de uso de antipsicóticos para deixar os adolescentes menos agressivos e/ou conter atos que

¹⁶ Cumpre destacar que o tratamento de transtornos mentais de adolescentes deve seguir os parâmetros da Portaria Interministerial nº 1.426 e da Portaria SAS nº 340, de julho de 2004, nas quais é reconhecido o direito à saúde, em termos de prioridade absoluta e da proteção integral, conforme dispõe a Constituição Federal.

¹⁷ O Projeto Casos Exemplares, de abrangência nacional, focou-se em cinco casos de violações de direitos de crianças e adolescentes. São eles: 1. Caso de execuções e tortura de quatorze jovens por um grupo de extermínio integrado por policiais no estado do Pará, e cujos processos têm sofrido entraves no seu andamento; 2. Caso Abaetuba/CE: denúncia feita pelo Ministério Público em razão da prisão de uma adolescente em uma cela com vinte homens adultos, ocasião em que sofreu violências físicas e sexuais; 3. Caso do “Educandário Santo Expedito”/RJ: no qual, desde 1997, adolescentes são internados provisoriamente em uma unidade instalada em um antigo presídio desativado, no interior de um complexo penitenciário de adultos; 4. Unidade de Saúde Experimental/SP: unidade criada especialmente para a internação e atendimento de adolescentes que sofrem de algum transtorno mental, como uma espécie de “manicômio judiciário” para adolescentes; e, finalmente, 5. Caso de medicalização de adolescentes em internação na FASE/RS: a denúncia levada a público refere a administração de medicamentos psiquiátricos em adolescentes que cometeram ato infracional, como uma espécie de “contenção química”.

pudessem atentar contra a ordem e a organização das unidades de internação (que possuem problemas estruturais e de superlotação), dificultando, assim, a manutenção das rotinas internas.¹⁸

Em 2010, essas organizações ingressaram com pedido de investigação junto ao Ministério Público Estadual, a fim de que tais dados fossem apurados. Essa denúncia originou um Inquérito Civil Público que, posteriormente, veio a tornar-se uma ação civil pública, e tramitou no Poder Judiciário estadual, buscando responsabilizar o Estado do Rio Grande do Sul a construir um Unidade específica de atendimento de saúde aos jovens com transtornos mentais. Mesmo com o processo judicial em curso, a questão adquiriu novamente evidência no ano de 2012, quando a mídia noticiou que adolescentes estariam sob efeito de medicamentos (e, por isso, em estado alterado de entendimento) em audiências judiciais. Na ocasião, a juíza da Infância e da Juventude exigiu explicações à Direção da instituição, a fim de apurar as razões pelas quais os adolescentes estavam medicados em audiência. Dentre as justificativas apontadas para estes casos, a narrativa do atendimento de saúde era novamente trazida para a esfera pública de discussão como uma necessidade e um desafio a ser enfrentado pelos envolvidos.

Neste mesmo ano, chegou ao conhecimento dos agentes estatais e demais envolvidos o trânsito em julgado da sentença condenatória do referido processo, a qual condenou e determinou ao Estado do Rio Grande do Sul a construção, junto à FASE/RS, de uma unidade de internação específica com capacidade de abrigar os adolescentes que necessitem de atendimento especializado de saúde mental, como alternativa ao uso recorrente de medicamentos para tratamento daqueles que, em tese, possuem distúrbios psiquiátricos. Prevê, ainda, multa diária – alguns falavam de um valor em torno de R\$ 63 mil – ante ao não cumprimento. A execução da sentença, no entanto, está suspensa, por tratativas realizadas entre o Fórum Socioeducativo¹⁹ e o Estado do RS, até que a FASE/RS apresente um relatório de estudo interno, com a proposta de um plano de atendimento especializado aos adolescentes em internação, motivos pelos quais foi criado um Grupo

¹⁸ Neste sentido, notícia do jornal Zero Hora de 03/02/2012, cujo título informa: “Médico vincula medicação de internos da FASE ao ócio.” Disponível em: <http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/noticia/2012/02/medico-vincula-medicacao-de-internos-da-fase-ao-ocio-3652408.html>. Acesso em: 15.12.2012.

