



doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum39.105.AO08>

Juventude e as práticas de patologização no acolhimento institucional

Youth and the practices of pathologization in the institutional shelters

Fernanda Martins da Silva Winkelmann
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS
<https://orcid.org/0000-0002-6186-1475>
fernanda.winkelmann@gmail.com

Neuza Maria de Fátima Guareschi
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS
<https://orcid.org/0000-0001-5892-188X>

Oriana Holsback Hadler
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS
<https://orcid.org/0000-0001-9736-2224>

Resumo

Este artigo problematiza as práticas de patologização infanto-juvenis realizadas no âmbito do acolhimento institucional, a partir das experiências de trabalho com jovens atendidos em um abrigo organizado pelo recorte populacional do sexo masculino com diagnóstico de transtorno de conduta. As discussões destas práticas de patologização produziram a narrativa da trajetória de vida de um jovem acolhido que ressoa a história de muitos outros. A escrita se fundamenta na concepção foucaultiana de biopolítica como modo de governo da vida que opera políticas públicas do Estado. Assim, discute-se como os dispositivos de contenção, medicalização e internação psiquiátrica agem sobre esta população de jovens em nome da efetivação e garantias de direito para otimizar modos de governo das juventudes acolhidas. Nas conclusões, aponta-se como a contra-conduta do jovem frente à lógica institucional é neutralizada, desqualificando suas ações através do discurso patologizante.

Palavras-chave: Acolhimento Institucional; Juventude; Patologização.

Abstract

Abstract: This article problematizes the practices of pathologization towards children and adolescents of institutional shelters, based on working experiences with young people assisted in a shelter for male youngsters diagnosed with conduct disorder. The discussions of these practices of pathologization have produced the narrative of a young man's life trajectory that echoes the lives of many other young people. The discussion put forward in this paper is based on Foucault's conception of biopolitics as a way of governing life that operates through public policies of the State. In this sense, this paper questions how devices of containment, medicalization and psychiatric hospitalization act on this population of young people in the name of the effectiveness and human rights guarantees in order to optimize modes of government of sheltered young people. To conclude, it is pointed out how a young person's counter-conduct against the institutional logic is neutralized, as a mean to disqualify his/her actions through pathological discourse.

Key words: Institutional Shelters, Youth, Pathologization.

Resumen

Resumen: Este artículo problematiza las prácticas de patologización infanto-juveniles realizadas en el ámbito de la acogida institucional, a partir de las experiencias de trabajo con jóvenes atendidos en un abrigo organizado por el recorte poblacional del sexo masculino con diagnóstico de trastorno de conducta. Las discusiones de estas prácticas de patologización produjeron la narrativa de la trayectoria de vida de un joven acogido que resuena la historia de muchos otros. La escritura se fundamenta en la concepción foucaultiana de biopolítica como modo de gobierno de la vida que opera políticas públicas del Estado. Así, se discute cómo los dispositivos de contención, medicalización e internación psiquiátrica actúan sobre esta población de jóvenes en nombre de la efectividad y garantías de derecho para optimizar modos de gobierno de las juventudes acogidas. En las conclusiones, se apunta como la contra-conducta del joven frente a la lógica institucional es neutralizada, descalificando sus acciones a través del discurso patologizante.

Palabras clave: Acogida Institucional; Juventud; Patologización.

Introdução

Segundo o Conselho Nacional de Justiça – CNJ (2018), até dezembro de 2018 o Brasil contava com trezentos e dezessete mil e nove guias de acolhimento infanto-juvenis¹ expedidas pelo sistema judiciário. O Estado de São Paulo, o mais populoso do país, expediu maior quantidade de guias de acolhimento, seguido de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Juntos, esses quatro Estados somam aproximadamente metade de toda demanda judicial do acolhimento infanto-juvenil brasileiro.

Conforme dados do Conselho Nacional de Justiça (2018) e do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), o índice demográfico da população relacionado à proporção de acolhimento, aponta a alta incidência de institucionalização das infâncias e juventudes.

Tabela 1.

| Estados | Nº total da população infanto-juvenil* | Nº de guias de acolhimento expedidas** | Incidência de acolhimento |
|--------------------------|---|---|----------------------------------|
| São Paulo | 433.520 | 63.854 | 14,73% |
| Minas Gerais | 876.837 | 34.052 | 4% |
| Rio de Janeiro | 381.3343 | 44.821 | 38% |
| Rio Grande do Sul | 359.223 | 32.655 | 9% |
| SUBTOTAL | 5.482.923 | 175.382 | 3,2% |
| Outros Estados | 5.444.821 | 141.627 | 2,6% |
| TOTAL GERAL | 10.927.744 | 317.009 | 2,9% |

Nota: análise da incidência do acolhimento institucional na população infanto-juvenil brasileira. *Dados do IBGE (2010). ** Dados do Sistema de Cadastro Nacional de Crianças Acolhidas do CNJ (2018).

¹ Conforme o art.101,§3º do ECA (Brasil, 1990), a guia de acolhimento é o documento expedido por autoridade judiciária que designa o encaminhamento de crianças e adolescentes às instituições que executam programas de acolhimento institucional, governamentais ou não.

As recorrentes violações e ameaças aos direitos da infância e da juventude são questões de políticas públicas que demandam ações de Estado. Conforme o art. 98 do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Brasil, 1990), quando uma criança ou jovem tem seu direito ameaçado ou violado por falha do Estado, da sociedade, da família ou por razão de sua própria conduta, determina-se o acolhimento judicial. Trata-se da última instância recorrida para proteção diante de risco pessoal ou social. As principais causas relatadas nos encaminhamentos da rede de proteção infanto-juvenil para institucionalização de uma criança ou adolescentes são: abandono, maus tratos físicos e/ou psicológicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, situação de rua e prática de ato infracional.

Durante o período de acolhimento, a criança ou jovem expressa de diferentes modos as consequências provocadas pela ameaça ou violência, que culminou no seu afastamento familiar. Seja por tristeza, irritabilidade, desconfiança, isolamento ou, de modo mais intenso, por automutilação, agressividade, tentativas de suicídio, etc. Em resposta, os profissionais do acolhimento institucional marcadamente recorrem a práticas psiquiátricas e medicalização. Tais práticas estão previstas inclusive em projetos de regulamentação dos serviços. No caso do Rio Grande do Sul, mais especificamente na capital gaúcha, o projeto que regulamenta a criação das instituições de acolhimento delibera claramente tais práticas como guia de contenção para crianças e adolescentes cujos comportamentos são considerados exacerbados.

