UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

RENATO ALVES

O Processo de Desenvolvimento de um Programa de Visitação
Domiciliar para Adolescentes Gestantes e Mães

São Paulo
2013

RENATO ALVES

**O Processo de Desenvolvimento de um Programa de Visitação
Domiciliar para Adolescentes Gestantes e Mães
(VERSÃO ORIGINAL)**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo para a
obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Escolar e
do Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Eda Marconi
Custódio

São Paulo
2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Alves, Renato.

O Processo de Desenvolvimento de um Programa de Visitação Domiciliar para Adolescentes Gestantes e Mães / Renato Alves; orientadora Eda Marconi Custódio. -- São Paulo, 2013. 285 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Adolescência 2. Gravidez na adolescência 3. Risco 4. Vulnerabilidade 5. Visita domiciliar I. Título.

BF724

Nome: ALVES, Renato

Título: O Processo de Desenvolvimento de um Programa de Visitação Domiciliar para Adolescentes Gestantes e Mães

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Aprovado em: _____

Banca examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À todas as participantes, das diferentes fases de desenvolvimento, do Programa Infância Saudável.

Às instituições parceiras que acolheram e acolhem o Programa (UNAS, Sociedade Santos Mártires, SASF II - Jardim Ângela e ARCO)

A equipe do Programa Infância Saudável, da qual tenho a honra de ser parte (Alder, Aline, Daniela, Luzia e Roseli)

Aos coordenadores do Núcleo de Estudos da Violência (Dra. Nancy Cardia. Dr. Paulo Sérgio Pinheiro e Dr. Sergio Adorno)

À orientadora que desde a graduação me acompanha, Dra. Eda Marconi Custódio

RESUMO

ALVES, RENATO. O Processo de Desenvolvimento de um Programa de Visitação Domiciliar para Adolescentes Gestantes e Mães. 285 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013

Este trabalho tem como objetivo relatar o processo de desenvolvimento de um programa de visita domiciliar para adolescentes gestantes e mães, implementado pelo Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (NEV/USP). O local inusitado em que este programa tem origem um núcleo de pesquisas que tem como seu principal eixo de trabalho a relação entre democracia e direitos humanos, possibilitou que alguns conceitos, muitas vezes implícitos nas práticas de intervenção, fossem questionados e revistos a partir de questões relacionadas à cidadania, direitos e a democracia. Neste sentido, buscou-se, a partir de uma leitura de Michel Foucault sobre as práticas governamentalizadas de poder, discutir questões que, tomadas como verdades, passam a acionar práticas prescritivas, normativas e regularizadoras. Práticas que ativam e reativam relações de poder, muitas vezes de forma arbitrária e autoritária, principalmente quando tem alvo de suas intervenções o pobre e/ou a população empobrecida. Tendo como foco os saberes e, conseqüentemente, a produção discursiva que se forma em torno da adolescência e, posteriormente da gravidez na adolescência, buscou-se compreender em que contexto esta última se transforma não só em problema como também, a partir de sua associação com as idéias de risco e vulnerabilidade, passa a justificar práticas interventivas focadas, sobretudo, no indivíduo e/ou população. Por fim, busca-se descrever como estas questões conceituais foram constantemente tensionando os saberes e as práticas tanto da equipe envolvida na criação e implementação de um programa como também, posteriormente, das próprias participantes.

Palavras Chave: Biopolítica, Adolescência, Gravidez na Adolescência, Risco, Vulnerabilidade, Programa de Visita Domiciliar

ABSTRACT

ALVES, RENATO. The developing process of a program of home visitation for adolescent pregnant women and adolescent mothers. 285 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013

The objective of this work is to report the process of development of a program of home visitation for adolescent pregnant women and adolescent mothers carried out by the Center for the Study of Violence of the University of São Paulo (NEV/USP). The unexpected institution where this program was born – a research center that has as its main axe of work the relationship between democracy and human rights –, made it possible that some of the concepts, frequently implicit on intervention practices, be questioned and revised from the point of view of matters of citizenship, rights and democracy. Departing from a reading of Michel Foucault about the governmentalized practices of power relations, this work sought to discuss matters that, taken as truths, trigger prescriptive, normative and regulating practices. Practices that activate and reactivate power relations, very often on arbitrary and authoritarian way, especially when the focuses of interventions are poor individuals or poor communities. Having as its focus the knowledge and, therefore, the discursive production that takes form surrounding adolescence and, latter, surrounding pregnancy during adolescence, the thesis sought to understand in which context this last one transforms itself into problems, as well as, from its associations with ideas of risk and vulnerability justifies interventions focused mainly on individuals and population. Lastly, it was sought to describe how these conceptual matters were constantly tensioning knowledge and practices not only among the professional team that developed and implemented the program but also, latter, by the participants themselves.

Keywords: Biopolitic, Adolescent, Adolescent Pregnancy, Risk, Vulnerability, Home Visiting Program

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	5
RESUMO	6
ABSTRACT	7
SUMÁRIO	8
APRESENTAÇÃO	8
CAPÍTULO 1. DOS CONCEITOS	10
1.1. Governamentalidade e Biopoder	12
1.1.1. A Medicina a partir da ótica do Poder	29
1.1.2. A Psicologia a partir da ótica do Poder	44
1.2. A Noção de Risco	51
1.2.1. Do Risco à Prevenção do Risco	66
1.2.2. Da Prevenção do Risco à Vulnerabilidade	75
1.2.3. Do risco social ao social no risco: a vulnerabilidade social	86
1.3. Adolescência	94
1.4. A gravidez e adolescência: a construção do problema	111
1.4.1. A gravidez na Adolescência no Brasil: Alguns Apontamentos	114
1.4.2. Algumas Repercussões da Maternidade na Adolescência	123
1.4.3. Diferentes condições, diferentes trajetórias	126
1.4.4. Discursos sobre a gravidez na adolescência	128
CAPÍTULO 2. DAS PRÁTICAS	138
2.1. O Programa Infância Saudável	138
2.1.1. O Pano de Fundo: um campo de tensões	140
2.1.2. As Consultas às Adolescentes	152
2.2. A Estrutura do Programa	189
2.2.1. Objetivos	189
2.2.2. Participantes	189
2.2.3. Equipe do Programa	189

2.2.4. Atendimentos.....	193
2.5. As supervisões e reuniões de equipe	196
CAPÍTULO 3. DO CONTEXTO.....	200
3.1. O Jardim Ângela.....	200
3.2. Jardim Ângela: Alguns dados sobre a violência.....	217
3.3. Jardim Ângela: Alguns dados sobre a gravidez entre a população de 15 a 19 anos.....	227
CAPÍTULO 4. DO ESTUDO PILOTO.....	233
4.1. As Visitadoras	237
4.2. As Parcerias	239
4.3. As Participantes	241
CAPÍTULO 5. DOS DESAFIOS	256
5.1. Tensionando o Programa e seus Conceitos	256
5.2. Os Conceitos e o Programa como Tensores da Realidade	259
5.3. Algumas Considerações	265
REFERÊNCIAS.....	269

APRESENTAÇÃO

Este trabalho tem o objetivo de relatar o processo de desenvolvimento de um programa de visita domiciliar para adolescentes gestantes e mães, implementado pelo Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (NEV/USP). O local inusitado em que este programa tem origem um núcleo de pesquisas que tem como seu principal eixo de trabalho a relação entre democracia e direitos humanos, possibilitou que alguns conceitos, muitas vezes implícitos nas práticas de intervenção, fossem questionados e revistos a partir de questões relacionadas à cidadania, direitos e a democracia.

Para propor a discussão acima mencionada, este trabalho foi estruturado em cinco partes. A primeira parte é dedicada aos marcos conceituais que tensionam tanto esta discussão como as práticas por ela apresentada. A mola mestra que arma a este tensionamento é a análise de Michel Foucault sobre as relações de poder. Mais precisamente as discussões sobre a governamentalidade e gestão da vida, destacando, sobretudo os saberes e práticas acionados por esta relação de poder.

A partir destas lentes busca-se tensionar alguns pressupostos que têm acionado e justificado vários programas de intervenção como, por exemplo, os conceitos de risco, prevenção e vulnerabilidade.

Tendo como foco os saberes e, conseqüentemente, a produção discursiva que se forma em torno da adolescência e, posteriormente da gravidez na adolescência, buscou-se compreender em que momento a gravidez que ocorre neste período da vida se desloca do campo da normalidade para o campo do problema, onde associada à idéia de risco e vulnerabilidade, passa a justificar práticas interventivas focadas, sobretudo, no indivíduo e/ou população.

O segundo bloco dedica-se a relatar analiticamente como tensionamento conceitual balizou as diferentes etapas de desenvolvimento de um programa de visita domiciliar

para adolescentes gestantes e mães com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento tanto das adolescentes como de seus filhos. Ainda neste segundo bloco será apresentado a estrutura do projeto que, à época da elaboração deste trabalho, estava na fase piloto.

Para introduzir o contexto em que o piloto estava sendo realizado, será apresentado no terceiro bloco algumas informações sobre o Distrito Jardim Ângela.

O quarto bloco apresentará algumas informações sobre a fase piloto do projeto, dando-se especial destaque às visitadoras, que são mulheres da comunidade selecionadas, capacitadas e remuneradas para realizar as visitas e das participantes do programa.

Por fim, o quinto e último bloco apresenta algumas considerações sobre como o programa buscava, por um lado, pensar o desenvolvimento possível a partir das condições concretas do contexto, evitando-se assim práticas normativas e prescritivas, e por outro, como também ia problematizando e tensionando o contexto em busca de outras possibilidades de desenvolvimento.

CAPÍTULO 1. DOS CONCEITOS

1.1. Governamentalidade e Biopoder

Governamentalidade é termo utilizado por Foucault para se referir ao estudo das práticas de governo. O conceito foucaultiano de governamentalidade, segundo Castro (2009), pode ser definido como: 1) conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercício do poder tendo a população como objeto principal; 2) a linha de força que conduz, por um lado, a um tipo de poder, o governo, e, por outro, ao desenvolvimento de um conjunto de saberes; 3) o resultado do processo de transformação das práticas de governo do Estado até se converter no Estado governamentalizado.

Em *Vigiar e Punir*, Foucault (1999) demonstra que a lógica da governamentalidade se fortalece ao longo dos séculos XVII e XVIII, período em que os modos como se estabeleciam as relações de poder são, no ocidente, profundamente transformadas. Entre as mudanças, destaca-se o deslocamento do poder soberano para o poder disciplinar, isto é, monarquias soberanas convertem-se em sociedades disciplinares.

Nesta nova forma de organização e de gestão, o poder não mais se centraliza, como no poder soberano, na figura do rei, mas se multiplica e se espraia por todo tecido social. As instituições disciplinares (escolas, prisões, hospitais, asilos, fábricas, etc.) passam a ser vitais para esta configuração, pois é por meio delas que o poder não só se dispersa como também se assegura. Os corpos dos sujeitos passam a ser o foco do poder que, por um conjunto de técnicas disciplinares, busca normalizá-los e singularizá-los (CASTRO, 2009; POGREBINSCHI, 2004).

Contudo, cabe aqui uma ressalva. O corpo, enquanto objeto de investimentos, não é uma exclusividade do poder disciplinar. Foucault (1999) observa que “em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem

limitações, proibições ou obrigações” (p.118). A novidade está na maneira original como o corpo é agora, pelo disciplinamento, esquadrinhado, normatizado e docilizado.

Trata-se de uma nova forma de poder que tem como objetivo os corpos em seus detalhes, em sua organização interna, na eficácia de seus movimentos. Neste sentido, há que distingui-la das outras formas de poder que também têm por objetivo o corpo: a escravidão (que estabelece uma relação de propriedade), a domesticação (que se define pela satisfação do capricho do amo), a vassalagem (uma relação codificada entre senhor e os súditos, mas distante) e o ascetismo cristão (marcado pela renúncia, não pelo fortalecimento das capacidades corporais). A disciplina mantém com o corpo uma relação analítica. (CASTRO, 2009, p. 111-112)

Neste novo regime de relação com o corpo, as mudanças estariam, segundo Foucault (1999): a) na escala do controle: o corpo deixa de ser visto como uma unidade indissociável. Sendo dividido, cada parcela do corpo pode ser detalhada, observada e minuciosamente trabalhada (movimentos, gestos, atitudes, rapidez, etc.). A coerção também se fraciona, podendo ser exercida em cada uma destas partes, transformando-se em “um poder infinitesimal sobre o corpo ativo.”; b) no objeto do controle: transita dos sinais (o comportamento ou a linguagem do corpo) para as forças (economia, eficácia e organização do movimento). Para que os resultados do movimento se maximizem, o exercício passa a ser valorizado e a coação tende a ser concentrar mais sobre as forças que sobre os sinais; c) na modalidade do controle: que se desloca do processo para o resultado e passa a exercer uma coerção constante que esquadrinha, ininterruptamente, o tempo, o espaço e os movimentos (p.118).

O método, por meio do qual, o corpo passa a ser controlado é, segundo Foucault (1999), a disciplina:

Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar as ‘disciplinas’. (p.118)

A disciplina, como mostra Foucault, não nasce com o poder disciplinar. Ela já era uma prática conhecida e utilizada, ainda que de forma dispersa e fragmentada, nos conventos, nas oficinas e nas legiões romanas. O poder disciplinar, por sua vez, aperfeiçoa técnica, para

o uso em escala, em uma nova maneira, esta sim original, de se gerir pessoas e controlar suas multiplicidades, para que elas fossem utilizadas ao máximo, majorando o efeito útil de seu trabalho, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los (FOUCAULT, 1979).

Neste regime, o poder, para ser exercido, necessita alcançar e controlar até mesmo as esferas mais sutis da vida. Sua característica e sua força advêm deste controle cada vez mais fino e microfísico que permeia, penetra e se dispersa pelas mais diferentes esferas da vida. É dentro desta configuração específica do poder que o corpo não só ganha existência como passa a ser produzido. Por meio desta anatomia política, o corpo é esquadrinhado e disciplinado com a finalidade de aumentar sua utilidade e força produtiva e de torná-lo cada vez mais dócil.

Foucault observa que o desenvolvimento dos modos disciplinares de proceder respondia às necessidades de uma conjuntura histórica específica que envolvia: a) a grande explosão demográfica do século XVIII – quando fixar as pessoas, a partir de um processo antinomadismo, passa a ser um dos primeiros objetivos da disciplina; b) a quantidade de pessoas que se devia controlar ou manejar; c) a ampliação do aparelho de produção, que se tornava mais extenso, complexo e caro e cuja rentabilidade necessitava fazer urgentemente crescer (Foucault, 2005). É a partir desta conjuntura que se estabelece uma nova relação entre o poder e os corpos:

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente ao aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia-política”: que é também igualmente uma mecânica do poder, está nascendo (...) A disciplina fabrica assim corpos submissos, exercitados, corpos ‘dóceis’ (FOUCAULT, 2004, p. 118).

Comparando as diferentes gestões de poderes, Pogrebinschi (2004) observa que o poder soberano se exerce pela simples apropriação e expiação dos bens e riquezas dos súditos, enquanto o poder disciplinar tem como principal meta adestrar os sujeitos para, somente então, “lhes retirar ainda mais e melhor”. Com esta mecânica, desenvolvem-se as

habilidades e aptidões, aumentando-se não só a utilidade dos indivíduos como também seus rendimentos e lucros.

Por estes aspectos, o poder disciplinar foi fundamental para o desenvolvimento do capitalismo industrial, pois, por meio da disciplina, os corpos foram docilizados, fortalecidos e adaptados ao ordenamento e exigências do trabalho produtivo. Para produzir o corpo individualizado e disciplinado, três são os principais instrumentos utilizados: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame (FOUCAULT, 1999).

O olhar hierárquico

A vigilância é a principal engrenagem do poder disciplinar. Seu dispositivo fundamental é o olhar hierárquico, minucioso e constante sob o qual todos estão submetidos. O olhar, enquanto poder disciplinar, se faz presente, por um lado, por meio das instituições disciplinares (família, escola, fábricas, hospitais, prisões etc) e, por outro, se generaliza, pois o próprio sujeito, integrando esta relação de vigilância, passa a exercê-la sobre si.

Conforme os diferentes dispositivos de vigilância se expandem e pulverizam, anonimamente, pelas diferentes instâncias da sociedade (inclui-se aqui também a subjetividade), o poder se torna cada vez mais automatizado, despersonalizado e sem lugar definido.

Pogrebinschi (2004) destaca que na gestão disciplinar a centralidade do poder se desloca da figura do soberano, que ocupava o centro das relações de poder, para se distribuir e materializar nos múltiplos corpos dos indivíduos que, em toda a parte, são sujeitados ao poder.

De modo semelhante, a visibilidade do poder também transita. Ele deixa de ser, na centralidade da figura do soberano, localizável e explícito, para se tornar, no regime disciplinar, onipresente e invisível. O poder, para que exerça sua funcionalidade no regime disciplinar, precisa se fazer invisível e, quanto mais invisível se faz, mais destaque dá os indivíduos que a ele se sujeitam. No regime disciplinar, o que deve ser visível não é o poder, mas sim os indivíduos que a ele são sujeitados.

Como, no regime disciplinar, os indivíduos se tornam visíveis e o poder se torna disperso e invisível, todos aqueles que estão a ele submetido podem ser a qualquer momento vistos e, conseqüentemente, vigiados. Por outro, por ser invisível, o poder não precisa estar fisicamente presente todo o tempo em todos os lugares, a sua onipresença se faz aqui, não pelo desejo de estar presente sempre em todos os lugares, mas pela incerteza de saber onde exatamente ele está. A vigilância no poder disciplinar é, assim, uma vigilância que também se faz pela virtualidade. Neste último caso, somente a possibilidade de estar sendo controlado é suficiente para que o poder, no regime disciplinar, se exerça. Neste sentido, a vigilância:

contribui para automatizar e desindividualizar o poder, ao passo que contribui para individualizar os sujeitos a ele submetidos. Ao mesmo tempo, a vigilância produz efeitos homogêneos de poder, generaliza a disciplina, expandindo-a para além das instituições fechadas. (POGREBINSCHI 2004, p. 192)

Um dos mecanismos que permite a generalização e a expansão do poder disciplinar é justamente a possibilidade de se estabelecer sujeições reais a partir de relações fictícias. O fato de se estar sob a vigilância de um olhar que tem a possibilidade de ver tudo permanentemente, cria nos indivíduos a necessidade de se disciplinarem constantemente.

Neste movimento, o poder disciplinar ao trazer o sujeito para o foco, o individualiza. Ao estabelecer com ele uma relação de constante vigilância, o poder se generaliza e se pulveriza. Por fim, a possibilidade do poder disciplinar estar presente em todos os lugares sem nunca estar especificamente em lugar nenhum, cria nos sujeitos a necessidade de estarem sempre se auto disciplinando. Neste momento, o olhar hierárquico da disciplina deixa de ser apenas externo. Interioriza-se, passando a se constituir também no campo da subjetividade.

Na medida em que a visibilidade constante dos indivíduos e a invisibilidade permanente do poder disciplinar fazem com que os indivíduos se adestrem, se ajustem e se corrijam inicialmente por moto próprio, pode-se afirmar que a vigilância substitui a violência e a força. Sem essas, passa a ser ainda possível se falar em um adestramento ou readestramento espiritual, das almas, e não dos corpos. (POGREBINSCHI, 2004, p. 193)

Com vigilância, relembra ainda Pogrebinski (2004), o poder disciplinar torna-se um sistema integrado que não apenas sujeita, mas que como um todo também produz poder.

Sanção normalizadora

Além do olhar hierárquico, outro instrumento sobre o qual se apoia o poder disciplinar para produzir o corpo individualizado e disciplinado é a sanção normalizadora. Foucault observa que na essência de cada instituição disciplinar uma lógica jurídica se inscreve, formando um pequeno mecanismo penal autônomo que “quadriculam um espaço deixado vazio pelas leis; qualificam e reprimem um conjunto de comportamentos que escapa aos grandes sistemas de castigos por sua relativa indiferença” (FOUCAULT, 1999, p. 148). Desta forma, para cobrir os espaços que escapam aos grandes sistemas de punição, os dispositivos de sanção normativa criam e impõem, no interior das instituições disciplinares, um modelo reduzido de tribunal. A este cabe definir os comportamentos que devem ser punidos, formas de julgamento e as punições.

Uma micropenalidade repressiva se instala e passa a atuar, cobrindo os ínfimos detalhes da vida. Inadequações, afastamentos ou inobservâncias das normas não apenas minimamente observadas, mas contabilizadas e punidas. Assim, aspectos que, aparentemente, são indiferentes aos grandes sistemas disciplinares como, por exemplo, a relação que se estabelece com o tempo (atrasos, ausências, interrupções das tarefas), o modo de realizar atividades (desatenção, negligência, falta de zelo), as maneiras de se portar (grosseria, desobediência), a forma como se fala (tagarelice, insolência), o uso e o cuidado com o corpo (atitudes incorretas, gestos não conformes, sujeira), a maneira de se exprimir a sexualidade (imodéstia, indecência) tornam-se tanto penalizáveis como também ganham funções punitivas, aspectos aparentemente indiferentes do poder disciplinar.

Foucault (2004) destaca ainda que o foco da sanção, no poder disciplinar, não é o infrator, mas a infração. Tendo como alvo o desvio, a sanção busca normalizar, isto é, submeter à norma tudo que, ao seu olhar, se coloca como desviante. Neste contexto, a punição deixa de ser meramente vingativa ou expiativa para se tornar, sobretudo, corretiva.

Para corrigir, a sanção disciplinar privilegia punições que tenham a capacidade de gerar aprendizado. Focar e ressaltar o erro são elementos que caracterizam este modo disciplinar. Ao tornar-se visível, o erro pode ser apresentado e reconhecido tanto pelo próprio desviante, favorecendo a sua correção para que se reintegre a norma, como também pelos que ainda não a infringiram, como algo a ser evitado pela intolerância da norma com o erro. Neste sentido, a exposição do erro passa a ser parte da sanção e não o seu fim, tornando-se o meio pelo qual se recoloca e reafirma a norma.

Foucault observa ainda que, no regime disciplinar, a punição tende a ser isomorfia à regra. Isto é, o castigo muitas vezes é repetir, de forma insistente e redobrada, o que é estabelecido pela regra. Neste sentido, castigar seria exercitar, de modo intensificado e multiplicado, a norma.

Por fim, cabe ainda ressaltar que a punição, ao sancionar as normas com exatidão, diferencia, classifica e hierarquiza os indivíduos de acordo com sua natureza, virtualidades, nível ou valor. A este respeito, destaca Foucault (2004), a arte de punir:

Põe em funcionamento cinco operações bem distintas: relacionar os atos, os desempenhos, os comportamentos singulares a um conjunto, que é ao mesmo tempo campo de comparação, espaço de diferenciação e princípio de uma regra a seguir. Diferenciar os indivíduos em relação uns aos outros e em função dessa regra de conjunto - que se deve fazer funcionar como base mínima, como media a respeitar ou como o ótimo de que se deve chegar perto. Medir em termos quantitativos e hierarquizar em termos de valor as capacidades, o nível, a "natureza" dos indivíduos. Fazer funcionar, através dessa medida "valorizadora", a coação de uma conformidade a realizar. Enfim, traçar o limite que definirá a diferença em relação a todas as diferenças, a fronteira externa do anormal (...). A penalidade perpétua que atravessa todos os pontos e controla todos os instantes das instituições disciplinares compara, diferencia, hierarquiza, homogeniza, exclui. Em uma palavra, ela normaliza. (p.151)

Para o poder disciplinar, os sistemas classificatórios são parte da estratégia continuada de vigilância. Spink (2001) observa que nos sistemas classificatórios, a norma não mais é pensada como regra, mas como uma distribuição estatística. A respeito deste ponto, Spink, apoiando-se em Bernstein (1997), observa que a forma normativa de organização e classificação tem como base o "homem médio", isto é, um ser abstrato, resultante da ponderação média das características de um determinado grupo.

Exame

Outro instrumento disciplinar é o exame. Segundo Foucault, o exame é um procedimento específico que resulta da combinação entre a vigilância e a sanção normalizadora.

Para o poder disciplinar, a principal função do exame é analisar e comparar. Neste sentido, ele é um controle normativo, uma vigilância que, por meio de análises e comparações, qualifica, classifica e, quando necessário, pune. Por outro lado, o exame também estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade por meio da qual os sujeitos são diferenciados e sancionados. Neste sentido, destaca Pogrebinski (2004), o exame é o resultante da somatória entre objetivação e sujeição. Nas palavras de Foucault (2004), o exame:

É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados. É por isso que, em todos os dispositivos de disciplina, o exame é altamente ritualizado. Nele vêm-se reunir a cerimônia do poder e a forma da experiência, a demonstração da força e o estabelecimento da verdade. No coração dos processos de disciplina, ele manifesta a sujeição dos que são percebidos como objetos e a objetivação dos que se sujeitam. A superposição das relações de poder e das de saber assume no exame todo o seu brilho visível. (p. 153 e 154)

No exame, tanto os sujeitos são percebidos como objetos como também, ao se sujeitar a ele, ganham objetividade. Segundo Foucault, esta operação é possível porque o exame é, ao mesmo tempo, formação de saber e exercício de poder. Para demonstrar esta ideia, Foucault tece o seguinte raciocínio:

- 1) o exame inverte a economia da visibilidade na economia do poder: no regime disciplinar, o poder se exerce entre a visibilidade dos sujeitos e a invisibilidade da disciplina (Pogrebinski, 2004). Por meio do exame, os indivíduos são “oferecidos como ‘objetos’ à observação do poder que só se manifesta pelo olhar” (FOUCAULT, 2004, p. 155). Para Foucault, é o fato de ser sempre visto que mantém o indivíduo submetido à disciplina. O exame, neste aspecto, é uma das técnicas pela qual o poder capta e submete a si os indivíduos;

- 2) o exame faz também a individualidade entrar num campo documentário: no regime disciplinar, os procedimentos de exame são acompanhados de um sistema de registro escrito e de documentação. Estes registros permitem que as informações sejam organizadas para que os sujeitos sejam classificados, quantificados e comparados. O conjunto de informações sobre um determinado indivíduo, quando homogêneos, permite transcrever os traços individuais estabelecidos pelo exame. É este procedimento que marca a “‘formalização’ do individual dentro das relações de poder” (FOUCAULT, 2004, p. 157). A correlação dos diferentes registros também possibilita formar categorias, estabelecer médias e fixar de normas. Isto é, constituem um saber que pode servir de critério para o exame de outros sujeitos.

Graças a todo esse aparelho de escrita que o acompanha, o exame abre duas possibilidades que são correlatas: a constituição do indivíduo como objeto descritível, analisável, não, contudo, para reduzi-lo a traços ‘específicos’, como fazem os naturalistas a respeito dos seres vivos; mas para mantê-lo em seus traços singulares, em sua evolução particular, em suas aptidões ou capacidades próprias, sob o controle de um saber permanente; e por outro lado a constituição de um sistema comparativo que permite a medida de fenômenos globais, a descrição de grupos, a caracterização de fatos coletivos, a estimativa dos desvios dos indivíduos entre si, sua distribuição numa ‘população’. (FOUCAULT, 2004, p. 157)

A partir desta perspectiva, Foucault observa que o exame não apenas insere a individualidade no campo da documentação como também, por meio de uma rede constante de informações e registros, submete-a a um campo de permanente vigilância. Estabelece-se, assim, um “poder de escrita” que se torna “peça essencial nas engrenagens da disciplina” (FOUCAULT, 2004, p. 156);

- 3) o exame, cercado de todas as suas técnicas documentárias, faz de cada indivíduo um caso: Para Foucault, um caso pode ser tanto um indivíduo que, transformado em objeto, pode ser, em sua particularidade, descrito, mensurado, medido, comparado a outros, como também o indivíduo que precisa ser treinado ou retreinado, classificado, normalizado, excluído etc.

O exame como fixação ao mesmo tempo ritual e 'científica' das diferenças individuais, como aposição de cada um a sua própria singularidade (em oposição à cerimônia onde se manifestam os status, os nascimentos, os privilégios, as funções, com todo o brilho de suas marcas) indica bem a aparição de uma nova modalidade de poder em que cada um recebe como status sua própria individualidade, e onde está estatutariamente ligado aos traços, as medidas, aos desvios, as 'notas' que o caracterizam e fazem dele, de qualquer modo, um 'caso'. (FOUCAULT, 2004, p. 159 e 160);

O exame, como efeito e objeto do poder e do saber, ocupa posição central nos processos que constituem o indivíduo. Combinando a vigilância hierárquica com a sanção normalizadora, o exame realiza as funções disciplinares de repartição e classificação, de extração máxima das forças e do tempo, de acumulação contínua e de composição ótima das aptidões. Com o exame, se ritualizam as disciplinas e, no interior delas, as diferenças individuais se tornam pertinentes. Segundo a observação de Foucault, serão estas pequenas técnicas de anotação, registro, constituição de processos que se ampliam e dissolvem, ao longo do século XVIII, entre as mais diferentes instituições disciplinares que “permitirão a liberação epistemológica das ciências do indivíduo” (FOUCAULT, 2004. p. 158).

Todas as ciências, análises ou práticas com radical 'psico', têm seu lugar nessa troca histórica dos processos de individualização. O momento em que passamos de mecanismos histórico-rituais de formação da individualidade a mecanismos científico-disciplinares, em que o normal tomou o lugar do ancestral, e a medida o lugar do status, substituindo assim a individualidade do homem memorável pela do homem calculável, esse momento em que as ciências do homem se tornaram possíveis, e aquele em que foram postas em funcionamento uma nova tecnologia do poder e uma outra anatomia-política do corpo. (FOUCAULT, 2004. p. 160)

É sobre este terreno que a psicologia, assim como outras ciências que têm como objeto o indivíduo, constitui seu saber. As ciências “do indivíduo” ou “clínicas”, como as chama Foucault, são tributárias desta forma particular de se organizar e gerir o poder: uma relação onde o poder se faz invisível e o indivíduo se torna permanentemente visível. O exercício de dar visibilidade ao indivíduo aciona diferentes dispositivos que, por sua vez, constituem práticas e saberes que recolocam e reforçam esta relação de poder. Neste aspecto, práticas como descrição singular, interrogatório, anamnese, registro escrito e

documentação contribuem, por um lado, para que o indivíduo emerja e se torne ainda mais visível, e por outro, o transforma em objeto, sobre o qual saberes podem ser produzidos.

Sem dúvida temos razão em colocar o problema aristotélico: é possível uma ciência do indivíduo, e legítima? Para um grande problema, grandes soluções talvez. Mas há o pequeno problema histórico da emergência, pelo fim do século XVIII, do que se poderia colocar sob a sigla de ciências 'clínicas'; problema da entrada do indivíduo (e não mais da espécie) no campo do saber; problema da entrada de descrição singular, do interrogatório, da anamnese, do 'processo' no funcionamento geral do discurso científico. Para essa simples questão de fato, é preciso sem dúvida uma resposta sem grandeza: é preciso ver o lado desses processos de escrita e de registro; é preciso ver o lado dos mecanismos de exame, o lado da formação dos dispositivos de disciplina e da formação de um novo tipo de poder sobre os corpos. O nascimento das ciências do homem? Aparentemente ele deve ser procurado nesses arquivos de pouca glória onde foi elaborado o jogo moderno das coerções sobre os corpos, os gestos, os comportamentos. (FOUCAULT, 2004, p. 158)

Foucault demonstra, por um lado, que não é sem tensões que se dá a inserção do indivíduo no campo científico. Questionava-se não apenas sua possibilidade como objeto como também se os procedimentos dedicados à descrição do singular eram, por sua vez, legítimos e aceitáveis para o "funcionamento geral do discurso científico". Por outro lado, demonstra o quanto a "libertação epistemológica das ciências do indivíduo" somente foi possível em um contexto em que um novo tipo de poder sobre o corpo se fazia necessário. Para responder esta demanda do poder, novos dispositivos e práticas (exame, as pequenas técnicas de anotação, registro escrito, documentação, constituição de processos, colocação em colunas etc.) foram colocados em curso, possibilitando a produção de novos saberes.

Sobre este berço, de pouca glória e grandeza, e como parte do "jogo moderno das coerções sobre os corpos, gestos e comportamentos", que se desenvolvem as chamadas ciências clínicas ou do indivíduo, entre as quais está a psicologia.

Foucault observa que a partir da segunda metade do século XVIII, as relações de poder se reorganizam e assumem uma nova configuração. Neste novo arranjo, o poder disciplinar passa a ser complementado pela biopolítica. Sobre este ponto, a relação entre poder disciplinar e biopolítica é diferente da que se estabelece entre os poderes soberano e disciplinar. Enquanto, neste último caso, a relação é, muitas vezes, de contraposição (mecanismos de produção e operação do poder soberano seno, muitas vezes, substituídos

pela tecnologia disciplinar), entre o poder disciplinar e gestão biopolítica a relação foi muito mais de adaptação e incorporação que de exclusão. Neste sentido, pode-se dizer que a biopolítica se desenvolveu a partir do poder disciplinar como com ele coexiste, integrando em si a disciplina, ainda que transformada de acordo às suas novas necessidades.

Com a biopolítica, as redes sobre as quais o poder se enreda captura um novo objeto: a população. “O descobrimento da população é, paralelamente ao indivíduo e do corpo adestrável, o outro núcleo tecnológico em torno do qual os procedimentos políticos do ocidente se transformam” (FOUCAULT, 1994b, p. 193).

A mudança demográfica provocada, entre outros fatores, pela industrialização, pela melhora das condições de vida e pelo maior e mais constante trânsito de pessoas inscrevem a população, enquanto um ente com funcionamento e dinâmicas próprias, no campo do controle, da gestão e do governo. A população torna-se, portanto, um dos temas do poder.

O grande crescimento demográfico do Ocidente europeu durante o século XVIII, a necessidade de coordená-lo e de integrá-lo ao desenvolvimento do aparelho de produção, a urgência de controlá-lo por mecanismos de poder mais adequados e mais rigorosos fazem aparecer a ‘população’ – com suas variáveis de números, de repartição espacial ou cronológica, de longevidade e de saúde – não somente como problema teórico, mas como objeto de vigilância análise, intervenções, operações transformadoras, etc. Esboça-se o projeto de uma tecnologia da população: estimativas demográficas, cálculo da pirâmide das idades, das diferentes esperanças de vida, das taxas de morbidade, estudo do papel que desempenham um em relação ao outro, o crescimento das riquezas e da população, diversas incitações ao casamento e à natalidade, desenvolvimento da educação e da formação profissional. Neste conjunto de problemas, o ‘corpo’ – corpo dos indivíduos e corpo das populações – surge como portador de novas variáveis: não mais simplesmente raros ou numerosos, submissos ou renitentes, ricos ou pobres, válidos ou inválidos, vigorosos ou fracos e sim mais ou menos utilizáveis, mais ou menos suscetíveis de investimentos rentáveis, tendo maior ou menor chance de sobrevivência, de morte ou de doença, sendo mais ou menos capazes de aprendizagem eficaz. Os traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão econômica e é necessário organizar em volta deles um dispositivo que assegure não apenas sua sujeição, mas o aumento constante de sua utilidade. (FOUCAULT, 2007b, p. 198)

Se, no regime disciplinar, o corpo individual é o foco do poder, na biopolítica este enfoque se amplia, englobando a vida, enquanto processo biológico. Na biopolítica, o enfoque não está sobre os indivíduos isolados, mas sim sobre fenômenos que atingem e afetam a população como um todo.

Ao que essa nova técnica de poder não disciplinar se aplica é - diferentemente da disciplina, que se dirige ao corpo - a vida dos homens, ou ainda, se vocês preferirem, ela se dirige não ao homem-corpo, mas ao homem vivo, ao homem ser vivo; no limite, se vocês quiserem, ao homem-espécie. Mais precisamente, eu diria isto: a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos. E, depois, a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. Logo, depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante o modo da individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante, mas que é massificante, se vocês quiserem, que se faz em direção não do homem-corpo, mas do homem-espécie. Depois da anatomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anatomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de urna 'biopolítica' da espécie humana. (FOUCAULT, 2005, p. 289)

Sobre este novo objeto, a população, alguns dispositivos desenvolvidos pelo poder disciplinar como, por exemplo, a observação sistemática, o registro escrito e a documentação são rearticulados. Aqui, não mais para produzirem saberes e práticas sobre o "homem-corpo", mas sobre este "homem-espécie", esta "multiplicidade de homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida". A construção da população como objeto de saber passa tanto pela descrição e quantificação de aspectos como a natalidade, mortalidade, morbidade, fecundidade, longevidade, migração, criminalidade etc., como também "em jogar com tais descrições e quantidades, combinando-as, comparando-as e, sempre que possível, prevendo seu futuro por meio do passado" (DANNER, 2010, p. 154).

Segundo Foucault (2005), no regime biopolítico, os investimentos do poder deslocam-se para a vida da população que passa não só a ser gerida e regulamentada pelo Estado, como se torna o elemento político por excelência. Deste modo, assim como indivíduo e a subjetividade são produtos da relação de poder que se estabelece sob o regime disciplinar, a idéia de população, tal qual a conhecemos, é a resultante do rearranjo das relações de poder sob o regime da biopolítica.

Na biopolítica, a vida da população torna-se uma questão de Estado. Em nome do “futuro da espécie”, do “bem comum”, da “saúde das populações” ou da “vitalidade do corpo social”, a vida da população passa a ser regulamentada pelo Estado em suas mais diferentes áreas como, por exemplo: a) para estender a vida ao máximo, passa-se a monitorar e controlar a mortalidade, morbidade, natalidade e longevidade; b) para enfrentar as consequências do envelhecimento da população e as incapacitações decorrentes de acidentes e doenças são criadas instituições de assistência, seguros e poupança; c) para regular o crescimento das cidades, a ocupação dos espaços passa ser regulada e organizada (POGREBINSCHI, 2004; ROSA, 2007; REIS E HECKERT, 2012). Neste contexto, saberes como a Estatística, Demografia e Epidemiologia se destacam e se transformam em dispositivos de poder, orientando muitas práticas relacionadas à gestão das populações.