¹⁹ Grupo criado para tratar das questões relativas aos temas que envolvem a FASE e que reúne representantes do Poder Executivo, Poder Judiciário, Ministério Público, Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, Ordem dos Advogados do Brasil (Seccional RS) e Defensoria Pública.

de Trabalho para a criação de um “Plano de Atendimento Psiquiátrico”, de acordo com o previsto na legislação vigente (sobretudo a Lei 10.216/2001 e a Lei 12.594/2012).

Nesse contexto estava baseado o Seminário, no qual as falas estavam bastante focadas nos aspectos da articulação coletiva das várias entidades envolvidas, buscando uma proposta ética e garantidora dos direitos dos adolescentes internados na construção de uma política de saúde mental. O destaque dado à entrada em vigor da Lei do SINASE²⁰, dias antes, e a situação de ter-se “*um poder público em conflito com a lei, no atendimento de adolescentes em conflito com a lei*” [na declaração de um dos painelistas] fazia referência à problemática do uso de medicamentos psiquiátricos para os adolescentes e a necessidade de uma “*pactuação entre as entidades, poder público e as famílias*” para o enfrentamento da questão, através da criação de uma política de atendimento especializado de saúde mental aos jovens cumprindo medida de internação na FASE/RS.

Além disso, era notória a situação de desconforto que se estabelecia com relação à Ação Civil Pública, na qual o Estado do RS fora condenado a construir um espaço para atendimento especializado de saúde aos jovens com transtornos mentais cumprindo medida socioeducativa de internação: pelos apoiadores da decisão, em razão da demora do seu cumprimento; pelos que lhe são contrários, pela iminência de criar-se aqui, um equipamento público aos moldes daquele construído em São Paulo e que, atualmente, se discute a sua extinção, por ser um espaço de exceção, em total desacordo com a legislação vigente. E no que tange a essa problemática, a não ser pelos fóruns de discussão que permanecem acompanhando o projeto da política pública, muito pouco (ou nada) modificou-se até então. Seguimos em processo de constituição de tecnologias de governo e de políticas *da e para* a vida.

3. A exceção em regra: a captura do corpo ou pelo corpo

A partir do cenário que até o momento compus, e com a observação de ambos os eventos que participei, foi possível perceber como as questões que foram trazidas no Seminário em São Paulo (e tratadas como “dilemas”), já se apresentavam como

²⁰ Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, a qual institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamentando a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional.

verdadeiras controvérsias (LATOIR, 2000) àqueles que discutiam a temática em Porto Alegre, além de darem elementos sobre a maneira como a construção da problemática da FASE/RS estava sendo pensada. Isso porque tanto aqueles que são contrários ao modelo paulista de atendimento, quanto aqueles que entendem ser esta uma forma adequada de abordar o transtorno mental entre adolescentes infratores, todos utilizam esta experiência como exemplo a ser (ou não) repetido.

As falas evocam desde a estrutura, os procedimentos jurídicos e administrativos, mas principalmente o caso do adolescente internado naquela Unidade²¹. Assim, mesmo que no cenário gaúcho não tenhamos um “caso exemplar”, isto é, um adolescente específico, com características pessoais (ou do ato infracional praticado) próximas ou parecidas àquelas do interno da Unidade Experimental de Saúde para ser usado como “referência” ou destinatário da política de saúde mental em questão, ele é utilizado como ponto de partida nas narrativas, sobretudo entre aqueles que defendem a criação da unidade, em seu caráter preventivo ou de proteção social.