Em Porto Alegre, o Projeto Figueira (2007) regulamentou a criação de doze abrigos próprios do município², que contam ao todo com duzentas e setenta vagas de atendimento. Este foi o primeiro projeto publicado após a regulamentação do ECA (Brasil, 1990) na cidade. O principal objetivo era a municipalização e implementação do sistema de garantia de direitos, em contraposição às práticas de acolhimento por pobreza em grandes instituições asilares do Estado, propostas nos Códigos de Menores que regulamentaram a política infanto-juvenil brasileira no século passado.

² Em Porto Alegre também existiam abrigos administrados por entidades terceirizadas e de gestão do Estado do Rio Grande do Sul, cuja regulamentação não está contemplada neste projeto.

Este projeto foi criado por um grupo de trabalho composto por dezoito funcionários da prefeitura de Porto Alegre, que em sua maioria trabalhavam na rede de acolhimento infanto-juvenil. Na introdução se apresentam o marco situacional, histórico e teórico. Nos seus capítulos seguintes se apresenta a configuração dos abrigos, com planejamento das ações e metas de trabalho.

Por uma analogia ao nome Figueira, que faz referência a uma espécie de árvore, os abrigos receberam nomes de passarinhos: dez casas são chamadas de Sabiás (e numeradas de 1 a 10) e outras duas casas intituladas João-de-Barro e Quero-Quero. Para estas duas últimas casas foi criado um perfil³ de adolescentes a ser recebido, diferente das crianças e jovens dos sabiás: os Sabiás recebem crianças de ambos os sexos, desde recém-nascidos até jovens com 18 anos incompletos, enquanto as casas Quero-Quero e João-de-Barro recebem apenas jovens do sexo masculino, de 12 a 18 anos, com critérios de ingresso diferenciados, tais como, por exemplo, o encaminhamento pela rede de saúde ou socioassistencial, com prévia avaliação apontando diagnóstico de transtorno de conduta.

Conforme o Projeto Figueira, o abrigo Quero-Quero caracteriza-se como uma casa de passagem, que acolhe jovens com registro de prática de ato infracional, encaminhados pela Delegacia da Criança e do Adolescente (DECA-RS). E o João de Barro destina-se ao acolhimento de jovens com diagnóstico de transtorno de conduta referenciado no Código Internacional de Doenças 10 (CID, 1993) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM, 2014/1994)⁴:

CASA JOÃO DE BARRO: casa de passagem, de pequeno porte, com 10 vagas, em regime de coeducação, visando acolhimento e atendimento de adolescentes que apresentem Transtorno de Conduta e/ou envolvimento profundo com drogas, que necessitem, no momento, de cuidados intensivos no sentido de preservação física, psíquica e moral. (p.49)

Tal diagnóstico é produzido por especialista da rede de saúde, psicólogo ou psiquiatra, que trabalha na própria rede de acolhimento:

O ingresso na CASA JOÃO DE BARRO se dará a partir de elaboração de Estudo de Caso Transdisciplinar a ser realizado pela Equipe Técnica do Núcleo Técnico da Coordenação da Rede de Abrigagem Infanto-Juvenil e pelos médicos

³ Conforme apontado por Fonseca C. et al (2006), palavra perfil é um termo comumente utilizado para diferenciar recortes populacionais do acolhimento institucional.

⁴ O DSM-V foi publicado em 18 de maio de 2013 e é a versão atual do manual.

psiquiatra e neurologista da Secretaria de Saúde (SMS) que forem cedidos para o trabalho na unidade. (Idem. p. 105 -106)

O Projeto Figueira foi um documento norteador para a criação dos abrigos, mas sua proposta foi transformada pelas práticas de trabalho. Os abrigos João de Barro e Quero-Quero, dentro dos fluxos de trabalho, receberam demandas de transferência de jovens acolhidos nos abrigos comuns que praticaram atos infracionais ou eram considerados agressivos e/ou perigosos, sem que necessariamente houvesse acompanhamento psiquiátrico ou prévio diagnóstico de transtorno de conduta. Além disso, por motivo de rixas entre integrantes de facções rivais acolhidos no João de Barro, foram necessários transferências para Quero-Quero, homogeneizando as populações das duas casas.

O exercício de classificação diagnóstica do Projeto Figueira extravasou o seu propósito. As práticas de trabalho dos técnicos da rede de proteção infanto-juvenil passaram a criar uma população com perfil perigoso a ser acolhida nos abrigos específicos e o uso do diagnóstico ‘Transtorno de Conduta’ se tornou a forma mais comum para determinar um ‘perfil’ de jovem, tornando-o perigoso no sistema de acolhimento e, por conseguinte, a forma pela qual o encaminhamento do jovem para os abrigos específicos se fundamentava. Mesmo os acolhidos que cresceram desde a infância nos abrigos, uma vez considerados perigosos quando chegavam na juventude, acabavam sendo transferidos para as casas João de Barro e/ou Quero-Quero. Desta forma, problematizamos neste estudo as práticas de patologização infanto-juvenis da rede de acolhimento em abrigos que vem legitimar ações institucionais de segregação de jovens através de perfis populacionais que os estigmatizam. Em especial, este artigo volta-se para as práticas com jovens institucionalizados que venham reforçar sua condição de desigualdade social através de classificações que os colocam *a priori* como infratores e doentes.

Método

Utilizamos como método de análise a narrativa fictícia da trajetória de vida de um jovem acolhido para tornar visíveis os mecanismos que conduzem às práticas de patologização, possibilitando a discussão de suas consequências no âmbito do acolhimento institucional. Para isso nos valem de nossa experiência de trabalho nestas

instituições durante o período de dois anos, mais especificamente de 2015 a 2017, das falas de profissionais sobre as trajetórias de vida de jovens em acolhimento, do Projeto Figueira (2006) e da construção de narrativas baseadas em documentos⁵.