Conforme o Estado assume a tarefa de maximizar a vida, mais se torna dependente de mecanismos contínuos de regulação e correção. A norma é este mecanismo e, a partir desta relação de poder, emerge a sociedade normalizada. Foucault (2007a) define o papel da norma em uma sociedade normalizada da seguinte maneira:

Uma outra consequência deste desenvolvimento do biopoder é a importância crescente assumida pela atuação da norma, à expensas do sistema jurídico da lei. A lei não pode deixar de ser armada sua arma por excelência é a morte; aos que a transgridem, ela responde, pelo menos como último recurso, com esta ameaça absoluta. A lei sempre se refere ao gládio. Mas, um poder que tem a tarefa de se encarregar da vida terá necessidade de mecanismos contínuos, reguladores e corretivos. Já não se trata de pôr a morte em ação no campo da soberania, mas de distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade. Um poder desta natureza tem de qualificar, medir, avaliar, hierarquizar, mais do que se manifestar em seu fausto mortífero; não tem que traçar a linha que separa os súditos obedientes dos inimigos do soberano, opera distribuições em torno da norma. Não quero dizer que a lei se apague ou que as instituições de justiça tendam a desaparecer; mas que a lei funciona cada vez mais como norma, e que a instituição judiciária se integra cada vez mais num contínuo de aparelhos (médicos, administrativos etc.) cujas funções são sobretudo reguladoras. Uma sociedade normalizada é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida. (p. 156 e 157)

A sociedade normalizada se caracteriza pelo amplo exercício da norma. Nela coexistem tanto a norma disciplinar, agindo sob o corpo individual, como a regulamentar, que atua sob o conjunto da população.

De uma forma mais geral ainda, pode-se dizer que o elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e à população, que permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica, esse elemento que circula entre um e outro é a “norma”. A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanta a uma população que se quer regulamentar. (FOUCAULT, 2005, p. 302)

Na sociedade normalizada, o poder se aprimora e, por meio de dispositivos disciplinares e regulamentação, passa a gerir tanto o corpo (orgânico) como a vida da população (biológico).

A sociedade de normalizada não é, pois, nessas condições, uma espécie de sociedade disciplinar generalizada cujas instituições disciplinares teriam se alastrado e finalmente recoberto todo o espaço – essa não é, acho eu, senão uma primeira interpretação, e insuficiente, da ideia de sociedade de normalização. A sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação. Dizer que o poder, no século XIX, tomou posse da vida, dizer pelo menos que o poder, no século XIX, incumbiu-se da vida, é dizer que ele conseguiu cobrir toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo à população, mediante o jogo duplo das tecnologias de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação, de outra. (FOUCAULT, 2005, p. 302)

A título de ilustração, apontaremos nos quadro abaixo as principais diferenças entre biopoder e poder disciplinar (CASTRO, 2009; POGREBINSCHI, 2004).

	PODER DISCIPLINAR	BIOPOLÍTICA
FOCO DA DISCIPLINA	Corpo individual	Corpo múltiplo, a população ou o ser humano como ser vivente e pertencente a uma espécie biológica
O QUE É CONFRONTADO À NORMA	Fenômenos individuais	Fenômenos de massa, em série ou de longa duração
MECANISMOS UTILIZADOS	Dispositivos disciplinares que têm como foco a normalização e docilização do corpo (vigilância hierárquica, sanções normalizadoras, exames individuais, exercícios repetidos, etc.)	Previsão, estimativas estatísticas, medidas globais
EFEITOS RESULTANTES DA RELAÇÃO DE PODER	Poder se dirige aos corpos individuais. Resultado: individualização dos sujeitos	Poder se dirige à população. Resultado: Massificação
FINALIDADE	Obter corpos economicamente úteis e politicamente dóceis	Equilíbrio da população, sua homeostase e regulação
SABER/PODER	Ciências clínicas ou do indivíduo (psicologia, psicanálise, medicina, pedagogia, ciências humanas, etc.)	Ciências exatas e biológicas (medicina social, estatística, demografia, etc.)

Quadro 1 - Poder Disciplinar X Biopolítica

A partir do século XVII, os mecanismos de poder passam, no ocidente, por uma profunda transformação. O poder soberano, que se instituiu ao longo da idade média, se caracterizava pela possibilidade do soberano dispor, como bem entendesse, de tudo que estivesse sobre seu território, inclusive a vida de seus súditos. O direito de punir com a morte não só se colocava como fundamental para o exercício do poder soberano como também se apresentava como a expressão máxima de seu poder (FOUCAULT, 2004). A função do poder, no regime soberano era, sobretudo, de “fazer morrer ou deixar viver” (FOUCAULT, 2005, p. 286).

A partir do século XVIII, o poder soberano começa a ser contraposto e complementado por duas outras formas de relação de poder que se organiza em torno da vida: a) as disciplinas, que têm como objeto o corpo individual, considerado como máquina; b) a biopolítica da população que, partir dos meados do século XVIII, passa a focar como objeto o corpo vivo como suporte dos processos biológicos (CASTRO, 2009). Para estas duas últimas formas de organização e gestão do poder a tônica, em oposição ao poder soberano, passa a ser “fazer viver e de deixar morrer” (FOUCAULT, 2005, p. 287).

Com o regime disciplinar e, posteriormente, com a biopolítica, o poder não só passa a se organizar em torno da vida como também passa a organizar, principalmente com a biopolítica, a própria vida. A vida enquanto um acontecimento passa a ser objeto tanto de saber como de poder (FARHI NETO, 2007).

Foucault observa que a partir do momento em que o governo necessita lidar com problemas relacionados à concentração de pessoas nas cidades (doenças epidêmicas, fome, ocupação de espaços etc.), a vida passa a ocupar a centralidade nas relações de poder. Neste contexto, a gestão de aspectos relacionados à vida da população como, por exemplo, a natalidade, morbidade, mortalidade, a dinâmica populacional etc., passam a incorporar as preocupações do governo e são assumidas pelo Estado.

A partir destas preocupações, não só uma nova forma de relação de poder se institui como também novos saberes e práticas, entre elas, uma nova prática de governo, o biopoder. Nesta nova forma de governo, o problema central não se restringe em, governar as condutas dos corpos, mas se amplia na direção de se gerir as condutas de um novo sujeito, a população.

Para Foucault, assim como o governo político dos corpos se faz por meio de uma anátomo-política, o governo político das populações se faz por meio da biopolítica. Ou seja, por meio da biopolítica, a população passa, por meio de dispositivos como o monitoramento, controle, medicalização, educação etc, a ser produzida a partir do estabelecimento de determinadas normativas (escolaridade, habilidades pessoais e/ou profissional, padrões estéticos e de saúde, número de filhos, entre outros) que se insiram de maneira controlada ao aparato produtivo e ajustem ao processo econômico (CASTRO 2009; VANDERSEN, 2010).

Em Foucault, a governabilidade é a resultante de uma forma de organização do poder em torno da população, o biopoder, que se objetiva por meio de práticas políticas específicas em relação à vida, biopolítica, geridas pelo governo estatal, o Estado governamentalizado.

Nesta configuração, a vida, enquanto processo biológico e que se manifesta por meio da população, não só ingressa no domínio político como passa a ser alvo do poder. Em torno da gestão governamentalizada da vida se formam saberes, que a controlam e a explicam, como também poderes, que buscam intervir em sua regularidade (CANDIOTTO, 2010).

Em busca de intervir na regularidade da vida, o Estado governamentalizado buscará, por meio de seus saberes, estabelecer previsões a respeito da vida. Neste contexto, a governamentalidade passa a se reger também pela noção de risco, conceito que discutiremos mais adiante. Contudo, antes de prosseguirmos nesta direção, tensionemos, pela ótica do poder, os saberes da medicina e da psicologia.

1.1.1. A Medicina a partir da ótica do Poder

Para introduzirmos esta discussão, retomemos o argumento de que apesar de o poder disciplinar e a biopolítica representarem duas formas diferentes de se organizar e gerir o poder, a relação entre elas é de complementariedade e não de exclusão, sendo, como já dissemos anteriormente, o poder disciplinar complementado pela biopolítica. Na obra de Foucault, o papel que a medicina ocupa na sociedade normalizada é um dos exemplos desta relação de complementariedade, pois suas práticas e saberes incidem, simultaneamente, tanto no corpo individual, por meio de processos disciplinares, como no todo da população, através de processos regulamentadores.

Segundo Farhi Neto (2007), as sociedades normalizadas são também sociedades medicalizadas. Para tecer este argumento, o autor observa que, de maneira geral, tende-se a considerar como objeto primaz da medicina a doença e a demanda do paciente, isto é, suas

dores, mal-estar etc.. Contudo, na sociedade normalizada, a medicina não se limita às solicitações do paciente, ao contrário, se impõe a ele com um ato de verdade:

A medicina judiciária, os exames médicos no campo do trabalho, os check-ups aconselháveis ou obrigatórios são alguns exemplos do poder medical, cujas funções normalizadoras desbordam a demanda do paciente. Para além da doença, a própria saúde se constitui como campo para a intervenção medical. (FARHI NETO, 2007, p. 17)

Como observa Farhi Neto, na sociedade normalizada, a medicina desloca e amplia seu objeto da doença para a saúde. Paralelamente suas práticas também se deslocam, não se limitando mais apenas à demanda do paciente, mas se ampliando, à revelia, para toda a população.

As políticas de prevenção de doenças e de controle da saúde, o acompanhamento médico constante não remetem diretamente à patologia, mas significam a abertura da saúde como domínio medical. Definir as normas da saúde e dos comportamentos saudáveis e obrigar os indivíduos a agir em conivência com essas normas tornou-se, para além da simples função terapêutica, uma das grandes atribuições do poder medical. (FARHI NETO, 2007, p. 17)

Em nome da prevenção das doenças, a medicina passa a normalizar não apenas a saúde, mas, sobretudo, as condutas dos indivíduos e, para isso, lança-se mão dos mais diferentes dispositivos disciplinares. Entre os dispositivos disciplinares, o saber e práticas médicas ocupam, na normalização da sociedade, papel de destaque, pois, é através dela submete-se não só indivíduos, mas as populações, à norma.

Na sociedade atual, a norma é muito mais predominante que a lei. É pela norma que os critérios entre o normal e o patológico se estabelecem. São por meio destes critérios que se estabelecem as práticas normativas que, inclusive, podem vir a ser incorporadas pela lei, para que se mantenha o que é considerado como normalidade como também, quando necessário, se imponham coerções e sanções que a restituam.

Se os juristas dos séculos XVII e XVIII inventaram um sistema social que deveriam estar dirigido por um sistema de leis codificadas, pode-se afirmar que os médicos do século XX estão a inventar uma sociedade da norma e não da lei. Não são os códigos que regem a sociedade, mas a

distinção permanente entre o normal e o patológico, a tarefa perpétua de restituir a normalidade (FOUCAULT, 1994a, apud CASTRO, 2009)

É sob o império da norma que a medicina se institui como um saber/poder que se espraia para um campo cada vez mais vasto, estendo-se para muito além da enfermidade. É neste sentido que se pode dizer que a sociedade normativa é também uma sociedade medicalizada. Nela, como diz Farhi Neto (2007), a medicina “está em todo o lugar e tem sempre uma palavra a dizer” (p. 17). O termo “medicalização”, como define Castro (2009), segue esta mesma argumentação: “refere-se a este processo que se caracteriza pela função política da medicina e pela extensão indefinida e sem limites da intervenção do saber médico” (p. 299).

A medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviço das doenças e arte das curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nesta maquinaria de poder que, durante o século XVIII, não cessa de se estender e de se afirmar. O médico penetra em diferentes instâncias de poder. A administração serve de ponto de apoio e, por vezes, de ponto de partida aos grandes inquéritos médicos sobre a saúde das populações; por outro lado, os médicos consagram uma parte cada vez maior de suas atividades a tarefas tanto gerais quanto administrativas que lhes foram fixadas pelo poder. Acerca da sociedade, de sua saúde e suas doenças, de sua condição de vida, de sua habitação e de seus hábitos, começa a se formar um saber médico-administrativo que serviu de núcleo originário à ‘economia social’ e à sociologia do século XIX. E constitui-se, igualmente, uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença, mas às formas gerais da existência e do comportamento (a alimentação e a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, a disposição ideal do *habitat*). (FOUCAULT, 2007b, p. 202)

Na biopolítica, como vimos, a vida da população não só torna uma questão de Estado como passa a ser por ele regulamentada. Enquanto fiador da vida, o Estado passa a monitorar e/ou controlar a dinâmica tanto da saúde e da doença como também da natalidade, longevidade e mortalidade. Regida por práticas normativas, em grande parte derivadas dos saberes e práticas médicas, este Estado desenvolve uma sociedade não apenas normalizada, mas também medicalizada. Nesta sociedade, não só os indivíduos são normalizados e disciplinados, mas a própria população, como um ente independente e que possui uma dinâmica própria, é, por meio do Estado, regularizada. Entre os elementos que

contribuíram para a incorporação da sociedade medicalizada pelo Estado estão (CASTRO, 2009; FARHI NETO, 2007):

- 1) *Formação de uma nova nosopolítica*: A participação da medicina nas práticas do estado não se faz de forma vertical e uniforme. Ela é resultante de deslocamentos de saberes/poderes relacionados ao processo de saúde e doença. A problematização em relação ao processo saúde-doença, responde aos deslocamentos dos procedimentos mistos e polivalentes de assistência. Até o século XVIII, o Estado, exceto nos casos de epidemias, se encarregava da doença por meio da assistência aos pobres.

O traço mais marcante desta ‘noso-política’ que inquieta a sociedade francesa – e européia – no século XVIII, é sem dúvida, o deslocamento dos problemas de saúde em relação às técnicas de assistência. Esquemáticamente, pode-se dizer que até o fim do século XVII os encargos coletivos da doença eram realizados pela assistência aos pobres. Há exceções, certamente: as regras a aplicar em época de epidemias, as medidas que eram tomadas nas cidades pestilentas, as quarentenas que eram impostas em alguns grandes portos constituíam formas de medicalização autoritária que não estavam organicamente ligadas às técnicas de assistência. Mas fora destes casos-limite, a medicina entendida e exercida como ‘serviço’ foi apenas uma das componentes dos ‘socorros’. Ela se dirigia à categoria importante, não obstante a imprecisão de suas fronteiras, dos ‘pobres doentes’. Economicamente, esta medicina-serviço estava essencialmente assegurada por fundações de caridade. Institucionalmente, ela era exercida dentro dos limites de organizações (leigas ou religiosas) que se propunham fins múltiplos: distribuição de viveres, vestuário, recolhimento de crianças abandonadas, educação elementar e proselitismo moral, abertura de ateliês e de oficinas, eventualmente vigilância e sanções de elementos ‘instáveis’ ou ‘perturbadores’ (as repartições hospitalares tinham, nas cidades, jurisdição sobre os vagabundos e os mendigos; as repartições paroquiais e as sociedades de caridade se outorgavam também, e muito explicitamente, o direito de denunciar os ‘maus elementos’). Do ponto de vista técnico, a parte desempenhada pela terapêutica no funcionamento dos hospitais na época clássica era limitada, relativamente à ajuda material e ao enquadramento administrativo. Na figura do ‘pobre necessitado’ que merece hospitalização, a doença era apenas um dos elementos em um conjunto que compreendia também a enfermidade, a idade, a impossibilidade de encontrar trabalho, a ausência de cuidados. A série doença-serviços médicos-terapêutica ocupa um lugar limitado e raramente autônomo na política e na economia complexa dos ‘socorros’. (FOUCAULT, 2007b, p.195-196)

Contudo, este modelo de assistência começa a ser criticado por economistas e administradores que questionavam a imobilização de recursos “para entreter ocioso que podem, assim, permanecer fora dos circuitos de produção” (FOUCAULT, 2007b, p. 196). Para amenizar tal problema, a população indistintamente atendida pela caridade passa a ser

esquadrinhada com o objetivo de se estabelecer diferentes categorias de pessoas entre os pobres. Assim, estatutos tradicionais da caridade assistencial como “pobre”, passam a ser atenuados para ceder lugar a uma série de distinções funcionais como os bons e os maus pobres, os ociosos voluntários, os desempregados involuntários, os que podem e os que não podem fazer determinado trabalho etc.

A ociosidade é o grande eixo sobre a qual este deslocamento transita. As condições e efeitos da ociosidade passam a ser analisadas, relativizando a visão religiosa que tendia sacralizar a pobreza e o pobre. Esta discussão tinha por objetivo buscar formas de:

(...), na melhor das hipóteses, tornar a pobreza útil, fixando-a ao aparelho de produção; e, na pior, aliviar o mais possível seu peso para o resto da sociedade: como fazer trabalhar os pobres "válidos", como transformá-los em mão-de-obra útil; mas, também, como assegurar o autofinanciamento pelos menos ricos de sua própria doença e de sua incapacidade transitória ou definitiva de trabalhar; ou ainda, como tornar lucrativas a curto ou a longo prazo as despesas com a instrução das crianças abandonadas e dos órfãos. Delineia-se, assim, toda uma decomposição utilitária da pobreza, onde começa a aparecer o problema específico da doença dos pobres em sua relação com os imperativos do trabalho e a necessidade da produção. (FOUCAULT, 2007b, p. 196)

Por meio destes deslocamentos, a doença começa a se constituir como um campo específico, exigindo outras práticas e saberes independentes das práticas de assistência. Por outro lado, esta nova compreensão aparece atada a processos mais gerais que se relacionam ao governo das populações pelo Estado. Daí toda a discussão sobre como torná-las tanto mais produtivas como menos dispendiosas. É neste contexto que questões relacionadas à saúde e doença da população convertem-se em um problema político, isto é, em um problema de Estado relacionado ao governo de suas populações.

- 2) *As políticas públicas de saúde*: na Europa, após a segunda guerra, formou-se o que ficou conhecido como o Estado de bem-estar. A organização na Inglaterra, em 1942, do plano Beveridge foi um dos marcos na organização estatal das políticas de saúde, pautando as ações de muitos países desenvolvidos ocidentais. O plano Beveridge muda a relação do estado com a saúde física do cidadão. Desde o século XVIII, a preocupação do Estado em relação à saúde se reduzia à necessidade de manter a força

física nacional como capacidade de trabalho e de guerra. Após 1942, percebe-se o deslocamento desta relação: não é mais o indivíduo que, como trabalhador e soldado, está ao serviço do Estado, mas é o Estado que se coloca a serviço dos indivíduos. No período pós-guerra, se consolida não o direito à vida, mas um direito mais importante e complexo, o direito individual à saúde, como uma das obrigações do Estado para com seus cidadãos;

- 3) *O direito de estar doente e de interromper o trabalho por motivos de saúde:* durante o século XIX, a saúde e a higiene pessoal representavam a relação que o indivíduo mantinha com o próprio corpo, sendo uma obrigação moral dele para com a sociedade e o Estado. Contudo, a partir do meados do século XX, a exortação moral à higiene e à saúde se deslocam, dando lugar a uma nova moral que determina a relação dos sujeitos com seus corpos: o direito à interrupção das atividades em caso de doença passa a ser não só uma possibilidade moralmente justificada como uma obrigação do Estado em relação ao indivíduo;
- 4) A saúde ingressa no campo da macro economia: a assistência universal à saúde, provida pelo Estado por meio dos impostos, passa a ser entendida como uma forma de se tentar corrigir as desigualdades provocadas pela diferença de renda;

Estes diferentes pontos mostram que, desde o século XVIII, quanto mais o Estado assume o governo da população, mais as questões relacionadas à saúde passam a integrar seu rol de obrigações.

Na estratégia biopolítica de gestão, a medicina, que já ocupa um papel preponderante no controle dos corpos, passa a ser também um instrumento fundamental para o controle político da população. Para sustentar este argumento, Farhi Neto (2007) observa que, ao contrário do que se poderia pensar, a prática da medicina burguesa não se caracteriza pelo atendimento médico individual, mas por uma medicina que se torna cada vez mais coletiva. Apoiado em Foucault, Farhi Neto argumenta que, a partir da medicina social do século XIX, a

saúde e o corpo se socializam. Neste processo, destacam-se três formas específicas de intersecção entre política e medicina.

A primeira delas é a medicina de Estado, que surge na Alemanha, no início do século XVIII. Ao lado de conhecimentos relacionados aos recursos naturais, as condições de vida e do funcionamento geral da burocracia do Estado, comporá um saber específico, a ciência do Estado.

Como o número de pessoas que habitam o território era considerado a principal força do Estado, buscar formas que colaborassem para o crescimento populacional era um dos principais desafios que se colocava a esta nova ciência. É neste contexto que a saúde da população passa a ser uma das preocupações do Estado.

Contudo, observa Farhi Neto, somente nos Estados alemães esta preocupação toma a forma de uma prática médica, conduzida pelo Estado, por meio de uma polícia médica, a *Medizinschepolizei*.

A tradução literal do termo *Medizinschepolizei* seria ‘polícia medical’ (*police médicale*). No termo alemão, porém, ‘polícia’ (*police*) não se refere ao significado atual da palavra. *Polizei* não significa o aparelho estatal de força, responsável pela ordem e segurança pública interiores, mas uma série de instrumentos responsáveis por estabelecer e implementar uma determinada política pública, relativa a um setor específico da atividade social, nesse caso, a medicina ou a saúde da população. A *Medizinschepolizei* seria a primeira biopolítica. (FARHI NETO, 2007, p. 21)

A *Medizinschepolizei*, enquanto dispositivo do poder, atua: a) compilando e registrando dados a respeito das doenças que afetam a população; b) normalizando e controlando e centralizando no Estado o saber médico que antes se concentrava nas universidades e nas mãos de corporações; c) subordinando as atividades dos médicos ao Estado; d) criando um corpo de médicos integrado ao próprio aparato estatal. O que se observa entre estes pontos, é a forte centralização das questões das questões relativas à saúde da população, inclusive das atividades médicas, no Estado. Cria-se assim as condições para a gestão biopolítica da vida da população.

O exemplo da Alemanha é igualmente importante por mostrar como, de maneira paradoxal se encontra, no início da medicina moderna, o máximo de estatização. Desde esses projetos que

foram realizados em grande parte no final do século XVIII e começo do século XIX, desde a medicina de Estado alemã, nenhum Estado ousou propor uma medicina tão nitidamente funcionarizada, coletivizada, estatizada quanto a Alemanha desta época. Vê-se, por conseguinte, que não se passou de uma medicina individual a uma medicina pouco a pouco e cada vez mais estatizada, socializada. O que se encontra antes da grande medicina clínica, do século XIX, é uma medicina estatizada ao máximo. Os outros modelos de medicina social, dos séculos XVIII e XIX, são atenuações desse modelo profundamente estatal e administrativo já apresentado na Alemanha. (FOUCAULT, 2007b, p. 85)

Uma segunda forma de intersecção entre a política e a medicina é percebida na França, também no século XVIII, com a instituição da medicina social urbana. Neste caso, a preocupação relacionada à população não estava na força do Estado, mas na concentração de pessoas no espaço urbano.

O rápido aumento da população nos espaços urbanos desequilibra as condições sanitárias, transformando as cidades em espaços de proliferação de doenças. A medicina social urbana francesa, que se constitui na segunda metade do século XVIII, será uma espécie de poder público, político-sanitário, constituído para responder as ameaças relacionadas à saúde urbana.

A estratégia utilizada pela medicina social urbana para lidar com os problemas de saúde urbana é a vigilância e o controle contínuo da população pelo poder político. O principal foco da medicina social francesa é a circulação dos elementos e das coisas pelo espaço urbano. Deste modo, sua intervenção se caracteriza pela análise dos lugares de acúmulo de restos e dejetos; pela investigação de espaços que poderiam ser focos de enfermidades e epidemias; controlar a circulação do ar, da água, dos alimentos, das mercadorias, do lixo e até mesmo dos cadáveres; estudar e organizar a distribuição das fontes, esgotos etc.. O monitoramento, controle, registro e documentação destes diferentes fatores, propiciaram a formação de saberes que correlacionam aspectos do meio às condições de vida e hábitos das populações (FARHI NETO, 2007; MARTINS E PEIXOTO JR, 2009).

Foi em grande parte por intermédio da medicina social urbana que a medicina moderna se configurou, ascendendo à categoria de saber científico.

Por intermédio da medicina social urbana, a prática médica se põe diretamente em contato com ciências extra-médicas, fundamentalmente a química. Desde o período confuso em que Paracelso e Van Helmont procuravam estabelecer as relações entre medicina e química, não houve mais verdadeiras relações entre as duas. Foi precisamente pela análise do ar, da corrente de ar, das condições de vida e de respiração que a medicina e a química entraram em contato. Fourcroy e Lavoisier se interessaram pelo problema do organismo por intermédio do controle do ar urbano. A inserção da prática médica em um corpus de ciência físico-química se fez por intermédio da urbanização. A passagem para uma medicina científica não se deu através da medicina privada, individualista, através de um olhar médico mais atento ao indivíduo. A inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico se fez através da socialização da medicina, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social, urbana. A isso se deve a importância da medicina urbana. (FOUCAULT, 2007b, p. 92)

Esta colocação de Foucault remete a outro aspecto relacionado à medicina social urbana que vale ser aqui destacado. Se, como foi mencionado pelo excerto acima, a passagem para uma medicina científica se deu: a) pela aproximação de saberes extra-médicos, como, por exemplo, a física e a química; b) pela apropriação dos métodos e procedimentos a princípio utilizados por estes saberes; e c) por meio de uma medicina coletiva, social e urbana e não, como muitas vezes se supõe, por meio de uma medicina individual e privada; a consequência é que a medicina científica nascente diz muito mais sobre as relações físico-químicas entre organismo e meio do que sobre as pessoas, seus corpos e organismos:

A medicina urbana não é verdadeiramente uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência. Esta medicina das coisas já delineia, sem empregar ainda a palavra, a noção de meio que os naturalistas do final do século XVIII, como Cuvier, desenvolverão. A relação entre organismo e meio será feita simultaneamente na ordem das ciências naturais e da medicina, por intermédio da medicina urbana. Não se passou da análise do organismo à análise do meio ambiente. A medicina passou da análise do meio à dos efeitos do meio sobre o organismo e finalmente à análise do próprio organismo. A organização da medicina (urbana) foi importante para a constituição da medicina científica. (FOUCAULT, 2007b, p. 92-93)

É Também por meio da medicina social urbana que o conceito biológico de meio ambiente se aproxima da medicina. Os estudos sobre a relação entre saúde da população e o meio ambiente representam mais uma ponte entre a metodologia científica e a medicina. Um dos resultados destes estudos é a noção de salubridade. Segundo Foucault:

Salubridade não é a mesma coisa que saúde, e sim o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível. Salubridade é a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos. E é correlativamente a ela que aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde. Salubridade e insalubridade são o estado das coisas e do meio enquanto afetam a saúde; a higiene pública – no séc. XIX, a noção essencial da medicina social francesa – é o controle político-científico deste meio. (FOUCAULT, 2007b, p. 93)

A noção de salubridade reforça o argumento de que a medicina social urbana francesa não tinha como foco os indivíduos, mas a população pensada através do meio físico que ocupava. É neste ponto que o exercício do poder pela biopolítica se explicita. A partir da noção de salubridade, passa a se compreender o meio ambiente como algo que, por meio de intervenções científico-políticas protagonizadas pelo Estado, pode ser governado para se produzir melhores condições para a vida humana: maior longevidade, menor mortalidade, menos adoecimentos etc.

São exemplos de práticas biopolíticas que têm como foco o meio ambiente ocupados pelas populações as grandes intervenções urbanas que, em nome da salubridade e da higiene pública, passam a ocorrer. O mais célebre exemplo destas intervenções é a reforma de Paris (1853-1870). Quase meio século depois, este mesmo argumento também vem ser utilizado para justificar reurbanização, promovida pelo governo de Pereira Passos, da cidade do Rio de Janeiro, em 1903.

Somente a partir da segunda metade do século XIX, na Inglaterra, que o corpo se inscreve como objeto da medicina social. Aqui se inicia a discussão sobre a terceira forma apresentada por Foucault da aproximação entre medicina e política.

Um dos primeiros pontos a se destacar sobre esta questão está no objeto da medicina social inglesa: os pobres e os operários. É a partir desta constatação que Foucault ressalta que o corpo, ao contrário do que pode pensar, não foi o primeiro alvo da medicina social, mas o seu último. Pela ordem, foram objetos da medicalização, primeiro, o Estado, em seguida, as cidades e, somente por último, o pobre e os trabalhadores (FOUCAULT, 2007b).

Até o século XIX, os perigos para a saúde da população advinham dos cemitérios, matadouros, da circulação do ar, água, alimentos e dejetos etc., mas não dos pobres. Diante desta constatação, Foucault se pergunta por que, ao longo do século XVIII, os pobres não foram problematizados como fonte de perigo médico? Ele mesmo responde:

Existem várias razões para isso: uma é de ordem quantitativa: o amontoamento não era ainda tão grande para que a pobreza aparecesse como perigo. Mas existe uma razão mais importante: é que o pobre funcionava no interior da cidade como uma condição da existência urbana. Os pobres da cidade eram pessoas que realizavam incumbências, levavam cartas, se encarregavam de despejar o lixo, apanhar móveis velhos, trapos, panos velhos e retirá-los da cidade, redistribuí-los, vendê-los, etc. Eles faziam parte da instrumentalização da vida urbana. Na época, as casas não eram numeradas, não havia serviço postal e quem conhecia a cidade, quem detinha o saber urbano em sua meticulosidade, quem assegurava várias funções fundamentais da cidade, como o transporte de água e a eliminação de dejetos, era o pobre. Na medida em que faziam parte da paisagem urbana, como os esgotos e a canalização, os pobres não podiam ser postos em questão, não podiam ser vistos como um perigo. No nível em que se colocavam, eles eram bastante úteis. (FOUCAULT, 2007b, p. 94)

Contudo, observa Foucault, que a partir da segunda metade do século XIX, ocorre um novo deslocamento, inserindo o pobre no campo da periculosidade. Entre os fatores que coloraram para que os pobres se transformassem em problema, Foucault (2007b) menciona: a) empresas passam a organizar e prestar serviços que anteriormente eram realizados pelos pobres como, por exemplo, a entrega de correspondências, que passa a ser realizada por meio de um sistema postal. Ao serem expropriados da execução de funções vitais para a vida na cidade, os pobres não só perdem a utilidade como também ganham outra visibilidade, agora negativa. De integrados e úteis à dinâmica da cidade, os pobres transitam para o polo de pessoas incômodas, ameaçadoras e perigosas. Contudo, a destituição de seu lugar e, conseqüentemente, de suas formas de subsistência não ocorre sem uma série de revoltas populares, o que nos conduzirá ao tópico seguinte desta discussão; b) durante as revoluções do século XVIII e as grandes agitações sociais do século XIX, a população pobre torna-se uma força política capaz de se revoltar ou pelo menos participar de revoltas. Assim, do ponto de vista político, os pobres também se tornam uma ameaça; c) a propagação de grandes epidemias por toda a Europa cristalizou em torno da população pobre uma série de medos políticos e sanitários. Data-se deste período as intervenções do Estado para dividir o espaço urbano entre em áreas para os ricos e áreas para os pobres, pois a coabitação de ricos e

pobres em espaços contíguos passa a ser considerado um perigo sanitário e político para a cidade.

Grande parte destas questões está relacionada ao desenvolvimento industrial inglês que, por um lado, ocasionou o acúmulo de capital, fortalecendo o Estado e, por outro, o rápido desenvolvimento do proletariado. As acomodações de forças até então vigentes começam a ser tensionadas e novos arranjos passam a ser formados. Entre estes arranjos, constitui-se uma medicina social inglesa, chamada por Foucault de medicina do trabalho ou medicina dos pobres.

Foucault (2007b) observa que a medicina inglesa torna-se social a partir da forte influência que sofre pela Lei dos Pobres (1834). Com esta lei, estabelece-se uma nova tecnologia de poder a partir da prática médica: a assistência controlada. Por este mecanismo, a pessoa que não tem recursos para atender por si mesmo suas necessidades de saúde é assistida, ao mesmo tempo em que, ao se submeter aos vários controles médicos, é controlada. Para Foucault, o próprio ato do Estado prestar esta assistência já é uma forma de controle. Isto porque o que está em jogo não é, exclusivamente, a saúde do pobre, mas, sim, a saúde do rico.

Com a *Lei dos Pobres* aparece, de maneira ambígua, algo importante na história da medicina social: a ideia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, que sua pobreza não permite que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas. Um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre. (FOUCAULT, 2007b, p. 95)

A criação do sistema Health Service em 1875 vem, segundo Foucault, complementar as práticas de assistência controle criadas pela medicina social inglesa. A seu ver, as ações colocadas em prática por este serviço possuem traços profundamente autoritários, denotando que a tônica da preocupação não estava nos cuidados médicos, mas sim no controle médico da população. Entre as ações desenvolvidas pelo sistema de Health Service estavam: a) o controle e a obrigatoriedade da vacinação para os diferentes elementos da

população; b) com a justificativa de monitorar e controlar epidemias, as pessoas eram compulsoriamente obrigadas a declarar e registrar suas doenças; c) localização e destruição dos locais considerados insalubres. Comparando a Lei dos Pobres e o sistema Health Service, Foucault observa que:

Enquanto a Lei dos Pobres comportava um serviço médico destinado ao pobre enquanto tal, o health service tem como características não só atingir igualmente toda a população, como também, ser constituído por médicos que dispensam cuidados médicos que não são individuais, mas têm por objeto a população em geral, as medidas preventivas a serem tomadas e, como na medicina urbana francesa, as coisas, os locais, o espaço social, etc (FOUCAULT, 2007b, p. 96)

A relação entre a Lei dos Pobres e o sistema de Health Service parece exemplificar a relação de complementação existente entre o poder disciplinar e a biopolítica: por um lado, uma ação que tem como foco o indivíduo, sujeitando-o a uma rede de controles e, consequentemente de disciplinamentos e, por outro, uma ação que tem como foco não os sujeitos, mas a vida da população.

A partir deste exemplo da medicina social inglesa, pode-se tecer aqui outro raciocínio. O fato de na biopolítica o foco do poder ser a população como um todo, isto não significa que a população seja uma massa homogênea. Em nome de promover a vida, a biopolítica pode atuar, no interior da população, sobre grupos específicos¹. Na medicina social inglesa, esta dinâmica pode ser vista nas constatações levantadas por Foucault de que as intervenções nos locais insalubres, as verificações das vacinas e os registros de doenças tinham sempre como seu principal foco, os pobres. Neste caso, o poder que, no governo da população “fazia viver”, agia controlando a saúde e o corpo das classes mais pobres para “torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas.” (FOUCAULT, 2007b, p. 97).

Assim como a medicina social urbana francesa influenciou, mais de um século e meio depois, a reforma urbana no Rio de Janeiro, o modelo, também científico-político, inglês influenciou práticas que vieram ser adotadas no Brasil. Contígua às intervenções urbanas na cidade do Rio de Janeiro, que expulsou os pobres para os morros e para as áreas periféricas

¹ Para aprofundar esta discussão, ver as discussões de Foucault sobre o racismo.

da cidade, Oswaldo Cruz propôs, para combater a varíola, políticas e intervenções sanitárias que ficou conhecida como a Lei da Vacina (1904). Por esta lei, brigadas sanitárias, acompanhadas por policiais, eram autorizadas pelo Estado a entrarem nas casas e vacinarem, a força se necessário, a população (entenda-se aqui, os pobres). Contudo, é preciso lembrar, que a proposta de Oswaldo estava no bojo de um conjunto de ações sanitárias autoritárias e truculentas, como por exemplo, a brigada mata-mosquitos, para combater febre amarela, e os esquadrões municipais para combater a peste bubônica. Todas elas, em nome da saúde pública, eram autorizadas pelo Estado a invadir as casas para monitorar e debelar os possíveis focos de doenças. Invasões que, para serem realizadas eram, muitas vezes, acompanhadas pela polícia (Carvalho, 1997).

A respeito deste processo, Foucault observa que o mecanismo de poder que se articula por meio do controle e das intervenções médicas não ocorrem de forma passiva, sem insurreições ou revoltas: onde há poder há também resistências.

Creio que seria interessante analisar, não somente na Inglaterra, mas em diversos países do mundo, como essa medicina, organizada em forma de controle da população pobre, suscitou resistências. E, por exemplo, curioso constatar que os grupos de dissidência religiosa, tão numerosos nos países anglo-saxões, de religião protestante, tinham essencialmente por objetivo, nos séculos XVII e XVIII, lutar contra a religião de Estado e a intervenção do Estado em matéria religiosa. Ora, o que reaparece, no século XIX, são grupos de dissidência religiosa, de diferentes formas, em diversos países, que têm agora por objetivo lutar contra a medicalização, reivindicar o direito das pessoas não passarem pela medicina oficial, o direito sobre seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem. Esse desejo de escapar da medicalização autoritária é um dos temas que marcaram vários grupos aparentemente religiosos, com vida intensa no final do século XIX e ainda hoje.

Nos países católicos a coisa foi diferente. Que significado tem a peregrinação de Lourdes, desde o final do século XIX até hoje, para os milhões de peregrinos pobres que aí vão todos os anos, senão uma espécie de resistência difusa à medicalização autoritária de seus corpos e doenças? Em lugar de ver nessas práticas religiosas um fenômeno residual de crenças arcaicas ainda não desaparecidas, não serão elas uma forma atual de luta política contra a medicalização autoritária, a socialização da medicina, o controle médico que se abate essencialmente sobre a população pobre; não serão essas lutas que reaparecem nessas formas aparentemente arcaicas, mesmo se seus instrumentos são antigos, tradicionais e supõem um sistema de crenças mais ou menos abandonadas? O vigor dessas práticas, ainda atuais, é ser uma reação contra essa 'social medicine', medicina dos pobres, medicina a serviço de uma classe, de que a medicina social inglesa é um exemplo. (FOUCAULT, 2007b, p. 97).

Estes exemplos nos mostram que, paralelo ao fortalecimento da sociedade medicalizada há, desde o final do século XIX, resistências contra ao processo autoritário de medicalização. Do mesmo modo que é necessário se assegurar o direito à assistência médica, passa-se também a ser entendido como fundamental o direito de, se assim se desejar, não ser sempre submetido aos procedimentos estabelecidos pela medicina oficial. O que se reivindica é a possibilidade do sujeito governar o seu corpo: “o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiser” (qualquer semelhança com as atuais resistências relacionadas ao Ato Médico, não são meras coincidências).