A construção do adolescente infrator e do adolescente com transtorno mental nas narrativas segue a construção discursiva legal, mas também àquela forjada pelos saberes hegemônicos da medicina e da biologia modernas. De modo geral, o jovem é considerado um indivíduo em formação e a adolescência um estado universal e a-histórico, definido e identificado pelo crescimento e desenvolvimento do sujeito. Eles estão em constante processo de transição até a chegada à vida adulta, momento em que, acredita-se, são plenamente capazes e gozam de suas capacidades físicas e mentais de forma completa.

A partir dos discursos biomédicos emergem algumas características e comportamentos próprios da juventude, os quais são considerados elementos inerentes à natureza, peculiares a essa etapa do desenvolvimento humano e, não raras vezes, atribuídos às modificações físicas, glandulares, hormonais e psicológicas pelos quais passam todos os indivíduos na puberdade. Assim, atitudes, formas de manifestação e sentimentos – agressividade, vigor, alegria, impulsividade, introspecção, rebeldia, questionamento de regras ou entusiasmo – passam a ser percebidas como típicos dessa fase transitória. Um ser/estar no mundo que guarda uma fluidez produzida pela natureza,

²¹ Dos adolescentes internados na Unidade Experimental de Saúde, um deles, “Champinha”, é considerado a referência de adolescente para quem estão sendo pensadas as políticas (independentemente do seu diagnóstico de transtorno ou de existirem casos semelhantes ao dele).

uma espécie de incompletude que só será superada quando da chegada na idade adulta, momento em que, o indivíduo supostamente atinge sua plenitude enquanto ser, se individualiza e tornar-se, pois, uno (OLIVEIRA; EGRY, 1997).

Em termos jurídicos, o critério cronológico é privilegiado para distinguir essa etapa do desenvolvimento humano e diferenciar os tipos de responsabilização em caso de infração às normas. A legislação brasileira, para fins de imputabilidade penal, estabelece como marco inicial a idade de 18 anos completos, dando aos sujeitos com menos de 18 anos e a partir dos 12 anos de idade um tratamento diferenciado, a saber, a responsabilização infracional perante a Justiça Juvenil, prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente²². Esta norma reconhece a estes indivíduos a “condição peculiar de pessoa em desenvolvimento” e justifica, por isso, um atendimento diferenciado a este segmento da população, bem como a correspondente responsabilidade juvenil, através de medidas socioeducativas, conforme dispõe a legislação nacional e internacional sobre o tema.²³

Entendida como noção de pretensão caráter universal, “a condição peculiar de desenvolvimento” do adolescente é definida, por suas características e necessidades, em oposição à criança e ao adulto. Estado de transição, possui caráter generalizante na medida em que identifica-se, a partir de parâmetros biomédicos, com os processos

²² Destaco no ECA (Lei 8.069/1990), os seguintes artigos: Art. 6º Na interpretação desta Lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento. Art. 15. A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis. Art. 121. *Caput*. A internação constitui medida privativa da liberdade, sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Na Constituição Federal (1988) temos: Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. [...]§ 3º - O direito a proteção especial abrangerá os seguintes aspectos: [...] V – obediência aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, quando da aplicação de qualquer medida privativa da liberdade;

²³ Do conjunto de normas internacionais resulta a chamada “Doutrina de Proteção Integral” à criança e ao adolescente, a qual foi consagrada na Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959) e na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e da Organização das Nações Unidas (1989), assim como Regras Mínimas das Nações Unidas para Administração da Justiça da Criança e do Adolescente (Regras de Beijing, 1985), Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção do Jovens Privados de Liberdade (1990) e as Diretrizes das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil (Princípios Orientadores de Riade, 1990). Todas essas normas têm força de lei interna nos países signatários, dentre os quais encontra-se o Brasil.

naturais da puberdade e suas transformações físicas e psicológicas, mas não só a estas, vinculando-se a elementos socioculturais, tal qual o limite cronológico.²⁴

Essa forma de definir e situar o adolescente, com bases em determinados saberes, se complexifica e torna-se um desafio a individualidade estática que necessita a lei, quando se insere na discussão a questão da saúde mental ou, em termos biomédicos, os transtornos mentais. Se a condição do “ser jovem”, em si, já encerra um aparente paradoxo ao campo jurídico – na medida em que é uma pessoa em condição peculiar de desenvolvimento, mas tem de ser responsabilizada pelos atos infracionais que pratica – quando colocamos a questão do jovem que possui algum transtorno mental as fronteiras parecem ficar ainda mais borradas e incertas, o que gera grande desconforto aos agentes jurídicos e estatais.