Participaram da construção desta narrativa as experiências de trabalho com diferentes acolhidos. Portanto, trata-se de uma única história que ressoa a trajetória de vida de muitos outros jovens – personagens infanto-juvenis, compondo um mosaico de histórias cotidianas da rede de acolhimento institucional do Rio Grande do Sul. Voltamos nosso olhar para as práticas da rede de proteção infanto-juvenil que conduzem diferentes jovens a vivenciar trajetórias de acolhimento similares. Considerando isso, a narrativa aqui apresentada não se conjuga como um estudo de caso, mas uma problematização dos discursos reincidentes que produzem um sujeito jovem ‘a ser acolhido’.

A produção desta trajetória de vida foi realizada a partir da seguinte questão: como determinadas práticas de institucionalização foram significativas para jovens acolhidos e que mudanças elas provocaram em suas vidas? Dito de outra forma, como práticas de patologização buscam normalizar as mudanças e diferenças de comportamento dos acolhidos através de mecanismos de contenção, medicalização e internação psiquiátrica dos jovens? Com isso apontamos como a atribuição de patologias aos jovens acolhidos pode ser ‘pré-fabricada’ por certas intervenções, rede de saberes e mecanismos institucionais.

Os personagens que constituem a narrativa são nomeados conforme o lugar que lhes foi atribuído pela instituição como, por exemplo: acolhido/jovem, pai, mãe, equipe técnica, educadores e psiquiatra. Estes nomes aparecem desta forma, pois se compreende que as relações acontecem de modo similar conforme o lugar, cargo ou parentesco implicado com o contexto institucional. Neste sentido, esta escrita se preocupa menos com um lugar individualizado e volta-se para os efeitos que determinadas práticas produzem sobre a população envolvida na rede de acolhimento, pensando no modo como

⁵ Os documentos que registram o atendimento prestado aos acolhidos por profissionais de diferentes especialidades da rede de proteção infanto-juvenil afirmam um discurso sobre os jovens para justificar determinadas intervenções. A repetida afirmação destes discursos impulsionou a criação de trechos narrativos similares aos relatos produzidos por diferentes instituições. Não foram utilizados os dados específicos de prontuários, preservando-se o sigilo.

se estabelecem relações de poder nesse campo, conforme determinado lugar conferido por uma instituição. Tendo em vista o caráter vivencial e a preservação do sigilo entre os envolvidos, cabe ressaltar que esta modalidade de pesquisa realizada no âmbito da prática profissional dispensa avaliações de comitê de ética, conforme o art. 1º, parágrafo único, inciso VII da resolução do Conselho Nacional de Saúde a 510/2016, não deverão ser registradas ou avaliadas pelo sistema CEP CONEP: “VII – pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não reverem dados que possam identificar o sujeito.

Análise de dados

A produção do jovem no acolhimento institucional: uma história em aberto regime fechado.

Eram nove horas da manhã de um dia quente de verão. Um homem e uma mulher estavam na praça que fica em frente ao abrigo e foram convidados para se reunir na sala com a equipe de técnicos do abrigo. Eles recusaram, demonstrando timidez para entrar na casa. Os técnicos foram ao encontro do casal na praça. O homem e a mulher disseram que a visita repentina era para encontrar o filho, que estava acolhido há duas semanas naquele abrigo.

O filho ingressou no abrigo aos dois anos de idade e sempre manteve contato com os pais, embora ambos estivessem destituídos do poder familiar desde quando ele era um bebê. Hoje, este filho tornara-se um jovem com dezessete anos, negro, alto e com porte físico grande. Muito carismático quando conversava com acolhidos e também com os adultos. Na maioria das vezes, abria um largo sorriso e estava bem humorado. Mas quando contrariado era capaz de fazer afronta veemente. A recente transferência para o abrigo comum, por exemplo, havia sido motivada por conflito com um educador, que culminou em confronto físico. Esse jovem foi transferido de abrigo por doze vezes durante seu período de acolhimento. Ele cresceu nos abrigo. Por isso sua família era conhecida pelos funcionários que trabalhavam há muitos anos na rede de assistencial social.

Na ocasião da visita dos pais, o filho estava fazendo entrevista de matrícula em uma Escola para Jovens e Adultos (EJA). Até aquela oportunidade, os técnicos não tinham encontrado os registros atualizados com endereço ou contato telefônico para falar com os pais. Por isso, estes técnicos aproveitaram a oportunidade da visita para fazer uma primeira conversa com o casal.

Os técnicos perguntaram se poderia ser feita uma visita domiciliar na residência dos pais, considerando a possibilidade do filho realizar visita aos finais de semana, em casa. E ainda perguntaram aos pais se tinham intenção de receber o jovem em casa para morar com eles quando o mesmo completasse a maioridade, esclarecendo que precisavam montar um plano para o desligamento que se aproximava com a chegada dos dezoito anos.

O pai relatou que tinha afeto pelo filho, que gostava dele e desejava continuar fazendo visitas no abrigo. E começou a contar a história da família, como quem já decorara um discurso pronunciado muitas vezes. Ele relatou que anos atrás havia se desentendido com o filho e tivera medo de ser agredido. Tomou como exemplo o confronto com o educador do outro abrigo que motivou a transferência de abrigo. E repetiu essas frases, se referindo ao filho:

Pai — “Esse moço não tem mais jeito. Se continuar agindo assim, se envolvendo em brigas, fazendo coisa que não deve, vai acabar voltando pra FASE⁶ ou sendo morto”.

Enquanto a mãe permaneceu calada desde o início da conversa, o pai falava bastante. Ele disse que o filho se envolveu em muitas confusões. E começou a compará-lo a esposa, fazendo críticas, falando do seu comportamento explosivo e descrevendo as medicações que tomava, entre outras informações do acompanhamento psiquiátrico dela.

Pai — “O temperamento do guri é difícil igual ao da mãe dele”.

A mãe olhou com o canto dos olhos para o pai, cerrando os punhos. Ele continuou o assunto, sem olhar para ela. E subitamente, ela estapeou o braço do marido. A força foi tão grande que ele inclinou o corpo pra frente. A mãe, enfurecida, mandou o esposo parar

⁶ A Fundação de Atendimento Socioeducativo (FASE), trata-se do local onde os jovens, de doze a dezoito anos, cumprem medida socioeducativa de internação devido prática de delito.

de falar dela para outras pessoas. Ele, assim que recuperou o equilíbrio, voltou-se para esposa e continuou a discussão, indignado com a mesma. Os dois falavam sobre desentendimentos do casal, enquanto os técnicos do abrigo olhavam, tentando assimilar o que estava acontecendo, impactados com o brusco acontecimento.