Em relação à medicina social urbana francesa e a medicina de Estado alemã, o modelo da medicina social inglesa era, segundo Foucault, a que mais produziu resultados e, por isso, foi disseminado para vários países. A seu ver, o seu sucesso se deve, por um lado, pela relação que estabeleceu entre assistência médica ao pobre, o controle de saúde das forças de trabalho e o esquadramento geral da saúde pública. Este arranjo permitiu tanto que as classes mais ricas se protegessem dos perigos gerais da população, como também colaboravam para o aprimoramento de sua mão de obra. Por outro lado, inovou ao permitir que três sistemas médicos coexistissem de forma superposta: uma medicina assistencial, destinada aos pobres; uma medicina administrativa encarregada dos problemas gerais (vacinação, epidemias etc.); e uma medicina privada para os ricos. A flexibilidade deste modelo permitiu que a medicina social inglesa desenvolvesse várias faces e formas que se adequavam aos diferentes públicos e interesses. Ao mesmo tempo permitiu que instrumentos precisos e adequados fossem desenvolvidos para atender diferentes situações, possibilitando um esquadramento bastante completo da população.

A análise história da medicina realizada por Foucault demonstra o importante papel da medicina para o Estado que assume para si a atribuição de governar a população, o Estado governamentalizado. O Estado governamentalizado se diferencia do modelo soberano por duas grandes inversões: 1) o poder não mais se manifesta pela capacidade de produzir a morte (fazer morrer e deixar viver), mas pela sua capacidade de produzir a vida (fazer viver e deixar morrer); 2) passa-se de um estado que apenas colocava a população ao seu serviço, para um Estado que se coloca a serviço de sua população. A gestão da vida e da saúde da

população, ou seja, a biopolítica, integram não apenas as estratégias, mas converte-se na base para o Estado governamentalizado.

Paralelamente, demonstra Foucault que é neste contexto e, em grande parte para atender a necessidade do Estado governamentalizado, que a medicina moderna se desenvolve como um saber/poder. Neste desenvolvimento, ao contrário do que geralmente se imagina, não foi o indivíduo, mas a população o principal objeto sobre o qual a medicina inicialmente se debruçou e por onde mais rapidamente se sistematizou. Apenas tardiamente (sec. XIX), o corpo e o indivíduo passam a ser considerados objetos de interesse da medicina e, mesmo neste caso, como objetivos muito mais de controlar e de amenizar o perigo representado pelos pobres, do que um interesse específico em relação à sua saúde.

Vale também lembrar que o preeminente controle da população pela medicina levou a uma sociedade onde a população é em grande parte controlada e regulamentada pela medicalização. Em nome da saúde pública e da salubridade da população, intervenções científico-políticas foram adotadas e muitas vezes unilateralmente impostas (MACHADO ET AL., 1978). Por fim, as diferentes lutas contra a medicalização que, desde a instituição deste modelo ocorrem, demonstram o permanente jogo de tensões entre poder e resistência. Neste sentido, pode-se também dizer que, se por um lado o modelo de sociedade medicalizada coloca em marcha processos constantes de normalização e regulamentação, por outro, ela também dispara as mais diversas formas de resistências.

1.1.2. A Psicologia a partir da ótica do Poder

O terreno sobre o qual a psicologia se constitui diz muito sobre os rumos e compromissos que, ao longo da história, este saber assumiu. Com o objetivo de relativizar a noção dominante sobre uma psicologia que, envolta no manto da cientificidade, é quase que transcendente (tanto em sua origem como em sua aplicação), Prado Filho e Trisotto (2007) retomam, nos diferentes escritos de Foucault, os argumentos que contribuam para o desmonte crítico desta tese.

Para alcançar este objetivo, Prado Filho e Trisotto exploram a questão, trazendo argumentos tanto forjados pelo método arqueológico, onde, as disciplinas produzem corpos de conhecimento, como pelo método genealógico, onde as disciplinas tomam os corpos como objeto e produzem os indivíduos.

Pela perspectiva arqueológica, destacam os autores, a psicologia, como um saber disciplinarizado, se constitui a partir dos imperativos epistemológicos de inclusão/exclusão das ciências clássicas positivistas. Por ser um saber que se forma na fronteira entre a biologia e as ciências sociais, uma de suas primeiras dificuldades foi definir seu objeto e métodos específicos. Firmou-se, ao longo do século XX, como um saber que orbita em torno do par “função X norma” dando corpo à “psicologia do normal e do adaptativo”. Por este viés, o objeto que consolida a psicologia, a saber, a norma e a adaptação ou ajustamento, está em afinada às práticas normalizadoras inerentes a dinâmica do poder disciplinar. A respeito do termo “ajustamento”, Prado Filho e Trisotto (2007), observam:

“ausente, hoje, do vocabulário psi, deve-se lembrar que durante muitos anos ao longo da primeira metade do século passado ele reinou soberano nos discursos psicológicos – basta ler um texto de psicologia clínica, do desenvolvimento ou da personalidade dos anos 1940, 1950, para notar que esta questão encontra-se não apenas presente, como constitui problema central nas relações do sujeito com os outros e dele consigo.” (p. 8)

Ao longo da primeira metade do século XX, a questão da adaptação ou do ajustamento era um problema central nas relações do sujeito, tanto com os outros como consigo. O sujeito adaptado e ajustado é aquele sujeitado à disciplina. É o sujeito normalizado e docilizado. Neste sentido, a psicologia do normal e do adaptativo passa a ser um dispositivo que tanto registra, documenta e acumula saberes e práticas sobre o processo de como produzir sujeitos submetidos e funcionais à esta forma de poder como também, ao definir e classificar o que seria o normal, o adaptado ou ajustado, dá visibilidade e ajuda a identificar aqueles que não se enquadram nesta categoria. Estes, por sua vez, passam a ser examinados, formando novos corpos de conhecimento, que novamente serão usados para classificação e a definição da sanção mais adequada para vencer o desvio e introduzi-lo à norma e ao ajustamento.

Pela perspectiva genealógica, ressaltam Prado Filho e Trisotto, a psicologia moderna não nasce a partir dos experimentos laboratoriais de Wilhelm Wundt e Willian James, mas como já esboçamos anteriormente, das relações concretas de poder. Por este ponto de vista, o saber psicológico foi forjado a partir do interjogo da visibilidade do sujeito e da invisibilidade do poder, tendo as práticas e os dispositivos disciplinares como método e, por objeto, as instituições de disciplina (prisões, manicômios, hospitais, quartéis etc.). Através desta maquinaria do poder, procedimentos tradicionalmente laboratoriais (observação sistemática, o registro escrito, a documentação, o cruzamento de informações etc.) rearranjaram-se e se instalaram, sem perder o rigor, fora dos laboratórios, produzindo não apenas novos saberes, mas também, na condução de condutas, poder.

A figura do panóptico ocupa lugar de destaque nesta genealogia: conforme Foucault, este dispositivo arquitetônico, que materializa o ideal de vigilância do final do século XVIII, vale como laboratório de psicologia à medida que expõe o sujeito, o interno, a uma visibilidade exaustiva, induzindo nele a certeza de estar sendo vigiado – automatização e autonomização da vigilância no sujeito – produzindo efeitos de subjetividade e tornando possível a produção de um saber sobre os sujeitos, fundado na observação e no registro sistemáticos das suas condutas e comportamentos cotidianos. É quase desnecessário apontar a ligação de tais práticas com as reconhecidas técnicas psicológicas de observação e registro. (Prado Filho e Trisotto, 2007, p. 9)

A relação entre psicologia e normalidade é ainda bastante forte. Prado Filho e Trisotto observam que o termo normal remete tanto a idéia de adequabilidade, isto é, estar em conformidade, como também a critérios estatísticos de moda e média. Em algumas práticas psicológicas, estas duas idéias estão presentes e se apresentam de forma condensada. Por exemplo, em muitos testes psicológicos, o critério que define a linha de corte entre o normal e, portanto, aceitável, e o anormal², são critérios estatísticos. Respostas apresentadas são transformadas em pontos para serem comparadas a médias padronizadas, ou classificadas em termos de presença ou ausência para, em seu conjunto, determinar a inclusão ou exclusão do sujeito em alguma classificação patológica. Mesmo neste último caso, ainda que

² Ou, sendo politicamente correto, aqueles que estão “abaixo do esperado”. Aliás, os que estão acima do esperado também seriam “anormais”, mas para estes reservam-se outros adjetivos, como, por exemplo, superdotados.

não esteja explicitamente posta, são critérios estatísticos que definem tais classificações a partir da prevalência média em determinada população.

Basta um passeio pelos domínios da psicometria, com seus recursos à estatística, disciplina comparativa, com suas amostragens e “curvas normais” (seria coincidência?) – esta “matemática política”, conforme Foucault – para que a psicologia mostre-se como saber ao mesmo tempo normatizante e normalizador. (PRADO FILHO E TRISOTTO, 2007, p. 11)

A ideia de que padrões normativos induzem a uma “matemática política” pode ser aprofundada por meio do deslocamento dos dispositivos normativos, das ciências biológicas, sobretudo das ciências e práticas médicas, para as ciências humanas. Prado Filho e Trisotto ressaltam que um dos grandes problemas desta apropriação acrítica pelas ciências humanas seria de naturalizar e, conseqüentemente, normalizar as próprias relações de poder como construções que se realizem fora da história, da ordem dos juízos, dos enunciados e dos dispositivos.

“Nos domínios das ciências humanas o problema da norma sugere uma ideia reguladora, mais moral que científica, poder sutil de comparação entre indivíduos, legitimado em procedimentos supostamente científicos, que não apenas inclui ou exclui numa faixa de normalidade construída, marcando os desvios, como ainda reconduz ao centro os desviantes.” (PRADO FILHO E TRISOTTO, 2007, p. 10)

O indivíduo é outro conceito bastante comum às ciências humanas e, particularmente caro à psicologia. Prado Filho e Trisotto retomam a discussão sobre este tema proposta por Foucault, para tensionar tanto a sua natureza como os saberes que se constituíram a partir deste conceito.

Prado Filho e Trisotto ressaltam que a noção de indivíduo que possuímos é uma construção histórica bastante moderna. É neste sentido que argumentam que “não somos ‘naturalmente’ indivíduos, mas somos constituídos como tais” (p. 10). Ao longo da história humana, a individualidade é apenas uma das formas possíveis de existência, um modo de ser específico que somente se tornou possível a partir do arranjo moderno das forças sociais e produtivas. Neste sentido, como vimos anteriormente, o indivíduo é muito mais resultado

que precursor do modo disciplinar de organizar e gerir o poder. Se o indivíduo é resultado deste processo específico, ele não é natural, universal e nem possui uma natureza transcendente. Ao contrário, ele é histórico e resultante de um modo específico de arranjo na relação de poder. Por este entender, o indivíduo é produto dos dispositivos disciplinares e imanente ao processo de normalização.

“Nossas modernas sociedades desenvolveram uma poderosa tecnologia política de produção de indivíduos, que aplica procedimentos disciplinares, separando, individualizando, marcando e identificando os sujeitos, comparando-os e classificando-os entre si, remetendo-os a uma média construída para o seu grupo, demarcando limites e fronteiras, incluindo, excluindo, marcando e corrigindo os desvios, reconduzindo, ainda, à norma, procedendo assim uma ‘ortopedia da subjetividade’.” (PRADO FILHO E TRISOTTO, 2007, p. 10 e 11)

Como consequência desta compreensão de indivíduo, tanto a ideia de interioridade como de subjetividade também se desnaturaliza (PRADO FILHO E TRISOTTO, 2007; PRADO FILHO E MARTINS, 2007). Rompe-se assim com certa tradição filosófica que as concebiam como parte inerente à “natureza humana” (RAMMINGER e NARDI, 2008).

“Pode-se afirmar com Michel Foucault que, assim como o cristianismo inventou a interioridade, a modernidade inventou a subjetividade – essa é a relação entre estas duas figuras do discurso: a noção de interioridade é anterior a de subjetividade, indicando que o moderno conceito de subjetividade apóia-se arqueologicamente na idéia cristã de interioridade encontrando-se, por isso mesmo, totalmente contaminado por esta concepção, este enunciado. Se os ocidentais cristãos se percebem como seres subjetivos e interiorizados é porque se encontram presos a estes dois enunciados que nascem nessa cultura em diferentes momentos e contextos, mas que são colados posteriormente, universalizando-se como natureza humana.” (PRADO FILHO E MARTINS, 2007, p. 17)

Enquanto produções sociais, as bases constitutivas tanto da interioridade como de subjetividade não estão na fisiologia, neurologia ou em campos afins, mas nas práticas discursivas, sociais e políticas. Ainda a este respeito, Prado Filho e Martins ressaltam que, genealogicamente, é na passagem do século XVII para o XVIII que o sujeito se torna “indivíduo” e é apenas no final do século XIX que este indivíduo ganha subjetividade. Por

esta perspectiva, assim como o indivíduo, a subjetividade também é o resultado e efeito das relações de saber/poder.

“A subjetividade se produz na relação das forças que atravessam o sujeito, no movimento, no ponto de encontro das práticas de objetivação pelo saber/poder com os modos de subjetivação: formas de reconhecimento de si mesmo como sujeito da norma, de um preceito, de uma estética de si.” (PRADO FILHO E MARTINS, 2007 p. 17)

Por fim, vale ressaltar que a disciplina científica que tem entre seus objetos o indivíduo e a subjetividade é também resultado e efeito das relações de saber e poder colocadas em curso pelo regime disciplinar. Como um conjunto de saberes e práticas sobre o sujeito, a psicologia é, entre as “ciências do indivíduo” uma porta-voz privilegiada para proferir os discursos sobre a subjetividade como também é um dos dispositivos por meio do qual a subjetividade, tal qual conhecemos, se produz.

Além disso, a psicologia reativa-se como dispositivo disciplinar cada vez que, por meio de seus saberes e práticas, atua para comparar indivíduos, nomear desvios, classificar condutas e propor intervenções que contribuam para docilizar e normalizar condutas.

“Esta é a visibilidade social da psicologia, por exemplo, quanto emite laudos e pareceres atestando características, capacidades, responsabilidades e a própria normalidade dos sujeitos (...). O que ganha visibilidade nesta crítica são suas práticas disciplinares e disciplinarizantes, suas ligações com o problema político da normalização (para além de qualquer laudo ou parecer “técnico”), e suas relações com os jogos dos dispositivos, para os quais oferece suporte de saber a práticas de separação, marcação, comparação, classificação e identificação dos indivíduos.” (PRADO FILHO E TRISOTTO, 2007 p. 12)

Prado Filho e Trisotto observam ainda que a subjetivação gerada pelo assujeitamento disciplinar é consequência de uma relação de poder que não se limita apenas ao corpo, mas que, de maneira fina e sutil, instala-se no sujeito por meio da subjetividade. Aqui, pode-se adaptar e recolocar algo que já fora dito anteriormente: a partir do dispositivo da subjetividade, pode-se sujeitar mais e melhor. Em outras palavras, o sujeito, ao ser subjetivado pela norma, passa a reproduzi-la e reproduzindo-a, a objetiva. Uma auto-coerção passa ser estabelecida, com resultados muito mais eficientes e, por que não,

danosos (visto que aqui, o oponente está mediado e, portanto, é muito mais difícil de ser identificado, dificultando, inclusive a resistência), que a coerção externa que constrange, pela força, apenas o corpo.

Ao tensionar conceitos bastante sedimentados, Foucault procura não apenas confrontar e relativizar discursos hegemônicos que fundamentam a compreensão do presente, como também possibilitar outras possibilidades de compreensão que partam do questionamento dos enunciados que sustentam as regularidades subjetivas e sociais. Para Foucault somente o “pensar de outra forma” possibilita transgredir o discurso, resistir o poder e praticar concretamente a liberdade.

“Talvez, o objetivo hoje em dia não seja descobrir o que somos, mas recusar o que somos. Temos que imaginar e construir o que poderíamos ser para nos livrarmos deste ‘duplo constrangimento’ político, que é a simultânea individualização e totalização própria às estruturas do poder moderno.

A conclusão seria que o problema político, ético, social e filosófico de nossos dias não consiste em tentar liberar o indivíduo do Estado nem das instituições do Estado, porém nos liberarmos tanto do Estado quanto do tipo de individualização que a ele se liga. Temos que promover novas formas de subjetividade através da recusa deste tipo de individualidade que nos foi imposta há vários séculos.” (DREYFUS & RABINOW, 1995, apud, PRADO FILHO e MARTINS, 2007, p. 18).

1.2. A Noção de Risco

“[...] a história tem por função mostrar que aquilo que é nem sempre foi, isto é, que é sempre na confluência de encontros, acasos, ao longo de uma história frágil, precária, que se formaram as coisas que nos dão a impressão de serem as mais evidentes.” (M. Foucault, 1994b, p. 449)

Este capítulo se propõe discutir o conceito de risco. Para isto, buscaremos localizar em que contexto este conceito ganha relevância e o que ele muda na produção e relação entre saberes, práticas e poderes.

Atualmente, é cada vez mais frequente a tomada de decisões ser feita com base na estimativa dos riscos envolvidos. Pautar decisões presentes a partir de cálculos futuros tem se transformado em um modo cada vez mais comum de gerir as diferentes esferas da vida.

Segundo Spink (2001), a palavra risco encontra suas raízes etimológicas nas línguas de matriz indo-europeias, designando a possibilidade de ocorrência de eventos vindouros. Historicamente, é com o fortalecimento dos Estados-nações que o uso se torna mais frequente, ganhando o sentido em que é atualmente conhecido. A este respeito, Hillesheim e Cruz (2008) observam que:

Embora a humanidade sempre tenha enfrentado perigos, tanto involuntários, como aqueles decorrentes de catástrofes naturais, guerras ou vicissitudes cotidianas, como voluntários, decorrentes do que hoje denominamos ‘estilos de vida’, a palavra risco não estava disponível no léxico existente, sendo estes eventos definidos como perigos, fatalidades ou dificuldades. É apenas no século XIV que a palavra risco emerge no catalão e, mais tarde, nas línguas latinas (século XVI) e anglo-saxônicas (século XVII), sendo utilizada para referir à possibilidade de ocorrência de eventos futuros, em um momento em que este passa a ser pensado como passível de controle. (p. 193)

O futuro entendido como um campo de possibilidades é uma construção moderna. Representa um mundo em que a mudança não só passa a integrar o campo das possibilidades sociais como também em função dela passam a ser feitas muitas das escolhas presentes. Em um contexto em que quase tudo pode ser mudado, pensar o futuro para, quando possível, controlá-lo, passa a ser uma necessidade. Pois, se por um lado, o futuro em

aberto é um vasto campo de oportunidades, por outro ele também é o espaço de inseguranças, temores e angústias. É neste ambiente, que o conceito de risco ganha relevância.

As culturas tradicionais não tinham um conceito de risco porque não precisavam disso. Risco não é o mesmo que infortúnio ou perigo. Risco se refere a infortúnios ativamente avaliados em relação a possibilidades futuras. A palavra só passa a ser amplamente utilizada em sociedades orientadas para o futuro – que vêem o futuro como um território a ser conquistado ou colonizado. O conceito de risco pressupõe uma sociedade que tenta ativamente romper com o seu passado – de fato, a característica primordial da civilização industrial moderna. (GIDDENS, 2000, p. 33)

Segundo Spink, Medrado e Mello (2002) a noção moderna de risco emerge no século XVII, no contexto dos jogos de azar. Nos séculos seguintes esta noção é incorporada pelo seguro marítimo (séc. XVIII) e pela economia (séc. XIX).

Nos campos de saber, a ideia de risco é incorporada primeiramente pela Economia e Epidemiologia e, após a Segunda Guerra, seu uso se dissemina, principalmente a partir dos modelos de análise de riscos, para outras ciências (HILLESHEIM E CRUZ, 2008).

Entre os fatores que contribuíram com a formação do conceito de risco se destacam o desenvolvimento, ao longo do século XVII, da teoria das probabilidades e, nos séculos posteriores, a sofisticação e a adoção da estatística como ciência de Estado. Em relação à estatística, destaca:

Nunca é demais apontar que a raiz de estatística é status, que em latim quer dizer estado ou condição. Em seu sentido inicial, a estatística era ramo da ciência política que dizia respeito à coleção e classificação de fatos relevantes para a tarefa administrativa, e é nesse sentido que ela encontra uma primeira função no governo das populações na Ciência da Política dos estados alemães dos séculos XVIII e XIX. (SPINK, 2001, p.1280)

Como bem observa Spink (2001), é por meio de saberes como a estatística e a ciência probabilística que dados são transformados em instrumentos de governo. Em outras palavras, são saberes que não só se convertem em instrumentos de poder, mas, em grande parte, avançam e se desenvolvem a partir de uma determinada relação de poder: neste caso

específico, o governo e o controle da população. Conforme indica Spink, é exatamente neste contexto que o conceito de risco se fortalece, iniciando o que ela considera “a primeira fase da gestão dos riscos, que terá sua idade de ouro no século XIX, na ciência sanitária, que será o berço do Estado de Bem-Estar Social” (SPINK, 2001, p.1280). Seguindo o argumento, assim como a estatística e a ciências probabilísticas, o próprio conceito de risco e suas práticas se desenvolvem nos arranjos das relações de poder que se cristalizam sob a forma do Estado governamentalizado.

Entretanto, observa ainda a autora, que é apenas em meados do século XX, com o aprimoramento das técnicas de cálculo, que se o conceito de risco se formaliza, criando campos específicos de saberes como a análise e a gestão dos riscos.

A preocupação moderna com o risco remete, por um lado, a uma crença de que as ações presentes têm implicações futuras e, por outro, na ausência de garantias de que tais ações atingirão no futuro os resultados delas esperados. Se o futuro é permanentemente aberto, ele também é permanentemente incerto.

O conceito de risco remete-nos para probabilidades ou possibilidades sobre a ocorrência de eventos futuros, surgindo também associado a certa contingência ou ambiguidade decorrente das diversas dinâmicas do mundo social. A essência do risco não é tanto aquilo que está a acontecer, mas sim, aquilo que pode acontecer. (AREOSA, 2008, p. 3)

Ao romper com a tendência de permanência e continuidade, típicas das sociedades estamentais, a modernidade inaugura a possibilidade continua de mobilidade e mudança. Nestes novos tempos, o peso que define o presente desloca-se do passado para o futuro. Assim, se nas sociedades estamentais o presente era fiado pelo passado, na modernidade ele passa a ser calculado em relação ao futuro. Na modernidade, o presente, ao mesmo tempo em que não é mais assegurado pelo passado é, em relação ao futuro (entendido como campo plenamente aberto às diferentes possibilidades), permanentemente transitório. Diante do futuro, as possibilidades de sucesso ou fracasso estão colocadas para todos, mas a ninguém são totalmente garantidas. A possibilidade de ascendência ou decadência passa a ser atribuído ao indivíduo, que tende a ser considerado como algo

independentemente de seu passado ou grupo e dele passam a ser cobradas as consequências sobre seu destino.

Na modernidade, a insegurança e, conseqüentemente, a ansiedade gerada pelas incertezas em relação ao futuro, se pulveriza no tecido social, demarcando a vida cotidiana. É neste ponto que se insere a questão do risco, uma vez que “certa imprevisibilidade sempre estará presente, uma vez que o risco situa-se naquilo que se oculta no tempo, ou seja, na incerteza do futuro.” (HILLESHEIM E CRUZ, 2008, p. 193). O cálculo das probabilidades de risco é, na modernidade, uma das formas de se tentar tornar o futuro um pouco menos imprevisível, amenizando, assim, as incertezas e inseguranças em relação a ele.

Com base em Foucault, pode-se considerar que em uma sociedade centrada no indivíduo, como a moderna, o próprio indivíduo passa a representar para gestão e controle um elemento de risco. A necessidade de normalizar e disciplinar estes sujeitos passam ser permanentes.

É por meio de saberes específicos que a ciência, na modernidade, se transformou na principal ferramenta para a gestão pública dos riscos (SPINK, MEDRADO E MELLO, 2002). Recorrendo a Foucault, estes autores lembram que gerir implica tanto em criar regras e mecanismos de vigilância como também em fomentar, na consciência individual, o autocontrole. Desta forma, a gestão pública do risco seria um esforço para ordenar uma sociedade cada vez mais complexa, utilizando-se da culpabilização e responsabilização tanto dos indivíduos como da população.

Segundo Hillesheim e Cruz (2008), o conceito de risco passa a integrar as políticas públicas a partir do deslocamento que transita da gestão da vida, tal como proposto em uma sociedade disciplinar, para uma gestão do risco, nas quais novas modalidades de biopoderes se tornam as principais estratégias de gestão. A este respeito, enfatizam:

Diferentemente do poder disciplinar, que se dirige ao corpo, o biopoder se aplica à vida dos homens, ou melhor, ‘não ao homem-corpo, mas ao homem vivo, ao homem ser vivo; no limite... ao homem-espécie’ (Foucault, 1999, p. 289). Esta nova tecnologia de poder, a qual se instala durante a segunda metade do século XVIII, não exclui a disciplina, mas utiliza-se desta e a modifica parcialmente, dirigindo-se à multiplicidade dos homens não como corpos individuais, mas como massa global, afetada por processos de conjunto próprios da vida. Não se trata,

portanto do corpo do indivíduo, mas um novo corpo, um conjunto múltiplo: a população. (HILLESHEIM E CRUZ, 2008, p. 192)

Seguindo ainda o argumento de Hillesheim e Cruz, o poder disciplinar opera mediante a criação de modelos e normas, sendo a normatização um dos principais fundamentos da sociedade disciplinar. O poder disciplinar, como enfatiza o excerto acima, tem como foco o corpo do indivíduo. Contudo, a partir do século XIX e, principalmente ao longo do século XX, a norma, em sociedades cada vez mais complexas e plurais, já não é mais suficiente para garantir o controle social. Novos dispositivos de investigação e controle fazem-se, então, necessários. Para atender a esta nova demanda, o poder não apenas se refina como também desloca seu foco, transitando do corpo individual para a multiplicidade de corpos, a população.

Esta mudança demarca a transição da sociedade disciplinar, formação típica da modernidade clássica ou industrial, para a sociedade de riscos. É nesta nova formação emergente que, segundo Spink (2001), a noção de risco não apenas ganha novos significados como também se coloca como objeto privilegiado para se analisar as mudanças nas formas de controle social.

Apesar de não ter se dedicado diretamente ao tema do risco, Michel Foucault é um dos teóricos bastante utilizados para ampliar e aprofundar a discussão do tema, principalmente no que tange às mudanças sociais decorrentes das transformações das tecnologias de poder.

Para Foucault, governar consiste em conduzir condutas. O grande diferencial apresentado por esse autor está na compreensão de que governar é uma relação que se estabelece entre sujeitos, isto é, uma maneira de atuar sobre outros sujeitos também atuantes.

Por atuar sobre outros que também atuam, o governo trabalha sempre no campo das possibilidades: age a partir de avaliações sobre quais poderiam ser as ações dos demais sujeitos atuantes. Neste ponto, pode-se arriscar uma aproximação da governamentalidade com a questão do risco. Afinal, se governar é atuar em um campo de possibilidades, encontrar formas que prevejam como também diminuam o espectro possível de ações dos

sujeitos passa a ser uma questão fundamental para as práticas de governo. Neste contexto, a probabilística, a estatística, a análise e a gestão dos riscos se tornam saberes fundamentais para a governamentalidade.

Ainda que Foucault não tenha trabalhado a questão do risco, outros autores (CASTEL, 1987; BECK, 1999; RABINOW e ROSE, 2006), tendo em comum a questão do controle social, buscaram estabelecer e explorar, a partir dos contextos da vigilância, disciplina e regulamentação, as relações entre governamentalidade e risco.

Tanto Areosa (2008) como Almeida (2007) destacam três grandes áreas onde o conceito e, conseqüentemente, a tecnologia do risco pautaram as práticas de governamentalidade: a seguridade; a epidemiologia; e a segurança.

A relação entre risco X previsibilidade é a principal equação que norteia as políticas de seguridade, sendo uma das bases para as políticas neoliberais (ALMEIDA, 2007). Para esta corrente, conhecer quais são os possíveis custos relacionados às políticas de seguridade, torna mais previsível a governamentalidade, racionalizando a aplicação dos recursos financeiros. Os riscos passam a ser considerados e calculados em função de diferentes variáveis (faixa etária, anos de contribuição, expectativa de vida, sinistralidade etc). Projeções estatísticas são utilizadas para estabelecer e analisar as probabilidades. Neste contexto, somente é considerado risco: a) eventos que podem ser calculados e probabilisticamente estimados; b) eventos coletivos (pois somente se pode tornar calculável e estimável eventos que estão distribuídos em uma população ou em uma amostra); c) um bem capital (isto porque, para a seguridade, o risco é um bem capital cuja perda implica um reembolso por parte do segurador).

Na área da epidemiologia, o conceito de risco tende a ser empregado para determinar comportamentos que limitam a vida entre a população (os comportamentos de risco) ou fatores externos que colocam em risco a vida da população (fatores de risco).

Ayres et al. (2006) constataam que o termo risco surge no jargão epidemiológico em torno dos anos 1920, sendo inicialmente utilizado para adjetivar domicílios, bairros, cidades, populações etc. que viviam sob uma condição desfavorável à saúde. Contudo, é nos anos 1930 e 1940 que o conceito de risco na epidemiologia se formata. Neste período, avanços

nas áreas de bacteriologia e imunologia, levaram os estudos populacionais a se deslocarem de uma base descritiva para uma base mais analítica, relacionada às investigações biomédicas.

Neste novo modelo, os elementos constitucionais que determinavam o comportamento epidêmico da doença ganham formalização matemática, passando a ser explicada por meio dela. Abre-se assim:

um importante espaço para a quantificação, o que viria a ter enorme importância na década de 1930, após significativos avanços que a estatística alcançou na década de 1920. Por outro lado, o equacionamento dos diversos fatores envolvidos nos fenômenos epidêmicos e a elaboração de seus potenciais desdobramentos em função de suas relações matemáticas, confere aos fenômenos epidêmicos possibilidades de manipulação e de predição extremamente interessantes para o ambiente pragmatista que passava a dominar a cena da época. (Ayres et al., 2006, p. 382)

Segundo Ayres et al., esta base epistemológica permitiu que, por meio de dados quantitativo expressos em equações/curvas epidêmicas, se inferisse sobre os riscos a que uma população estivesse submetida. Nesse sentido, o que caracteriza a epidemiologia moderna é o seu foco sobre a distribuição das morbidades entre a população. Sob esta ótica, as pessoas mais expostas aos fatores considerados de morbidade, passaram a ser consideradas “populações em risco” e a exposição passa a ser o principal fator de risco. Ainda segundo estes autores, foram estas formulações que estruturaram e consolidaram a epidemiologia como um campo específico do saber científico, colocando-a em estreita relação com as ciências biomédicas.

O objeto epidemiológico passou a ser delimitado como uma relação entre infectados/suscetíveis, que se define como ‘oportunidade de exposição ao agente causal da doença.’ Eis a epidemiologia da exposição; eis a base epidemiológica para a formalização do conceito de risco. (Ayres et al., 2006, p.383)

A sofisticação e o aprimoramento na aplicação das equações e curvas estatísticas ampliaram e diversificaram, ainda ao longo da década de 1930 e a primeira metade da década de 1940, os temas e objetos investigados por esta ciência. Assim, áreas não

necessariamente relacionadas às doenças, como, por exemplo, as mortes não ocasionadas por enfermidades (mortes por causas externas), a maternidade na adolescência, a criminalidade etc., passaram a ser pensados e discutidos também a partir desta ótica.

A partir da noção de risco, o raciocínio epidemiológico se reconfigura, liberando-se da busca de explicações sobre condições constitucionais das epidemias (campo já dominado pela bacteriologia que explorava, sobretudo, a relação entre doença e as condições sanitárias). A este respeito, Ayres et al. (2006) observam que:

Com o controle probabilístico das incertezas, o conceito de risco encontrou-se livre para investigar a importância que se podia atribuir a apenas um, e qualquer um, dos aspectos envolvidos na determinação de um fenômeno epidêmico. Além disso, a suscetibilidade representada pelo risco não precisava mais ficar restrita à chance de ser infectado, mas também de adoecer, de não adoecer, de adoecer de modos diferentes, de morrer etc. (p.384)

Com o desenvolvimento do instrumental estatístico e da quantificação, o conceito de risco formaliza-se e difunde-se como um dos principais paradigmas científicos da epidemiologia. A partir deste conceito, relações hipotéticas de causalidades passam a ser testadas entre eventos, em termos de probabilidade.

Com que probabilidade podemos encontrar uma condição causal hipotética X associada a um efeito Y, e com que grau de certificação de não estarmos sendo enganados pela acaso? Essa é, em termos genéricos, a resposta, mensurável e verificável empiricamente, que o risco epidemiológico nos dá. O conhecimento epidemiológico passa, desse modo, a ser cada vez menos indicativo da totalidade de uma condição sanitária desfavorável à saúde e cada vez mais um raciocínio, uma forma de encontrar relações causais prováveis. (Ayres et al., 2006, p.384, 385)

Por fim, observa ainda Ayres et al., apesar de a epidemiologia ter se desenvolvido e fortalecido a partir da operacionalização metodológica da noção de risco, ela ainda não havia estabelecido o objeto específico de saber. É a partir da segunda metade da década de 1940 que este objeto passa a ser demarcado, dando origem à forma contemporânea da epidemiologia: a “epidemiologia do risco”.

A epidemiologia do risco se constitui a partir de um deslocamento, não metodológico, mas de objeto. Seu foco se desloca das doenças infecciosas, campo que através da microbiologia era estudado por meio de procedimentos laboratoriais, para as doenças crônicas não transmissíveis, campo em que os métodos observacionais ainda haviam sido pouco explorados.

Contudo, este deslocamento não representa uma ruptura epistemológica, pois o objetivo desta epidemiologia era estudar a prevalência das doenças crônicas para orientar o trabalho experimental laboratorial na identificação de agentes causais específicos. Por este viés, o papel da epidemiologia do risco não era afirmar, mas sugerir relações causais que deveriam ser testadas e definidas pelas ciências biomédicas duras. Neste sentido, a epidemiologia do risco seria parte do conjunto de investigações biomédicas, sendo majoritariamente sua função auxiliá-las na identificação das etiologias (AYRES et al., 2006).

Como vimos, a epidemiologia de risco, como parte do conjunto de investigações biomédicas, tem como função estabelecer relações entre eventos, sem necessariamente ter a obrigação de aprofundar e definir o nexo destas causalidades. Para isso, seus enunciados se baseiam em equações e curvas estatísticas para analisar, em termos de probabilidade, as relações hipotéticas de causalidade entre eventos. Neste sentido, ressaltam Ayres et al., a validade de seus enunciados também é instrumental e, portanto, limitadas pela sua própria condição hipotético-formal:

Uma das mais marcantes consequências da inflexão experimentada pela epidemiologia do pós-guerra é essa redefinição das pretensões de contribuição científica da epidemiologia. De fato, quando as pretensões objetivadoras da epidemiologia assumiram radicalmente sua dependência de uma positividade alheia a sua própria competência, confiada às 'ciências experimentais laboratoriais', a preocupação com a validade dos enunciados epidemiológicos tendeu a limitar-se, concomitantemente, ao seu alcance formal. A positividade a que a epidemiologia devia aspirar viu-se, assim, mais e mais circunscrita 'a construção e verificação da necessidade formal (matemática) das associações probabilísticas estabelecidas entre os eventos empíricos estudados. (p. 386)

Ainda a este respeito, Ayres et al. observam que, quanto mais a epidemiologia se fortaleceu como ciência, mais indireta passou a ser sua relação com os eventos concretos e as dimensões sociais imbricadas nos modos de vida de grupos e indivíduos.

Contudo, apesar de toda imaterialidade e abstração, o conceito de risco se disseminou, orientando muitas das práticas e intervenções na área da saúde. A partir da noção de risco, tem se articulado uma sofisticada tecnologia de poder extremamente pulverizada. Por um lado, atuam normalizando condutas e disciplinando os indivíduos. Veja-se, por exemplo, o quão presente é em nosso cotidiano os discursos que, em nome da saúde (leia-se, na maior parte das vezes, prevenir riscos), buscam orientar e conduzir práticas relacionadas à auto-gestão da vida (proteção de olhos e pele dos efeitos das ondas solares UVB, o cuidado com as articulações, alimentação, exercícios físicos, exames de rotina, as práticas e as condutas sexuais etc.). Por outro lado, estas tecnologias atuam também na regularização da população. Por exemplo, definindo políticas públicas como os exames pré-natais, controle de natalidade, imunizações, notificações e internações compulsórias etc..

A partir da noção de risco, a ideia de desvio se desloca. Neste contexto, o desvio passa, muitas vezes, a significar “estar em risco”. Consequentemente, com a justificativa de “salvar” aqueles que estão em risco (os desviantes ou que estão em alguma situação considerada anormal), são implementadas diferentes ações, inclusive, algumas de cunho bastante arbitrário e autoritário. Voltaremos a este assunto ao discutir a noção de vulnerabilidade.

Por fim, a segurança pública é a terceira grande área em que há forte diálogo entre estratégias de governamentalidade e as tecnologias do risco. Na atual conformação do poder, a segurança pública é elemento vital para a gestão, organização, controle e regulação da população. Para que exerça tais funções, mecanismos estatísticos e probabilísticos podem ser acionados para: 1) conhecer a incidência e a regularidade de determinados eventos; 2) calcular a probabilidade de recorrência; 3) estabelecer correlações entre diferentes fatores que poderiam contribuir para a incidência dos eventos; 4) estabelecer um perfil das vítimas; 5) estabelecer o perfil dos perpetradores etc..

Almeida (2007) observa que, para a segurança pública, o risco tende a ser associado à ideia de periculosidade. A partir desta concepção, tanto pessoas e grupos considerados desviantes passam a ser classificadas como “perigosos” como, também, se passa a estimar o “risco estatístico” para o comportamento criminoso destas parcelas da população.

Assim, se para a epidemiologia o desvio é sinônimo de “estar em risco”, na segurança pública, o risco constrói a categoria dos potencialmente perigosos, a “periculosidade”. Para esta população, as formas de gestão, controle e monitoramento também são variadas, mas nem sempre necessariamente sutis (encarceramento, policiamento, agressões ou ameaças físicas, diferentes formas de coerção e coação, isolamentos, humilhações etc.).