Nestas situações, novamente, se recorre à expertise profissional dos médicos e psicólogos e aos seus saberes, os quais acabam por estabelecer uma verdadeira colonização do campo jurídico, desprovida de toda e qualquer discussão que, internamente, tais áreas possam desencadear ou promover. Como bem observado por Jasanoff (2006), o uso dos saberes científicos se dá em condições e com propósitos muito diferentes dos quais eles foram inicialmente concebidos. O consenso no campo científico nem sempre é possível em determinadas questões, assim como a forma como os dados científicos são utilizados muitas vezes é diferente segundo os diversos posicionamentos dos especialistas, os quais transitam por diferentes âmbitos sociais e estão impregnados por várias outras influências, entre as quais, aspectos sociais, culturais e políticos. Logo, a visão da ciência “dominante” é contingente e está em permanente disputa por esta hegemonia, ao reafirmar sua credibilidade e autoridade. Para autora, especialistas, juízes e agentes estatais podem divergir de forma legítima ao decidir o que vão aceitar como elementos que fundamentem suas decisões, pois o que está em jogo não é tanto o caráter de veracidade ou confiabilidade dos diagnósticos médicos, mas a relevância que eles adquirem para a questão na discussão de cada situação ou processo.

²⁴ Segundo o site da UNESCO, para as Nações Unidas, os jovens são as pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos de idade. A UNESCO entende que os jovens são um grupo heterogêneo em constante evolução e que a experiência de “ser jovem” varia conforme as regiões do mundo e dentro de um mesmo país. Disponível em: <http://www.unesco.org/new/es/popular-topics/youth/> Acesso: 10.07.2013.

No caso de adolescentes e sua condição peculiar de desenvolvimento, que está, todavia, em curso, o diagnóstico de quaisquer transtornos mentais pode ser uma questão ainda mais problematizada, porque é a partir dele que será identificado e tratado aqueles que estão em um suposto estado de desajuste ou sofrimento, em razão de sua condição. Neste sentido, o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM – The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)²⁵ é emblemático, uma vez que estabelece os critérios para diagnóstico de transtornos mentais, servindo de referência na área para o sistema de Classificação Internacional de Doenças embora, no entanto, seu uso (ou mesmo, sua classificação) seja bastante controversa no meio médico.²⁶

²⁵ Segundo o site da Associação Americana de Psiquiatria, o DSM (que já está em sua quinta edição) “é usado por clínicos e pesquisadores para diagnosticar e classificar desordens mentais, sendo produto de mais de dez anos de trabalho de centenas de especialistas internacionais em todas as áreas da saúde mental que, por sua dedicação e esforços, produziu um volume reconhecido para definir e classificar os transtornos mentais, a fim de melhorar o diagnóstico, tratamento e pesquisa. Os critérios são concisos e explícitos, destinados a facilitar uma avaliação objetiva das apresentações dos sintomas em uma variedade de configurações, seja na clínica hospitalar, ambulatorial, consulta, prática clínica privada e cuidados de saúde primários. Os novos recursos e aprimoramentos fazem com que o DSM-5 seja mais fácil de usar em todas as configurações. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição, é o recurso mais abrangente, atual e crítico para a prática clínica, disponível para uso clínico e de pesquisadores de todas as orientações, em saúde mental, atualmente. As informações contidas no manual também são valiosas para outros médicos e profissionais da saúde, incluindo psicólogos, conselheiros, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e de reabilitação, bem como assistentes sociais e especialistas forenses e legais.” (tradução minha) Disponível em: <http://www.appi.org/Pages/DSM.aspx>. Acesso em 25.07.2013. O Manual é usado como referência para diagnóstico e classificação de transtornos mentais em todo o mundo, sendo utilizado inclusive pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para classificar os transtornos psiquiátricos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde (CID), adotado por diversos países, dentre os quais, o Brasil.