O casal começou a namorar antes dos 20 anos. Eles tiveram cinco filhos. Todos gerados enquanto viviam em situação de rua, sendo este o motivo apontado para justificar a destituição do poder familiar: falta de organização, abandono e negligência.

Pouco tempo depois, os pais se acalmaram. Tão rápido quanto começaram a discussão, voltaram a ficar em silêncio, tolerando a presença um do outro para continuar conversando com os técnicos do abrigo. O sol da manhã estava ficando cada vez mais quente. O céu estava totalmente azul, sem uma única nuvem. Enquanto conversavam, o calor provocava incômodo.

Em resposta aos questionamentos dos técnicos, o pai cordialmente se recusou a receber os profissionais do abrigo em sua casa. E em tom de lamentação disse:

Pai — “Nós já recebemos visita de um monte de assistente social e psicólogo. Se vocês procurarem, está tudo nos documentos dele.”

E afirmou que não desejava receber o filho para morar em sua casa quando completasse maioridade, pois não sabia lidar com o comportamento dele. E seguiu:

Pai — “Não adianta. Se essas pessoas que estudam durante anos não conseguem dar conta de cuidar do guri, como é que nós vamos fazer isso?”

Em tenra idade o jovem foi afastado de seus familiares para ser criado pelo Estado. Durante quinze anos de acompanhamento, os pais receberam visitas em sua casa e relataram seu drama familiar para muitos técnicos da rede de proteção, que desqualificaram seu modo de vida, atestando em relatório após relatório que ambos eram incapazes de criar os filhos. Agora, os técnicos da mesma rede de proteção queriam que o filho adulto morasse com eles. Então, o pai questionou o paradoxo produzido pela própria rede de proteção: “como ele, dito negligente e desorganizado, seria capaz de lidar com o filho, se os próprios técnicos transferiam o filho de abrigo para abrigo quando acontecia algum problema?”. Era uma pergunta difícil de responder.

Mais do que uma pergunta não respondida que coloca em xeque as contradições do acolhimento institucional, a inquisição deste pai nos provoca sobre o quanto a história dos jovens em abrigos se constituem trajetórias de vida encerradas em si mesmas ou, pelo menos, tornadas certamente finalizadas. Na desqualificação da família e na resolução de avaliar e diagnosticar por incapacitado o jovem. O desfecho que se firma é o de uma história que não mais se encontra em aberto, mas definitivamente selada em um regime fechado de práticas institucionalizadas sobre um ‘perfil’ que encerra o sujeito jovem como insuportável. À essa insuportabilidade contínua, uma série de mecanismos são mobilizados a fim de “dar conta de cuidar do guri” e governar aquele difícil de ser controlado.

Práticas de patologização: medicalização, contenção e internação.

Os documentos que o pai sugeriu que fossem lidos pelos técnicos, ficam na sala administrativa. Nesta sala tem um arquivo de metal, com prontuários recheados de documentos com informações sobre a vida dos atuais acolhidos e dos egressos da casa. O auxiliar administrativo fica encarregado de organizar a entrega e arquivamento dos documentos. A entrada neste aposento é mediada por ele e pelos técnicos. Ocasionalmente os educadores participam de reuniões, mas em geral circulam pela casa ou acompanham atividades dos acolhidos. Quando o auxiliar administrativo ou os técnicos não se encontram na casa, a porta da sala permanece trancada.

O prontuário do filho deste casal era um dos mais abarrotados de folhas, devido ao seu longo período acolhimento. Além dos documentos produzidos pelos técnicos desta casa, também havia cópias dos documentos de todos os abrigos anteriores. Sua pasta tinha folhas plásticas que separavam os documentos conforme uma ordem específica: documentos de identificação, guia de acolhimento, folhas com anotações dos técnicos, ofícios enviados e recebidos, relatórios, boletins escolares e boletins de ocorrência policial. Esse era um padrão de organização. As pastas dos demais acolhidos também tinham as mesmas divisórias.

O jovem estava acolhido desde os dois anos de idade, junto com outros dois irmãos, um mais novo e outro mais velho. Desde o primeiro local de acolhimento seu comportamento provocava incômodo. Quando ingressou na escola aos sete anos foi

caracterizado como inquieto e classificaram seu comportamento como “agitação motora”. Por isso, foi levado por profissionais do abrigo em uma consulta médica. No primeiro atendimento o encaminharam para o serviço de neurologia. Prescreveram-lhe medicação psiquiátrica e o tratamento perdurou até a juventude:

Psiquiatra – “Aos seis anos o acolhido possui a saúde física e mental positivas, porém tem grau de hiperatividade, sendo acompanhado neurologicamente com tratamento medicamentoso. Prescrevo uso de 1 mg de risperidona, sendo meio comprimido às 8 horas e um comprimido às 20 horas; 200mg de tegredol, sendo um comprimido às 8 horas e um comprimido às 20 horas; e 10 mg de fluoxetina, um comprimido às 8 horas.”

Dentre outras tantas possibilidades de se relacionar com o que o jovem expressava, os trabalhadores patologizaram o seu comportamento. Consideraram que poderia ser doença, por isso, um acompanhamento com neurologista foi providenciado; e, assim, receitada medicação psiquiátrica para controlar sua agitação. O efeito desejável foi atingido e ele continuou fazendo uso de psicotrópicos durante os anos que seguiram até o fim da sua infância.

Devido à destituição do poder familiar dos pais, aos sete anos o acolhido foi inscrito no programa de apadrinhamento afetivo. Ele vinculou-se a um padrinho e recebeu visitas durante o período de um ano. Porém, o padrinho se mudou para o interior, e as visitas começaram a acontecer em períodos espaçados. Tempos depois o padrinho se casou e começou a conviver com um enteado. Até que ele parou de procurar o afilhado. Quando a equipe do abrigo buscou esclarecimentos, ele justificou que a própria família lhe demandava muita atenção, por isso, não poderia continuar com o apadrinhamento.

Equipe técnica do abrigo⁷ – “As madrinhas do irmão mais novo e do irmão mais velho são pessoas muito interessadas, levando-os para passear aos finais de semana e procuram inteirar-se do que ocorre com eles quando não estão com elas. O padrinho do acolhido, entretanto, deixou de visitá-lo, alegando ter mudado de situação, uma vez que casou e sua esposa tem um filho que exige muita atenção.”