Almeida ressalta que as diferentes possibilidades de se calcular as probabilidades de que um indivíduo ou grupo apresente no futuro comportamentos desviantes, já problematizaria esta concepção de risco. Observa ainda, que o que está realmente em jogo não é o grau de acuidade e o poder de previsibilidade de tais cálculos ou, ainda, se há, de fato, alguma característica subjacente aos indivíduos ou grupos que permita prever a eclosão de comportamentos antissociais. O que está realmente em jogo, destaca Almeida, são as tecnologias de poder utilizadas para classificar e qualificar indivíduos, grupos e comportamentos entre normais ou desviantes. Este é o principal ponto sobre o qual a análise deveria se debruçar.

Nesta mesma direção, seguem também os argumentos de Castel (1987). Observando toda a operação envolvida na formatação da ideia de risco, este autor nota que o fundamento deste conceito não se ancora em perigos particulares e precisos, relacionados a determinados indivíduos ou grupos. Mas, ao contrário, percebe que as bases que o fundamentam são majoritariamente abstratas, pois nada mais são que correlações de dados gerais e impessoais. Por fim, é por meio desta abstração que tanto as categorias de classificação são estabelecidas como também os critérios de inclusão e exclusão por meio dos quais se estabelecem quem, hipoteticamente, teria maior ou menor chance de ser desviante.

A partir da noção/periculosidade, a compreensão sobre o crime e ato criminoso também se deslocam. Tanto Almeida (2007) quanto Vaz (2004) observam que a compreensão sobre os motivos que levam uma pessoa a infringir a regra transita, a partir da ideia do risco, das explicações baseadas na patologia individual ou na anomia social para a “causalidade situacional”. Para esta última, o crime seria resultado de uma oportunidade momentânea e do cálculo de custo/benefício realizado por aquele que comete a infração. Observe-se que, neste caso, há uma ideia subjacente de que as ações cotidianas são também

pautadas pela análise do risco. Neste exemplo, o potencial infrator agiria no presente a partir de uma projeção futura em que avaliaria tanto a possibilidade de ser penalizado como, se isso ocorrer, quanto ganharia em relação às perdas. Este raciocínio não parece muito diferente da lógica da segurança...

O deslocamento na forma de se compreender o crime muda e amplia as práticas de enfrentamento do risco. Passa-se de uma prática que busca avaliar o seu caráter e/ou a personalidade do indivíduo para mensurar sua periculosidade potencial como, por exemplo, opera a lógica dos sistemas de justiça, para práticas governamentalizadas de gestão e controle do risco. Neste último caso, busca-se tanto limitar as oportunidades situacionais, intervindo-se para isso no ambiente (maior circulação de policiais, iluminação, monitoramento por câmeras etc.), como também tenta-se desfavorecer a relação custo/benefício que poderia oportunizar a ação utilizando-se, por exemplo, de penas mais onerosas que pudessem, no exercício do cálculo, dissuadir o desejo desviante.

Entre as estratégias de enfrentamento, observa-se que, na primeira, o foco está no indivíduo, na avaliação se a sua normatividade e disciplinamento estão dentro do que é estabelecido e esperado. A pena, dentro desta lógica, teria majoritariamente a função de sancionar a norma para submeter o desviante à disciplina.

No segundo caso, o foco passa a ser o governo da população. Para isso, os dispositivos de gestão, monitoramento e controle utilizados funcionam para dissuadir a periculosidade não nos indivíduos, mas entre a população. Para esta lógica, o risco está na oportunidade e, diante dela, todos são potencialmente perigosos. A principal função da pena aqui não é mais normalizar, mas dissuadir o desvio. Por fim, retomando o que já dissemos sobre poder disciplinar e biopolítica, a relação entre estas duas maneiras de compreender o crime e lidar com criminoso não são excludentes, mas complementares.

Antes de concluirmos esta discussão sobre os riscos, vejamos outra perspectiva sobre o tema. Em oposição à governamentalidade, onde riscos são vistos como gerenciáveis e controláveis, está a “sociedade de risco”, onde o risco é ingovernável por ser, por sua própria natureza, incontrolável.

O termo “sociedade de riscos”, cunhado pelo sociólogo alemão Ulrich Beck, nos meados no meados dos anos 1980, designa um modo de organização social que sucede a sociedade industrial.

Segundo Areosa (2008), a sociedade de risco emerge em resposta à obsolescência da sociedade industrial e designa o modo de organização social pós-industrial, também chamado de modernidade tardia. Nesta nova configuração, a crença de que, por meio da ciência, seria possível controlar os riscos, não só não se sustenta como, em relação à própria ciência, se instala um paradoxo:

a) por um lado, na modernidade tardia, as desconfianças ante as possibilidades da ciência aumentam e se generalizam. Isto porque a ciência não apenas não foi capaz de prever e lidar com os perigos e riscos gerados por suas descobertas como também, ao contribuir para o progresso e desenvolvimento industrial, tornou-se uma produtora de riscos e infortúnios sociais, ou seja, muitos dos novos riscos passaram a ter como origem o ser humano.

Em toda cultura tradicional, poderíamos dizer, e na sociedade industrial até o início da presente época, os seres humanos se inquietaram com os riscos provenientes da natureza externa – de más colheitas, enchentes, pragas, ou fomes. A certa altura, porém – muito recentemente em termos históricos – passamos a nos inquietar menos com o que a natureza pode fazer conosco, e mais com o que fizemos com a natureza. Isso assinala a transição do predomínio do risco externo para o do risco fabricado. (GIDDENS, 2000, p.38)

Se, por um lado, o aumento do conhecimento técnico científico veio diminuir ou controlar alguns riscos, por outro lado, gerou novas formas de risco, com consequências mais devastadoras, para as quais não tínhamos qualquer experiência histórica anterior. A proliferação de arsenal bélico sofisticado e de centrais nucleares, diminuição da camada de ozônio, poluição ambiental, a modificação genética dos alimentos (transgênicos), os atentados terroristas e o crime organizado são bons exemplos das formas contemporâneas de risco. (AREOSA, 2008, p. 7)

b) por outro lado, se na cultura tradicional e na sociedade industrial os perigos tendiam a ser evidentes aos sentidos, na modernidade tardia, muitos dos riscos, principalmente os “fabricados” escapam à nossa percepção direta e, para serem visos, necessitam da intermediação da ciência:

Muitos novos riscos (contaminações nucleares ou químicas, substâncias nocivas nos alimentos, enfermidades civilizatórias) se subtraem por completo à percepção humana imediata. Ao centro passam cada vez mais perigos que muitas vezes não são visíveis nem perceptíveis para os afetados, perigos que em certos casos não se ativam durante a vida dos afetados, mas tem consequências nas de seus descendentes; trata-se, em todo o caso, de perigos que precisam dos 'órgãos perceptivos' da ciência (teorias, experimentos, instrumentos de medição) para se fazer 'visíveis', interpretáveis como perigos. (BECK, 1998 apud ALMEIDA, 2007, p. 2)

Em suma, na modernidade pós-industrial, a relação com a ciência é muito mais ambígua e paradoxal, pois, ao impulsionar o desenvolvimento industrial, tornou-se uma das principais responsáveis pelos riscos atuais que, por sua vez, para serem descobertos, dependem cada vez mais das mediações científicas.

Brüseke (1996) observa que, em um contexto em que a dependência da ciência na identificação dos riscos é cada vez maior, cientistas e políticos tornam-se os principais porta vozes do perigo. É a partir da fala destes atores que os diferentes discursos sobre o risco passam a ser produzidos, minimizados ou superestimados.

Segundo este argumento, a noção atual de risco é muito mais uma produção discursiva e, portanto, uma construção social, do que algo que se impõe por auto-evidência. São os diferentes processos sociais que definem o que deve ou não, em um determinado momento, ser considerado de maior ou de menor risco. Areosa (2008) observa que, por ser uma construção social, a percepção pública do risco pode ser manejada politicamente, individualizada juridicamente ou legitimada cientificamente de formas tão distintas, em diferentes regiões ou em diferentes momentos.

Isto não significa, por outro lado, que os riscos sejam meras produções imaginárias. O que muda é a relação que se estabelece com os riscos. Estes passam a ser cada vez menos auto-evidentes e a ter cada vez mais o caráter global, pois não reconhece fronteiras, afetando a vida em diferentes lugares, e transgeracional, estendendo-se ao longo do tempo, atingindo não apenas as gerações presentes, mas também as futuras.

Conforme destaca Almeida (2007), o risco é uma forma de racionalidade que busca tornar o incalculável em calculável. Por diferentes caminhos, esta forma de racionalidade

procura ordenar o futuro recorrendo à técnicas particulares e visando objetivos específicos, a governamentalidade da população por meio do gerenciamento dos riscos.

A partir da discussão dos riscos nas áreas da seguridade, epidemiologia e da segurança pública, vimos algumas formas de condução da população a partir do gerenciamento dos riscos. Vimos também que, tanto na epidemiologia como na segurança, o conceito de risco se desloca, assumindo diferentes significações: “em situação de risco” (epidemiologia) ou “perigo ou periculosidade” (segurança pública/justiça). Contudo, todas as três formas têm em comum a intenção de, conhecendo as regularidades, estabelecer alguma previsibilidade em relação ao futuro para que se organize as ações presentes. Para este fim, a estatística e as teorias de probabilidade não só se aprimoraram, como se tornaram, nestes diferentes processos, suas principais ferramentas.

Entretanto, algumas ressalvas devem ser feitas à lógica deste processo. A estatística e as probabilidades são, atualmente, práticas quase que hegemônicas nos meios de produção do conhecimento. Em torno delas que se centraliza a maior parte das discussões dos trabalhos científicos. Contudo, a partir de Foucault, procuramos tensionar esta ideia para, por um lado, discutir como ela foi se constituindo ao longo da história e, por outro, para desconstruí-la em sua atual aparência quase que consensual e universal: “aquilo que é nem sempre foi...” (FOUCAULT, 1994b, p 449).

Na produção dos saberes, Foucault nos convida a pensar para além dos seus aspectos formais sobre os quais eles tradicionalmente operam. Convida-nos a buscar nas origens a confluência de encontros e acasos que os viabilizaram enquanto saber. Entre estas confluências e acasos, está o encontro das tecnologias de poder com a produção do saber. São para estas confluências que Foucault nos convida a olhar, para compreender não a forma cristalizada pela qual os saberes se apresentam, mas a permanente dinâmica do poder. É nesta dinâmica que os saberes se organizam, desenvolvem, transformam e instrumentalizam o poder: saber/poder.

A discussão proposta por Ayres et al. (2006) sobre o valor, apenas instrumental, das tentativas de se prever dinâmicas futuras a partir de abstrações probabilísticas e relações hipotéticas de causalidade, extraídas exclusivamente de equações e curvas estatísticas, é outra ressalva a ser feita. Ainda que esta discussão tenha sido proposta no contexto da

epidemiologia, suas ressalvas valem para os vários usos da estatística e da probabilidade relacionados ao risco. Como ressaltam estes autores, a validade de seus enunciados limitam-se à sua condição de um saber formalizado a partir de dados indiretos, abstratos e hipotéticos. Aliás, os resultados propostos por este método, somente podem ser alçados à categoria de universais e gerais porque a própria ideia de universal e geral é também abstrata e hipotética.

Por fim, destaca Areosa (2008), apesar da noção de risco estar impregnada em nosso cotidiano, ela não é uma realidade objetiva, mas uma entidade construída no imaginário social, a partir das tecnologias de risco. É neste contexto que se pode pensar o risco como uma racionalidade, uma forma de pensamento para representar e nomear determinados eventos. Neste processo, os critérios inclusão e exclusão na categoria “risco” são muito mais definidos socialmente do que estabelecidos por critérios exatos e neutros.

1.2.1. Do Risco à Prevenção do Risco

Entre as estratégias de gestão pospostas pela governamentalidade estão também as práticas de prevenção de riscos e, quando as consequências dos riscos são inevitáveis, a redução de danos. Sobre este ponto, Areosa (2008) relembra que, inicialmente, a gestão dos riscos sociais se propunha predominantemente preventivo. Contudo, observa este autor, as políticas de prevenção de riscos coletivos são bastante dispendiosas e nem sempre existem recursos suficientes para implantá-las, ampliá-las ou melhorá-las. Nestes casos, a gestão governamental gere o risco a partir de escolhas: aqueles a quem ela destinará algum recurso e esforços para “fazer viver” e aqueles a quem “deixará morrer”.

A ideia de prevenção de riscos também é tensionada por Castel (1987), que observa que estas práticas são, antes de tudo, rastreadoras de risco. Como a ideia de risco é, na maioria das vezes, uma construção que não parte de um perigo preciso, ela pode ser criada a partir de qualquer tipo de associação arbitrária. Por exemplo, pode-se chegar, apenas pelo assinalamento de características e condições (pré-classificações criadas, como já discutimos, a partir de cruzamentos arbitrários de dados gerais e impessoais) à ideia de que crianças,

filhas de mães com determinadas características e condições, não só “estão em risco” como também podem se transformar em potenciais elementos de risco (periculosidade):

Pode haver aí associações de riscos, quer dizer, correlações de fatores independentes: ter nascido, por exemplo, de mãe solteira que é também empregada doméstica (ou sem profissão, estrangeira, estudante, assalariada agrícola...), menor de dezessete anos (ou mais de quarenta), tendo tido um número de gravidezes superior às taxas médias segundo a idade etc. A presença de tais fatores basta para desencadear um assinalamento automático, em virtude do axioma de que uma “mãe de riscos” engendra, ou cria, filhos de riscos. (CASTEL, 1987 p. 125)

Com esta observação, Castel chama atenção para o seguinte ponto: o uso acrítico de critérios pré-concebidos, geralmente criados por meio de abstrações a partir de dados abstratos e de cruzamentos arbitrários, podem ser extremamente violentos, autoritários e estigmatizantes. Do mesmo modo, podem sê-los também as intervenções de “prevenção” ao risco.

Por outro lado, a existência, o não estranhamento e a aceitabilidade, como verdade, destes critérios de classificação somente se sustentam dentro de uma determinada lógica de poder. Como vemos em Foucault, a organização de saberes e práticas de classificação são práticas de poder que, ao serem exercidas, instrumentalizam o próprio poder. Neste sentido, não é a adequação, utilidade e precisão dos critérios de classificação que se questiona (pois, quando isso ocorre, já há a aceitação do critério), mas as relações de poder que lhes suportam e que, através deles, se dinamizam: o que se questiona, é o próprio critério.

Se, como observa Castel, prevenir é, antes de tudo, rastrear riscos, consequentemente, prevenir é primeiramente vigiar. Vigiar, por um lado, para se estabelecer eventos, fatores ou populações de/em riscos e, por outro, para poder intervir antes que acontecimentos considerados indesejáveis aconteçam. Contudo, observa ainda Castel, o modo de vigilância promovido pelas políticas preventivas é totalmente nova em relação às técnicas disciplinares tradicionais.

Discutimos anteriormente o poder disciplinar e seus dispositivos. Para demarcar as diferenças entre as técnicas de vigilância utilizadas nas práticas disciplinares das utilizadas nas práticas de prevenção, observamos que, nas práticas disciplinares tradicionais, a

vigilância pressupõe a co-presença de controladores e controlados em um espaço homogêneo, que é varrido pelo olhar. Segundo Castel (1987):

Esta co-existência é ainda mais evidente em todas as intervenções corretivas, punitivas ou terapêuticas, pelas quais um agente intervém diretamente num paciente para reerguê-lo, corrigi-lo ou tratá-lo. Se a palavra repressão tem um sentido preciso, supõe o afrontamento de certa maneira físico entre duas pessoas. E que o ato terapêutico tenha ou não caráter repressivo, entra certamente nesse regime geral de inter-relação concreta. (p. 126)

Nos moldes das políticas preventivas, a vigilância, segundo Castel, não depende desta relação de co-existência entre sujeitos. Isto porque o seu foco de intervenção, ao menos em um primeiro momento, não são os indivíduos, mas a população, acessada aqui via correlações e estatísticas. O sujeito concreto da intervenção é desconstruído para dar lugar à população, um sujeito abstrato e heterogêneo.

É sob a configuração populacional que grande parte das práticas preventivas atuais se desenvolve. Nelas, pode-se prescindir da relação face a face sobre as quais as diferentes práticas terapêuticas tiveram origens. Neste contexto, o que diz respeito à intervenção, antes de ser uma pessoa, é um alvo abstrato: uma população de risco. Em relação às práticas médico-psicológicas, Castel nos dá o seguinte exemplo:

[...] o alcoolismo tal qual é encarado no quadro das políticas preventivas é o grupamento de um certo número de itens, que eventualmente tal ou tal pessoa concreta satura, e nada do alcoólico com sua história própria, seus problemas particulares, as significações simbólicas ou outras de suas condutas. (CASTEL, 1987, p. 130)

Ainda a este respeito, Castel ressalta que a colaboração médico-psicológica às estas tecnologias preventivas não só afetam suas práticas, como também, no limite, levam à destruição de seu objeto. Isto porque, atuar nesta lógica muitas vezes significa ter sua competência reduzida à simples tarefa de, a partir de classificações pré-estabelecidas, identificar e assinalar fatores de risco. “Em suma, procede como um agente administrativo que constitui um banco de dados” (CASTEL, 1987, p.131).

Assim, se por um lado este modo de proceder alimenta “a golpes de diagnósticos” um sistema de informações sobre populações e fatores considerados de risco, por outro, pode redefinir e redirecionar as práticas de tratamento. Assim, populações ou fatores estatisticamente considerados suspeitos passam a ser objeto tanto de uma vigilância especial como de investigações particulares que permitiram assinalar quais são aqueles que devem ser alvo de tratamento. Somente então, passam a ser objeto de uma responsabilização que poderá ser, quem sabe, personalizada. Neste processo, a relação personalizada, se ocorrer, estará no final do processo. Sobre este processo, Castel, ironicamente, faz a seguinte provocação:

Por que não, de fato, oferecer, por exemplo, uma psicanálise a pessoas detectadas pelo recorte de um certo número de fatores de risco e examinadas por esta razão por um especialista competente que formularia a indicação adequada? (Castel, 1987, p.131).

A respeito desta provocação, o autor pondera que, mesmo que fosse possível, ela esbarraria em dois elementos novos em relação à terapêutica clássica. A primeira barreira apontada é que, nesta configuração, não há possibilidade de reequilíbrio de conhecimento (expertise) pelo tratamento. Pois, nesta nova estrutura, o conhecimento precede o tratamento e o supera:

No processo de constituição dos dados que fazem o perfil do risco, a avaliação médico-psicológica não passa de uma das fontes nas quais se alimenta a investigação. Ela se encontra banalizada no meio de um complexo de atividades de exame, de percepção de procura da informação sob todas as suas formas, pelas quais são estocadas as informações mais heterogêneas de ordem econômica, social, médica, psicológica. O eventual retorno a uma prática terapêutica, a partir da massa heteróclita dos dados alojados, só pode recobrir um setor muito limitado do conjunto das indicações de intervenção. (CASTEL, 1987, p.131).

Este conjunto heterogêneo de informações, em perpétuo crescimento, não é controlado pelos operadores-práticos, ao contrário, são estes que são a ele subordinados. Esta seria a segunda barreira às terapêuticas clássicas:

Nesse dispositivo, a relação que ligava o diagnóstico e o tratamento, o saber sobre uma pessoa e a possibilidade de intervir nela, essa relação é quebrada. O papel do terapeuta e dos outros operadores de terreno se acha assim subordinado. É o que possui todas as cartas, é ele só que pode dominar o conjunto do jogo e impor sua estratégia. É quem decide de verdade. (CASTEL, 1987, p.131).

A grande diferença, destacada por Castel, em relação ao regime disciplinar é que neste, a relação de poder se exerce pelo registro limitado do face a face. Mesmo quando as pessoas eram tratadas em massa, continuavam no espaço e na presença do olhar. Como vimos, é por meio do olhar que as pessoas se individualizavam e permaneciam individualizadas. Sobre este aspecto, relembra ainda o autor que, todas as grandes tecnologias disciplinares clássicas empregadas nos conventos, hospitais, prisões, casernas, fábricas etc. tinham implícitas, mesmo em suas formas mais coletivistas e repressivas, um mínimo de individualização que, por sua vez, implicava na presença física dos interessados.

Contudo, com as novas tecnologias de poder organizadas em torno do risco, a presença real, o contato direto com as populações a vigiar, não são mais requisitos. Isto porque, os elementos que os compõem não são, na maioria das vezes, elementos concretos, como perigos reais ou doenças específicas, mas critérios geralmente abstratos e arbitrários. Nas palavras do próprio Castel:

Trata-se menos de afrontar uma situação perigosa do que de antecipar todas as figuras possíveis da irrupção do perigo. E, o que marca assim o oco lugar do perigo é uma distância avaliável em relação às normas médias. (CASTEL, 1987, p. 126).

A partir destes critérios, formulam-se médias, curvas, correlações, probabilidades e outros recursos estatísticos, conceitos como risco, população etc. Diante destas entidades, a presença física, real, concreta, não só não é dispensável como é, obviamente, impossível. Afinal, até onde as leis da física permitem, não é ainda possível estabelecer uma relação face a face entre seres concretos com aquelas entidades abstratas....

É, portanto, no rearranjo do poder que a vigilância se desloca de dispositivo disciplinar para um dispositivo biopolítico. Neste deslocamento, sua função deixa de ser majoritariamente de normalizar e disciplinar sujeitos concretos para se transformar em

práticas de rastreamento de riscos. Executada, na maioria das vezes, através da “construção de uma combinatória sistemática de todos os grupamentos possíveis, suscetíveis de produzir risco” (CASTEL, 1987, p. 126).

Em relação às consequências deste fenômeno, diz Castel:

É uma mutação da qual estamos longe de ter medido todas as consequências. Mas podemos pelo menos perceber a condição de possibilidade destas novas políticas preventivas: o desaparecimento da própria noção de pessoa. O retorno do objetivismo médico reduzia esta àquelas de suas condições que são cientificamente instrumentalizáveis. A instauração de um objetivismo tecnológico o dissolve numa combinação abstrata de elementos intercambiáveis. (CASTEL, 1987, p.132)

Na mesma linha de Castel, seguem também os argumentos de Machado et al. (1978). Em uma obra que tem o curioso título (Da)nação à norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil, os autores sustentam que, na medicina, a idéia de prevenção organiza-se em torno de um novo saber representado pela medicina social.

Observam os autores que, no Brasil, até o século XIX a medicina não tinha nenhuma relação com a sociedade. Limitava-se a cuidar das doenças, individualmente, apenas após a sua manifestação. Segundo ainda Machado et al. é a partir do século XIX que, no Brasil, a medicina passa a atuar sobre a população, convertendo sua atuação em braço científico do poder do Estado.

A relação, que cada vez mais passa a ser estabelecida e defendida pelo discurso médico brasileiro, sobre as relações entre o comportamento social e doença fomentou práticas de poder que buscaram, por meio do Estado, estabelecer, muitas vezes impondo, práticas prescritivas e normativas. Em nome do interesse público e do bem comum, a medicina começa a intervir entre na sociedade para controlar o risco e diminuir a periculosidade, daí a relação entre medicina, população e prevenção.

Em nome de produzir indivíduos produtivos e inofensivos, a sociedade passa a ser medicalizada. Isto é, a medicina passa a organizar os espaços (já citamos, como exemplo, a reforma urbana do Rio de Janeiro que, entre suas justificativas, apoiava-se também na idéia de produzir um espaço urbano que fosse salubre), a circulação, os hábitos, as posturas, as

condutas, em suma, os diferentes aspectos da vida humana. Por outro lado, a medicina passa a também estabelecer os critérios de classificação que transformavam os indivíduos em normais ou desviantes e, para estes últimos, terapêuticas para normalizá-los. É a época em que, ressaltam os autores, as práticas de fazer nascer, viver e morrer se institucionalizam na figura do médico que, para exercer este ofício, passa a ser também controlado pelo Estado.

Nas práticas de prevenção e promoção à saúde é comum o uso do conceito de risco. Ayres et al. (2006) observam que a operacionalização prática deste conceito se ampliou após a sua inclusão nas pautas e discursos da Organização Mundial da Saúde (OMS). A primeira referência oficial da OMS ao risco é de 1978 e está relacionada às práticas de atenção maternos infantis. Atualmente, este conceito se ampliou e vem sendo utilizado nas mais diferentes áreas da saúde, relacionadas à doenças, gravidez na adolescência, ou mesmo violências etc..

Para Ayres et al., a disseminação deste conceito entre os gestores e operadores da saúde pode ser atribuída ao processo de identificação e aferição de variáveis desenvolvidas pela epidemiologia. Contudo, os diferentes usos práticos dados a este conceito não apenas o resignifica como também demonstra o complexo jogo do poder presente na definição destas práticas. Este argumento pode ser sustentado a partir da discussão de dois exemplos mencionados por Ayres et al. sobre o uso do conceito do risco nas práticas de prevenção e a promoção à saúde. Um relacionado ao desenho das ações e outro às estratégias de intervenção.

Em relação ao desenho das ações, Ayres et al. identificam a disputa entre duas grandes matrizes: as estratégias de alto risco *versus* as estratégias populacionais. O que diferencia estas matrizes é o enfoque de suas práticas. A primeira tenta estimar o risco para o indivíduo, isto é, aspectos de sua conduta que o colocaria em riscos. Busca-se prevenir aqui, a causa dos casos. A segunda estratégia enfoca o risco a partir da população. Isto é, busca identificar e estimar quais os aspectos coletivos que fazem com que um determinado grupo apresente maior risco que outros. O que se busca prevenir aqui é a causa das incidências.

A princípio, estas duas estratégias poderiam ser complementares. Todavia, no plano concreto (isto é, no campo onde o poder circula) nem sempre se consegue dar, na definição das políticas e práticas, o mesmo peso a estas duas estratégias. Principalmente quando envolve o investimento de recursos financeiros que, por natureza, são escassos e que, cada vez mais, têm sido operados na lógica da otimização (fazer-se mais, por menos). Neste contexto, estas duas estratégias disputam espaços, recursos, reconhecimentos etc.. Em suma, disputam poder.

Para aprofundar a discussão, retomemos a estratégia de prevenção ao risco que mais explicita a lógica biopolítica, a estratégia populacional, para, a partir dela, retomarmos a estratégia de alto risco.

Segundo Ayres et al., a estratégia populacional busca conhecer como um determinado evento ou doença se distribui entre diferentes populações. Para todos os fenômenos observados, pode-se calcular como eles se distribuem entre uma determinada população. Uma vez calculada a distribuição, geralmente a distribuição normal, pode-se comparar os resultados entre as diferentes populações.

Contudo, em todas as populações, alguns indivíduos se posicionarão mais próximos à ponta da curva de distribuição. Estes compõem o grupo que, em relação a seus pares, pode ser considerado de maior risco. Esta operação ajuda a conhecer a ocorrência dos casos intragrupo.

Porém, quando se comparam os resultados entre as populações, podem-se observar variações entre as curvas de distribuição. Estas diferenças sinalizam que um mesmo evento pode ter incidências variadas entre as diferentes populações. A este respeito, as questões que se colocam são: como explicar a variação de incidências entre as populações? Poderia se utilizar a associação probabilística para explicar as causas destas incidências? (AYRES et al., 2006)

Para estes autores, as respostas à estas questões estão na comparação de grupos populacionais. Isto é, comparar como as próprias curvas se distribuem. Por exemplo, observando-se diferentes curvas relacionadas a um mesmo evento, pode-se notar que, embora todas tenham uma distribuição normal, os valores médios e extremos não se

distribuem homoganeamente entre duas ou mais populações. Nestas comparações, pode-se perceber que, entre as populações, uma pode apresentar maior risco que outra. Além disso, ressaltam ainda os autores, um valor considerado alto para um indivíduo em relação à média de sua população, pode ser mais próximo da média em relação à outra população.

O “paradoxo preventivo” é outro aspecto destacado por Ayres et al. sobre este ponto. Este paradoxo se constitui a partir da seguinte constatação: se é verdade que os indivíduos situados nos extremos mais altos são os que estariam, individualmente, em maior risco, em termos populacionais eles são os que menos peso tem na definição da incidência de evento. Isto porque, a maior da população tende a se concentrar fora deste extremo, portanto, estariam em menor risco em relação a eles. Contudo, por sua quantidade, é sobre esta maioria que incidirá a maior parte dos casos. Neste sentido, estratégias que focam apenas o número de casos, beneficiam a população em geral, tendo alto impacto sobre a incidência, mas colaboram muito pouco com aqueles que mais precisam: aqueles que, por estarem nos extremos mais altos, estariam, consequentemente, em maior risco.

Em uma gestão governamentalizada, a vida é pensada e gerida através de dispositivos estatísticos. A população, assim como a ideia de risco, é um produto deste modo de pensar e organizar o mundo para geri-lo. Como vimos no exemplo do “paradoxo preventivo” apresentado por Ayres et al., nem sempre diminuir a incidência significa atuar em favor dos que estão em maior risco. Nestes momentos, qual é o critério de escolha? A quem se faz viver e a quem se deixa morrer? Quem decide? Critérios técnicos? Critérios políticos? É neste momento que a biopolítica se revela com todo o seu vigor e poder.

[...] a adoção das estratégias de intervenção em saúde tem determinantes culturais, econômicos, psicossociais, políticos que, frequentemente, têm pesado em favor das estratégias de alto risco, não obstante não serem essas as que seriam as mais racionais, de um ponto de vista estritamente técnico. (Ayres et al, 2006, p. 391)

Duas também são as matrizes que, segundo Ayres et al., demarcam o campo das políticas e das estratégias de intervenção: as de perfil individual/ comportamental *versus* as de perfil social/estrutural.

Como foi mencionado anteriormente, aspectos culturais, econômicos, psicossociais e políticos influenciam, no plano populacional, tanto a gênese como a adesão às estratégias de intervenção. Considerando estes aspectos, Ayres et al. destacam dois grandes desafios. O primeiro diz respeito à necessidade de que tais aspectos sejam incorporados não apenas nos diagnósticos situacionais, mas, especialmente, na construção das estratégias. O segundo diz respeito à necessidade de que a compreensão diagnóstica já incorpore, na construção de seu entendimento, as percepções relacionadas às possíveis condições sociais de resposta para as estratégias planejadas. Para responder a estes desafios, Ayres et al. propõem que se discuta antes o conceito de vulnerabilidade. Para observarmos como as tensões movimentaram discursos, práticas e saberes, sigamos nesta reflexão.

1.2.2. Da Prevenção do Risco à Vulnerabilidade

Ayres et al. observam que com a disseminação da AIDS, o modo como, até então, se pensava e praticava a prevenção foi colocado em xeque. Observam estes autores que as características desta nova doença desafiavam os conhecimentos e avanços conquistados ao longo dos séculos XVIII e XIX em relação ao conhecimento do corpo, aos processos de adoecimento e, sobretudo, às práticas de promoção à saúde e prevenção de agravos.

Diante do impacto inicial, o instrumental epidemiológico foi a principal ferramenta utilizada para tentar compreender aquele novo fenômeno. Passou-se assim, a buscar relações probabilísticas entre diferentes fatores para verificar quais poderiam ser classificados como de risco em relação à doença. O procedimento adotado foi identificar quem eram as pessoas que estavam adoecendo e quais suas características. Segundo Ayres et al., isto levou a entidade responsável pelo controle de doenças americano, o Centers for Disease Control (CDC), a estabelecer, em 1982 (aproximadamente um ano após o primeiro caso ter sido oficialmente identificado), quatro grandes grupos de risco: homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína.

Se por um lado, procedimentos como o acima descrito lançaram mão de instrumentos e métodos reconhecidos e legitimados na prática do saber epidemiológico: caracterização da doença; descrição das populações afetadas de acordo com determinadas características cuja

associações probabilísticas com a doença em estudo parecesse relevante; definição de subgrupos populacionais e identificação de associações probabilísticas regulares e estatisticamente significantes entre tais grupos e a doença em estudo etc.; por outro, todo este conhecimento é, como já discutimos anteriormente, relativo e limitado, inclusive metodológica e epistemologicamente, às formas e condições que o produziu:

Se no âmbito da produção de conhecimento construímos categorias que nos auxiliam a analisar determinada situação, é importante compreender que tais categorias são artificiais, no sentido de que não são as categorias que organizam a vida dos sujeitos. (Ayres et al., 2006, p. 393)

No caso da AIDS, como observam Ayres et al., as categorias construídas e utilizadas poderiam até ter sentido dentro de determinados critérios científico-metodológicos. Contudo, ressaltam ainda os autores, a passagem da abstração dos conhecimentos para as formas concretas de ação não são imediatas e nem mecânicas. Há sempre entre elas uma grande distância que deve ser percorrida sempre que se pensa em qualquer intervenção. Neste sentido, as categorias analíticas são apenas modelos abstratos. Podem até ser eficientes para pensar modelos abstratos, entretanto, tais quais o conhecimento produzido no ambiente controlado do laboratório, não representam as formas concretas de vida e, por este simples motivo, não se aplicam diretamente a elas.

Nos anos 1980, a passagem, quase sem mediações, dos conhecimentos que se começavam a formar sobre a AIDS para as primeiras políticas e práticas de prevenção foram, e ainda são, bastante questionadas.

Para conhecer a dinâmica da doença realizaram-se estudos epidemiológicos que identificaram que, em certos grupos populacionais, a probabilidade de se encontrar pessoas infectadas com a doença eram maiores que em relação a outros grupos. Até aqui, nada demais. O problema começa quando o modelo conceitual utilizado para a produção do conhecimento epidemiológico é replicado no planejamento das estratégias e práticas de intervenções. Foi o que ocorreu, inicialmente, nas políticas de prevenção à AIDS. Ayres et al., demonstram que, naquele momento, os risco identificados para algumas populações se deslocou para identificar, no mundo social, a própria população: **os grupos de risco**.

Foi como estratégia de prevenção à AIDS, que nasce e se operacionaliza a ideia de grupo de risco. Por meio deste conceito, mecanismos típicos do poder se recolocam e rearranjam e, tal qual no passado se fez com os doentes e os loucos, fez-se também com os portadores do vírus da AIDS, afastando-os e isolando-os.

O 'isolamento sanitário' de tais grupos tornou-se, assim, a base das poucas e toscas estratégias de prevenção que conseguiram ser propostas no início da epidemia: se você é parte de um dos grupos de risco abstenha-se do sexo, não doe sangue, não use drogas injetáveis. A mídia e a opinião pública de modo geral se encarregaram de estender esta quarentena de tempo indeterminado a outros aspectos da vida social – afastamento do trabalho, da escola, da família, dos serviços de saúde etc. – provocando uma verdadeira 'morte social'. (Ayres et. al, 2006, p. 393)

Contudo, duas aqui parecem ser as novidades. A primeira está no deslocamento de foco. Com a formatação do conceito grupo de risco, o foco e o objeto da prevenção se deslocam: passam dos que estariam "em risco" para os que se tornam representantes do risco, o grupo de risco. Para estes últimos, a noção de risco assume outro registro, o da segurança, passando a atuar na chave perigo/periculosidade. A prevenção, neste caso, passa a ser então proteger a população dos grupos classificados como potencialmente perigosos.

A segunda novidade está no modo como o processo de afastamento e o isolamento opera. Nas discussões de Foucault sobre a loucura e a doença, vê-se o registro de diferentes práticas de afastamento e isolamento que vão desde o banimento às práticas modernas de internação em hospitais e asilos. Na internação, as práticas de afastamento e isolamento vêm associadas à ideia de controle e tratamento. No caso da AIDS, o conceito grupo de risco criou, como estratégia de prevenção, um novo tipo de afastamento e isolamento, que não era nem o banimento da cidade nem o isolamento pela internação. Um afastamento que segregava sem excluir e que isolava sem apartar: o isolamento pelo afastamento social. Neste caso, um afastamento demarcado, em grande parte, pela evitação de estar junto, de se aproximar ou, usando o jargão medico epidemiológico, de se expor àqueles que eram (des)classificados como perigosos, moralmente duvidosos, o grupo de risco.

Para Ayres et al., situações como as acima descritas refletem outro dos paradoxos da epidemiologia do risco. Atualmente, é possível, por meio de todo o instrumental

epidemiológico, identificar com muita rapidez a incidência de agravo sobre os grupos. Porém, este mesmo instrumental fornece exíguas informações sobre os significados concretos desta distribuição. O descompasso entre estas informações sugerem, no mínimo, muita prudência na proposição de qualquer ação preventiva antes que informações mais finas e adequadas sejam levantadas e trabalhadas.

Na visão de Ayres et al. os resultados destas primeiras iniciativas de prevenção da AIDS parecem ter trazido mais prejuízos que benefícios. Ao se voltar para o isolamento dos grupos de risco, acabaram por acirrar preconceitos e discriminação com relação aos grupos populacionais identificados como de risco, produziu pouca sensibilidade para transformar a situação dos afetados e retardou a identificação da suscetibilidade das pessoas que não se incluíam nestes grupos.

A partir das críticas e limitações que as estratégias baseadas no conceito grupo de risco sofreram, as práticas de prevenção ao risco da AIDS se reorganizaram em torno de um segundo conceito: **comportamento de risco**.

Ayres et al. destacam que este conceito nasce de uma interação entre a investigação clínica e epidemiológica com a psicologia social e a educação. Nesta nova formulação, o risco se desloca de determinados grupos populacional para determinados comportamentos que poderiam expor ao risco. Esta mudança, além de não estigmatizar e reforçar preconceitos contra determinados grupos, possibilitou que as ações de prevenção fossem universalizadas, pois qualquer pessoa pode adotar um comportamento que a exponha ao risco.

Outro aspecto relacionado à esta mudança conceitual é que ela passa a considerar o envolvimento ativo das pessoas nas ações de prevenção. Pois, para que a ação preventiva atinja resultados, as pessoas precisam passar a exercer certos comportamentos que nem sempre lhes são habituais.

Contudo, ressaltam Ayres et al., esta estratégia também se torna limitada quando se passa a entender que, garantindo as pessoas das informações necessárias, elas se tornam as únicas responsáveis pelos cuidados de si, cabendo majoritariamente a elas adotar as medidas de prevenção e promoção que lhes garantam o que é estabelecido como um padrão de vida e saúde. No limite, observam estes autores, o paradigma do comportamento

de risco gerou também práticas, às vezes bastante perversas, de atribuir aos indivíduos a quase exclusiva responsabilidade pelos seus problemas. Neste contexto, quando os resultados desviam daquilo que é previsto pela norma, a responsabilidade e culpa são do indivíduo. Pois, foi ele quem não aderiu ao tratamento, não seguiu as informações prescritas, que não adotou um comportamento seguro, falhou com a disciplina e com os esforços da prevenção etc..