²⁶ Longe de ser consenso entre a comunidade médica, a quinta edição do Manual esteve cercada de polêmica, sobretudo pelo excesso de diagnósticos e pela imprecisão de muitos deles, o que pode levar a estigmatização de comportamentos de algumas pessoas e a tratamentos desnecessários, fazendo uso de medicamentos cujas reações adversas, muitas vezes, são desconhecidas ou prejudiciais. Contando com a ajuda de cerca de 1500 especialistas de todo o mundo e após dez anos de discussões para a revisão, esta edição incluiu um novo rol de transtornos mentais, entre eles a depressão por luto, a tensão pré-menstrual, agora incluída no corpo do manual e classificada como “desordem disfórica pré-menstrual”, o autismo (Síndrome de Asperger, agora reclassificada como transtorno de espectro autista), o transtorno disruptivo de desregulação de humor em crianças (antes diagnosticadas com transtorno bipolar), o transtorno de escoriação da pele, bem a alteração da faixa de idade para diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, a inclusão da compulsão alimentar juntamente com a anorexia e bulimia. A primeira edição do Manual, lançada em 1952, continha cerca de 106 transtornos. Este número aumentou para 182 na segunda edição, de 1968 e para 265 na terceira edição, de 1980. Após essa expansão dos diagnósticos, apenas 14 novos transtornos foram incluídos na quarta de edição, de 1994, a qual foi revisada em 2000 e vigorou até este ano, quando a quinta edição foi lançada no Encontro Anual de Psiquiatria da Associação Americana de Psiquiatria. Especificamente sobre o Manual e suas alterações ver: <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/nova-biblia-da-psiquiatria-vem-ai-e-com-ela-mais-doencas>, <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/o-dsm-5-e-o-melhor-que-temos-para-diagnosticar-os-transtornos-mentais>, <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/em-busca-do-diagnostico-perfeito>, <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/longe-do-consenso>. Acesso em 17.07.2013.

Apesar disso, dentre os vários transtornos mentais citados no manual médico, um deles adquire maior relevância para o meu estudo, uma vez que é o mais recorrentemente citado²⁷: trata-se do transtorno de personalidade antissocial, classificado como um dos transtornos de personalidade. Etiqueta usada como referência e justificativa para a existência da política de saúde mental, usualmente é atribuída a alguns adolescentes infratores e tida como a maior preocupação entre os agentes que estão pensando essa política pública de atendimento especializado de saúde para os jovens internados.

O transtorno de personalidade antissocial²⁸ é considerado o tema mais desafiador e motivo de maior controvérsia entre agentes da justiça penal juvenil, por diversos motivos. Um deles, diz respeito ao diagnóstico. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) indica que, para realizar o diagnóstico do transtorno de personalidade antissocial, o indivíduo tenha, pelo menos 18 anos de idade. O que seria possível antes dessa idade é a identificação de comportamentos que indicariam “transtorno de conduta”²⁹ e que, se percebidos antes dos 15 anos, sugerem o desenvolvimento de dito transtorno, no futuro. No entanto, tal verificação não é conclusiva, assim como, em última instância, não seriam quaisquer dos diagnósticos do manual, conforme sugerem seus críticos. Uma outra questão enfrentada é: em sendo o jovem que cumpre medida socioeducativa de internação diagnosticado com traços de “Transtorno de Conduta”, qual tratamento imputar-lhe, se entre a comunidade médica a recomendação é de tratamento psicoterapêutico, eventualmente com medicação, deixando-se a internação hospitalar apenas para os casos extremos e de maior gravidade? E se esse jovem cometeu o ato infracional em razão do transtorno de que lhe