⁷ Equipe técnica formada por profissionais da Psicologia e Serviço Social.

Quatro anos mais tarde, quando o acolhido estava com onze anos, os técnicos relataram que seu grupo de irmãos teria dificuldades de ser escolhido para adoção por causa do tratamento psiquiátrico:

Equipe técnica do juizado – “O jovem e seu irmão mais novo realizam tratamento psiquiátrico e tomam ritalina, risperidona e tegretol, situação esta que também limita a possibilidade de adoção”.

No início da juventude, aos treze anos, o jovem voltou a provocar incômodo. Desta vez, pela agressividade do seu comportamento. Quando o acolhido lançava palavras agressivas, os adultos sentiam-se desrespeitados com o que ele dizia, por isso chamavam sua atenção. Ele reagia valendo-se de palavrões e descontando a raiva nos objetos da casa, chegando a empurrar pessoas que estavam em seu caminho. Além disso, com proporcional intensidade que experimentava a agressividade, também experimentava sua sexualidade. E, mais uma vez, a prática de acolhimento institucional volta-se ao acompanhamento psiquiátrico para manejar o seu comportamento considerado inadequado:

Equipe técnica do abrigo – “O jovem está adaptado às rotinas do abrigo. No entanto, no dia-a-dia apresenta sérios problemas de conduta, tanto no abrigo como na escola, não respeita cuidadores e professores, reage com palavrões e atitudes agressivas. Tem sexualidade exacerbada, assedia as meninas na escola e no abrigo tanto as meninas quanto os meninos, inclusive seus irmãos e até os pequenos. Faz acompanhamento psiquiátrico no Hospital, com prescrição de medicação psicotrópica em razão de hiperatividade, tem também atendimento psicológico em grupo”.

Em resposta ao comportamento, o jovem foi transferido do abrigo onde morava com outros dois irmãos desde os dois anos. A narrativa da transferência indica unilateralmente a perspectiva dos técnicos do abrigo, sem qualquer menção à vontade do acolhido ou consideração sobre a relação que o jovem estabeleceu com o processo de transferência. Os técnicos justificaram a transferência como medida de proteção para os outros acolhidos de menor idade, frente o comportamento agressivo e potencialmente perigoso do jovem:

Equipe técnica do abrigo – "Decidimos transferir o acolhido para outro abrigo, em razão de sua conduta, não demonstra a menor crítica sobre as suas atitudes, coloca em risco a integridade física dos menores e das meninas, possui porte físico avantajado e também, para que possa conviver com adolescentes da sua faixa etária, considerando que neste momento o outro abrigo também está com baixa população”.

Os técnicos sociais do abrigo justificaram a transferência como uma tentativa de ajudar o jovem. A ajuda, neste caso, é um exercício cotidiano de gerir, regradar e fazer funcionar a conduta conforme as expectativas do abrigo. Para isso, existe todo um conjunto de princípios e exercícios que legitimam a gerência das condutas pelo técnico, principalmente nas legislações regulamentadas pelo próprio Estado.

A continuidade do acolhimento do jovem no mesmo abrigo dos irmãos se tornaria possível com a premissa de correção da sua conduta, nos moldes propostos pelos técnicos. Porém, pela incorreção do seu comportamento, o jovem foi transferido. Conferiu-se legitimidade a esta escolha pela possibilidade dele ferir outros acolhidos, considerando-se que as crianças e jovens devem ter sua integridade física preservada, conforme preconiza o ECA (1990). Ou seja, os técnicos do abrigo avaliaram que, em razão da conduta - ou da contra-conduta - o mesmo deveria ser transferido de abrigo, ainda que isso o afastasse dos seus irmãos, pela probabilidade virtual, ou seja, até então inexistente, dele machucar outros acolhidos.

Dentre outros propósitos, é estimado que o técnico conduza o acolhido para fazer o interesse do jovem convergir com o interesse da instituição, através de conversas e demais estratégias proporcionadas pelos saberes de cada especialidade. Todavia, quando as conversas dos trabalhadores são insuficientes para corrigir a conduta do acolhido, demandam-se outros recursos como o atendimento de grupo, o acompanhamento neurológico e o tratamento com medicação psiquiátrica. Desta forma, respectivamente, pode se produzir um conhecimento sobre o comportamento em grupo e sobre o funcionamento do seu cérebro, enquanto a medicação age diretamente no corpo, normalizando os processos biológicos. Nesses termos, psicologia, serviço social, socioeducação e educação social acabam se homogeneizando em um discurso massificante de patologização do sujeito jovem em situação de acolhimento. Assim, as

instituições de abrigamento que, em tese, buscam ‘acolher’ a população infanto-juvenil em violação de direitos, acabam se tornando o local que os pune por não serem ‘normais’.

Quando o jovem contava com quatorze anos, outros dois irmãos mais novos foram acolhidos. A partir de então, o grupo de irmãos estava acolhido por completo nos abrigos. Os irmãos mais novos também não ficaram no mesmo abrigo, mas o grupo de cinco irmãos se encontrava periodicamente. Esse acontecimento impulsionou o jovem a fazer questionamentos sobre seus pais.

Em um dos encontros com os irmãos, perguntou aos dois mais novos, onde seus pais moravam. Eles responderam que os pais haviam saído da situação de moradia na rua e contaram o endereço da residência fixa.

Sabendo qual era o endereço, o jovem, sem aviso prévio, foi até a casa dos pais. No abrigo não souberam o que eles conversaram, mas após algumas horas o acolhido voltou para o abrigo indignado, se desentendendo com os educadores e descontando sua raiva nos objetos da casa. Julgaram-no descontrolado. Por isso, fizeram contenção física.

Citam-se três modos de contenção: física, mecânica e química. Na modalidade de contenção física, o trabalhador utiliza seu próprio corpo para conter o corpo do acolhido, enquanto conversa para acalmar o jovem. Na contenção mecânica a pessoa deve ter seus braços e pernas amarrados na extremidade por lençóis, presos nos quatro pilares de uma cama, de maneira que o corpo fique estendido e imobilizado. A contenção química consiste em medicar o indivíduo com dosagem e tipos de remédios psiquiátricos em quantidade suficiente para aliviar desconforto ou controlar um comportamento que coloque em risco a vida.