Este processo de culpabilização do indivíduo pode ser, ao menos em parte, atribuída a utilização de concepção simplista e mecanicista de comportamento. Muitas das práticas de prevenção que se baseiam no conceito comportamento de risco tendem a pensar a mudança de comportamento exclusivamente pelo aspecto cognitivo. Assim, para promover a mudança, seria suficiente prover as pessoas de informações. A partir delas, é a força de vontade de cada um que torna a mudança mais ou menos possível.

Contudo, o comportamento humano não se determina exclusivamente pela razão e/ou pela força de vontade individual. Recursos culturais, econômicos, políticos, educacionais, jurídicos etc., fatores nem sempre distribuídos igualmente entre a população, são também determinantes para o comportamento, influenciando, inclusive, no modo como recebem e compreendem as informações. Neste sentido, não basta apenas prover o indivíduo de informações sem se interessar em saber se elas estão ou não sendo recebidas, como elas estão sendo recebidas, se estão ou não fazendo sentido, de que maneira, se as mudanças propostas estão ao alcance e são exequíveis pelas pessoas em suas realidades concretas etc.. Além destes, há também os determinantes subjetivos, e nem sempre racionais, do comportamento: confiança, segurança, motivação, significados, os vínculos, os medos, as fantasias etc.

Por fim, é também no contexto de prevenção à AIDS, que nasce, em 1992, o conceito de **vulnerabilidade**. Este conceito foi inicialmente proposto por Jonathan Mann, primeiro coordenador do Programa Global sobre a AIDS e professor da escola de Saúde Pública de Havard. A ideia de vulnerabilidade origina-se a partir da tomada de consciência de que a AIDS causava mais vítimas entre as populações de menor poder social: os pobres, as mulheres, os negros, os marginalizados, a periferia (AYRES et al., 2006).

Em contraposição aos conceitos anteriores, Ayres et al. destacam que a ideia de vulnerabilidade parte do princípio de que todos os indivíduos são suscetíveis ao risco. Partindo deste princípio, o risco passa a ser analisado por meio dos modos de vida próprios a cada grupo. Considerando como estes diferentes modos poderiam contribuir para a maior ou menor exposição e proteção, chega-se a definição sobre as populações consideradas vulneráveis.

O grande diferencial apresentado por esta definição é que ela, ao menos em tese, passa a considerar os determinantes sociais para se estabelecer as estratégias de prevenção ao risco. Assim, por exemplo, passam a ser considerados o grau e qualidade das informações que são repassadas à população, a viabilidade que apresentam para serem elaboradas e incorporadas no cotidiano e as possibilidades reais delas se transformarem em práticas efetivas. Para isto, Ayres et al. entendem que a análise deve contemplar ao menos duas dimensões fundamentais: a social e a programático ou institucional.

A dimensão social

Para Ayres et al., o processo de saúde/doença é majoritariamente social e, por ter esta característica, as respostas aos problemas relacionados à este campo não dependem, exclusivamente, dos indivíduos. Por exemplo, muitas vezes não depende dos indivíduos a produção das informações, a qualidade de seu conteúdo e a facilidade para acessá-las. Não são também os indivíduos que controlam os valores e significados que estas informações assumem, como nem sempre dependem somente deles as possibilidades concretas de colocá-las em prática. Todos estes elementos dialogam e remetem aos aspectos materiais, culturais, políticos e valorativos inerentes à vida social. Adorno (2001), ao discutir o termo vulnerabilidade, segue este argumento:

Ao considerar estes aspectos, ressaltam Ayres et al., as práticas de prevenção passam a focar e a dialogar com fatores que estão além de indivíduos e grupos, mas que definem e constroem suas vulnerabilidades. Questões como as estruturas jurídico-políticas, as diretrizes governamentais, as relações de gênero, geracionais e étnicas, os valores e crenças, as desigualdades sociais e econômicas etc, passam a ser consideradas como importantes

determinantes e, portanto, devem incorporar tanto campo de análise como também a elaboração e a execução das práticas.

A dimensão programática ou institucional

Destacam Ayres et al. que a vida humana é permanentemente mediada pelas instituições sociais: família, escola, trabalho, serviços de saúde etc.. Neste sentido, para que as pessoas não se exponham desnecessariamente a riscos ou minimizem os danos por eles causados, é necessário a existência de diferentes recursos sociais e que estes sejam disponíveis à todos de forma efetiva e democrática. Para isso, é necessário que esforços programáticos (institucionais) sejam realizados nesta direção.

A análise institucional busca avaliar como, em circunstâncias socialmente dadas, instituições como saúde, educação, bem-estar social, cultura, justiça, segurança etc., atuam para a mudança ou a manutenção (quando, não, o aprofundamento) das condições de vulnerabilidade de determinadas pessoas e grupos.

Neste sentido, a tanto as mediações já exercidas entre os sujeitos e suas realidades sociais concretas, como também aquelas que poderão vir a ser exercidas após qualquer proposta de intervenção, devem ser consideradas tanto no diagnóstico como no planejamento e execução das propostas de ação. Assim, destacam os autores,

[...] elementos como o grau e a qualidade do compromisso desses serviços e programas, os recursos de que dispõem, os valores e competências de suas gerências e técnicos, o monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações, a sustentabilidade das propostas e, especialmente, sua permeabilidade e estímulo à participação e autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da situação e no encontro dos caminhos para sua superação, são elementos fundamentais no enfoque da vulnerabilidade. (AYRES et al., p. 397, 398)

Segundo Ayres et al., estas duas dimensões demarcam a importância de atribuir sentidos e a necessidade de interpretar tanto a variabilidade como a própria dinâmica das variáveis utilizadas nas análises de risco à luz de seus significados sociais concretos. Este seria o único caminho que impediria categorias analíticas abstratas, como, por exemplo,

grupo de risco, sejam incorporadas sem as devidas mediações, no desenho e nas práticas de intervenções. Neste sentido, observam os autores que, a lógica entre:

as análises de risco e de vulnerabilidade são, de certa forma, inversas: enquanto as análises de risco trabalham com uma racionalidade analítica na qual os fenômenos em estudo precisam ser partidos, isolados, discriminados, as análises de vulnerabilidade trabalham com uma racionalidade sintética, na qual se privilegia a construção de significados, a agregação de elementos diversos que contribuam para que os fenômenos em estudo sejam compreendidos como uma totalidade dinâmica e complexa. (AYRES et al., p. 399)

A partir desta constatação, concluem Ayres et al. que aqueles aspectos que, para a análise de risco, eram inconsistentes e, portanto deveriam ser deixados de fora, são os elementos principais e fundamentais em torno dos quais se formam os estudos de vulnerabilidade: a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço.

Em outras palavras, a partir do conceito de vulnerabilidade, o risco começa a ser pensando em uma chave menos estatística e mais dialógica, mudança que implicará também em novas práticas de gestão e prevenção do risco. Assim, vimos que práticas articuladas a partir do conceito grupo de risco levam a segregação e ao isolamento da população considerada “em risco”. Vimos também que a partir do conceito “comportamento de risco” as práticas são alteradas e a população não é mais dividida entre grupos de risco/perigosos X população em risco/em perigo, a quem se deve proteger, mas sim entre risco/perigo X população. Neste último caso, o risco se despersonaliza de um determinado grupo ou pessoas e passa a ser uma ameaça a qual todos estão expostos. Assim, em vez de barreiras entre os indivíduos, propõe-se uma série de mudanças práticas na vida das pessoas, de modo que se diminuam as chances delas se exporem ao risco. Contudo, Ayres et al. destacam que a exposição ao risco entre a população não é homogênea. Além disso, observam também que as mudanças preconizadas por estas práticas de prevenção focam-se demasiadamente na vontade individual. Todavia, grande parte destas mudanças depende também do contexto em que estes indivíduos estão inseridos e sobre os quais eles, isolados, possuem pouca ou nenhuma capacidade de gerência.

Esta percepção fez surgir a necessidade de pensar a respeito das práticas de prevenção a partir dos diferentes graus de exposição ao risco entre a população, ou seja, as diferentes vulnerabilidades. Assim, a ideia de vulnerabilidade inverte, originalmente, a lógica das estratégias que iam dos conceitos para a realidade, mas, ao contrário, busca incorporar a realidade na elaboração tanto dos conceitos como de sua prática.

Neste sentido, não há possibilidade de superação das vulnerabilidades que não passem também pela crítica e, conseqüentemente, pelas mudanças, não dos indivíduos, mas das relações de poder que, nas relações sociais, configuram tanto os indivíduos, como as práticas e seus saberes. É neste contexto que Ayres et al.(2006), afirmam que:

Ficou clara a necessidade de as pessoas responderem à transformação das práticas não no plano estrito da individualidade privada, mas como sujeitos sociais, como agentes da esfera pública da vida social. Intervenção estrutural, organização comunitária, construção da cidadania, ativismo político, ação jurídica, defesa dos Direitos Humanos, tudo isso passa a ser entendido como parte indissociável das ações de prevenção e cuidado. (p. 401)

Por esta compreensão, tanto o foco conceitual como prático, são deslocados e ampliados, passando do plano individual para o plano das vulnerabilidades socialmente configuradas. Neste sentido, ressaltam Ayres et al., o papel da intervenção é estende-se para muito além do simples informar ou alertar sobre um problema. O papel da intervenção passa a ser o de contribuir também para que os próprios indivíduos passem a tensionar e responder, não mais sozinhos, mas como coletividades e enquanto sujeitos sociais, aos obstáculos materiais, culturais e políticos que os mantêm vulneráveis. Assim, observam os autores que nos servem de referência, mais do que ser informadas, é preciso que as pessoas saibam como se proteger e se mobilizar para que as situações estruturais que as tornam vulneráveis sejam de fato transformadas.

Esta perspectiva, por sua vez, tensiona as próprias relações de poder com que as práticas de prevenção são geralmente concebidas e executadas. Para aprofundar esta discussão, retomemos como Foucault concebe o poder. Para ele, o poder não é algo que se detêm ou se partilha, mas algo que circula e somente funciona em rede, sem jamais poder ser apossado por alguns como riqueza ou bem. Uma rede que não possui um ponto central e

por onde não só as pessoas circulam, mas onde o próprio poder transita alternando constantemente as posições de quem é submetido e de quem exerce o poder (FOUCAULT, 2005). Partindo-se desta compreensão, as pessoas não são apenas destinatárias passivas, mas são também sujeitos que se expressam, no mínimo, pela adesão ou resistência que apresentam às formas de intervenção.

A partir desta questão, pode-se agora recolocar e problematizar o enfoque informativo adotado em muitas ações de prevenção. Este tipo de enfoque, como observam Ayres et al., não apenas se prende a um modelo racionalista, como também tende a considerar uma relação unilateral de poder, neste caso, entre os que se colocam como representantes do saber autorizado e os que são por eles (des)classificados como os que não sabem (mas uma vez aqui, a classificação como um instrumento de poder). Muitas destas práticas ficam presas “às tendência modeladoras, fortemente difundidas a partir de paradigmas comportamentalistas” (Ayres et al., 2006, p. 402). Ou, como poderíamos pensar a partir de Foucault, práticas de cunho disciplinar e altamente normativas. Onde, como vimos, o problema não é a norma, mas os que fogem da norma (os “anormais”) que, por sua vez, passam a ser novamente sancionados pela norma para serem responsabilizados e culpabilizados.

A superação deste impasse passa, segundo Ayres et al., pela reconfiguração das formas como as práticas de intervenção são geralmente concebidas. Em vez de concepções normativas e unilaterais, os autores propõem práticas que partam dos saberes e experiências de um grupo em que a intervenção será realizada. Nesta relação, tanto os saberes técnicos são questionados e reformulados em seu confronto com a realidade concreta, como as próprias experiências e saberes determinados por essa realidade podem ser também tensionados e, em um processo sempre dialógico, reformulados.

A atitude construtivista, que parte dos saberes e experiências dos que visamos com nossos processos educativos, é a que melhor parece concorrer para que as pessoas possam de fato buscar e se apropriar de informações que façam sentido para elas, se mobilizar autenticamente e achar alternativas práticas que permitam superar as situações que as vulnerabilizam. (Ayres et al., 2006, p. 402)

Para que este caminho seja possível, Ayres et al. destacam a necessidade de mudanças não apenas no plano discursivo, mas, sobretudo, nas práticas dos que têm a incumbência de iniciar os processos de intervenção. Neste sentido, a mudança de enfoque que se forma em torno do conceito de vulnerabilidade implica também na:

necessidade de abandonar o privilégio de uma informação estritamente técnica, transmitida de forma unilateral do educador para o educando, em favor da busca de uma troca bilateral de saberes, necessária para identificar finalidades e meios convenientes à construção de respostas por aqueles específicos sujeitos em seus contextos concretos. (AYRES et al., 2006. p. 402)

Nesta reconfiguração, mudam-se também as proposições, as respostas, os papéis e os lugares. Como as proposições migram do plano individual para o social, as respostas buscadas passam a ser também coletivas. Neste contexto, o centro da arena não é mais ocupado pelo sujeito técnico e a sua fala que, ainda que represente saberes e recursos altamente especializados, são, para o cotidiano, extremamente abstratos. O centro da arena passa a ser ocupado por aqueles que, no dia a dia, lidam com os obstáculos e os riscos da vida, os próprios sujeitos sociais por eles afetados. O profissional, aqui, neste primeiro momento, não é o que fala, mas o que ouve e observa. Não com o olhar hierárquico que enquadra, classifica e disciplina, mas o olhar que se interessa em conhecer, compreender, pensar e juntos aprender... Neste sentido, é muito mais do que a palavra quem transita. É o próprio poder que se desloca e, movendo-se, traz a possibilidade de se reconfigurar relações e, reconfigurando-as, abre espaço para outras significações.

Neste reposicionamento, o papel do profissional não é esvaziado, mas é reconfigurado em tarefas e estratégias. Muito mais que alguém que detém, controla e monopoliza a palavra, o profissional passa, nesta configuração, a ter uma função de mediação. Isto é, alguém que faz a palavra circular tanto entre os próprios sujeitos visados pela prevenção como também entre eles o seu contexto, isto é, o conjunto de recursos que dispõem ou deveriam dispor na construção de suas existências. Por isso, ressaltam Ayres et al., não se espera deles adesão ao que é prescrito, mas autonomia para construir as estratégias que de fato possam lhes melhor servir.

As mudanças mais profundas e interessantes acontecem quando se enxerga e constrói possibilidades e os indivíduos estarem uns de frente para os outros em seu entorno, de modo que torne a saúde de todos mais satisfatória. (Ayres et al., 2006, p. 402)

1.2.3. Do risco social ao social no risco: a vulnerabilidade social

Como observa Ayres et al., a noção de vulnerabilidade se expandiu e se deslocou, com todas as nuances, ambiguidades e imprecisões, para outras áreas, como a infância, adolescência, violência etc.. No campo social, este conceito também foi apropriado, dando origem ao termo vulnerabilidade social. Segundo Adorno (2001), este termo é:

Mais usualmente utilizada em nossos dias pelos movimentos sociais e de direitos humanos, a expressão vulnerabilidade social sintetiza a ideia de uma maior exposição e sensibilidade de um indivíduo ou de um grupo aos problemas enfrentados na sociedade e reflete uma nova maneira de olhar e de entender os comportamentos de pessoas e grupos específicos e sua relação e dificuldades de acesso a serviços sociais como saúde, escola e justiça. (p. 11)

Adorno (2001) destaca que, desde sua origem, a noção de vulnerabilidade social dialoga com a concepção de que todos têm direito a buscar modificar suas condições de vida para se tornarem menos vulneráveis. Por este ponto de vista, somente é possível ser menos vulnerável quando as desigualdades sociais, das quais a vulnerabilidade é também produto, se reduzem. É neste sentido que a noção de vulnerabilidade, ao menos em tese, não mais atua na chave da simples responsabilização e culpabilização individual, passando a ser pensada a partir das múltiplas determinações que a mediam.

Neste sentido, o termo vulnerabilidade social geralmente se refere a um processo de integração social que ocorre apenas de forma parcial e precária. Não é a exclusão ou a total negação de direitos que, no limite, excluiria do sistema. Continuam constituindo uma parte, mesmo que na periferia do sistema, sendo por ele apenas parcialmente e precariamente atendidos (MARTINS, 1997).

Segundo Adorno (2001), um indivíduo ou grupo pode ser considerado socialmente vulnerável quando, por alguma situação, os vínculos sociais com a família, o trabalho, o

círculo de relações, o Estado etc. se deteriora, desestabiliza ou desagrega. Por este aspecto, vulnerabilidade é muito mais que a precariedade das condições materiais. Isto não quer dizer que estas condições não sejam importantes e vitais, mas que não se limita apenas a elas. A vulnerabilidade, neste sentido, remete à dimensão vincular e, por isso, social. Por este entendimento, para superar a vulnerabilidade social, não basta apenas prover os indivíduos materialmente, como, aliás, fazem muitos arremedos de programas e políticas públicas. A superação, neste caso, passa pela ressignificação tanto das redes vinculares como também do contexto no qual estas redes se estabelecem. Assim, mais uma vez, a superação da vulnerabilidade, nunca é exclusivamente individual, mas sempre contextual e conjuntural, portanto, coletiva. É neste sentido, que Adorno ressalta que vulnerabilidade não é sinônimo de carência:

Observe-se que dizer vulnerável é diferente de dizer carente. As palavras usadas para denominar as pessoas expressam muitas vezes o lugar ou status que é dado a elas na sociedade. É o caso do termo carente, que parece aderir-se à pessoa, tal qual um rótulo, como se a carência fizesse parte de sua identidade. Assim, quando chamamos alguém de carente para assinalar a sua necessidade de assistência, segundo nosso julgamento, estamos, mesmo sem querer, deixando de tratá-lo como sujeito portador de direitos, pois esse termo denota alguém desprovido de algo e que, por isso, precisa ser guiado e tratado paternalisticamente como menos afortunado ou como vítima. (ADORNO, 2001, p. 12)

Por estes motivos, complementa ainda Adorno, que o argumento da carência, além de ser autoritário, não contribui efetivamente para a superação das condições para a qual se volta. Isto porque, este argumento já parte de um pré-julgamento que classifica antes mesmo de dar ao outro a oportunidade de apresentar a si e sua realidade. Como parte de um suposto saber sobre este outro e sua realidade, não se preocupa em olhar, compreender e conhecer. Chega classificando, ordenado e dizendo como deveriam ser e o que lhes seria melhor. Em nome de “tirá-los” da vulnerabilidade, a própria relação que neste contexto se estabelece, vulnerabiliza. Relações que se colocam simplesmente na chave de gerir a vida e as condutas, independente das pessoas e seus contextos é, como já vimos, um dispositivo biopolítico da forma governamentalizada de gerir o poder. O poder que não se centraliza ou se detém, mas que se materializa e reativa nas relações, pelas mais diferentes práticas.

Por outro lado, não raras vezes, estas práticas são fadadas ao fracasso. Não por não estarem “baseadas em evidências” científicas de sua eficácia de efetividade, pois às vezes até estão. O que muitas vezes as levam ao fracasso é a próprio poder, aqui, em sua forma de resistência. “Lá onde há poder, há resistência” (FOUCAULT, 2007a, p. 91). E como as pessoas resistem: a não adesão, adesões parciais, o uso instrumental do programa ou da política etc.. As resistências muitas vezes estão onde as avaliações de evidência muitas vezes não chegam: nas relações. Assim, por mais que as pesquisas de evidências queriam fugir das aparências, elas também por estas se guiam ao avaliar a efetividade apenas pelos resultados, sem considerar a lábil dinâmica do poder/resistência implícita às relações que, por sua vez, refletirão nos próprios resultados alcançados.

Por todas estas questões, Adorno (2001) advoga que orientar as práticas pelo marco da vulnerabilidade não é, como muitas vezes se têm feito, imobilizar o outro no lugar do vulnerável para que se possa intervir, prescrevendo-lhe, normativamente, como dever ser, agir e viver. Se fosse simplesmente isso, nada mudaria em relação às classificações e práticas já existentes: grupo de risco, comportamento de risco, carente, pobre etc.. Este marco implica em, antes de tudo, superar velhos preconceitos em direção a uma outra maneira de pensar pessoas e grupos que geralmente são tratadas apenas como uma massa homogeneizada e abstrata, a população alvo. Tal superação passa pelo reconhecimento do outro, não como alvo, mas como sujeito. Ainda que este seja o sujeito da resistência.

Apesar do conceito de vulnerabilidade social ter, em sua origem, os pressupostos acima descritos, seu uso pelas tecnologias de intervenção social mostram certo deslocamento em seu significado. Pela revisão realizada tanto por Busso (2001) como Abramovay et al. (2002), percebe-se que este termo é bastante polissêmico, referindo-se aos mais diferentes campos, por exemplo, ausência de direitos para imigrantes (BUSTAMANTE, 2000), mudanças econômicas e desestruturação do mercado de trabalho (PIZARRO, 2001), catástrofes naturais e climáticas e mudanças demográficas (YELETAYSI, 2009), resiliência (KAZTMAN, 2000; FILGUEIRA, 1998), pobreza (MOSER, 1998; BANCO MUNDIAL, 2001), violência (ABRAMOVAY, 2002; RUOTTI, MASSA E PERES, 2011).

Segundo Abramovay (2002), na América Latina, o uso desta terminologia torna-se mais frequente, a partir da publicação do Banco Mundial (Moser, 1998), com o objetivo de

estabelecer estratégias para a redução da pobreza. Nesta publicação, o termo vulnerabilidade passou a ser utilizado por Moser para se referir aos “ativos das famílias”. Por estes ativos, entendia-se não apenas os recursos materiais e financeiros, mas também os recursos simbólicos que aumentam a capacidade familiar de responder às crises.

É interessante observar que as formulações iniciais sobre a vulnerabilidade social, ao menos nos contornos que ela assume no contexto latino-americano, surge no final dos anos 1990, em um período de plena crise econômica. Não parece ser coincidência que esta terminologia, que inicialmente surge na área de saúde, seja apropriada, em um momento de crise, pela economia e, a partir das estratégias do Banco Mundial para enfrentamento da pobreza se dissemine nas práticas sociais, assumindo o sentido usual tal qual o conhecemos. Isto é, vulnerabilidade associada à pobreza e ao seu contexto. O próprio conceito de vulnerabilidade social adotado na pesquisa sobre Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina: Desafios para as Políticas Públicas, de Abramovay et al. (2002), parece indicar a fusão que passa a se estabelecer entre estes termos. Nesta pesquisa, a vulnerabilidade social é entendida como:

[...] o resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas, culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade. Esse resultado se traduz em debilidades ou desvantagens para o desempenho e mobilidade social dos atores. (Abramovay et al., 2001, p. 29)

Os vulneráveis seriam, por esta conceituação, aqueles que, em virtude de seus recursos pessoais e do acesso que possuem à “estrutura de oportunidades” do Estado, mercado e sociedade, apresentam “debilidades ou desvantagens para o desempenho e mobilidade social”.

Assim, se na saúde a noção de vulnerabilidade foi a resultante de um processo de tensão, resistência e luta por reconhecimento e direitos - lembremo-nos aqui de toda a mobilização e organização dos grupos homossexuais pelos seus direitos, contribuindo, inclusive, para as mudanças tanto conceituais como das práticas no enfrentamento a AIDS (TERTO JR, 2002) -, quando é capturada pelas tecnologias de intervenções sociais e inserida

dentro de outro contexto, ganha outro significado e sentido, ainda que se mantenha a mesma terminologia. Nesta aplicação do conceito de vulnerabilidade, um outro sujeito se constitui, o sujeito vulnerável, que é assim definido:

“Vale notar que a vulnerabilidade assim compreendida traduz a situação em que o conjunto de características, recursos e habilidades inerentes a um dado grupo social se revelam insuficientes, inadequados ou difíceis para lidar com o sistema de oportunidades oferecido pela sociedade, de forma a ascender a maiores níveis de bem-estar ou diminuir probabilidades de deteriorização das condições de vida de determinados atores sociais (Vignoli, 2001). Esta situação pode se manifestar, em um plano estrutural, por uma elevada propensão à mobilidade descendente desses atores e, no plano mais subjetivo, pelo desenvolvimento dos sentimentos de incerteza e insegurança entre eles.” (ABRAMOVAY, 2002, p. 30)

Por esta concepção, o vulnerável é aquele que, pelas características, recursos e habilidades, inerentes a si ou ao seu grupo, revelam-se “insuficientes”, “inadequadas” ou “difíceis” para lidar com o “sistema de oportunidades oferecidos pela sociedade” para “ascender a maiores níveis de bem-estar ou para diminuir probabilidades de deterioração das suas condições de vida”.

Se na área da saúde, ao menos nas práticas de combate a AIDS, já se começava a pensar o risco como algo não individual, mas socialmente determinado, aqui, o risco de não ascender e/ou de ter suas condições ainda mais precarizadas é atribuída exclusivamente à falta de recursos e habilidades dos indivíduos.

“Um aspecto importante dessa definição decorre da sua utilidade para compreender como e por que diferentes atores sociais se mostram mais suscetíveis a processos que atentam contra sua possibilidade de ascender a maiores níveis de bem estar. Ela permite analisar o caso de grupos sociais, aos quais são atribuídas grandes potencialidades, ativos valorizados em um dado contexto de estruturas de oportunidades, mas que, contraditoriamente, permanecem reclusos a um cenário de inseguranças, instabilidades e marginalidade.” (Abramovay, 2002, p. 31)

Neste contexto, as intervenções também se diferem das preconizadas originalmente pelo conceito de vulnerabilidade. Naquelas, a superação da vulnerabilidade passava pela reconstrução coletiva tanto dos sentidos e significados que a produzia, como também pela elaboração coletiva das suas formas de superação.

Aqui, o vulnerável é entendido como “insuficiente”, “inadequado” ou “difícil” e, por isso, não tem condições de acessar o “sistema de oportunidades” oferecidos pelo Estado e pelo mercado, as intervenções têm que guiá-lo, pois, afinal, ele não sabe o que é melhor opção para ele, pois se soubesse já o teria feito. Nestes casos, a intervenção é, na maioria das vezes, sempre unilateral, arbitrária e hierárquica. Assim, atribui imperativamente ao outro o que pressupõe que ele precisa, desqualificando-o, sem, na maioria das vezes nem se interessa em saber o que ele quer. E o que “eles precisam”, não é, na maioria das vezes, o que eles precisam, mas aquilo que se pode oferecer. Relação perversa, presente até mesmo nos equipamentos e políticas públicas já existentes como a escola, os postos de saúde, a polícia.... Fora estes, o que geralmente se oferece seria no mínimo risível, se não fosse trágico, cursos “profissionalizantes” (panificação, pizzaiolo, culinária, artesanato, reciclagem etc.), “empreendedorismo” (administração de pequenos negócios, mas sem capital para fundar nenhum), atividades “culturais” (oficina de jornal, música, DJ etc.). Favores, portanto, práticas implementadas como favores e não a concretização de um direito. Assim, do mesmo jeito que chegam, vão. Arbitrariamente escolhem, muitas vezes por meio de rituais extremamente humilhantes, quem pode ou não participar. E, no fim disto tudo, se nada der certo, e eles permanecem “reclusos a um cenário de inseguranças, instabilidades e marginalidade”, não é por problema destas políticas e práticas acionadas pela noção de vulnerabilidade. Mas é por culpa e responsabilidade deles mesmos. Afinal, foram-lhes dadas as gloriosas chances do “sistema de oportunidades oferecidos pelo Estado, pelo mercado e pela sociedade”, mas estes incompreensivelmente, “atentam contra sua possibilidade de ascender a maiores níveis de bem estar”.

Telles (2010), referindo-se ao trabalho de Nikolas Rose (2008), observa que é o estabelecimento das clivagens que estabelecem quais são os indivíduos ou zonas sociais a serem considerados como fora das “comunidades de inclusão” e, portanto, fora do “controle social”, que devem ser submetidos a dispositivos disciplinares que frequentemente são, em muitos destes casos, coercitivos e também penais.

Observa também que, por este critério de classificação, os considerados como os “de fora”, são geralmente concebidos, seja pela recusa aos padrões esperados e/ou por falhas, carências, deficiências a serem tratadas por especialistas, como incapazes de assumir as responsabilidades relacionadas à gestão de suas vidas.

Este campo, produzido por estas articulações, torna-se uma seara fértil para a proliferação de saberes e práticas especializadas em gerir a miséria e os infortúnios e em mobilizar recursos, financiamentos, especialistas e pesquisas conforme os indicadores das situações ditas (e assim definidas pelas expertises) de risco ou de vulnerabilidade.

Para Telles, é sob a noção de risco que as questões sociais passaram a ser problematizadas na lógica da governamentalidade neoliberal, mudando inclusive o registro das políticas, programas e práticas de ação e intervenção social. Na análise desta autora, isto ocorre porque um outro tipo de arranjo de poder se estabelece ou, nas palavras dela, uma outra “microfísica do poder”, que não mais corresponde aos dispositivos disciplinares tradicionais. Nesta nova configuração, as tecnologias sociais emergentes se pautam quase que exclusivamente pela combinatória dos fatores de risco, dissolvendo, assim, a noção de indivíduo e do sujeito concreto. Não se trata mais do conjunto das causalidades sociais imbricadas nas disfunções de um indivíduo a ser normalizado, mas da construção de fluxos de população, a partir de um conjunto de elementos abstratos, que permitam inferir sobre possíveis fatores capazes de produzir um risco geral. O foco se desloca da normalização do indivíduo perigoso ou potencialmente perigoso para a regulação eficaz da situação de risco.

“Diferente do perigo, o risco não está incorporado em indivíduo ou grupo social determinado. É efeito de uma combinação de fatores que tornam mais ou menos provável a ocorrência de um evento indesejável, doenças, anomalias, comportamentos desviantes a serem minimizados ou evitados. É um cálculo de probabilidades. O foco são as “populações de risco” – ou, como se diz atualmente, “populações em situação de risco” – definidas a partir de um feixe abstrato de fatores acessíveis à análise dos especialistas.” (TELLES, 2001, p. 157)

Neste contexto, destaca Telles, as formas de vigilância e controle mudam. Não são mais as formas de intervencionismo assistencial que vigoram, mas sim o desenvolvimento de “modos diferenciados de tratamento da população que visam rentabilizar ao máximo o que é rentável e a marginalizar o que não é” (p. 157). Contudo, ao menos duas consequências, decorrentes deste processo, são apontados pela autora, a partir de Castel.

A primeira diz respeito às possibilidades de intervenção: em contraposição aos espaços concretos de perigo, com suas supostas determinações sociais, o espaço generalizado dos

fatores de risco acarreta indefinidas possibilidades de intervenção. Neste último caso, estas podem ser tantas quantas forem as classificações de risco estabelecidas pelos trabalhos dos especialistas.

A segunda está relacionada à classificação dos suspeitos: a gestão dos riscos não só generaliza as suspeitas como também as atribui, por serem baseadas em cálculos de probabilidades, uma pseudo cientificidade. Neste contexto, resalta a autora, para ser suspeito, não é necessário o indivíduo apresentar sintomas de anomalia, basta apresentar algumas características que os especialistas estabeleceram como fatores de risco.

A partir das discussões propostas por Gros (2006), Telles também destaca que um contexto onde o indivíduo figura sempre permeado por situações de “vulnerabilidade”, associado a diferentes “riscos” (pobreza, doença, violência etc.), colocados frequentemente sob “vigilância” e acionado, permanentemente, pelas mais diferentes formas “intervenções”, não contribui para os sujeitos sejam reconhecidos e se reconheçam como portadores de direitos.

Em um contexto onde o outro é destituído de direitos, a intervenção também se destitui de sua dimensão política, isto é, pode abrir mão do processo político de discussão, negociação e deliberação. A intervenção, nestes casos, passa a ser regida por critérios ditos técnicos, de competência exclusiva dos especialistas, e acionada para restaurar ordens ameaçadas, restabelecer harmonias rompidas, reparar disfunções, encontrar soluções.

“Intervenção social, intervenção cultural, intervenção sanitária, intervenção humanitária, também intervenção policial e intervenção militar: nas peculiaridades de cada campo de atuação, é a mesma lógica, gestão de riscos, sempre pontual, territorialmente definida, porém deslocante, conforme se redefinem os alvos, os focos e os problemas.” (TELLES, 2001, 157)

Nesta mesma direção, segue também a análise de Castiel, Guilam e Ferreira (2010). Para estes autores, os diferentes discursos relacionados ao risco emergem e se fortalecem num cenário onde a governamentalidade se reajusta a partir dos imperativos lógicos neoliberais. Para eles, o pano de fundo que sustenta grande parte desta trama está fundada no reposicionamento do papel do Estado que, na atual configuração, passa a ter uma

participação restrita na economia e, para gerir com menos recursos, é obrigado a reduzir custos na área social. Segundo estes autores, é neste contexto que os indivíduos passam a ser convocados e incitados a assumir parte deste ônus, arcando pessoalmente com os custos de sua saúde, educação, segurança etc.

Em relação aos riscos, observam os autores, o procedimento também é o mesmo. A prevenção migra da esfera pública e, portanto política, para a esfera privada e, portanto, para a esfera das subjetividades, operando a partir da responsabilização e culpabilização individual.

Nesta configuração, o risco se torna um negócio, uma mercadoria e, enquanto tal, tem de ser estimulado. Em torno da ideia de risco se forma uma série de produtos que, para serem vendidos, dependem que ele esteja não só ativo, mas permanentemente em alta (BECK, 1999).

A partir da ideia do risco, a vida individual passa a ser normatizada como também a população passa a ser regularizada. No campo individual, o corpo esbelto e atlético, a realização profissional, amorosa e afetiva, o desempenho máximo etc., passam a ser imperativos para aceitação e auto-aceitação e, em nome destes, vende-se aulas em academias, remédios, consultas dos mais diferentes tipos, cirurgias etc.. No plano da população, a ideia do risco, nos faz abrir mão de direitos em nome da segurança, tornando-nos coniventes com soluções que, ainda que arbitrárias e autoritárias, nos prometem mais segurança.

1.3. Adolescência

Etimologicamente, a palavra adolescência pode ter se derivado de duas diferentes matrizes latinas (OUTEIRAL, 2008). Uma possibilidade seria a junção da preposição *ad* (a, para) e o verbo *olescer* (crescer), o que levaria à ideia de condição ou processo de crescimento. Outra possibilidade seria a palavra *adolescere*, que significa adoecer, enfermar.

De alguma maneira, o conhecimento que se produziu sobre a adolescência é demarcada por esta dupla possibilidade etimológica. Por um lado, o conhecimento relacionado ao crescimento, enquanto aquisições físicas, cognitivas, sociais e psicológicas e, por outro, ao “adoecer”, isto é, o conhecimento relacionado aos perigos associados a este período da vida.

Contudo, segundo o raciocínio foucaultiano (2004; 2007^a), uma pergunta de antemão se faz necessária: em que circunstâncias o período da vida compreendido pela adolescência passa a ser destacado como uma fase específica do desenvolvimento humano ao ponto de acionar olhares especializados que se derivam em diferentes saberes e práticas?

Assim como conceito de infância, amplamente discutido por Ariès (1981), a adolescência também não é um fenômeno natural que se associa a determinada faixa etária e que demarca um momento específico do desenvolvimento humano. Ela é uma construção conceitual, portanto, socialmente produzida, historicamente datada e em permanente transformação.

Neste capítulo buscaremos desconstruir a visão da adolescência enquanto fenômeno natural e universal e defender que ela é uma construção discursiva produzida por diferentes saberes e práticas, acionadas por um modo específico de gerir o poder, a governamentalidade.

Ainda segundo Ariès é a partir da consolidação da infância que a ideia de adolescência se constitui, estabelecendo-se como uma fase intermediária entre a criança e o adulto. Ariès observa que até o início século XIX, parte do que é hoje conhecido como adolescência era considerado infância. Para este autor, foi por meio da escola que as primeiras percepções sobre a adolescência começaram a se formar:

[...] embora a primeira infância fosse assim isolada, a mistura arcaica das idades persistiu nos séculos XVII e XVIII entre o resto da população escolar, em que crianças de 10 a 14 anos, adolescentes de 15 a 18 e rapazes de 19 a 25 frequentavam as mesmas classes. Até o fim do século XVIII, não se teve a ideia de separá-los. Ainda no início do século XIX, separavam-se de modo definitivo os homens feitos, os “barbudos” de mais de 20 anos, mas não se considerava estranha à presença no colégio de adolescentes atrasados, e a promiscuidade de elementos de idades muito diferentes não chocava ninguém, contanto que os menorezinhos não fossem expostos a ela. De fato, ainda não se sentia a necessidade de distinguir a segunda infância, além

dos 12-13 anos, da adolescência ou da juventude. Essas duas categorias de idade ainda continuavam a ser confundidas: elas só se separariam mais para o fim do século XIX, graças à difusão, entre a burguesia, de um ensino superior: universidade ou grandes escolas. (ARIÈS, 1981, p. 176)

O período da segunda infância-adolescência foi distinguido graças ao estabelecimento progressivo e tardio de uma relação entre a idade e a classe escolar. Durante muito tempo, no século XVI e até mesmo no século XVII, essa relação foi muito incerta. (idem, p. 177)

Este registro de Ariès (1981) chama-nos atenção por dois motivos. O primeiro deles está relacionado à escola. É por meio deste tradicional dispositivo disciplinar que as primeiras percepções sobre a adolescência começam a se formar. O segundo motivo, está relacionado a outro aspecto do poder, a gestão, ao governo de pessoas, a governamentalidade da instituição escolar. Ao se estabelecer a separação das classes escolares considerando-se as idades, permitiara-se, por um lado, conhecer melhor as especificidades das diferentes faixas etárias (saber) e, por outro, produzir pelo disciplinamento os indivíduos ajustados ao que se normatizava para cada uma delas (poder).