²⁷ Pelas próprias características do transtorno descritas na literatura médica, geralmente vinculadas ao engodo e a manipulação, assim como pelo interesse de diversos pesquisadores pelas relações entre a incidência de autoria de crimes entre essa população, o Transtorno de Personalidade Antissocial, também chamado de Psicopatia ou Sociopatia, é bastante estudado e muito recorrente nas narrativas dos agentes vinculados à Justiça Criminal, se comparado a outros transtornos descritos no DSM.

²⁸ O Transtorno de Personalidade Antissocial, segundo definição do DSM-IV “é um padrão de desconsideração e violação dos direitos dos outros”; É um dos dez tipos de Transtornos de Personalidade identificados pelo Manual. Segundo ele, um “transtorno de personalidade é um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é invasivo e inflexível, tem seu início na adolescência ou começo da idade adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo” (DSM-IV, 2000: 593).

²⁹ O Transtorno de Conduta, segundo o DSM-IV (2000: 609), envolve “um padrão de comportamento repetitivo e persistente, no qual ocorre a violação dos direitos básicos dos outros ou de normas ou regras sociais importantes e adequadas à idade.”

acomete, teria algum efeito impor-lhe uma medida socioeducativa, ainda que de privação de liberdade, quando, na verdade, deveria receber um tratamento de saúde?

A passagem da noção de doença individual, o transtorno identificado no corpo do jovem supostamente em sofrimento mental, para a lógica individualizada dos protocolos, que objetifica e dá concretude a uma doença abstrata, e a consideração do corpo como mecanismo em sua inteireza, dão origem a uma biopolítica voltada para o gerenciamento dos riscos e dos corpos desses indivíduos. Isso porque a identificação do transtorno psiquiátrico no jovem internado provém do diagnóstico médico, o qual não é só um elemento de objetificação do corpo escrutinado, mas também produz outros sentidos, sejam em processos de subjetivação ou processos burocráticos de classificação. Ou seja, o diagnóstico, por um lado, dá sentido ao suposto sofrimento mental do adolescente, quando o objetifica em seu corpo e faz com que ele estabeleça uma série de relações sociais decorrentes disso; mas por outro, também transforma-se em um idioma socialmente compartilhado entre os agentes (e entre estes com os jovens) do que seja um jovem com transtornos mentais, para fins de gerenciamento de riscos sociais e governo dessa população (ROSENBERG: 2002).³⁰

Tais questões perpassam o construção dessa problemática e geram uma série de controvérsias entre os agentes envolvidos, assim como diversos saberes são acionados, desde lugares diferentemente situados. O adolescente infrator é constituído como esse ciborgue, um misto de ser humano, ser desumanizado, ser doente e ser marginal, produto de uma biopolítica e de uma série de agenciamentos, ao mesmo tempo locais e globais. Diversos alinhamentos particulares de técnicas e práticas administrativas são criadas, as quais criam e dão inteligibilidade a novos conjuntos de tecnologias e políticas que conformam não só seus próprios espaços, mas também atribuem diversos valores para as práticas e aos agentes com os quais interagem (ONG; COLLIER, 2007).