Após a contenção, o jovem foi levado para emergência psiquiátrica. O médico da emergência psiquiátrica fez uma intervenção pontual. Ele não acompanhou nem acompanhará a continuidade da situação do jovem. Por isso, fez suas decisões considerando quase que exclusivamente as informações transmitidas pelo educador durante a avaliação na emergência psiquiátrica, para, com isso, providenciar um encaminhamento e, desferir a contenção química.

Educador social: – “Após o encontro com os pais, o acolhido apresentou comportamento exaltado, brigando e ofendendo os educadores e demais abrigados,

inclusive agredindo-os fisicamente. Depois do surto, foi contido e levado à emergência psiquiátrica para ser encaminhado à internação na Clínica”.

O acolhido não fez menção se queria, ou não, ser internado. Todavia, questiona-se qual a compreensão uma criança ou adolescente pode ter das consequências de uma internação psiquiátrica. Sendo que neste mesmo dia, o jovem estava aborrecido por desentendimento com o pai e foi contido pelos educadores do abrigo. O princípio do interesse superior da criança e do adolescente, previsto inciso quatro do centésimo artigo do ECA (Brasil, 1990), ficou vulnerável à interpretação. Neste caso, coube ao médico psiquiatra avaliar os benefícios do jovem de ser internado ou não.

Quanto mais obediente o jovem se tornasse, melhor ele atenderia às expectativas estabelecidas pela rede de proteção que realizava seu atendimento. Mas ele se recusou a acatar as intervenções. O acolhido estava distante de ser obediente, negando sua relação de dependência com os educadores do abrigo e também com os trabalhadores da clínica, sendo, por esse motivo, submetido à contenção física, química e à internação psiquiátrica. Através do seu corpo buscaram um meio de docilização da sua conduta. O jovem se tornou alvo de manejo firme e vigilante, pela disciplinarização institucional. Durante a internação na clínica psiquiátrica redigiram um relatório com seis linhas para esclarecer os procedimentos feitos e os encaminhamentos promovidos:

Psiquiatra: – “Paciente internou por agressividade. Na clínica seu comportamento era evidentemente atuador, com dificuldade de obedecer às regras e normas da instituição. Com frequência necessitou de manejo firme e vigilância. Ele precisa tratar essas questões referentes à limites. Deve continuar psicoterapia com regularidade. Afirmo como hipótese diagnóstica o CID 10 (1993) F 90 (Transtorno Hiperativo) e o F 91 (Transtorno de Conduta).”

Pela primeira vez, devido à internação na clínica, a suposta interioridade do jovem foi investigada pelos médicos psiquiatras. E ele recebeu seu primeiro diagnóstico: CID 10 (1993) F 90 Transtorno Hiperativo e F 91 Transtorno de Conduta. Ao atribuir diagnóstico para o acolhido, se produziu uma nova gama de possibilidade para governar sua conduta conforme a hipótese patológica. Esta catalogação estende-se para a vida e

para a ascendência e descendência familiar. Após a internação do jovem, seus pais passaram a ser observados segundo perspectiva patológica.

Na mesma semana da internação os técnicos relataram pela primeira vez que o pai faz uso de SPA (crack) e que a mãe supostamente tem uma deficiência cognitiva. Até então, durante onze anos de acolhimento dos filhos em abrigos, nunca havia se atribuído visão patológica ao comportamento dos pais.

Equipe técnica do abrigo – “O pai é usuário de crack e a mãe aparenta retardo mental cabe salientar que a família continua desorganizada, porém agora com residência fixa”.

Anteriormente, quando os filhos eram pequenos, o principal empecilho de retorno ao convívio familiar era a ausência de moradia dos pais, que viviam em mendicância. Depois, deslocou-se o foco para os problemas psicológicos dos pais. Com os saberes provenientes de diferentes instituições constroem-se racionalizações que se produzem pretensas verdades.

Aos quatorze anos o jovem teve seu primeiro registro de boletim de ocorrência policial, por agir contra liberdade pessoal/individual. Aos dezesseis anos cumpriu sua primeira medida socioeducativa de internação na FASE pelo mesmo motivo. Depois de sua internação foi encaminhado para os abrigos específicos, conforme diagnóstico de transtorno de conduta. Na sua trajetória de acolhimento constam ao todo quinze registros de boletins de ocorrência. O jovem foi desligado por maioria durante período de fuga, sem qualquer conhecimento do seu paradeiro pelos técnicos.

Resultado

As práticas de governo da vida de jovens abrigados

Ao nos depararmos com diferentes práticas de sujeição realizadas nos equipamentos da rede de proteção infanto-juvenil, cabe questionar como se tornou possível que uns exercessem este poder sobre os outros. Neste caso, uma das questões que emerge é como os técnicos e educadores passaram a decidir e interferir de modo arbitrário na vida do jovem acolhido? Para isso discutimos como os Estados passaram a investir na vida dos sujeitos, usando a lógica indivíduo-população para mapear e reduzir riscos.

Para Foucault (2008a) este processo trata-se do poder conferido ao Estado moderno para promover a gerência da vida, com a criação de dispositivos de preservação e controle da espécie humana – uma biopolítica sobre os corpos. Paralelamente, através de estudos precisos e exaustivos, busca-se mapear tudo aquilo que pode colocar a vida em risco. A estatística, por exemplo, opera um dos primeiros passos para a correção das pessoas que desviam de um padrão da norma, quantificando indivíduos considerados perigosos em conjuntos populacionais. E, ao mesmo passo que a estatística quantifica as populações, também faz a fragmentação das suas diferenças. Essa fragmentação pode ter muitas combinações.

O abrigo, como dispositivo de confinamento, estabelece infância e juventude em risco como população de atendimento, com a finalidade de evitar mortalidade, doenças, abandono, maus tratos, abuso sexual e negligência. Com a institucionalização, amplia-se o propósito de prevenção dos riscos para a regulação da vida nos seus demais aspectos: corpo biológico, sexualidade, aprendizado, processos de subjetivação. Neste ponto, torna-se possível agir diretamente no indivíduo, investindo medidas de segurança conforme cada caso, mas generalizando-os pela proporcionalidade estatística quando assim necessário: calculam-se possíveis acontecimentos e, quando existe situação de perigo em potencial, criam-se estratégias para eliminar ou reduzir ameaças.