Neste sentido, a ideia de adolescência é também um produto das mudanças pelas quais passaram a Europa a partir da ascensão burguesa e do fortalecimento do Estado moderno. Esta ideia ganha forças no final do século XIX e se espraia principalmente ao longo do século XX:

A 'juventude', que então era a adolescência, iria tornar-se um tema literário, e uma preocupação dos moralistas e dos políticos. Começou-se a desejar saber seriamente o que pensava a juventude, e surgiram pesquisas sobre ela, como as de Massis ou de Henriot. A juventude apareceu como depositária de valores novos, capazes de reavivar uma sociedade velha e esclerosada. Havia-se experimentado um sentimento semelhante no período romântico, mas sem uma referência tão precisa a uma classe de idade. Sobretudo, esse sentimento romântico se limitava à literatura e àqueles que a liam. Ao contrário, a consciência da juventude tornou-se um fenômeno geral e banal após a guerra de 1914, em que os combatentes da frente de batalha se opuseram em massa às velhas gerações da retaguarda. A consciência da juventude começou como um sentimento comum dos ex-combatentes, e esse sentimento podia ser encontrado em todos os países beligerantes, até mesmo na América de Dos Passos. Daí em diante, a adolescência se expandiria, empurrando a infância para trás e a maturidade para a frente. Daí em diante, o casamento, que não era mais um "estabelecimento", não mais a interromperia: o adolescente casado é um dos tipos mais específicos de nossa época: ele lhe propõe seus valores, seus apetites e seus costumes. Assim, passamos de uma época sem adolescência a uma época

em que a adolescência é a idade favorita. Deseja-se chegar a ela cedo e nela permanecer por muito tempo. (ARIÈS, p. 35 e 36)

Apesar do século XX ter sido a idade de ouro da adolescência, fase da vida em que se deseja logo chegar e nela permanecer por muito tempo, foi também ao longo deste período que se forjou a ideia de adolescência associada a turbulências, contestações, rebeldias, delinquências, periculosidades, que a transforma em “risco” tanto para aquele que por ele passa (o próprio adolescente) como para toda a sociedade. Esta visão, que permeia grande das percepções relacionadas aos adolescentes, quando não produzida, foi reforçada pelos discursos da biologia, medicina e, posteriormente, da psicologia (CÉSAR, 1998; COIMBRA, BOCCO e NASCIMENTO, 2005; GROSSMANN, 2010).

O período que passou a ser classificado como adolescência é incorporado pelas ciências entre o final do século XIX e início do XX. Segundo Grossmann, dois trabalhos foram pioneiros na abordagem deste tema. O primeiro deles nasce da organização dos atendimentos clínicos a alunos adolescentes de um internato Inglês. Estes acompanhamentos levaram à criação, em 1844, da Associação de Médicos de Escolas e a publicação, no ano seguinte, de um código de regras com o explícito objetivo de evitar a disseminação de doenças contagiosas.

O segundo marco foi a publicação, em 1904, do primeiro livro específico sobre o tema: *Adolescência: sua psicologia e relação com a fisiologia, antropologia, sociologia, sexo, crime, religião e educação*, por G. Stanley Hall. Fortemente influenciado pela teoria da evolução das espécies de Darwin e pela teoria filogenética de Haeckel, Hall compreendia o desenvolvimento humano como o cumprimento progressivo de etapas, sendo a adolescência um destes estágios evolutivos, que levariam à maturidade, para ele, era representada pela figura do adulto. Como a visão de desenvolvimento de Hall estava calcada na biologia, suas etapas obedeceriam a um padrão universal, dependendo exclusivamente da hereditariedade. Por esta lógica, todos os seres humanos passariam, de forma obrigatória e similar, pelos mesmos estágios de desenvolvimento.

César (1998) observa que o pensamento de Hall influenciou grande parte dos discursos científicos e das representações sobre a adolescência produzidas ao longo do século XX.

Coimbra, Bocco e Nascimento (2005) observam que grande parte dos discursos e representações atuais sobre a adolescência é ainda demarcado por uma compreensão desenvolvimentista. Isto é, uma visão de que tende a reduzir o processo de constituição humano à dimensão biológica. É a partir desta chave que se estabelece a ideia de que o desenvolvimento humano se constitui por meio de um encadeamento evolutivo de etapas que, sendo inerente ao ser humano enquanto espécie, é universal e a-histórico, portanto, comum à todos os seres humanos.

Dentro do princípio desenvolvimentista, a adolescência surge como um objeto exacerbado por uma série de atributos psicologizantes e mesmo biologizantes. Práticas baseadas nos conhecimentos da medicina e da biologia, em especial, vêm afirmando, por exemplo, que determinadas mudanças hormonais, glandulares, corporais e físicas pertencentes a essa fase seriam responsáveis por algumas características psicológico-existenciais próprias do adolescente. Tais características passam a ser percebidas como uma essência, em que 'qualidades' e 'defeitos' como rebeldia, desinteresse, crise, instabilidade afetiva, descontentamento, melancolia, agressividade, impulsividade, entusiasmo, timidez e introspecção passam a ser sinônimos do ser adolescente, constituindo uma 'identidade adolescente' (COIMBRA, BOCCO e NASCIMENTO, 2005, p.4-5).

Coimbra, Bocco e Nascimento (2005) desvelam ainda que o caráter natural e abstrato atribuído ao conceito de desenvolvimento, não só possibilita que se criem características típicas inerentes a cada fase do desenvolvimento como também, a partir delas, se passem a avaliar a normalidade das aquisições individuais.

Segundo Bock (2004), esta mesma chave também está presente no pensamento de E. Erickson, principalmente quando ele apresenta e caracteriza a adolescência a partir do conceito de moratória (Erickson, 1976): uma fase da vida, entre a infância e a idade adulta, marcado pela confusão de papéis e pelas dificuldades para estabelecer uma identidade própria.

Bock (2004) observa ainda que o conceito de moratória proposto por Erickson foi seguido por muitos autores, influenciando, na América Latina, a produção de dois teóricos que se tornaram referência para muitos profissionais, Aberastury e Knobel. A este respeito, chama especial atenção o conceito de "síndrome normal da adolescência" desenvolvido por Knobel que seria caracterizada pela:

1) busca de si mesmo e da identidade; 2) tendência grupal; 3) necessidade de intelectualizar e fantasiar; 4) crises religiosas, que podem ir desde o ateísmo mais intransigente até o misticismo mais fervoroso; 5) deslocalização temporal, onde o pensamento adquire as características de pensamento primário; 6) evolução sexual manifesta, que vai do autoerotismo até a heterossexualidade genital adulta; 7) atitude social reivindicatória com tendências anti ou associas de diversa intensidade; 8) contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, dominada pela ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais típica deste período da vida; 9) uma separação progressiva dos pais; e 10) constantes flutuações de humor e do estado de ânimo. (ABERASTURY & KNOBEL, 1989, p. 29, apud BOCK, 2004, p. 33).

A partir destas chaves conceituais, a ideia de adolescência não apenas emergia como um conceito naturalizado, mas também associado a uma fase problema, semipatológica e naturalmente carregada de conflitos (BOCK, 2004).

Outra observação que pode ainda ser feita é que os discursos atrelados à ideia de desenvolvimento tendem a orientar a compreensão do presente a partir da relação que se estabelece com o futuro. Neste sentido, observa César (1998), as preocupações em relação ao desenvolvimento na adolescência tendem a não ter como foco o “adolescente” em si, mas a constituição ideal do indivíduo adulto. Assim, observa esta autora que, se por um lado, as “patologias” que definem e caracterizam a adolescência são consideradas normais, por outro, os mesmos saberes que o articulam não tardam em enfatizar que se não forem suplantados com sucesso serão obstáculos para uma maturidade normal. É neste ponto que o conceito de adolescência entrecruza-se com o conceito de risco.

Entre as caracterizações que ajudaram a compor o conceito de adolescência está a ideia do risco, derivada em ao menos duas grandes matrizes representativas: o adolescente perigoso e o adolescente vulnerável (DONZELOT, 1980).

Em parte, a ideia de adolescência passa a ser configurada a partir da necessidade de se responder a um problema que se formou a partir da crescente urbanização: delitos e crimes praticados por jovens. Este problema chama a atenção para uma população específica que tinha em comum, entre outros fatores, a faixa etária.

Em ‘Juvenile Offenders’, publicado em 1898, o criminologista W. Douglas Morrison observou que ‘quer olhemos para casa ou para o exterior, quer consultemos as estatísticas criminais do Velho

Mundo ou do Novo, invariavelmente encontramos a criminalidade juvenil exibindo uma forte tendência a aumentar. É um problema que não se limita a uma única comunidade: ele está confrontando toda a família de nações; ele está surgindo de condições que são comuns à civilização’.

Na Grã-Bretanha, o crime juvenil tornou-se uma questão nacional quando as crianças da classe operária urbana forçaram passagem para a conscientização pública. Como uma notícia de jornal em 1898 dizia: ‘Quem lê os jornais de Londres, Liverpool, Birmingham, Manchester e Leeds sabe que o jovem rufião e vagabundo de rua, com seu cinto pesado, sua faca traiçoeira e sua perigosa pistola está entre nós. A dúvida de todo o homem que se preocupa com a segurança das ruas quando anoitece, que elas sejam descentes quando já está escuro, e não desgraçadas por gritos obscenos e atos brutais, é saber o que deve ser feito com este novo desenvolvimento do menino da cidade e cidadão dos bairros pobres? (SAVAGE, 2009, p. 57)

É neste contexto, observa César (1999), que surge um conceito, proveniente dos movimentos de filantropia e dos discursos jurídicos do século XIX, que demarcará em muito a representação da adolescência, a delinquência juvenil. Savage (2009), a este respeito destaca este termo é da década de 1810 e, nos Estados Unidos, a primeira legislação que definiu os “delinquentes juvenis”, em 1824, em Nova York, definiam que os delinquentes tinham que ter menos de 21 anos, idade que, segundo a lei consuetudinária demarcava a divisão entre crianças e adultos.

No seu influente livro ‘Juvenile Delinquents: Their Condition and Treatment’, de 1853, Mary Carpenter sugeriu que ‘crianças’ menores, como eram chamados, deveriam ser tratadas diferentemente dos adultos com vinte e pouco anos, já criminosos empedernidos. Esta nódoa de corrupção, somada à redução da responsabilidade imputada às crianças, começou a empurrar mais para baixo a definição legal da menoridade, chegando a 16 anos em alguns casos. (Savage, 2009, p. 25)

César (1999) destaca ainda que a caracterização das transgressões que delineou os discursos e práticas sobre a delinquência era marcada por uma forte influência moral sobre a sexualidade e pelo recorte de gênero. Assim, para os rapazes, as transgressões tendiam a ser relacionadas à desordem social (pequenos furtos, bebida e cigarro), ociosidade e a prática de onanismo. Para as garotas, a transgressão era demarcada, sobretudo, pelo exercício ilícito da sexualidade. Neste contexto, a iniciação sexual da garota fora do casamento passa a ser considerada um fator de risco que poderia levar, pela “repetição do vício”, à delinquência. Em relação aos rapazes, observa ainda a autora, o exercício da

sexualidade somente era considerado problema quando se relacionava à masturbação e/ou as práticas homossexuais, classificadas como vícios próprios da delinquência juvenil masculina.

Para lidar com a questão da delinquência juvenil diferentes práticas, muitas de cunho intervencionista e disciplinador, são acionadas, primeiramente, por movimentos filantropos e, posteriormente, por instituições públicas e privadas que passam a ser criadas especialmente para tal finalidade. César (1998) destaca que o alvo destas práticas eram especialmente os filhos das operárias ou pobres. Na concepção destas práticas intervencionistas, forjadas na transição do século XIX para o XX, estas famílias passam a ser consideradas incapazes de educar seus filhos tanto pelos seus limitados recursos financeiros, mas, sobretudo pela “carência de recursos morais e intelectuais” (p. 63). Assim, em nome de protegê-los da situação de vulnerabilidade que se encontravam, passam a ser, filhos e famílias, objetos de investigação e intervenção das ações sociais.

Nos Estados Unidos, segundo Savage (2009), o primeiro Juizado de Menores foi criado na virada do século XX, na cidade de Chicago, a partir da Lei do juizado de Menores, de julho de 1899.

O tribunal foi um grande sucesso. Durante o seu primeiro ano, o juiz presidente, Richard S. Tuthill, ouviu quase 1.500 casos. Destes, a quantidade esmagadora era de meninos acusados de infrações como roubo (quase 45% do total), ‘conduta irregular’ e ‘incorrigibilidade’. Este último era o termo ‘aparentemente cunhado no desespero’ para cobrir uma multidão de delitos urbanos do dia a dia: ‘ficar ocioso pelas ruas e usar linguagem vulgar’, ‘recusar-se a trabalhar ou ir a escola, vagar pelas ruas tarde as noite’, ‘andar com más companhias, recusar-se a obedecer aos pais, e afastar-se de casa’.

Representando apenas 8% dos casos, as meninas eram mais comumente acusadas de ‘imoralidade’, ‘conduta irregular’, ‘incorrigibilidade’ e de associarem com ‘pessoas más’. A maioria das jovens que se apresentava diante do tribunal corria o risco de perder, ou já tinha perdido, a sua ‘virtude’. Jane Addams foi insistente neste tópico: ‘As meninas trazidas para o juizado de menores eram em geral filhas daquelas famílias de imigrantes mais pobres morando no pior tipo de cortiço da cidade’[...]

Setenta por cento dos jovens que passaram pelo juizado eram filhos de imigrantes. Como uma agência de integração de fato, o tribunal tomava medidas revolucionárias para lidar com estes novos cidadãos. Crianças ‘dependentes e negligenciadas’ deviam ser colocadas em instituições ou num lar de adoção, ou ficariam no seu próprio lar ‘sujeitas a visitas do funcionário da justiça’. [...]

Ao avaliar o que deveria acontecer com cada delinquente, o juiz exigia que os oficiais do juizado encarregados da vigilância levassem em conta três considerações: ‘o bem-estar da comunidade’

e a 'inteligência e os sentimentos de pais e parentes'. Este era um programa extraordinariamente holístico que proporcionava visitas domiciliares frequentes pelos funcionários de justiça ao mesmo tempo em que visava prevenir o crime antes que ele acontecesse. 'É desejo do Tribunal salvar a criança da negligência e da crueldade', Tuthill escreveu; 'também salvá-la do perigo de se tornar um criminoso ou dependente.' (SAVAGE, 2009, p. 81)

A noção de adolescência é, neste sentido, um produto secundário das investigações sobre a delinquência, seus atores e contexto, temas exaustivamente explorados durante os séculos XIX e XX³. No sustento deste argumento, contribui ainda a seguinte observação de César (1999):

“Para os jovens e crianças das famílias desprovidas de recursos financeiros, a rua representava um espaço de convívio público e de lazer sem as normas das instituições, além de ser o local de aprendizado das regras de sobrevivência. A rua constituía um campo de possibilidade de pequenos trabalhos para vendedores de jornal, entregadores de folhetos, carregadores de pacotes, floristas e plumistas entre outras atividades. Entretanto, aos olhos dos reformadores e novos especialistas da adolescência, a rua era o local por excelência do aprendizado dos vícios e da delinquência, do lazer sem regras e do ócio, em suma, da delinquência juvenil, cuja versão feminina centrava-se especialmente na prostituição. Foi a partir desta concepção negativa do espaço da rua que se iniciou um trabalho de organização do lazer como prevenção das formas viciosas de convívio social, decorrendo daí uma valorização dos esportes e das práticas esportivas em equipe para os jovens. Aos olhos dos reformistas, a rua tingia-se de cores sombrias e assustadoras, sendo considerada como o lugar da precocidade juvenil, interpretada como uma patologia associada à pobreza e à falta de controle por parte dos pais, que permitiam a jovens e crianças iniciar-se precocemente em atividades designadas aos adultos, tais como a vida em grupo ou em gangs, os pequenos trabalhos, as práticas sexuais e as lutas corporais pela manutenção de um território de ação e circulação na cidade. No discurso dos reformistas a precocidade foi considerada uma característica degenerada e anômala, temida pela sociedade e associada, segundo o jargão da inferioridade racial, aos povos mediterrâneos e tropicais e às imagens da pobreza e da falta de civilidade.” (p. 19)

Legitimados, assim, pela teorização científica, os movimentos de reforma social não só deslocam, justificando pela patologia as diferenças culturais e socioeconômicas, como

³ Vide, por exemplo, os trabalho de Cesare Lombroso, *L'uomo delinquente*, publicado em 1876. Além disso, relembra ainda César (1998) que orientando-se por estas metodologias e pelas teses lombrosianas, os estudos sobre a “adolescência” passaram quase um século construindo tabelas de crescimento físico, de aumento da ossatura, da massa muscular e da caixa craniana, determinando os padrões 'normais' de desenvolvimento.

também passam a advogar sobre a necessidade de intervir sobre as famílias classificadas por estes dispositivos como disfuncionais.

Os males físicos e morais da sociedade residiriam nessas famílias, as quais colocavam crianças e jovens em situação de risco ao permitir a sua permanência nas ruas, aspecto que constituiria a causa maior das transgressões sociais. Assim, os especialistas caracterizaram a delinquência juvenil como consequência da pobreza, da ruptura dos laços familiares e também de condições precárias de moradia e lazer, compreendidas como patologias sociais. Somente uma educação adequada, ou a segregação, poderiam restituir esses indivíduos a um futuro minimamente aceitável. Com efeito, as instituições totais, os reformatórios, internatos ou as escolas profissionalizantes foram preparados para receber, além dos jovens delinquentes e daqueles abandonados pelas famílias, todo e qualquer jovem e criança que vivesse em um ambiente favorável ao desenvolvimento dos vícios e transgressões. No centro dessas preocupações com a juventude e a infância formou-se uma teoria a respeito da delinquência juvenil que, delineada pelas práticas reguladoras da sociedade, produziu tanto a figura da criança e do jovem estigmatizados, como também o seu contra-modelo idealizado. Simultaneamente às primeiras teorizações sobre a adolescência, as instituições responsáveis pelos cuidados e educação dos jovens definiram um tratamento discursivo que configurava e produzia a figura do delinquente juvenil. (CÉSAR, 1999, p. 19)

Como destaca o excerto acima, a educação e/ou a segregação passam a ser defendidas como formas de intervenção, acionado a criação ou reformulação de escolas, casas de correção e internatos para destinados a transformar os filhos das “famílias disfuncionais” em sujeitos higiênicos e disciplinados.

A ociosidade foi também outro fator que contribuiu tanto para a formatação da noção da delinquência, como também da adolescência. O número crescente de desocupados no espaço urbano tornava-se um objeto permanente de preocupação para o poder governamentalizado. A principal causa deste problema está relacionada às mudanças impostas pelo modo de produção industrial. Se, em um primeiro momento, as indústrias mobilizavam uma grande quantidade de mão de obra, provocando, por um lado, a explosão demográfica urbana pelo maciço deslocamento de pessoas para as cidades, e, por outro, a incorporação de pessoas que, aos olhos de hoje, seriam consideradas precoces demais para serem inseridas ao mundo do trabalho, em um segundo momento, as inovações tecnológicas inerentes a este modo de produção levaram à redução da demanda por mão de obra, ocasionando uma grande massa de desocupados urbanos, entre os quais se incluíam os

jovens. Este segundo momento, que se iniciou na segunda metade do século XIX, é conhecido como a Segunda Revolução Industrial ou Revolução Tecnológica.

Estabelecer meios para gerir o crescente número de desocupados passa a ser uma das preocupações do Estado, principalmente pelo risco que este grupo representava tanto para a ordem pública, como para o poder constituído. A gestão da ociosidade entre os jovens era particularmente fonte de preocupação e atenção por parte do Estado, por um lado, como já explorado anteriormente, pela associação de grande parte destes jovens com a delinquência e, por outro, pela possibilidade destes virem a ser cooptados por movimentos revolucionários:

[...] os jovens passaram a ser uma fonte de esperança e símbolo do futuro, por um lado, mas por outro eram um grupo instável e perigoso. Num extremo, sua participação em movimentos revolucionários como o chartismo, socialismo e, seguindo o exemplo dos russos, anarquismo e nihilismo, mostravam que a consciência de gerações convertida em ideologia radical podia ser uma ameaça à ordem social. (SAVAGE, 2009, p.30)

Ou ainda:

A revolução industrial e as revoluções políticas, suas contemporâneas, haviam colocado em ação forças que dificilmente estavam sobre o controle de homens e dos seus governos. As crianças das áreas miseráveis, os meninos assassinos, os anarquistas: todos eles representavam um futuro que poderia estar sujeito à forças selvagens, atávicas. Assim como a criatura de Frankenstein se virou contra o seu criador, do mesmo modo poderiam os jovens do Ocidente se virar contra seus pais e instituições. (SAVAGE, 2009, p. 31)

Em um cenário em que a demanda por mão de obra se contraía, encontrar formas para “ocupar” uma grande quantidade de jovens urbanos fora do mundo do trabalho passa a ser uma questão estratégica tanto para a gestão deste grupo específico, como para o governo de toda a população.

A institucionalização assim como a contestação, a repressão e a absorção de parte de seus valores e dos conteúdos reivindicatórios pela sociedade não só possibilitaram algum gerenciamento sobre os jovens, como também ao fazê-lo, afirmava-o como um grupo específico (GROPPO, 2004).

Grosso observa ainda que a prevenção da delinquência foi uma das principais justificativas utilizadas por diferentes governos para a institucionalização forçada, via legislação e escolarização, dos jovens. Ainda a este respeito, Bock destaca que a escolarização e o aumento dos anos de estudos instituem-se, em grande parte, pela necessidade de minimizar as pressões políticas e, por conseguinte, o potencial de revoltas causadas pelo desemprego crônico/estrutural que começava a vigorar. Assim, o aumento de requisitos para o ingresso no mercado de trabalho passou a demandar a ampliação do tempo de escolarização, retardando o ingresso dos jovens no mundo do trabalho.

Até o início dos anos 1900, em grande parte das sociedades ocidentais, o casamento, para as moças e o ingresso no exército ou no mundo do trabalho, para os rapazes, demarcavam, na maior parte das vezes, o início da vida adulta. Todavia, as sucessivas mudanças no modo de produção e organização da vida, a ampliação dos anos dedicados à aprendizagem escolar e as leis que regulam a idade para que a pessoa ingresse no mundo do trabalho, não só postergaram e relativizaram estes marcos como também contribuíram para a formação para o fortalecimento da ideia da adolescência:

Na visão dos especialistas, o aumento compulsório do tempo de permanência no ambiente escolar foi interpretado como uma forma de preservar a “adolescência”, protegendo-a das pressões econômicas e dos danos de um casamento precoce. O fenômeno da “adolescência” se generalizou com as políticas de extensão do tempo de escolarização, em um mundo que tentava modificar e ampliar a instituição escolar, popularizando-a por meio do aumento e da reforma da escola secundária e da instituição das escolas vocacionais. (CÉSAR, 1998, p. 55)

É neste contexto, onde passou ser socialmente necessário retardar a entrada na vida adulta que tanto a escola se amplia como a ideia de adolescência, como um período intermediário entre a infância e a vida adulta, se fortalece. Segundo César (1998):

A ampliação da idade escolar compulsória, tanto na Europa com nos Estados Unidos, fortaleceu a relação entre “adolescência” e escola, responsabilizando-a pelo aumento dos problemas daquela categoria de ‘sujeitos’, ao mesmo tempo em que munia aquela instituição de práticas voltadas para a reprodução de um modelo de adulto ideal para o futuro. Na medida em que a “adolescência” era definida como uma ‘fase crítica’, um tempo de ajustes para as demandas da vida adulta, um período de luta com os ‘impulsos’ emocionais que ameaçam ser insuportáveis em sua força, permanecia a ideia da escola secundária como uma força controladora das tais crises e ameaças ao ‘futuro ideal’. (p. 55)

A escola, ao mesmo tempo em que reuniu os jovens em um mesmo espaço, afastando-os por algum tempo do trabalho, também possibilitou, por submetê-los a uma convivência forçada, que se reconhecessem e fossem reconhecidos como um grupo social, com identidade e comportamentos próprios.

Por outro lado, como observa Groppo (2004) que esta institucionalização forçada, via legislação e escola, não se dava sem resistências tanto pelos indivíduos que deveriam ser submetidos à esta nova ordem como também por muitas famílias das classes trabalhadoras. Porém, quanto mais estes jovens resistiam, mais tendiam a ser considerados delinquentes e rebeldes, assim como suas famílias consideradas disfuncionais. É neste sentido que Groppo observa que “muito do que foi delinquência nestes tempos, expressava também esta resistência” (p. 16).

Bock observa ainda que a entrada postergada na vida adulta, principalmente pela impossibilidade de entrar no mercado de trabalho, aumentou o tempo de tutela e dependência destes indivíduos de suas famílias. Assim:

o jovem, apesar de possuir todas as condições cognitivas, afetivas e fisiológicas para participar do mundo adulto, estava desautorizado a isso, devendo permanecer em um compasso de espera para esse ingresso; vai ficando distante do mundo do trabalho e, com isso, vai ficando distante das possibilidades de obter autonomia e condições de sustento. Vai aumentando o vínculo de dependência do adulto, apesar de já possuir todas as condições para estar na sociedade de outro modo. Essa contradição vivida pelos jovens foi responsável pelo desenvolvimento das características que refletem a nova condição social na qual se encontram. (Bock, 2004, p. 41-42)

Neste sentido, o desenvolvimento da noção de adolescência, enquanto uma condição social, não só nega e posterga ao jovem a autonomia para participar do mundo adulto, como também desloca, para sua família e para o mundo privado, grande parte do gerenciamento e a administração das tensões e conflitos que, até a institucionalização deste conceito, era, como vimos, um problema majoritariamente público e da esfera política.

O prolongamento da transição para a vida adulta trará ainda outra questão: como administrar um corpo que, do ponto de vista biológico estaria pronto para iniciar sua vida sexual e reprodutiva, mas que socialmente passa a ser desautorizado de fazê-lo.

Foi a partir deste problema, que esta fase da vida passa também ser objeto de análise, produzindo, por um lado, um conjunto de saberes e práticas, tanto normativos como reguladores sobre a sexualidade humana e, por outro, a própria ideia de adolescência, assim como suas caracterizações. A este respeito, César (1998) observa que:

Associada à ideia de puberdade, a 'adolescência' irrompeu em um universo discursivo fortemente impregnado pela imagem da sexualidade, devendo ser vigiada nos jogos, nas leituras, na saúde e, principalmente, na sua solidão. O "adolescente" do discurso médico apareceu como um (...) sujeito de uma sexualidade que lhe é negada, mas que, ao mesmo tempo, está estampada em seu rosto. (p. 72)

A partir do discurso sobre os hormônios, tanto a adolescência como a própria ideia de sexualidade tendem a ser naturalizadas e tratadas de forma a-históricas. Apesar de, contraditoriamente, os padrões que definem a maturidade social para o exercício da sexualidade genital não ser mais definida pelo processo de maturação biológica (PAIVA, 1996; BOCK, 2004). Aqui, talvez seja importante pontuar que atualmente este interdito parece se relacionar muito mais ao início da vida reprodutiva que necessariamente a se ter ou não uma vida sexualmente ativa.

César (1998) observa ainda que a gestão deste período de espera para o exercício de uma sexualidade (e poderíamos aqui acrescentar, o início de uma vida reprodutiva) considerada lícita se deslocou das normativas impostas pelo campo da moral para o campo das ciências. Em nome da saúde e da higiene dos indivíduos:

O sexo 'ilícito', como a masturbação, o sexo com prostitutas, as práticas homoeróticas, e demais atividades sexuais destituídas de fins reprodutivos, foram denominadas como 'perversões', assim como também a iniciação sexual "precocemente", fora do casamento. Todas essas condutas receberam um tratamento discursivo que as condenou, não mais em nome de uma moral 'vitoriana', mas em nome da ciência e da natureza. No interior do universo discursivo da medicalização das perversões, a medicina esteve aliada à psicologia e, posteriormente, à psicanálise. Nesse contexto discursivo, a puberdade e as práticas sexuais atribuídas a esse período da vida, foram estreitamente relacionadas à uma ideia de patologia, tanto física como psíquica. (CÉSAR, 1998, p. 31)

César (1998) observa ainda que a partir da metáfora da “explosão hormonal” a adolescência passa a ser caracterizada como um período em que imperam os impulsos sexuais. Para normalizar tais impulsos, observa Paiva, diferentes práticas interventivas passam a ser justificadas em nome da prevenção deste “declarado fator que agrava o risco da gravidez indesejada, de doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS” (PAIVA, 1996, p. 213).

Assim como a sexualidade na adolescência o próprio discurso sobre a delinquência também se desloca sendo, pelos discursos científicos, naturalizado e inscrito no campo da normalidade. Sendo esperado e naturalizado, ela não só perde, ao menos em parte, seu caráter de oposição e resistência, como também passa a ser produzida por meio da relação que se estabelece entre adultos e adolescentes.

Com a consolidação do discurso da psicologia da adolescência no início do século XX, (...) a partir de então, a transgressão seria concebida como uma característica própria dessa fase da vida, ao passo em que os transgressores adultos seriam agora considerados como indivíduos imaturos ou adolescentes tardios. Nos textos de psicologia e educação o risco da delinquência juvenil configurava uma possibilidade incorporada de maneira constitutiva à própria definição do conceito de adolescência. A novidade introduzida pelo discurso da psicologia do desenvolvimento em relação ao antigo discurso filantrópico, que enxergava a delinquência juvenil como vinculada apenas às patologias sociais, foi o estabelecimento de uma ligação natural entre delinquência e adolescência. A partir de então, a delinquência juvenil passou a ser abordada não apenas através do ponto de vista das teorias sociais e morais, mas também e cada vez mais pela perspectiva naturalizante da psicologia do desenvolvimento, que colocava o comportamento transgressor da adolescência no âmbito da natureza. (CESAR, 1999, p. 19)

Observa ainda César (1999) que, a partir desta normalização da delinquência, todos os adolescentes passam a ser considerados em risco, dada a sua vulnerabilidade “natural”. A partir desta construção discursiva, todos estariam potencialmente sujeitos às intervenções sociais:

Tal como estabelecida no discurso científico a partir das primeiras décadas do século XX, a adolescência apresentou-se como uma fase do desenvolvimento humano na qual o risco da transgressão e, conseqüentemente, da delinquência, tornaram-se um dado da natureza, rondando de forma espectral aqueles sujeitos. Assim, a diáde adolescência/delinquência constituiu uma máscara de dupla face que, adaptada ao rosto do jovem, criou um indivíduo caracterizado por duas possibilidades interdependentes, porém incompatíveis entre si, o

adolescente domesticado, o modelo ideal de juventude inocente, e o adolescente delinquente, a sua necessária contrapartida fundamental. A partir dessa teorização da psicologia do desenvolvimento sobre delinquência juvenil todos os adolescentes encontravam-se em situação de risco, estando potencialmente sujeitos às intervenções sociais. (Cesar, 1999, p. 19).

Entretanto, observa ainda César (1999) que, apesar de todos aqueles definidos como adolescentes estarem sujeitos às intervenções sociais, estas tendem a se distribuir diferencialmente de acordo com as condições socioeconômicas a que pertencem: para alguns, as intervenções se dão por meio de escolas secundárias, clubes sociais ou associações esportivas; para outros, por meio de cursos profissionalizantes, abrigos e instituições correcionais.

Se por um lado, a adolescência tem, ao menos na atual configuração, seu início com as transformações biológicas trazidas pela puberdade, por outro, não há uma demarcação clara de quando se sai dela. A este respeito Calligaris (2000) observa que o problema relacionado à adolescência não é “quando ela começa”, mas sim a falta de clareza sobre “quando ela termina”.

Na leitura de Calligaris, este problema, na maior parte das vezes transferido para o adolescente, está muito mais relacionado ao mundo adulto que à própria adolescência, na medida em que é o olhar do adulto que tende a não reconhecer, naqueles que classifica como adolescentes, os sinais de passagem para a vida adulta.

Assim, na falta desta definição, não só torna o período de moratória da adolescência indefinido como também revela, no olhar de Calligaris, a própria indefinição do que é ser adulto:

Numa sociedade em que os adultos fossem definidos por uma competência específica, não haveria adolescentes, só candidatos e uma iniciação pela qual seria fácil decidir: sabe ou não sabe, é ou não é adulto.

Como ninguém sabe direito o que é um homem ou uma mulher, ninguém sabe o que é preciso para que um adolescente se torne adulto. O critério simples da maturação física é descartado. Falta uma lista estabelecidas de provas rituais. Só sobram então a espera, a procrastinação e o enigma que confrontam o adolescente – este condenado a uma moratória forçada de via – com uma insegurança radical em que se agitam questões que correspondem (a): ‘O que esperam de mim?’, ‘Como conseguir que me reconheçam e admitam como adulto?’, ‘Por que me idealizam?’ (CALLIGARIS, 2000, p. 21)

Por fim, ressalta ainda Cavalcanti (1998) que historicamente a adolescência é um acontecimento bastante recente. Observa ainda que se a infância nasceu com a burguesia, a adolescência foi gerada no bojo da revolução industrial, sendo seu conceito mais nítido e presente entre a população urbana que entre a população rural e mais bem caracterizada quanto maior for o grupo socioeconômico a que se pertence.

Assim, nos segmentos populacionais em que os indivíduos são forçados a trabalhar mais cedo e onde o produto de seu trabalho constitui parcela imprescindível do sustento familiar, o conceito de adolescência é menos nítido e significativo. Nestes casos, ainda que seja um jovem em uma faixa etária em que usualmente, os jovens são adolescentes, ele já assumiu compromisso da vida adulta. É um jovem adulto, mas não um adolescente.

É neste contexto que adolescência se impõe como um período de latência social (Bock, 2004). Latência, que como destaca Cavalcanti (1998), pode variar, em uma mesma época e sociedade, de acordo com o grupo social a que pertence ou, como destaca Calligaris (2000), pela maior ou menor clareza dos grupos sobre quais seriam os requisitos para se tornar adulto.

Contudo, como vimos acima, a instituição da adolescência como um período de moratória compulsória se institui a partir de uma dupla necessidade: a) ajustar a demanda por empregos em um modo produtivo que cada vez mais prescinde, pelas inovações tecnológicas, de mão de obra; b) modo específico de gestão da população, a governamentalidade, onde o poder se exerce pela gestão da vida que, neste caso, se revela pela periodização e o estabelecimento de etapas (definindo e classificando, inclusive, o que é normal ou anormal para cada fase, assim como a duração de cada uma delas), pela normalização dos comportamentos, pela regulação da vida produtiva (quando se inicia e quando se finda), da sexualidade, do casamento, da reprodução etc.. E por este viés, grande parte das características atribuídas à adolescência não são naturais, assim como o próprio conceito de adolescência, mas noções construídas por meio das relações sociais. Isto, por sua vez, não quer dizer que sejam irreais. Muito pelo contrário, são reais, mas, como definem Berger e Luckmann (1996), elas se objetivam e subjetivam a partir relações constituídas em uma realidade socialmente construída e compartilhada.

1.4. A gravidez e adolescência: a construção do problema

A gravidez na adolescência tem sido objeto de análise de distintas áreas do conhecimento, cada uma com seu modelo explicativo, mas a grande maioria com uma conclusão comum: o fenômeno decorre de deficiências dos programas públicos de prevenção e da desídia contraceptiva dos jovens, e acarreta prejuízos não só para as mães adolescentes, como para seus filhos e, em última instância, para a sociedade como um todo.

Poucos são os estudos, entretanto, que abordam o tema de um modo amplo e aprofundado, relacionando a multiplicidade de causas e consequências, aos atores envolvidos, às diferentes representações relacionadas a este acontecimento e ao contexto no qual a gravidez na adolescência ocorre.

Segundo Heilborn et al. (2002), a noção da gravidez na adolescência como problema se fortalece a partir da segunda metade do século XX, refletindo as mudanças sociais, culturais, econômicas e demográficas que se vivenciam no período. Entre estas mudanças, está o fortalecimento da ideia de adolescência.

Por muito tempo, a faixa etária entre 15 e 19 anos era considerada ideal para que a mulher desse início à vida reprodutiva. Contudo, a partir do discurso sobre a adolescência não só desloca, para cima, o início da idade reprodutiva, como também transforma as gestações que ocorrem neste período como desviantes. É a partir do jogo de classificações e normalizações em torno da adolescência, que a gravidez deixa de ser ideal e esperada para esta faixa etária, deslocando-se para o campo do problema.

Ainda a respeito das mudanças ocorridas ao longo do século XX, Heilborn et al. destaca dois outros importantes pontos: as mudanças em relação à concepção social das idades e também a ampliação das possibilidades sociais conquistadas pelas mulheres. Estes dois pontos, ressaltam estas pesquisadoras, redefiniram as expectativas sociais depositadas nos jovens, especialmente nas adolescentes. As transformações sociais que ganharam forças durante o século XX contribuíram, por um lado, para o aumento da expectativa de vida, e, por outro, ampliaram o direito à escolarização, à inserção profissional, ao exercício da

sexualidade desvinculada da reprodução. Estas mudanças contribuíram para que a idade ideal para se ter filhos fossem também reposicionadas.

Neste contexto, argumentam as autoras, a gravidez na adolescência pode também ser interpretada como um:

desperdício de oportunidades, uma subordinação – precoce – a um papel do qual, durante tanto anos, as mulheres tentaram se desvencilhar. Essa argumentação subestima o fato de esse leque de oportunidades sociais não ser igualmente oferecido para jovens de diferentes classes e, além disso, supõe como universal o valor ou o projeto de um novo papel feminino.

Em suma, é como se as mães adolescentes, além de desmerecerem as supostas novas chances oferecidas aos jovens em geral, se encontrassem em uma dupla contramão: na das mudanças demográficas e na da emancipação feminina, aumentando, assim, a visibilidade e também a indignação dirigida à gravidez na adolescência. (HEILBORN et al., 2002, p. 18).

Ainda segundo Heilborn et al., ao menos três matrizes explicativas contribuíram para a formação da ideia de que a gravidez na adolescência estava associada a fatores de risco e a consequentes problemas sociais.