Como na cidade de São Paulo, a constituição da política pública em saúde mental da FASE, pode ser pensada nos termos daquilo que Latour (1994) destaca como uma rede

³⁰ Para o autor, são três os fatores que contribuem para a corporificação social da doença: 1) tecnologias de intervenção e previsibilidade da doença, no sentido de que as doenças adquirem especificidades através dos mecanismos de diagnóstico e de seu tratamento; 2) crescente domínio do hospital e do exame na estruturação social, na medida em que constitui uma estrutura na qual concentra um corpo de técnicos que realizam práticas objetivas (exames, diagnósticos e tratamentos), com uma linguagem comum entre os diferentes envolvidos (médicos, pacientes etc); e, 3) Estruturas e práticas de burocracias, na medida em que produzem uma série de dados, codificações, registros e informações, através das quais o caráter social da doença é corporificado (ROSENBERG: 2002).

sociotécnica, na medida em que envolve um conjunto de interações e concepções sobre jovem infrator, transtornos mentais, diagnósticos e tratamento, conforme buscarei explorar a seguir. As práticas de construção dos sujeitos como “adolescentes internados” e as relações entre os modos de sujeição e subjetivação desses indivíduos enquanto “adolescentes com transtornos de comportamento” que necessitam passar por uma intervenção estatal (seja medicamentosa ou unicamente segregadora), me remetem às questões relativas ao uso e práticas estratégicas de constituição de “verdade”, a partir de técnicas como o exame e as intervenções legitimadoras do saber médico que, além de constituírem sujeitos, produzem uma biopolítica que serve de instrumento legitimador de práticas estatais que decidem sobre os corpos e a vida desses indivíduos (FOUCAULT, 2005).

É possível pensar nos sentidos e práticas imbricadas nas noções de doença, diagnósticos e medicalização que são mobilizadas pelos agentes na constituição de subjetividades e práticas de intervenção estatal sobre a juventude internada, através de narrativas que estão sendo discursivamente articuladas em políticas *da* e *para* a vida (ROSE, 2007). Neste sentido, as tecnologias e as práticas de governo evidenciam seus aspectos multidirecionais, os quais modificam não só os aparatos e instituições estatais, mas também a percepção no uso e aceitação de ditas práticas entre os sujeitos, o que significa pensar como as tecnologias de governo são propostas e implementadas, sem desconsiderarmos a dimensão das subjetividades sociais e individuais, os processos de subjetivação e sujeição, os quais passam a ser incorporados entre as práticas dos usuários dos serviços, agentes e demais envolvidos na constituição das políticas públicas, e produzem novos sentidos sobre suas práticas.

Considerações a título de desfecho

A partir de alguns elementos observados, o estudo sinaliza que a discussão sobre o transtorno mental na adolescência e suas relações com Justiça Juvenil surgem de forma mais incisiva, como um acontecimento ou problemática pública, no início dos anos 2000. O interesse pela investigação, diagnóstico e tratamento do corpo jovem volta-se para a dimensão da prevenção do ato infracional, no sentido de gerenciar indivíduos e prevenir

riscos sociais. Tais práticas estão voltadas para a criação de tecnologias de governo, que constituem sujeitos e suas práticas e estão implicadas em equipamentos públicos e políticas públicas, em estrito debate com os estudos sociais da ciência, da antropologia da ciência e da antropologia do direito, além das já tradicionais áreas do conhecimento que perpassam esse campo, tais como a medicina, as ciências “psi” e o direito.

Esses processos, no entanto, não são predeterminados, mas bastante contingentes. Conforme Fleck (2010) salienta, a produção do conhecimento se dá em condições específicas, as quais não descartam uma série de outras relações, incapazes de serem explicadas psicológica (seja de maneira individual ou coletiva) ou historicamente. A partir desse entendimento, é inviável quaisquer tipos de categorização *a priori*, uma vez que o conhecimento científico em torno da questão é uma atividade social e coletiva, indicando a dificuldade de construir cronologicamente uma noção ou um conceito em específico, uma vez que as ideias que o formam não ocorrem de maneira linear e ordenada, mas se cruzam e se influenciam de diferentes formas e em múltiplas conexões.