Conforme o marco situacional do Projeto Figueira, estudos estatísticos apontavam a alta incidência de jovens em cumprimento de medida socioeducativa durante o período de acolhimento (Fonseca et al., 2006). Com isso justificou-se a necessidade de fragmentar uma população jovem considerada perigosa em um abrigo específico, com o pretexto de investimento na vida destes sujeitos. A justificativa pelo diagnóstico de transtorno de conduta possibilitou uma gama de ações individuais, através da medicalização e acompanhamento psiquiátrico.

Ou seja, o governo da vida opera políticas públicas, desde uma produção de recorte populacional para quem seus serviços se destinam, até a intervenção por medidas de segurança em certos indivíduos. Tais práticas de governo agem por processos de subjetivação, ou seja, se interfere na maneira como as pessoas pensam e tomam suas decisões. Tanto os saberes ‘psi’, quanto aqueles dos técnicos, assistentes sociais e

educadores do abrigo voltam-se para os acolhidos gerenciando e regulando o pensamento e comportamento dos jovens segundo a lógica do Estado, de maneira que a segurança seja priorizada antes mesmo de qualquer ação que represente risco (são efetivadas ações em cima das possibilidades do risco). Quando esse processo falha opta-se por práticas disciplinares que podem sujeitar os acolhidos a ações forçadas, endossando o modo de atendimento através de manejo firme e vigilante. Neste ponto somam-se às estratégias biopolíticas às disciplinares.

Como aponta Donzelot (1980), outra perspectiva de gerência da vida acontece pelo governo da família. Nela também se lançam as reivindicações para defesa e melhoria do nível da vida de diferentes modos conforme a condição econômica familiar. Ao passo que, quando uma configuração familiar falha neste propósito, criam-se estratégias de investimento e contenção dessa família considerada ‘anormal’. E o fato de ser considerada perigosa também produz paralelamente estudos de mapeamento e estratégias de intervenção.

No caso do jovem, criou-se um fio condutor patológico entre os familiares para justificar o que se considera como inadequação do comportamento. Após internação psiquiátrica a rede de acolhimento começou a investigar uma suposta degeneração familiar. Como se o comportamento rebelde do jovem pudesse ser explicado por um biologismo, uma doença criada no seu próprio corpo, transmitida geneticamente, e não pela historicidade dos acontecimentos que provocaram a expressão do seu comportamento através de atitudes insubordinadas às regras do abrigo.

Para potencializar os recursos de adequação do seu comportamento, o jovem fora encaminhado para o médico psiquiatra. Além disso, foram realizadas conversas entre educadores e técnicos com orientações de atendimento para o acolhido, na tentativa de provocar mudanças no seu comportamento. Como resultado, ele continuava agindo afirmativamente, conforme a sua vontade, confrontando quem proibisse suas escolhas. Junto a isso, somavam-se intervenções médicas e biológicas que pretendiam submeter o seu comportamento a uma normalidade.

Conforme o jovem vai contrariando as expectativas, agindo de modo diferente ao esperado, certos comportamentos começaram a ser afirmados e produzidos como

perigosos. Quando ele foi insubmisso, realizaram-se uma série de intervenções que neutralizavam sua potência política: depois de medicalizado, não pode ser adotado; depois de contido, foi internado na clínica psiquiátrica; depois de patologizado, atribuíram como causa uma suposta degeneração familiar. Enquanto os pais tiveram seu fracasso familiar atestado em um relatório após o outro, o jovem também foi incapacitado por uma série de intervenções quando confrontava a ordem do Estado.

Foucault (2008b) nomeou como contra-conduta a luta contra os procedimentos postos em prática para conduzir os outros. Nesta lógica, nomeamos como contra-conduta a insubmissão do jovem perante as tentativas de condução de sua conduta pelos profissionais do abrigo. No local onde ele estava acolhido, foram movimentadas estratégias para pedagogizar sua conduta, tornando-a adequada, dócil, civilizada, manejável e útil, conforme o que se considerava desejável no equipamento.

Em resposta à contra-conduta do acolhido as intervenções do Estado enfraqueciam a legitimidade de suas ações como uma expressão das violências sofridas. As ações do jovem foram caracterizadas como falhas e inadequações individuais, sendo afirmadas como uma doença produzida pelo seu próprio organismo. Portanto, a visão patológica da contra-conduta dele, como efeito, produz a neutralização política das possibilidades de resistência e insubmissão frente às violências.

Discussão

Uma história encerrada antes mesmo de iniciar: a patologização como mecanismo de normalização.

A patologização das juventudes acolhidas através da intervenção psiquiátrica potencializa os meios de normalização do comportamento. Com a atribuição do diagnóstico como critério de ingresso em abrigo, um saber padronizado sobre o comportamento dos acolhidos é construído. Isto torna possível a aplicação das mesmas intervenções em uma população segregada conforme uma patologia como se ela fosse homogênea. Na perspectiva do Estado, isso otimiza tempo e esforços dos trabalhadores, sendo um proveito econômico.

Entretanto, a organização e criação de abrigos específicos para acolhidos com diagnóstico psiquiátrico pode ser considerada um dos efeitos da periculosidade atribuída aos jovens. Como na narrativa da trajetória do jovem na rede de acolhimento, antes mesmo da sua transferência para o abrigo específico, outras medidas de correção do comportamento já haviam sido investidas. O diagnóstico, o estudo e a intervenção sobre o transtorno de conduta potencializaram os meios para moldar a conduta, fazendo com que ele atenda as medidas de adequação.

A medicalização acompanhou o jovem em toda narrativa da sua trajetória de vida. A primeira situação que se recorreu ao uso de medicação foi para aumentar o foco e a concentração na escola quando os professores não conseguiram lidar com sua agitação em sala de aula. Inicialmente utilizada como medida disciplinar e de contenção do corpo, a medicação teve seu propósito de ação transformado conforme os diferentes modos de agir provocavam riscos.

Para Foucault (2011) a medicalização refere-se ao exercício da medicina, apoiado no discurso científico, de tomar os sujeitos como alvo de higienização, disciplinando os corpos. Quando se amplia o propósito deste exercício para a regulação dos comportamentos opera-se a gerência sobre a vida das pessoas. Desta forma recorre-se a práticas médicas para solucionar problemas que têm como principal causa as condições sociais e econômicas da vida das pessoas. Nos abrigos a demanda pelo uso de medicação psiquiátrica pode se colocar a serviço da preservação da ordem, como um modo de regulação do comportamento ou como uma medida de segurança para preservar o bem-estar dos trabalhadores e demais jovens acolhidos.