A primeira dessas matrizes seria a biomédica. Para esta visão, a imaturidade anátomo-fisiológica das adolescentes aumentaria o risco de aborto e de complicações durante o parto, da qual resultariam outros problemas de saúde como uma maior incidência de baixo peso ao nascer e/ou prematuridade (PANTOJA, 2003). Nos anos 70, ganham forças as explicações que, focando a imaturidade psicológica, enfatizam os riscos que uma possível gravidez neste período poderia ocasionar para a saúde mental e emocional das adolescentes. A terceira e última matriz, vigente a partir dos anos 80, enfatiza as consequências da gravidez na adolescência no contexto social. Nesta perspectiva, a gravidez neste período da vida, não apenas implicaria no agravamento da pobreza, como também poderia contribuir para o aumento da delinquência e a criminalidade. Para as mães, esta situação implicaria em maiores dificuldades para completar o ciclo escolar e, consequentemente, em uma inserção precária no mercado de trabalho. Segundo este ponto de vista, estas condições quando não instauram uma situação de vulnerabilidade social, elas certamente a agravam (PANTOJA, 2003; HEILBORN ET AL., 2002; BRANDÃO ET AL., 2001).

Para analisar os discursos sobre a gravidez na adolescência na área de saúde, Katz (1999) analisa documentos emitidos pela Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-americana de Saúde e Ministério da Saúde. Na maior parte destes documentos, a gravidez na adolescência é classificada como não planejada e indesejada ou consequência do desconhecimento de métodos anticoncepcionais, da inadequação familiar ou ausência de escolha em famílias patológicas. À gravidez na adolescência é ainda considerada danosa à adolescente, ao filho, à família, ao companheiro e à sociedade. Observa ainda a autora que é comum, nestas publicações, que a gravidez na adolescência figure associada às ideias de “risco” e “epidemia” para enfatizar a necessidade de intervenções “preventivas”.

Utilizando-se as ferramentas analíticas foucaultianas, estas concepções se transformam em “verdades”, dispositivos discursivos a partir do qual várias práticas começam a ser, sem maiores críticas, acionadas. Contudo, quando se analisa a questão, percebem-se vários pontos que poderiam ser problematizados. Um destes pontos é levantado por Katz ao observar que estes discursos tendem a tratar a gravidez na adolescência como um grupo homogêneo, o que, como mostra sua pesquisa, não corresponde à realidade. Por outro lado, pode-se compreender que esta abordagem, apesar de seus problemas, está alinhada ao poder que se organiza a partir do governo das populações. Daí, sua abordagem populacional. Como vimos anteriormente, os modos como os poderes se configuram produzem formas específicas de saberes e práticas que, ao serem exercidas reativam, nas relações, assujeitamentos e resistências. É neste sentido que, Katz observa que não só a gravidez na adolescência é tratada de forma homogênea, como também são as práticas a elas destinadas que geralmente são prescritivas e normalizadoras em busca da normalização das condutas que passaram a ser consideradas desviantes.

Outros pontos que podem ser problematizados em relação ao atual discurso hegemônico sobre a gravidez na adolescência são levantados por Costa e Heilborn (2006). Para estas pesquisadoras, a gravidez na adolescência nem sempre é indesejada e não planejada e resultante da desinformação. Observam ainda estas autoras que este discurso, ao se lastrear na ideia de risco, contribui para estigmatizar não só as adolescentes, mas também sua família que, via de regra, passa a ser também responsabilizada e apontada

como culpada pela “falha na transmissão dos valores morais” (p.33) que levaram ao desvio o que passa a ser estabelecido como normal.

A gravidez na Adolescência no Brasil: Alguns Apontamentos

No Brasil, as atenções se voltaram para o tema da gravidez na adolescência na transição da década de 80 para a de 90, quando os índices demográficos apresentavam uma queda na taxa geral de natalidade, mas sugeriam um aumento relativo da taxa de gravidez entre adolescentes, já que esta se mantinha na mesma média das últimas décadas. No mesmo período, discussões parlamentares e entre a sociedade civil culminaram no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual conferiu aos jovens um novo *status* legal como sujeitos de direitos e imputou responsabilidade conjunta pela garantia desses direitos ao Estado, à família e à sociedade, dando maior visibilidade ao segmento. Em outro plano, a participação da juventude era cada vez mais destacada tanto no cenário político, ganhando visibilidade política, com o direito ao voto, quanto econômica, a partir do reconhecimento de sua participação no mercado de trabalho e social, com o prolongando da escolarização e, conseqüentemente, sua dependência familiar.

Neste sentido, muitos dos discursos presentes tanto nas produções científicas como nas políticas públicas que, a partir deste período passam a ganhar destaque, refletem as preocupações que começavam se formar naquele contexto.

A gravidez na adolescência: o Brasil em números

Durante os anos 90, alguns trabalhos como os de Esteves e Menandro (2005), Lira e Dimenstein (2004), Camarano (1998), Oliveira (1998), entre outros, começaram a perceber dois movimentos distintos no perfil da gravidez brasileira: por um lado, percebiam uma tendência ascendente na proporção de grávidas na população entre 15 e 19 anos e, por outro, a diminuição nas demais faixas etárias. Segundo Esteves e Menandro (2005):

[...] em 1996, segundo dados do DATASUS/FNS/MS, 25,79% do total de partos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) foram em adolescentes entre 10 e 19 anos de idade. Associado a

isso, há o declínio dos índices de gravidez em todas as faixas etárias, exceto entre mulheres de 15 a 19 anos (p. 363-364).

Nesta mesma direção vão os apontamentos de Chalem et al. (2007):

[...] no Brasil, segundo o Ministério da Saúde, cresceu a proporção da participação da gravidez entre 15 e 19 anos nos índices de fecundidade, paralelamente à diminuição da proporção das demais faixas etárias. Além disso, dados do SUS indicam que a porcentagem da faixa etária dos 10 aos 19 anos no total dos partos nos hospitais conveniados chegou a 26,5% em 1997 contra 22,34% em 1993. (p. 178).

Em 2010, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde, 18,4% do total de nascidos vivos eram filhos de mães entre 15 e 19 anos. O Distrito Federal era, entre os estados brasileiros, o local onde esta relação era a mais baixa, 13,0%, e o Pará o que possuía a maior, 25,8%.

Gráfico 1 - Participação percentual das adolescentes entre 10 e 19 anos e 15 e 19 no total dos nascidos vivos no Brasil entre 1994 e 2010

Fonte: SINASC/DATASUS/MS e IBGE

Contudo, quando se compara a série histórica para todos os nascidos vivos, ou seja, não só para os partos realizados no Sistema Único de Saúde, observa-se que, tanto para a faixa etária entre 10 e 19 anos como para a entre 15 e 19 anos, a participação das adolescentes no total de nascidos vivos, de fato aumentou, todavia, este incremento se deu entre 1994 e 2000, ano em que a tendência se inverte e a participação das adolescentes no total de partos começa a cair.

Quando se compara estes dados com os argumentos apresentados por Chalem et al. (2007) e Esteves e Menandro (2005), acima citados, um pequeno detalhe nos chama atenção: ambos os trabalhos enfatizam a gravidez na adolescência como um problema social em pleno crescimento. Contudo, tanto os textos de Chalem et al. (2007) como de Esteves e Menandro (2005) foram produzidos já na segunda metade dos anos 2000, quando a participação das adolescentes no total de partos passa a apresentar consistente movimento de queda, fato que, ao menos em parte, relativizaria tal justificativa.

Parte deste descompasso pode ser explicado pelas observações de Heilborn et al. (2002):

A mobilização social em torno de um problema não necessariamente coincide com um incremento na sua magnitude: transformações processadas no contexto onde ele se insere são, muitas vezes, mais relevantes para elucidar a preocupação social que suscita. (p. 17)

Ainda em relação aos números sobre a gravidez na adolescência, observa-se que, se por um lado houve, entre 1994 e 2000, aumento da participação das adolescentes no total de partos, por outro, quando se considera a taxa específica de fecundidade (o número de filhos nascidos vivos tidos por mulheres de uma determinada faixa etária divididos pelo total de mulheres desta mesma faixa etária) observa-se que, há décadas, ela tem oscilado pouco. Tomando por base os estudos demográficos de Frias e Carvalho (1994) para os anos entre 1903 a 1973 e de Horta, Carvalho e Frias (2000), para o período entre 1930 1990 e dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC/Datasus/MS, 2012), no período entre 1994 e 2010, chegamos ao seguinte gráfico:

Gráfico 2- Taxa Específica de Fecundidade Brasil, 1903 a 2010

Pelo gráfico acima, pode-se observar o movimento das taxas específicas de fecundidade entre 1903 e 2010. Neste período, nota-se que as taxas de fecundidade das brasileiras entram em forte declínio principalmente a partir dos anos quarenta. Esta mudança pode ser observada na maioria dos grupos etários. A única exceção é o grupo de 15 a 19 anos que, ao longo deste período, permanece praticamente estável, oscilando entre 0,07 e 0,09.

A estabilidade, apesar de pequenas flutuações, da taxa de fecundidade entre as jovens de 15 e 19 anos ao longo de quase todo o século XX e a primeira década do XXI, chama-nos a atenção. Por um lado, sugerem a permanência de certo padrão que não acompanhou a tendência de queda percebida nas demais faixas etárias. Por outro, não se percebe, neste período, significativo aumento no número de mães entre a população feminina de 15 a 19 anos.

Por este prisma, percebe-se que o aumento da participação das adolescentes no total de partos percebido em muitos estudos sobre a gravidez na adolescência está muito mais relacionado à queda de fecundidade para as faixas acima dos 20 anos, que a um significativo aumento entre a população de 15 a 19 anos.

O Sistema Nacional de Nascidos Vivos do Ministério da Saúde permite acessar os dados, desagregados por ano, sobre nascidos vivos no Brasil entre 1994 e 2010. A partir destes dados e das estimativas populacionais do Censo para estes mesmos anos, elaboramos o seguinte gráfico:

Gráfico 3: Taxa Específica de Fecundidade Brasil, 1994 a 2010

Fonte: SINASC/DATASUS/MS e IBGE

Quando se observam as taxas específicas de fecundidade pelas faixas etárias, percebe-se que, no período entre 1994 e 2007, as faixas etárias em que as mulheres mais tiveram filhos foram, em ordem decrescente: 20 a 24 anos, 25 a 29 anos, 15 a 19 anos e 30 a 34 anos.

Entre 1994 e 1999, houve o incremento na taxa de fecundidade não apenas para a faixa que engloba as adolescentes (15 a 19 anos), mas também para as jovens adultas entre 20 e 24 anos. Contudo, a fecundidade para estas duas faixas entram em queda a partir de 1999.

Chama também atenção que, a partir de 2007, a taxa correspondente às adolescentes não só se mantêm em queda como também é superada pela faixa entre 30 e 34 anos, que passa a apresentar movimento de ascensão. Observa-se também que, a partir de 2007, as taxas para faixa etária entre 20 e 24 anos mantem a tendência de queda e se aproxima das taxas para a faixa entre 25 e 29 anos.

Quando se compara a taxa de fecundidade das adolescentes brasileiras entre 15 e 19 anos com as adolescentes, nesta mesma faixa etária, de países desenvolvidos, percebem-se algumas diferenças. Em 2004, segundo dados do Relatório *Estado de la Población Mundial 2004* (FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2004), a taxa de fecundidade das adolescentes entre 15 a 19 anos brasileiras era de 0,073 face a taxas de 0,009 entre as adolescentes desta mesma faixa etária francesas, 0,02 entre as inglesas e 0,01 entre as adolescentes alemãs. Para esta mesma população, a taxa na Espanha era de 0,006 e em Portugal, 0,017.

Além das taxas destes países europeus serem expressivamente menores que as brasileiras, elas apresentaram ao longo dos anos significativas quedas, ao contrário do que ocorre no Brasil, onde apesar da queda, a oscilação tem sido ainda pequena. Segundo Foix-L'Hélias e Blondel (1995), em 1981 a taxa de fecundidade entre as jovens menores de 20 anos francesas era de 0,06, passando para 0,024 em 1995. Segundo Cunnnington (2001), a Inglaterra estava em 1996 entre os países da Europa Ocidental com a maior taxa de fecundidade entre jovens com menos de 20 anos, 0,063. Em 2004, esta taxa estava em torno 0,01.

Nos Estados Unidos, a taxa de fecundidade entre as jovens de 15 a 19 anos, ainda que mais altas que as da Europa Ocidental, era mais baixa que a brasileira. Em 2004, a taxa estadunidense para este grupo etário era de 0,053. Aqui como nos países europeus citados anteriormente, a taxa de fecundidade para esta faixa etária também vinha apresentando certo declínio ao longo dos últimos anos, passando de 0,062, em 1991, para 0,04, em 2005 (HAMILTON, MARTIN e VENTURA, 2005).

Entre os países americanos e do Caribe, a taxa de fecundidade para o grupamento etário entre 15 e 19 anos era, em 2004, a seguinte:

PAÍSES	TAXA	PAÍSES	TAXA
Canadá	0,016	Paraguai	0,075
Trinidad e Tobago	0,036	Costa Rica	0,078
Chile	0,044	Jamaica	0,079
Estados Unidos	0,053	Colômbia	0,08
Peru	0,055	Bolívia	0,081
Argentina	0,061	El Salvador	0,087
Porto Rico	0,063	Panamá	0,089
México	0,064	Rep. Dominicana	0,093
Haiti	0,064	Venezuela	0,095
Cuba	0,065	Honduras	0,103
Equador	0,066	Guatemala	0,111
Uruguai	0,07	Nicarágua	0,135
Brasil	0,073		

Quadro2 - Taxa de fecundidade entre adolescentes de 15 e 19 anos, para os países Americanos e do Caribe, 2004.

Entre estes 25 países, o Canadá era o que possuía a menor taxa de fecundidade entre as jovens de 15 a 19 anos (0,016) e a Nicarágua, a maior (0,135). Nesta lista, o Brasil, ocupava a 12ª posição, com a taxa de 0,073, abaixo de países como a Venezuela (0,095), a Bolívia (0,081) e o Paraguai (0,075), mas acima de países como o Chile (0,044), a menor taxa entre os países latino-americanos, o Peru (0,055), a Argentina (0,061) e o México (0,064).

Quando se observa a taxa de fecundidade entre as adolescentes considerando as condições de desenvolvimento dos países, observa-se grande disparidade entre os desenvolvidos, como por exemplo, Japão (0,004) ou Canadá (0,016), e os considerados em desenvolvimento, como o Brasil (0,073) ou México (0,064).

No Brasil, as taxas de fecundidade entre as adolescentes também não são homogêneas. Variam tanto entre os diferentes estados como até mesmo no interior de uma mesma cidade. Entre os estados brasileiros, as taxas de fecundidade para a população entre 15 e 19 anos oscilam, em 2010, entre 0,048 e 0,049 no Rio Grande do Sul e Minas Gerais a 0,107 no Acre.

ESTADO	TAXA	ESTADO	TAXA
Rio Grande do Sul	0,048	Bahia	0,065
Minas Gerais	0,049	Pernambuco	0,068
Santa Catarina	0,050	Piauí	0,070
Distrito Federal	0,051	Mato Grosso	0,073
São Paulo	0,052	Rondônia	0,074
Espírito Santo	0,058	Mato Grosso do Sul	0,076
Rio de Janeiro	0,058	Alagoas	0,079
Ceará	0,059	Tocantins	0,085
Paraná	0,060	Maranhão	0,087
Goiás	0,061	Pará	0,093
Brasil	0,062	Roraima	0,097
Rio Grande do Norte	0,063	Amapá	0,098
Paraíba	0,063	Amazonas	0,099
Sergipe	0,065	Acre	0,107

Quadro 3 - Taxa de fecundidade entre adolescentes de 15 a 19 anos, para os estados, 2010.

Da mesma maneira que ocorre entre os países, estudos como os de Gama et al. (2001) constataam que a relação entre condição de desenvolvimento e taxa de fecundidade entre as adolescentes tendem também a ser inversa entre as diferentes regiões do Brasil. Segundo estas autoras, diferenciais nas taxas de fecundidade entre as adolescentes são encontrados tanto em relação as diferentes áreas geográficas como entre os diversos grupos sociais, afetando mais regiões rurais e mulheres de baixa condição econômica e menor nível de instrução. O trabalho desenvolvido por Camarano (1998) reforça este argumento. Em sua pesquisa, a taxa de fecundidade entre o grupo de adolescentes mais pobres era quase dez vezes maior em relação às que tinham renda mais elevada.

Mesmo quando se analisa a gravidez na adolescência em cidades como São Paulo, Rio Janeiro, Salvador ou Recife, percebe-se que este fenômeno tende a se concentrar em áreas onde as condições de desenvolvimento são historicamente precárias. Na cidade de São Paulo, por exemplo, a taxa de adolescentes entre 15 e 19 anos que, em 2010, já eram mães era, segundo dados do SINASC/TABNET, de 0,050. Abaixo, portanto, das taxas nacional (0,062) e estadual (0,052). Mas, quando se observa a distribuição desta taxa entre os diferentes distritos da cidade de São Paulo, mais uma vez, percebe-se uma enorme variação, reforçando os argumentos de que há certa associação entre as taxas de fecundidade e condições de desenvolvimento.

DISTRITO	TAXA
Moema	0,004
Jardim Paulista	0,005
Perdizes	0,006
Pinheiros	0,007
Alto de Pinheiros	0,007
Itaim Bibi	0,007
Consolação	0,008
Vila Mariana	0,011
Santo Amaro	0,013
Vila Leopoldina	0,014
Butantã	0,017
Tatuapé	0,019
Carrão	0,020
Saúde	0,021
Água Rasa	0,021
Lapa	0,022
Tucuruvi	0,024
Campo Grande	0,025
Vila Formosa	0,028
Liberdade	0,028
Santana	0,028
Santa Cecília	0,029
Mooca	0,029
Mandaqui	0,029
São Lucas	0,030
Campo Belo	0,030
Socorro	0,032
Vila Prudente	0,032
República	0,033
Vila Matilde	0,033
Ponte Rasa	0,038
Cambuci	0,038
Vila Sônia	0,038
Casa Verde	0,039
Sacomã	0,040
Cursino	0,040
Ipiranga	0,041
São Domingos	0,041
Aricanduva	0,041
Artur Alvim	0,042
Penha	0,043
Jacaná	0,043
Barra Funda	0,043
Vila Jacuí	0,044

DISTRITO	TAXA
Ananguera	0,047
Bom Retiro	0,048
Cidade Líder	0,048
Pirituba	0,048
Capão Redondo	0,049
Município de S. Paulo	0,050
Itaquera	0,050
Vila Medeiros	0,050
Jaguaré	0,051
Jabaquara	0,051
São Mateus	0,051
Cangaíba	0,051
Limão	0,051
Vila Curuçá	0,051
Vila Guilherme	0,052
Campo Limpo	0,053
Sapopemba	0,053
São Rafael	0,054
Vila Andrade	0,054
Morumbi	0,055
Tremembé	0,055
Ermelino Matarazzo	0,055
Iguatemi	0,056
Itaim Paulista	0,057
Jardim São Luís	0,058
Raposo Tavares	0,058
Lajeado	0,058
Cidade Dutra	0,059
Parque do Carmo	0,061
Marsilac	0,063
Vila Maria	0,063
Cidade Tiradentes	0,063
Jaraguá	0,064
Cidade Ademar	0,065
Rio Pequeno	0,065
Guaianases	0,067
Brasilândia	0,067
Pari	0,068
Parelheiros	0,068
Sé	0,069
Jardim Helena	0,069
Grajaú	0,070
Cachoeirinha	0,070
São Miguel	0,070

José Bonifácio	0,045	Perus	0,072
Bela Vista	0,046	Jardim Ângela	0,073
Freguesia do Ó	0,046	Brás	0,077
Jaguara	0,047	Belém	0,083
Pedreira	0,047		

Quadro 4 - Taxa de fecundidade entre adolescentes de 15 a 19 anos, para os distritos da cidade de São Paulo, 2010.

Distritos tradicionalmente conhecidos por suas melhores condições de desenvolvimento não apenas possuíam os menores números de mães entre a população de 15 a 19 anos, como também suas taxas eram muito próximas a países desenvolvidos. Em 2010, a taxa de fecundidade entre estas jovens eram em Moema, 0,004, Jardim Paulista, 0,005 e Alto de Pinheiros, 0,007. Entretanto, quando se desloca para a outra ponta da tabela, percebe-se que dos 96 distritos paulistanos 40 possuem taxas superiores à da cidade e que também é deste lado que as áreas de menor condição de desenvolvimento se concentram as como, por exemplo, os distritos de Grajaú, Cachoeirinha e São Miguel, com taxa de 0,070, Perus, 0,072, Jardim Ângela, 0,073, Brás, 0,077 e Belém, 0,083.

1.4.2. Algumas Repercussões da Maternidade na Adolescência

Algumas mudanças são percebidas na vida das adolescentes que se tornam mães. A união da adolescente com seu companheiro após a gravidez foi uma destas mudanças para um grande número de jovens. Dados das três capitais brasileiras analisados por Aquino et al. (2003), mostram que 39,3% das adolescentes mães passaram a morar com seus companheiros após o nascimento de seu primeiro filho. Estas, somadas às que já moravam com seus companheiros antes de engravidarem, compunham 58,2% da população estudada. Contudo, não deixa de ser significativo o número de adolescentes mães que permaneceram vivendo exclusivamente com a sua família, 36,4%.

Dados de diferentes pesquisas mostram que, na maioria dos casos, o pai tende a assumir o filho: 91%, entre as adolescentes pesquisadas por Pantoja (2003), 89,5%, nos estudos de Lima et al. (2004) e 86,8%, nos estudos de Costa et al. (2005). Contudo, quando Dias e Aquino (2006) analisaram quem eram os responsáveis pelo sustento da criança

separando as adolescentes mães em unidas e não unidas ao companheiro, observaram que, no caso das unidas, esta responsabilidade se concentrava principalmente no pai (54,7%) ou em ambos os pais (20,6%), mas entre as não unidas, esta incumbência recaía principalmente sobre a mãe (23,2%) e os avós maternos (44,6%).

Outro aspecto interessante destacado por Aquino et al. (2003) relacionava-se ao uso dos contraceptivos. Após o nascimento do primeiro filho, 45,6% das adolescentes mães passaram a usar algum método contraceptivo. Apesar deste aumento, chama ainda atenção que 21,5% das adolescentes mães mantinham relações sexuais sem a utilização de nenhum método contraceptivo e, entre a população pesquisada, 25% engravidaram novamente.

Quando comparam a recorrência de gravidez entre as classes populares e não populares, Heilborn et al. (2002) percebem maior reincidência entre as adolescentes das classes populares. Ainda que relações de causalidade não possam ser estabelecidas, para estes pesquisadores a maior reincidência de casos entre as mães das classes populares pode estar ligada às limitadas condições de existência e de perspectivas de futuro vivenciadas por muitas destas adolescentes. Esta percepção torna-se mais evidente quando as informações prestadas por estas adolescentes são comparadas às das classes não populares. Observa-se que, nas classes não populares, o caráter mais consistente das perspectivas profissionais e dos percursos escolares pode funcionar como um antídoto tanto contra eventuais casos de gravidez na adolescência, como também, quando ocorrem, contra sua recorrência.

O parto é outra dificuldade enfrentada pelas adolescentes, principalmente as das classes populares. De acordo com McCallum e Reis (2006), dar entrada em uma maternidade pública para dar a luz, na maior parte das vezes, não é uma tarefa fácil. A insuficiência de leitos obstétricos na rede pública muitas vezes obriga a parturiente a peregrinar entre diversos hospitais e a longas esperas por uma vaga, fato que se torna cada vez mais dramático à medida que o trabalho de parto se intensifica.

Percebem ainda que, uma vez admitida, as adolescentes raramente são informadas sobre o direito de ter um acompanhante durante seu período de internação e que, na maioria das vezes, há uma clara mensagem para que a família aguarde do lado de fora o horário determinado para visitaço. Cabe ressaltar aqui que, ter um acompanhante durante

o processo de parto é um direito assegurado a todas parturientes por lei federal (Lei nº 11.108) e, no caso das adolescentes, reforçado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Certos comentários e atitudes de alguns profissionais de saúde, muitas vezes manifestos na presença da adolescente, contribuem ainda mais para o sofrimento vivenciado durante o parto. Não raras vezes, os sentimentos e os conhecimentos que as adolescentes tinham de seu próprio corpo eram desprezados, desqualificados ou negados por estes profissionais como, por exemplo, as dores das parturientes. Também houve relatos de casos de julgamentos depreciativos e de humilhações verbais por parte da equipe hospitalar. Em um destes casos, uma adolescente ouviu o seguinte comentário do médico que a atendia: *“Na hora de fazer era bom, agora você sente dor!”* (MCCALLUM E REIS, 2006, p. 1485)

Para McCallum e Reis comportamentos como estes revelam não apenas a estrutura desigual que regula as relações do processo de parto, como também demonstra que, algumas vezes, as concepções, normas e valores que os profissionais de saúde possuem sobre a gravidez na adolescência interferem na maneira como as tratam durante o parto. Além disso, percebem também que grande parte das adolescentes e de seus familiares muitas vezes ignoram seus direitos e tendem a se conformar de forma submissa à estrutura hospitalar de poder.

Por último, vale aqui destacar que a maternidade na adolescência é, na maioria dos casos, uma maternidade em situação de dependência, total ou parcial, de adultos tutores, pois a mãe continua sendo uma adolescente. Esse fato configura um arranjo particular onde a adolescente, apesar de já possuir um dependente, é algumas vezes impedida, inclusive por razões legais, de tomar autonomamente decisões que digam respeito à vida de seu filho, que caberão aos adultos responsáveis por esta adolescente (ESTEVES E MENANDRO, 2005).

1.4.3. Diferentes condições, diferentes trajetórias

Muitas são as discussões que apontam a gravidez como um dos fatores que contribui para a prematura interrupção do ciclo escolar da adolescente. Percepção, aliás, que tende a ser reforçada até mesmo pelo maior número de mães entre as adolescentes com baixa escolaridade.

Contudo, quando se olha com mais cuidado este fato, percebe-se que essa associação é apenas parcialmente verdadeira, principalmente quando se comparam as trajetórias escolares de jovens de classes populares com as de classes não populares. O estudo multicêntrico *Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil* realizado por Heilborn et al. (2002) em três capitais brasileiras (Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador) aponta significativas diferenças entre estes grupos.

Segundo estas autoras, enquanto a maternidade entre as classes não populares tendia a convulsionar projetos e trajetórias escolares que, em geral, progrediam até então de forma linear e sem significativas interrupções, nas classes populares o histórico escolar tendia a ser muito mais inconsistente e errático, apresentando menor linearidade e maior número de interrupções, que, muitas vezes, ocorriam antes mesmo da maternidade (DIAS E AQUINO, 2006; ESTEVES E MENANDRO, 2005; SABROZA et al., 2004; AQUINO et al., 2003;). Segundo dados analisados por Aquino et al. (2003) de uma população de 513 jovens mães de 3 capitais brasileiras, 42,1% já estavam fora da escola antes mesmo de engravidarem.

Assim, em contraste com a continuidade e o prolongamento dos estudos dos jovens das classes não populares, os percursos escolares nas classes populares são muitas vezes breves e marcados por várias repetências e interrupções. Situação que, no caso das adolescentes, parece muitas vezes independer de estarem ou não grávidas. Nestes casos, percebem ainda estas autoras que as mudanças de domicílios, a precariedade do ensino público, a violência (tanto dentro das escolas como nas áreas onde estas se localizam) e a descrença na eficácia deste sistema educacional para promover melhorias nas condições de vida delas estavam entre as razões que levavam à evasão escolar. Entre as meninas, contribuíam ainda para o abandono da escola obrigações como cuidar da casa e dos irmãos menores.

Se por um lado, a experiência da maternidade entre as adolescentes das classes não populares tem o poder de interromper uma trajetória escolar que, na maior parte das vezes, é linear, esta interrupção tende a ser temporária e, geralmente, é retomada algum tempo depois do nascimento da criança (HEILBORN et al., 2002).

Nas classes populares, a gravidez na adolescência se mostrou muito mais prejudicial para continuidade desta trajetória, principalmente quando havia a necessidade imperativa de que a adolescente conciliasse as atividades maternas com algum tipo de trabalho que garantisse o sustento dela e de seu filho. Nestes casos, constatam Heilborn et al. (2002), apesar de muitas planejarem voltar a estudar, apenas uma minoria conseguia concretizar este plano, enfrentando um número maior de dificuldades.

A heterogeneidade também é grande quando se observa a relação das adolescentes com o mercado de trabalho. Nas classes não populares a escolaridade tende ser alongada e o ingresso no mercado de trabalho se dá tardiamente, enquanto nas classes populares esse ingresso tende a ser bem mais prematuro.

Nas entrevistas realizadas por Heilborn et al. percebe-se que, além de haver menor número de jovens trabalhando entre os entrevistados das classes não populares, a realização de alguma atividade remunerada neste grupo estava geralmente relacionada à especialização e as ambições profissionais futuras dos adolescentes. Situação bastante diferente da observada entre os jovens das classes populares, onde as atividades remuneradas tinham, na maior parte das vezes, papel vital na composição da renda familiar.

No caso das adolescentes, a maternidade, independentemente da classe, postergava ou suspendia sua inserção no mercado de trabalho, fazendo com que elas, ao menos temporariamente, tivessem de depender de outros (familiares e/ou o pai da criança) para garantir sua subsistência e de seu filho(a).

Gonçalves e Gigante (2006) e Oliveira (1998) destacam também que nas classes não populares, o nascimento de um filho durante a adolescência faz com que a necessidade de renda passe a ser mais valorizada que o aumento do nível de escolaridade. Isto porque, neste contexto, o sustento de mais uma pessoa representa um encargo financeiro extra, com o qual nem sempre os familiares podem arcar. Em algumas situações, isso significa que

o companheiro desta adolescente, muitas vezes também deixe seus estudos para trabalhar e contribuir com o sustento da criança.

1.4.4. Discursos sobre a gravidez na adolescência

Atualmente, grande parte dos saberes e práticas associadas à gravidez na adolescência tendem a ser acionadas a partir do dispositivo do risco. Nesta construção discursiva, o registro geralmente se centra nas repercussões negativas desta gravidez tanto para a mãe e a criança como também para toda a sociedade.

Na literatura médica, são extensos os exemplos que associam a gravidez na adolescência ao maior risco de morbimortalidade da mãe e da criança, prematuridade, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intrauterino, sofrimento fetal agudo intraparto, desproporção feto-pélvica, diabetes gestacional, anemia, retardo do desenvolvimento uterino, pré-eclâmpsia etc. (PINOTTI E SILVA, 1987; OLIVEIRA, 1998; CARVALHO et al., 2002)

A gravidez e a maternidade na adolescência são também associadas a fatores que afetariam a integridade física e o futuro da criança como, por exemplo, maior chance do bebê desenvolver algum tipo de patologia durante e após a gestação, sofrer acidentes e de, no futuro, apresentar menor rendimento escolar (COLL, 2001; GOMES ET AL., 2002; OLIVEIRA, 1998).

Em relação à adolescente, a gravidez e maternidade na adolescência tendem a ser associadas à impossibilidade de completar o desenvolvimento próprio à adolescência, o abandono da vida escolar, menor chance de qualificação profissional, dificuldade para rearticular a vida sexual e limitar a fecundidade, impossibilidade de estabelecer uma família com plena autonomia, autogestão e projeto de futuro, dependência financeira absoluta da família e do pai da criança, maior risco de instabilidade conjugal, abandono familiar da adolescente, vivência de preconceito, despreparo para lidar com o desenvolvimento do filho, maior risco de comprometimento da saúde emocional da mãe e da criança, entre outros (ESTEVES E MENANDRO, 2005).

Contribui ainda para a construção deste quadro certa visão difundida pela psicologia de que a adolescência é um período de turbulência, de rebeldia e de inconsequência e que, portanto, a gravidez neste período seria muito mais problemática (ESTEVES E MENANDRO, 2005).

Por outro lado, ao analisarem muitas destas relações, autores como Coll (2001) e Gomes et al. (2002) criticam a visão homogeneizante e naturalizada com que o tema tende a ser tratado, apontando algumas importantes diferenciações que geralmente não são consideradas na abordagem desta questão.

Segundo estes trabalhos, há diferenças significativas entre uma gravidez que ocorre entre 10 e 14 das que ocorrem entre os 15 e 19 anos. Casos como restrição de crescimento intra-uterino, desproporção feto-pélvica, retardo do desenvolvimento uterino apresentam maior incidência entre as meninas de 10 e 14 anos. Percebem ainda que, situações como morbimortalidade da mãe e da criança, prematuridade, baixo peso ao nascer, diabetes gestacional, anemia, pré-eclâmpsia estão muito mais associadas à precariedade de assistência no pré-natal e parto do que, propriamente, com a idade em que ocorre a gestação. Ainda a este respeito, a revisão bibliográfica realizada por Gomes et al. (2002) aponta que a maior parte dos artigos publicados nas revistas nacionais de pediatria que abordavam os riscos biológicos da gravidez na adolescência não apenas não tiveram seu estudo aprofundado como também não contextualizaram esses riscos a partir das referências socioeconômicas e culturais.

Nesta discussão, observa-se ainda que questões relacionadas à escolaridade, oportunidades de emprego, a maior ou menor chance dos filhos adoecerem, sofrerem acidentes e ter o rendimento escolar comprometido não apenas são influenciadas pelas condições socioeconômicas como também são por elas potencializadas. É neste contexto que, como vimos anteriormente, as condições de vida e socioeconômicas da adolescente não apenas determinam as diferentes perspectivas e trajetórias de vida, como também, no caso de gravidez, os recursos disponíveis para lidar com a gestação e o exercício da maternidade.

Estabelecer, assim, relações precipitadas entre pobreza, falta de informação e aumento nos casos de gravidez indesejada nem sempre ajudam a esclarecer a discussão

sobre a gravidez na adolescência. A este respeito, vale destacar as considerações de Grupta e Leite (1999) e Hoffmann (1998) quando destacam que apesar de haver maior incidência de adolescentes grávidas entre as famílias com baixa renda e menor escolaridade, não é possível estabelecer com total precisão relações de causalidade entre estes fatores.

Mesmo sem tentar estabelecer relações de causalidade, Esteves e Menandro (2005) percebem diferenças marcantes nas repercussões da gravidez de acordo com a inserção socioeconômica da adolescente. Para estas autores, as repercussões de uma gravidez na adolescência não devem ser pensadas, exclusivamente, a partir do conjunto de exigências e responsabilidades impostas a quem a vivencia, mas deve-se tentar compreender como as características do contexto social, econômico e cultural de que a adolescente e sua família fazem parte modulam estas repercussões.

Estas modulações não apenas delimitam as diferentes escolhas e possibilidades como também influenciam as trajetórias de vida das adolescentes após a experiência da maternidade. Observando as condições de vida de mulheres que haviam sido mães na adolescência, Esteve e Menandro perceberam que, dez anos depois, todas as entrevistadas de baixa renda não apenas permaneceram sendo de baixa renda como também tiveram suas condições de vida agravadas, tanto por questões macro-estruturais como, por exemplo, a redução do mercado de trabalho e o desmantelamento e a precarização dos poucos serviços públicos disponíveis a esta população, como também por fatores relacionados às trajetórias pessoais de vida como o maior número de filhos e os efeitos disto para a subsistência da família e a formação dos filhos. Na classe média, as mulheres que na adolescência foram mães, continuaram sendo de classe média. Isso, em parte, se atribui, sobretudo, à oportunidade que tiveram de retomar seus estudos, profissionalizarem-se para, posteriormente, inserirem-se no mercado de trabalho. Entre elas, a recorrência de novos casos de gravidez também se mostrou menor, aumentando assim as possibilidades de investimento tanto em si como em seu filho.

Neste sentido, mesmo reconhecendo que a gravidez na adolescência gera uma série de dificuldades, qualquer que seja a adolescente, estas tendem a ser maiores quanto maior for a precariedade de condições e de acesso a bens e serviços a que esta adolescente e sua família estiverem submetidas.

Para tanto, criar mecanismos que atuem para reduzir a desigualdade e garantir o acesso efetivo e universal a direitos parecem ser fundamentais para que todos tenham oportunidade de ter uma trajetória de vida minimamente planejada e com diversidade de projetos pessoais com reais possibilidades de efetivação. Ao que tudo indica, quanto mais amplas e partilhadas forem estas condições não apenas o número de gravidez na adolescência tenderá a ser menor, mas também, quando ocorrem, tendem a ter menores impactos na vida e no futuro destas adolescentes como de seus filhos.

Por fim, entre os discursos que estabelecem a gravidez na adolescência como fator de risco para a sociedade, a tese defendida por Hartung (2009) na Fundação Getúlio Vargas do Rio de Janeiro. A partir de análises estatísticas de dados demográficos para os municípios do estado de São Paulo, este pesquisador buscou explicar a criminalidade do ano 2000 a partir das características da população nos 1980. A maneira como Hartung constrói seus argumentos não é só curiosa, mas emblemática. Para fundamentar seus argumentos Hartung parte de quatro artigos que lhe serve de referência:

Existem dois grupos de artigos mostrando que crianças nascidas de mães adolescentes possuem maior propensão a cometer crimes. O primeiro grupo apresenta uma evidência direta: Rasanen (1999) e Comanor e Phillips (1999) mostram que a probabilidade de se cometer um crime violento é maior para filhos de mães adolescentes. Assim como ocorre para crianças criadas em famílias monoparentais, esse efeito é mais importante para crimes violentos.

Além disso, existem algumas evidências indiretas. Alguns artigos mostram que uma gravidez na adolescência tem maior probabilidade de ser uma gravidez indesejada, já que em geral as pessoas se programam para ter filhos quando possuem uma situação financeira razoavelmente estável. Levine (1996) fornece evidência de que ocorre mais gravidez indesejada na adolescência e que, por isso, esse é o grupo com maior chance de buscar um aborto. Este fato associado à evidência de que o filho de uma gravidez indesejada tem uma probabilidade maior de cometer um crime violento em sua vida (DAGG, 1991), gera uma evidência indireta que filhos de mães adolescentes devem ter maior propensão a cometer crimes. (p. 9-10).

Hartung constrói seus argumentos a partir de dois tipos de evidências que classifica como diretas e indiretas. Para as evidências chamadas diretas, Hartung baseia-se em dois artigos, um estudo norte finlandês de coorte de nascimento de Räsänen et al. (1999), que buscava verificar se filhos de mães que fumaram durante a gestação apresentavam maior risco de comportamento criminal e no artigo sobre o impacto da renda e da estrutura

familiar sobre a delinquência de Comanor e Phillips (1999). Contudo, nenhum deles foca, especificamente, a relação entre ser filho de mãe adolescente e maior propensão ao crime. Se há esta relação, ela é feita por Hartung e não pelos autores dos trabalhos por ele citados.