Amparada na leitura Foucault (1994), é possível defender tal dimensão de agência dos sujeitos, na medida em que estes percebem que “tomam por verdade, por evidência alguns temas que foram fabricados em um momento particular da história; e que essa pretensa evidência pode ser criticada e destruída”. Para o autor, a inexistência de necessidades humanas universais demonstrariam a dimensão arbitrária das necessidades produzidas pelas instituições e o espaço de liberdade que ainda dispomos para efetuarmos rupturas. Os sujeitos estão, pois, implicados em processos de negociação, reconfiguração de práticas e diferentes moralidades, com os diversos agentes e artefatos que os envolvem e com eles estão envolvidos em alguma medida. Os efeitos de poder dessas relações repercutem nos saberes engendrados nessas redes, gerando novos efeitos de poder e reconfigurando constantemente as relações, de forma a manter-se o constante fluxo de agenciamentos e (re)produção de sentidos entre os agentes (LAW, 1992).

Dentro desse cenário, emergem as tecnologias de governo, as quais são utilizadas para capturar uma parcela de sujeitos marginalizados (“às margens do Estado”) que o colonizam através da incidência estatal, a partir da (i)legitimidade de certas práticas que se constituem nas interações entre os agentes e o Estado, ou mesmo na constituição de

um espaço de intersecção entre corpo, lei e disciplina, no qual ocorre o exercício de uma biopolítica estatal, direcionada para a gestão dos corpos desta parcela de jovens internados (DAS; POOLE, 2008).

Neste sentido, inspirado pela metodologia e pelos estudos de Latour (1994), o trabalho de campo surge como uma alternativa de (re)corte e purificação de alguns fluxos dessas redes, para que possamos construir um cenário de estabilizações para análises dessas relações, dos híbridos e das subjetividades que as constituem e que são por elas constituídas ao longo dos seus processos. A partir dessa perspectiva, a antropologia torna-se um mecanismo de inscrição e tessitura desses percursos, sem a pretensão de estabelecê-los como verdades cientificamente provadas, mas como uma possibilidade de leitura desde um saber situado, construído a partir e em conjunto com um acontecimento politicamente múltiplo.

Referências Bibliográficas

AGAMBEN, G. *Homo Sacer: O Poder Soberano e a Vida Nua I*. 2ª ed., Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

BRASIL. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao> Acesso: 12.06.2013.

BRASIL. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao> Acesso: 12.06.2013.

CLARKE, Adele E. et all. Biomedicalization: Technoscientific transformation of health, illness and US biomedicine. *American sociological review*, 2003, vol. 68 (april: 161-194).

DAS, V.; POOLE D. El estado y sus márgenes: etnografías comparadas. *Revista Académica de Relaciones Internacionales*. UAM-AEDRI, n. 8, Marzo 2008.

DSM-IV. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*: DSM-IV. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

FLECK, L. *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FOUCAULT, M. A governamentalidade. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 21ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005, p. 277-293.

JASANOFF, S. 2006. Just Evidence: The Limits of Science in the Legal Process. *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, Boston, 2006, Volume 34, Número 2, pp. 328- 241.

LATOUR, B. *Jamais Fomos Modernos*. São Paulo: Editora 34, 1994.

_____. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora Unesp, 2000.

LAW, J. *Notas sobre a teoria do Ator-Rede: ordenamento, estratégia, e heterogeneidade*. Tradução de Fernando Manso. Disponível em <http://www.necso.ufrj.br/> Acesso: 25/01/2012. (LAW, John. Notes on the theory of the actor-network: Ordering, strategy, and heterogeneity. In: *Systemic Practice and Action Research*. Volume: 5, n: 4, Springer, pp: 379-39, 1992.)

OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E. Y. A adolescência como um constructo social. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: USP, 7(2), 12-21, 1997.

ONG A.; COLLIER, S. (ed.). *Global assemblages: technology, politics, and ethics as anthropological problems*. London: Blackwell Publishing Ltd, 2007.

ROSE, N. *The politics of life itself: biomedicine, power, subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press, 2007.

ROSENBERG, C. E. *The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience*. *The Milbank Quartely*. vol. 80, nº 2, 2002, p. 237-259.