O sofrimento do jovem é desarticulado. Os técnicos do abrigo e médicos da rede de proteção infanto-juvenil voltam suas atenções unicamente ao que seriam falhas morais do sujeito jovem, justificando no próprio sujeito o que consideravam inadequado. Diante disso, insistiu-se em práticas medicalizantes. Como sugerem Decotelli, Cunha e Bicalho (2017), pensar esse desconforto como inquietação, postergando uma avaliação que tente a caracterizá-lo como problema, poderia proporcionar outra perspectiva de intervenção.

Do mesmo modo, ao se recorrer ao diagnóstico do transtorno de conduta como critério universal de ingresso no abrigo, o jovem é patologizado, atribuindo-se a ele o que se consideram falhas individuais do comportamento. Nesses termos, os saberes da rede

de acolhimento tomam as práticas de patologização como discurso que as aproxima e unifica. Anula-se a força dos acontecimentos que impulsionam diferentes modos de agir do sujeito jovem em situação de violação de direitos, buscando como solução, a correção do próprio sujeito considerando-o não um jovem a ser protegido, mas alguém doente a ser contido.

Como aponta Tolstói (2017, p.49), trata-se de guiar-se por codificações construídas “na imprecisão inescrupulosa com que os saberes desse tipo [fisiologia, psicologia, biologia, sociologia] revelam descobertas feitas em pesquisas com uma pequena parte da humanidade, como se fossem descobertas gerais”. Nesta concepção, se estabelece um conjunto de padrões de relação que buscam uma continuidade no comportamento, limitando novas possibilidades de relação dos trabalhadores com o jovem acolhido. Estas intervenções buscam solucionar as dificuldades de convivência, eliminando diferenças provocadas por acontecimentos inerentes à vida que permanece em constante variação.

Cabe ressaltar que a contenção física, o medicamento e a internação psiquiátrica são ações válidas e, por vezes, necessárias para o atendimento do jovem. Porém, o que se questiona aqui é o uso destes mecanismos como uma resposta mecânica ou uma alternativa arbitrária, que desconsidera o que querem os próprios jovens a quem se endereçam estas intervenções.

Neste sentido se faz necessário construir intervenções junto com o próprio adolescente. Sem qualquer regra universal prévia. Afinal, atender às necessidades e interesses plurais do jovem acolhido, implica na formação de vínculo, na produção de diálogo que confere legitimidade e dignidade ao que pensam, sentem e dizem os acolhidos.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora. (Original publicado em 1994).
- Cavagnoli, K. C., & Guareschi, N. M. D. F. (2018). Itinerários possíveis da política de assistência social: garantia de direitos e governamentalidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18(1), p. 114-126. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/194842/001092367.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Conselho Nacional De Justiça (CNJ). (2018). Sistema de Cadastro Nacional de Crianças Acolhidas. <http://www.cnj.jus.br/sistemas/infancia-e-juventude>.
- Conselho Nacional de Saúde. (2016). Resolução nº 510/2016. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Constituição da República Federativa do Brasil: Promulgada em 05 de outubro de 1988. Senado Federal, Centro Gráfico.
- Decotelli, K. C. M., Cunha, T. C., & Bicalho, P. P. G. (2016). Criminalização da vida escolar: entre policiais. In Flávia Cristina Silveira Lemos; Dolores Galindo; Pedro Paulo Gastalho Bicalho; Evelyn Tarcilda Almeida Ferreira; Bruna de Almeida Cruz; Thais de Souza Nogueira; Fernanda Teixeira de Barros Neta; Rafaela Habib Souza Aquime. (Org.), *Segurança e conflitos emergem os processos de medicalização e judicialização* (p. 194-212). CRV.
- Donzelot, J. (1980) *A polícia das famílias* (M. T. C. Albuquerque, Trad.). Graal. (Original publicado em 1977).
- Fonseca, C., Schuch, P., Uriarte, P., Soares, D., Jonas Castilho, J., & Recena, M. A. (2006). *Estrutura e composição dos abrigos para crianças e adolescentes em Porto Alegre*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. https://www.ufrgs.br/naci/Documentos/Relatorio_Naci_CMDCA_abrigos_Porto_Alegre.pdf
- Foucault, M. (2011). *O nascimento da clínica* (R. Machado, Trad.). Forense-universitaria. (Original publicado em 1963).
- Foucault, M. (2008a). *Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France* (E. Brandão, Trad.). Martins Fontes. (Original publicado em 2004).
- Foucault, M. (2008b). *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France* (E. Brandão, Trad.). Martins Fontes. (Original publicado em 2004).
- Foucault, M. (2015). *Microfísica do poder* (R. Machado, Trad.). Paz e Terra. (Original publicado em 1978).

- Gonçalves, H. S. (2016). Sobre a morte, sobre a vida: a produção da biópsia em adolescentes em conflito com a lei. *Revista Polis e Psique*, 6(1), 65-84. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.61382>
- Lasta, L. L.; Winter, G. F. (2017). Assistência social e a inserção dos(as) psicólogos(as) neste campo: descondições necessárias. In: Silvia Virginia Coutinho Areosa. (Org.), *Cenários de práticas em Psicologia* (p. 00-125). EDUNISC.
- Lasta, L. L. ; Guareschi, N. M. F. (2019). O governo da vida: um efeito da racionalidade política neoliberal. *Cuadernos de Psicologia*, v. 21, p. e1545. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1545>
- Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. (ANO da publicação), (nº da edição). Atlas
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=35&dados=26>.
- Organização Mundial da Saúde. (2017). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Editada pela Universidade de São Paulo. (Original publicado em 1993).
- Porto Alegre. (2007). Projeto Figueira: Reordenamento da Rede de Abrigamento Infantil própria da Fundação de Assistência Social e Cidadania da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC). http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/fasc/usu_doc/projeto_figueira.pdf
- Tolstói, L. (2017). Uma confissão (R. Figueiredo, Trad). Mundo Cristão. (Original publicado em 1882).
- Winkelmann, F. M. D. S. (2018). Produção do sujeito jovem infrator nos abrigos de Porto Alegre. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/193906>.