Hartung utiliza-se ainda de mais dois artigos para estabelecer o que denomina como evidências indiretas para sustentar o argumento de que crianças nascidas de mães adolescentes teriam maior propensão para cometer crimes. O primeiro deles é o texto de Levine et al. (1996), observando que nos estados americanos onde o aborto foi legalizado a taxa de natalidade havia decrescido 5% para população em geral e 13% entre as adolescentes. O segundo é uma revisão bibliográfica, realizada por Dagg (1991), sobre as sequelas psicológicas do aborto terapêutico tanto para as mulheres que realizaram o aborto como para as que tiveram o pedido de aborto negado e, neste último caso, os efeitos tiveram para os filhos. Segundo esta revisão bibliográfica, o ressentimento para as mulheres que tiveram o aborto negado tendia a ser contínuo e mais duradouro em relação às mulheres que realizaram o aborto. Ainda segundo esta revisão, os filhos nascidos da negativa do aborto tendiam apresentar dificuldades nas funções sociais, interpessoais e profissionais que se estendiam pela idade adulta.

Hartung (2009) estabelece, sem maiores explicações, uma relação entre estes dois textos para sustentar seu argumento de que crianças nascidas de mães adolescentes teriam maior propensão para cometer crimes. Contudo, nenhum deles trata diretamente da questão da criminalidade. O trabalho de Levine et al. (1996) se limita a discutir o quanto a legalização do aborto contribuiria para reduzir o número de nascimentos por ano. Ao abordar as consequências psicológicas para os filhos que nasceram de mulheres que tiveram o pedido de aborto negado, Dagg (1991) em momento nenhum estabelece uma relação direta entre dificuldades nas funções sociais, interpessoais e profissionais com o maior envolvimento com a criminalidade. A relação estabelecida entre estes dois textos não só parece ter sido apresada, como também parece não ser suficiente para sustentar, nem de maneira indireta, tal ilação.

Neste sentido, apesar de Hartung (2009) utilizar procedimentos científicos para a construção de seu argumento, eles parecem não só ser insuficientes, pois homogeneiza trabalhos com objetivos e metodologias completamente díspares, como também parte de

uma compreensão naturalizante e universal da realidade humana, daí a possibilidade de utilizar, por um lado, estudos norte finlandeses e norte-americanos para explicarem a realidade brasileira. Além disso, parece considerar que a análise estatística das determinantes populacionais seriam suficientes para, por um lado, a criminalidade, desconsiderando-se assim, fatores históricos, sociais e econômicos, e, por outro, para estabelecer, apenas com base nelas, intervenções sociais.

Assim, partir de um detalhado cruzamento estatístico de dados sobre da população paulista nos anos 1980 (taxa de fecundidade, porcentagem de mães adolescentes, porcentagem de crianças criadas sem o pai) e de dados sobre os crimes violentos e contra o patrimônio que ocorreram nos municípios paulistas no ano 2000, Hartung (2009) chega a seguinte conclusão:

Mostramos que a porcentagem de crianças criadas sem o pai, a porcentagem de filhos de mães adolescentes e taxa total de fecundidade em 1980, afetam positivamente a criminalidade do ano 2000. Mas, todas essas variáveis são positivamente correlacionadas com a probabilidade de aborto, pois, mulheres que têm filhos em condições mais adversas têm uma chance maior de fazer um aborto. A legalização do aborto reduz a criminalidade, justamente porque diminui a fecundidade das mães com essas características, que teriam filhos com maior probabilidade de cometer crimes. Logo, nosso resultado pode ser tomado como uma evidência adicional, que a legalização do aborto reduz a criminalidade. (p. 25)

Vaticina ainda que:

A mensagem ruim que esse resultado nos fornece, é que boa parte da criminalidade dos próximos anos já está predeterminada pelo que aconteceu na demografia brasileira dos últimos vinte e cinco anos. Além disso, políticas públicas que tentem modificar algum desses fatores demográficos só devem ter algum efeito sobre a criminalidade no momento em que as crianças entrarem na faixa etária de alto envolvimento criminal. (p. 25)

É interessante destacar que esta tese foi realizada no ano final da primeira década dos anos 2000, período em que os homicídios em São Paulo caíam abruptamente ano a ano, o que ao menos em parte relativizaria os argumentos apresentados por Hartung de que a criminalidade estaria relacionada ao perfil populacional. Isto porque, o perfil populacional

nos vinte anos que antecederam esta queda aparentemente não sofreu grandes mudanças que justificassem, por si só, a magnitude com que os homicídios caíram em São Paulo.

A recomendação realizada por Ayres et al. (2006) sobre os “paradoxos da epidemiologia” parece aqui também ser de grande valia. Se por um lado o instrumental estatístico possibilita testar a relação entre diferentes fatores, por outro, ele não fornece explicações detalhadas e aprofundadas sobre tais relações. Isto, como lembra Ayres, exige, no mínimo, muita prudência na proposição em relação a quaisquer afirmações e proposições.

As mudanças sociais e econômicas que se aceleram ao longo do século XX, não só estabelecem outra normatividade em relação à natalidade e à maternidade (MARCELLO, 2009) como estas questões passaram a ser cada vez mais geridas pelo de Estado (COSTA, 1983).

Como vimos, mudanças bastante recentes nas formas de produzir a vida humana e, conseqüentemente, o próprio humano postergou, com a invenção da adolescência, a passagem para a vida adulta. Com esta mudança, a idade socialmente considerada aceita para o início da vida reprodutiva passou a também cada vez mais adiada, transformando em problema algo que até poucas décadas não era necessariamente um problema: a gravidez na adolescência.

Em certa medida, é a ideia de adolescência é quem transforma a gravidez neste período da vida um problema. Isto porque, a partir do conceito de adolescência estabelece-se outro regime de governo sobre os corpos. Corpos que do ponto de vista biológico estariam aptos a iniciar a vida reprodutiva, mas que não são considerados socialmente adultos para assumir a responsabilidade em relação à criação de seus filhos. O interdito aqui é estabelecido pelo social e não biológico.

Contudo, se é social, não é natural nem universal, mas historicamente constituído e, como vimos anteriormente, está relacionado a um modo específico de organizar a vida produtiva (outra característica da vida adulta) que, a partir do processo de industrialização e do crescimento do número de pessoas vivendo nas cidades, transformou o governo das

populações (governamentalidade biopolítica) em um imperativo tanto para as necessidades produtivas como também para a gestão do próprio poder.

Neste contexto, parece não ser causal que uma série de dispositivos discursivos e práticos tenham sido acionados para, por um lado, normalizar a adolescência: saberes médicos, psicológicos, pedagógicos etc. que, instituídos, passam a definir e a formatar uma subjetividade adolescente. Toda esta mecânica visa também constituir um sujeito não apenas mais disciplinado, inclusive pelo aumento do tempo que passa sobre o cuidado da família e da escola, mas também que, quando avalizado a tornar parte do mundo adulto, seja ainda mais eficiente e produtivo, perfazendo a máxima do poder disciplinar de “fazer viver para explorar mais e melhor”. A latência compulsória que a adolescência impõe aos indivíduos e seus corpos, não é, por este viés, nada improdutivo.

Por outro lado, estes dispositivos discursivos e práticos também atendem a necessidade de regularizar a população em um contexto o problema não era mais “fazer viver” para que propiciar o crescimento da população. A questão passa ser controlar o crescimento da população para equilibrar, por um lado, as demandas produtivas e por outro, para gerenciar as insatisfações que um crescimento desordenado poderia produzir que, em seu limite, tensionaria e desequilibraria o arranjo das relações de poder. É neste contexto, que a gravidez na adolescência também se torna um problema que, por meio dos saberes autorizados e instituídos deve ser também regularizado. Neste caso, não mais pelo disciplinamento individual dos sujeitos, mas enquanto um grupo populacional. A gravidez na adolescência converte-se assim, em um risco inerente a este grupo populacional que, enquanto tal, tem de ser regularizado.

Para concluir, deve-se também lembrar as observações de Cavalcanti (1998) para redimensionar a discussão sobre a gravidez na adolescência. Pois, conforma observa este autor, a ideia de adolescência é mais nítida e presente no contexto urbano que em relação à população rural e mais bem caracterizada quanto mais alto for o grupo socioeconômico a que se pertence.

Observa ainda que entre os grupos em que os indivíduos são forçados a se inserirem mais cedo no mercado de trabalho, sendo sua renda parte importante na composição do sustento familiar, o conceito de adolescência é menos nítido e significativo.

A partir destas considerações alguns tensionamentos se colocam em relação à gravidez na adolescência. O primeiro aponta para uma realidade em que este período compulsório de moratória, chamado de adolescência, não se institui igualmente para todos. Enquanto uma realidade social, ela também sofre as influências das desigualdades sociais.

Em desiguais condições, alguns grupos podem adiar o início da vida adulta de seus filhos, submetendo-os a período estendido de tutela e moratória, enquanto para outros a transição para a vida adulta se faz sem a mediação da adolescência.

Nestas condições onde a adolescência (assim como a infância) tende a ser abreviada ou nem mesmo existir, a gravidez nesta fase da vida pode ter outros sentidos. Onde a adolescência nem chegou a se instituir, o problema parece não ser a gravidez, que personaliza na gestante e na mãe o problema, mas a ausência da adolescência, um processo social que, em países como o Brasil, não se constitui de maneira uniforme para todos.

Outra tensionamento que também aqui pode ser aqui retomado é que a própria associação entre gravidez na adolescência e problema. De fato, a partir da própria constituição da noção de adolescência, como um período de latência social, em que o corpo biologicamente preparado para a reprodução deve se submeter a um compasso de espera, em que não se tem claro quando finalizará, a gravidez na adolescência certamente é um problema.

Contudo, quando se considera que a adolescência não é um fenômeno natural nem universal, mas uma construção histórico-social, a própria problematização da gravidez neste período da vida também é uma construção discursiva que está muito mais relacionada à como arranjos e composições das forças sociais se estabelecem no processo de produzir a vida.

Desnaturalizar esta relação é fundamental para relativizar os discursos e, sobretudo, repensar as práticas relacionadas à gestação e a maternidade neste período da vida. Isto não quer dizer que o fenômeno deve ser tratado como algo normal, pois não o é, nem tão pouco é algo anormal. A proposição aqui é discutir esta questão fora da chave universalista e naturalizante do normal/anormal, para buscar outra forma de se pensar que tanto tensionem e relativizem os discursos hegemônicos que fundamentam a compreensão do

presente, como também possibilitem outras possibilidades de compreensão e práticas que partam do questionamento dos enunciados que sustentam as regularidades subjetivas e sociais. Em outras palavras, buscar formas que ao transgredir o discurso, possam resistir ao poder, trazendo a possibilidade de praticar concretamente a liberdade.

CAPÍTULO 2. DAS PRÁTICAS

2.1. O Programa Infância Saudável

O Programa Infância Saudável é desenvolvido, desde 2006, pelo Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (NEV/USP). O NEV/USP é um núcleo de pesquisa da Universidade de São Paulo que, atualmente está sobre a responsabilidade da Pró-reitoria de Pesquisa da universidade.

Criado em 1987, O NEV/USP se dedica a estudar a relação entre direitos humanos e democracia. Para o NEV/USP, violência se refere a violações de direitos e, neste sentido, sua produção tem como foco os diferentes aspectos relacionados ao processo de instituição do estado de direito e a constituição da democracia no Brasil. Assim, seus trabalhos têm, por um lado, buscado demonstrar como as violações de direitos comprometem a confiança nas instituições e, conseqüentemente, na democracia, e por outro, contribuir para a promoção de políticas públicas e ações que tanto coíbam as violações como promovam os direitos humanos.

Para dar conta de um tema tão amplo e complexo, o NEV/USP se constitui como um centro de pesquisa interdisciplinar e, para isso, conta com uma equipe de profissionais com formação em diferentes áreas como sociologia, ciência política, antropologia, história, direito, psicologia, saúde pública e estatística.

Desde o ano 2000 o NEV/USP é um dos centros de referência no projeto Centros de Pesquisa, Inovação e Difusão (CEPID) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Enquanto um centro CEPID, o NEV/USP foi incumbido de gerar programas, pesquisas, metodologias e tecnologias de conhecimento, de caráter inovador, para ser posteriormente transferido para os diversos níveis de governo, de forma a subsidiar políticas públicas, e para o setor privado, na forma de novas tecnologias. É neste contexto que se insere o atual Programa Infância Saudável.

Outro aspecto que também contribuiu para que o NEV/USP se dedicasse a este programa é a sua vinculação, como centro colaborador, à Organização Mundial da Saúde (OMS) na área de prevenção à violência, onde tem atuado em ações e programas de promoção ao desenvolvimento e prevenção à violência, principalmente as que tem como principal foco crianças e jovens.

O lugar onde o Programa Primeira Infância se desenvolve diz muito sobre as virtudes e contradições do projeto. Por um lado, o fato de se originar dentro de uma universidade que valoriza e incentiva a pesquisa, sem dúvidas contribuiu muito para que pudesse se pensar e problematizar saberes, conceitos e práticas que no cotidiano se replicam sem grandes aprofundamentos analíticos.

Neste sentido, o programa ter nascido em um dos centros de pesquisa da universidade, que tem como eixo principal a relação entre os direitos humanos e a democracia, contribuiu muito para que seu processo de elaboração e de execução fosse permanentemente marcado e demarcado não só pela discussão e problematização das referências teórico/conceituais como também de como estas referências determinam formas específicas de ação.

A própria composição interdisciplinar do NEV/USP é outra característica que também marcará o desenvolvimento deste projeto. A própria equipe formada para pensar e executar o projeto é, desde seu início, composta por profissionais de diferentes formações, permitindo, por um lado, um intenso diálogo entre saberes (psicologia, enfermagem, medicina, pedagogia, direito, sociologia), mas por outro, um campo também permeado por tensões, disputas e conflitos, principalmente quando as diferentes matrizes conceituais, sempre presentes, mas nem sempre explícitas, buscavam estabelecer, sem maiores problematizações, como deveriam ser as práticas. A seguir, serão apresentadas algumas questões que tensionavam este campo para em seguida discutir como a prática colocada em curso pelo Programa Infância Saudável se desenvolveu.

2.1.1. O Pano de Fundo: um campo de tensões

O programa nasce a partir de várias questões que nos eram colocadas. A primeira delas foi o Estudo da Violência contra a Criança no Mundo (PINHEIRO, 2006) que apontava a violência entre os grandes problemas de violações dos direitos das crianças. Este estudo chamava atenção para a dificuldade de se combater muitas das formas de violência contra as crianças por elas estarem associadas a práticas de disciplinamento que contam com forte enraizamento cultural. Para enfrentar este problema, o estudo recomendava a adoção de estratégias que contribuíssem para que a violência não se tornasse norma.

Nesta mesma época, o departamento de prevenção à violência e lesões da OMS buscava encontrar formas que contribuíssem para fortalecer, nos países em desenvolvimento, a cultura da prevenção à violência contra a criança. Para isso, este organismo da OMS pretendia: a) incentivar estudos que evidenciassem que a prevenção à violência contra a criança produziam resultados de longa duração; b) demonstrar, a partir de evidências científicas, o nexo de causalidade entre ações e os resultados alcançados; c) assim como em outras áreas da medicina, estabelecer um protocolo de práticas que, baseadas em evidências científicas, pudesse ser replicado com certas garantias de que os resultados seriam atingidos; d) contribuir para que os governos otimizassem seus recursos, adotando procedimentos cientificamente avaliados e com evidências que assegurassem seus resultados.

Muitas destas preocupações trazidas pela OMS estavam (e ainda estão) organizadas em torno de um conjunto de saberes que se baseia, por um lado na medicina baseada em evidências e, por outro, no discurso que, a partir das neurociências, se formou em torno da infância. Como estas questões estão no campo de tensão do programa desenvolvido pelo NEV/USP, dedicaremos alguns parágrafos a eles. Pois, muito do que este programa se tornará está relacionado à discussão destas questões. Vamos a elas.

Principalmente a partir do início dos anos 2000, as neurociências, buscando entender a formação das conexões neuronais, se voltam para os primeiros anos de vida. É neste contexto que a primeira infância ganha destaque, passando a ser foco de preocupações. A partir da compreensão de que são nos dois primeiros anos que se formam a maior parte das

conexões neuronais, passa a entender este período da vida como fundamental para todo o desenvolvimento posterior (SHONKOFF & PHILLIPS, 2000; MUSTARD, 2010).

Portanto, este período se configura como uma “janela de oportunidade” que deve ser aproveitada em máximo, pois, em grande parte, será dela que dependerá o todo o posterior desenvolvimento e aprimoramento de capacidades e habilidades (SHONKOFF & PHILLIPS, 2000; GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007; POLLAK et al., 2010). Neste mesmo registro, começam também ser produzidas uma série de pesquisas que buscam associar as violências sofridas na primeira infância a futuros riscos. Por exemplo, problemas comportamentais e emocionais, na própria infância (GARBARINO, 2001; DELANEY-BLACK, 2002) e ao longo da vida (BROMFIELD, GILLINGHAM & HIGGINS, 2007), como maior agressividade (BEVAN & HIGGINS, 2002; KWONG et al., 2003; WHITING et al., 2009), maior envolvimento em situações de risco na adolescência e na vida adulta (HUSSEY et al., 2006; HARPAZ-ROTEM et al., 2007), maior risco de problemas de saúde física (BRIERE et al., 2002; BORDIN et al., 2006; SACHS-ERICSSON et al., 2011) e mental, principalmente depressão (CHAPMAN et al., 2004; SACHS-ERICSSON, KENDALL-TACKETT & HERNANDEZ, 2007), abuso de substâncias (FEERICK, HAUGAARD & HIEN, 2002; CAETANO, 2003; WHITING et al., 2009) etc.

É a partir destes registros que a primeira infância, enquanto uma fase do desenvolvimento que se desdobra para além do desenvolvimento bio-físico, passa a integrar os temas da saúde pública. Há também de se destacar que o tema da primeira infância é, neste contexto, incorporada aos discursos da saúde pelo prisma do risco: o risco de se perder a “janela de oportunidades” representadas pela formação da rede neuronal - o que significaria pessoas menos inteligentes e intelectualmente hábeis, ou nos termos da moda, estariam em “desvantagem competitiva” -, ou o risco de que, a partir da violência, o desenvolvimento transcorra de forma anormal, desdobrando-se em futuros problemas de comportamento ou de saúde.

Investing in disadvantaged young children is a rare public policy initiative that promotes fairness and social justice and at the same time promotes productivity in the economy and in society at large. Early interventions targeted toward disadvantaged children have much higher returns than later interventions such as reduced pupil teacher ratios, public job training, convict rehabilitation programs, tuition subsidies, or expenditure on police. At current levels of resources, society

overinvests in remedial skill investments at later ages and underinvests in the early years. (HECKMAN, 2006, p.1902)

É interessante observar que é a partir da valoração do risco, e não do direito, que se passam advogar iniciativas voltadas à primeira infância. Inserida em tal racionalidade, as práticas passam a ser direcionadas não com o objetivo prioritário de assegurar os direitos das crianças, mas de prevenir riscos.

O excerto acima pertence ao prêmio Nobel de economia do ano de 2000 e professor da Universidade de Chicago, James Heckman. Seus estudos sobre os ganhos econômicos como justificativa para que se invista na primeira infância têm sido um dos argumentos bastante usado pelos os que passaram a advogar por intervenções específicas à esta faixa etária (ROLNICK & GRUNEWALD, 2003; HACKMAN & FARAH, 2009; DOYLE, HECKMAN & TREMBLAY, 2009; BARROS et al., 2011).

Contudo, pode-se perceber por meio deste excerto, a presença de pressupostos que tanto representam uma forma específica de se pensar (e, como todas as formas de pensar, devem ser tensionadas e questionadas), como também a atual forma em que o poder se organiza em torno da governamentalidade.

O primeiro ponto que chama atenção neste raciocínio é que ele está pautado na ideia do risco: não investir na primeira infância coloca em risco o futuro. Deste ponto, desdobra-se uma segunda questão: o futuro de quem? Pelo modo de pensar representado por este discurso, a resposta é bastante clara: o futuro da população. Poderíamos desdobrar esta questão perguntando quem seria esta população, mas, para os objetivos deste trabalho, apenas deixaremos no ar esta questão para direcionarmos-nos para outra questão: o risco é aqui pensado não em função da criança, mas da população. Desta forma, o foco não está em promover o direito da criança, mas em prevenir que estas crianças venham a ser tornar ameaças ao sistema econômico e a segurança, isto é, venham se tornar futuros elementos de riscos para a população. A partir do deslocamento deste quadro lógico, as práticas também se deslocam: 1) das ações pautadas na ideia de sujeitos de direitos para aquelas que se fundamentam em outra racionalidade que chamarei aqui de “lógica da concessão”; 2)

o objetivo da ação deixa de ser o presente, para se direcionar ao futuro. Comentemos estes pontos começando do último para o primeiro.

Quando aplicado ao desenvolvimento humano, o raciocínio “investir no presente para se colher no futuro” apresenta vários paradoxos, a começar pela reificação do humano. Por esta lógica, a captura já se faz na mais tenra infância, transformando-a em mercadoria sobre a qual deve se agregar valor. Assim, como diria Foucault, poder-se-á, no futuro, “retirar e se apropriar ainda mais e melhor”. Eis aqui, porque a governamentalidade da população se faz por meio da regulamentação da vida no sentido biológico, como é por meio dela que o poder também transita, o biopoder. Comprar acriticamente este discurso, que pauta muitas das ações voltadas à primeira infância (algumas delas, inclusive, na própria psicologia), é se inserir e operar a partir desta forma de racionalidade, onde práticas são também dispositivos por meio das quais o poder circula, se atualiza e manifesta.

Outro paradoxo que ainda pode ser aqui colocado relaciona-se ao lugar que a infância ocupa neste sistema de pensamento. Aqui, apesar de a infância ser o tema abordado, não está nela seu objetivo final. A infância aqui é meio e não fim. Enquanto meio, a infância pode ser instrumentalizada em função do futuro, isto é, daquilo que a criança deverá vir a ser: 1) um ser produtivo e; 2) um sujeito que dependa e demande o menos possível dos sistemas de amparo social. Em outras palavras, que seja o mais lucrativo possível para o mercado e o menos oneroso possível para o Estado. Parece não ser casual que este tipo de discurso germine exatamente no contexto em que as relações de poder se alteram, reconfigurando inclusive o próprio papel do Estado, que tende a maximizar a economia com as pessoas para ser cada vez mais eficiente com as necessidades do mercado.

Ao priorizar o futuro ao presente, “o direito de ser criança” se relativiza, pois a ênfase não está sobre o que a criança é, mas no potencial adulto que ela virá a ser. Neste contexto, os discursos, práticas e saberes transitam das condições deveriam garantir o direito da criança a ter infância para a criança na infância. Isto é, desloca-se do plano social e das garantias de direitos, para o plano individual: da criança sujeito de direitos para a criança objeto das intervenções. É esta operação quem permite que, desde o nascimento, ou até mesmo antes dele, se passe a esquadrihar e racionalizar, em nome do futuro, os cuidados,

o tempo, os estímulos, as relações etc.. Intervenções, não a favor da criança, mas a favor, ou até mesmo contra, aquilo que potencialmente ela poderá vir a ser.

Há de se pontuar aqui que apesar desta mentalidade ter capturado a infância entre os diferentes grupos sociais, o modo como ela ocorre tende a se diferenciar entre eles. Neste campo, assim como em outros, as intervenções que menos se baseiam na reciprocidade e no reconhecimento do outro como sujeito de direitos, são geralmente endereçados a um grupo bastante específico: os pobres que, como vimos, passaram também a ser classificados como os “em desvantagem”.

Aqui, mais uma vez, o mesmo deslocamento: enquanto o pobre é um produto de uma configuração social e política, a desvantagem pode ser atribuída a fatores individuais. A discussão sai da esfera pública e política, para integrar as questões particulares e individuais. Aqui outra transição também ocorre, a intervenção raras vezes leva em conta a fala que a pessoa tem de si, baseando-se, sobretudo, nas falas que se faz sobre ela, a fala técnica. Esta, na maioria das vezes, não só prescinde do sujeito concreto como também pressupõe o que seria melhor a ele.

Em contextos onde o reconhecimento do outro enquanto sujeito de direitos nunca se afirmou totalmente, como geralmente ocorre nas relações que se estabelecem com os pobres, práticas como estas contribuem ainda mais para a fragilização deste processo. Principalmente porque, o não reconhecimento do outro está pressuposto em seu modo de operacionalização. Neste sentido, termos como grupo de risco e vulneráveis contribuem ainda mais para esta despersonalização, pois lidam com a abstração conceitual e não com o sujeito concreto.

Quando pautadas na noção do risco, as intervenções para os pobres, seja por considerá-los “em risco” seja por considerá-los “de risco”, tendem a se pautar ainda menos nas noções de direito e, portanto, se configuram em ações ainda mais normativas e arbitrárias. Estas práticas que podem ser observadas desde os serviços públicos disponíveis a esta população (vide, por exemplo, o tratamento dispensado aos pobres pelo sistema de segurança pública, saúde, educação, transporte etc.) até aos mais diferentes projetos e programas, não necessariamente públicos (ONGs, instituições dos mais diferentes tipos, empresas etc.), buscam também acessar e intervir nesta população.

É neste contexto, onde o reconhecimento do outro enquanto sujeito de direitos não é pressuposto que se fundamenta em uma outra racionalidade que chamo de “lógica da concessão”. Uma lógica em que as intervenções, mesmo quando são políticas públicas, não são operadas na chave do exercício de um direito, mas das concessões. Até este ponto, nada novo em relação ao que Schwartz (1992) descreve como relações de favor (referência, aliás, que serve de base para a lógica da concessão). Contudo, a diferença que pode ser aqui apontada é que as relações de favor implicavam em um certo reconhecimento recíproco, ainda que fosse desigual, enquanto as relações de concessão não implicam em reconhecimento.

Na lógica da concessão os “investimentos” na infância se fundamentam não só representam maior segurança e menores gastos futuros, mas, sobretudo, mais e melhores benefícios econômicos. Concede-se no presente, para que possa “explorar mais e melhor” (Foucault, 2004) no futuro. Nas palavras de Heckman (2006), investir na primeira infância é uma oportunidade rara para que as políticas públicas promovam a equidade e a justiça social ao mesmo tempo promove a produtividade na economia e na sociedade em geral. É interessante notar que equidade e justiça social são, aqui, simples menções e que toda a argumentação restante passa a ser calcada nos ganhos econômicos que tal iniciativa futuramente traria. Além da já mencionada “produtividade”, menciona também os ganhos que estas iniciativas no futuro representam pelo que se economizaria com classes menores para compensar as dificuldades de aprendizagem, programas públicos de capacitação profissional, programas de reabilitação, subsídios, gastos com a polícia etc.. E termina o seu raciocínio, em tom quase profético, admoestando com algo próximo ao velho ditado: “É melhor prevenir do que remediar”.

Lógica, como já discutimos anteriormente, perversa. Em seu funcionamento reativa velhas mistificações como a “sociedade de oportunidades”, presente em certa conceituação de vulnerabilidade social, como também certa ideia de que a “desvantagem” não é, nas condições cada vez mais precárias de trabalho e de vida atuais, produzida nas estruturas conjunturais da vida social, mas sim produto de um limitado uso, pelo indivíduo, das oportunidades que estariam a todos disponíveis. Por esta lógica, a desigualdade se

deslocada para a desvantagem. Ou seja, a questão transita do plano público para o privado mundo da formação neural e da família.

Para ilustrar este argumento, vejamos como Farah, Noble e Hurt (2008), em um texto que possui o sugestivo título “Poverty, privilege, and brain development: empirical findings and ethical implications”, explicam, a partir da neurociência, o “processo que confina crianças, filhas e pais pobres, a pobreza ao longo da vida”:

“Cognitive neuroscience offers yet another perspective on the problem. Without good intellectual development and educational attainment, people are denied all manner of economic and social opportunities. If cognitive neuroscience can help us understand the socio economic status gap in cognitive achievement, it will have provided an important new perspective on the problem of poverty.” (FARAH, NOBLE & HURT, 2008, p. 4)

Chamo atenção para esta questão, que pode até parecer periférica, para refletir sobre como diferentes racionalidades acionam e articulam práticas divergentes. Em contraposição às concepções fundamentadas na noção de direito que, por sua natureza, podem ser publicamente debatidas, contestadas, questionadas e reivindicadas, as relações de concessão se articulam em torno da ideia não do direito, mas da troca, daí a ideia de concessão. Um benefício concedido pelo que tem aos que não tem. Estes últimos cabem dar em troca, no presente, sua dócil adesão e submissão, e, no futuro, sua produtividade e seu baixo ônus ao Estado.

Nesta relação, o foco e o fim das concessões não estão nas pessoas, mas no mercado, pela produção e consumo, e em um Estado mais “eficaz”, isto é, que dedique a maior parte de seus recursos, não no sistema de seguridade e segurança, mas nos investimentos que atendam as necessidades do mercado (portos, aeroportos, estradas, desoneração tributária, incentivos à produção etc.).

Aqui, mais um deslocamento. Diferentemente das relações baseadas na idéia de que as pessoas são portadoras de direitos e que, por esta exclusiva razão, precisam ser ouvidas em relação a qualquer intervenção que afete as suas vidas, na lógica da concessão quem deve ser ouvido é o mercado. Assim, atualmente, é a partir das necessidades do mercado que as pessoas passam a ser disciplinadas (daí as várias intervenções de disciplinamento) e a

população regulada (por exemplo, controle da natalidade, discussões sobre a idade apropriada para as mulheres se tornam mães etc.).

Por este raciocínio, a desconstrução da pessoa como sujeito de direitos implica também na não mais necessidade de que sejam ouvidas e consideradas. Neste contexto, as relações de poder tendem a ser muito mais desiguais, unilaterais e arbitrárias (vide, por exemplo, qual é o lugar geralmente dado à fala do paciente, nos atendimentos médicos). Relações que, no limite, reproduzem e se estabelecem, por meio das mais diferentes e pequenas práticas cotidianas, a dependência e submissão que reforçam o lugar do não cidadão e da não cidadania.

É preciso também considerar que, como não são baseadas na noção de direito, estas práticas também não são universais. Destina-se àqueles que são heteronomamente classificados como “em desvantagem”, os “vulneráveis”. Retomando o tema da primeira infância, a maior parte dos programas que se voltam para esta etapa do desenvolvimento, baseadas inclusive nas taxas de morbi-mortalidade infantil, tem como foco as camadas mais pobres da população. Aqui, o mesmo mecanismo lógico presente nas práticas relacionadas ao conceito de “grupo de risco” parece operar sem grandes problemas, reproduzindo e reforçando preconceitos e discriminações. Uma das hipóteses para que este mecanismo continue aqui operando, diferentemente do que aconteceu originalmente com os portadores do HIV, é o perfil do público. Como vimos anteriormente, as mudanças de conceitos e práticas relacionadas à noção de risco (do grupo de risco para o comportamento e deste para a vulnerabilidade) ocorreu a partir de grandes tensões e disputas que transcenderam os sistemas de classificação médicos, alcançando o plano público e político. A discussão não se resumia apenas ao direito de ser tratado ao adoecer, mas, sobretudo de, não perder a dignidade e o respeito, seja pela doença ou pelo risco dela.

Como vimos, o desnorteamento causado pela AIDS, levou a apressada classificação e inclusão dos portadores desta síndrome na recém forjada categoria “grupo de risco”. Contudo, não se incluía nesta categoria apenas a doença, mas o doente com todo o seu lastro social e simbólico. Como se sabe, a AIDS, principalmente em seus primeiros anos de epidemia, não vitimou apenas pobres, mas pessoas que raras vezes tiveram seus direitos ameaçados (intelectuais, artistas, diferentes personalidades etc.). Contudo, ao serem

classificados como grupo de risco foram arbitrariamente deslocados para a categoria de ameaça pública, sendo como tal tratados. Aqui, mais que vivenciar a iminência da morte, vivenciaram uma morte anterior, tão cruel quanto, a morte social que, neste caso, não é permeada pela invisibilidade social (COSTA, 2004), mas pelo seu contrário, a visibilidade explícita que faz questão de demonstrar seu pavor, asco e desprezo. Em outras palavras, condição em que tanto a garantia de direitos como a cidadania são explicitamente ameaças e negadas.

Foram em torno destas negações e ameaças que as diferentes formas de resistência se mobilizaram e organizaram. Tensionado o debate público (algo, aliás, somente possível na política), passa-se a questionar e reivindicar formas mais dignas de reconhecimento e tratamento, forçando, como vimos, o deslocamento dos conceitos e das práticas lastreadas no conhecimento científico.

Contudo, para aqueles aos quais garantia de direitos nunca foi plena e o não reconhecimento é sistemático, não é geralmente isso que ocorre. É o que acontece, por exemplo, com as intervenções que atualmente tomam a primeira infância como tema de preocupação. Baseando-se principalmente nos dados de morbi-mortalidade infantil, estabelecem-se as crianças, filhas de famílias pobres, como as que mais estariam “em risco”, justificando-se assim os mais diferentes tipos de intervenções sobre elas, inclusive, como veremos adiante, algumas de caráter extremamente arbitrárias e preconceituosas.

A discussão e as tensões com estas questões acompanharam, desde o início, (e ainda acompanham) os diferentes momentos que levaram à formatação do Programa Infância Saudável. Neste sentido, o desafio que se nos colocava era de tentar desenvolver alguma forma de atuação que ao menos tentasse se deslocar da maior parte das práticas existentes. Isto é, o que se buscava era criar um modo de trabalho que contribuísse para o desenvolvimento na primeira infância ao mesmo tempo em que colaborasse para o reconhecimento e o exercício dos direitos e da cidadania.

Por outro lado, havia (e ainda há), via OMS, certa expectativa de que este trabalho pudesse gerar um protocolo padronizado de procedimentos que, sendo avaliado, produzisse

evidências que servissem como base para sua replicação em países de baixa e média renda. A primeira sugestão que nos foi feita pela OMS neste sentido foi de que procurássemos, no cenário internacional, programas que já haviam sido avaliados e cujos resultados evidenciavam sua eficácia e efetividade, para serem aqui replicados.

Um dos programas a que tivemos acesso e que cumpria parte dos objetivos da OMS foi o programa americano, criado por David Olds (s/d), *Nurse Family Partnertship*. Este programa trabalha acompanhando a criança, da gestação até seu segundo ano de vida, por meio de visitas domiciliares realizadas por enfermeiras contratadas e treinadas para este serviço.

Inicialmente, uma das possibilidades consideradas era de se adaptar o modelo de Olds ao Brasil. Contudo, ao entrarmos em contato com Olds, ele se mostrou pouco interessado em adaptar e replicar seu modelo no Brasil, mas, se desejássemos, ele poderia vender seu método para que criássemos aqui um outro programa.

Os custos apresentados para esta transferência de tecnologia foi um dos impedimentos para que se desse continuidade à esta idéia. Outra dificuldade identificada estava relacionada ao perfil profissional preconizado por Olds, enfermeiras. Em nossa avaliação um programa com estes profissionais encareceria muito o custo do projeto. Apenas para se ter uma idéia, o custo aproximado de cada família no programa de Olds varia de US\$ 2.914,00 a 6.463,00 por ano (NFP, 2013).

Além disso, outra preocupação que se tinha em relação ao modelo de Olds era a grande rotatividade destes profissionais em seu programa. Na cidade de Memphis a rotatividade dos profissionais chegou a 50% (GOMBY, CULROSS & BEHRMAN, 1999) e na cidade de Elmira a 35% (LEWIS, 2007). A este respeito, a preocupação estava relacionada à possibilidade de que o trabalho não conseguisse estabelecer vínculo, aspecto por nós considerado fundamental, principalmente quando se trabalha com a primeira infância.

Diante a estas questões, optou-se por desenvolver um modelo que, ao mesmo tempo fosse compatível com nossa realidade e que, por outro lado, atendesse o desejo de avaliação da OMS. Assim foram criadas, antes mesmo de qualquer desenho do projeto, uma equipe para pensar o projeto, da qual fui e sou parte, e outra equipe para avaliar o projeto.

Nesta mesma época, criou-se também, a partir da sugestão da OMS, um comitê consultivo, que se reuniria anualmente, para assessorar o desenvolvimento do projeto. Desde que começamos a desenvolver o programa, em 2006, este comitê, com membros nacionais e internacionais, se reuniu cinco vezes. A maior parte do tempo destes encontros foi utilizada para discutir aspectos relacionados à avaliação (desenho da avaliação, tamanho da amostra para os grupos de intervenção e controle, instrumentos que poderiam ser utilizados etc.), antes mesmo que o desenho da intervenção houvesse sido finalizado e pré-testado.

Se por um lado, desenvolver um projeto que, antes mesmo de se configurar já tinha estabelecido qual seria seu desenho da avaliação, sendo esta questão um campo de tensão, por outro lado, a ênfase na avaliação deixou relativamente livre a equipe destinada para pensar e desenhar a intervenção.

Para definir o público com quem trabalharíamos, o critério inicialmente utilizado foi o risco e o da vulnerabilidade, por isso, inclusive a partir das tensões do campo, dedicamo-nos anteriormente a discutir e problematizar estes conceitos. Voltaremos a eles posteriormente quando discutirmos como esta revisão conceitual foi, antes mesmo da teoria, acontecendo conforme tomávamos e aprofundávamos o contato com as mães, as crianças e as realidades em que viviam. Mas, voltemos ao público.

Para tentar promover, a partir dos marcos do direito, o desenvolvimento seguro e saudável da criança, o público escolhido foi os filhos e filhas de mães adolescentes. A escolha deste público foi, originalmente, baseada na idéia de vulnerabilidade e risco. A tese que tínhamos era de que se a gravidez na adolescência era um sinal de vulnerabilidade, ela é, inclusive, um dos componentes do Índice de Vulnerabilidade Juvenil (FUNDAÇÃO SEADE, 2002), a criança filha desta adolescente, estaria ainda mais vulnerável, o que não deixa de ter certa veracidade.

O que mudou em relação à pressuposição inicial é que estas relações não são tão diretas como muitas vezes se pressupõe: filho(a) de adolescente, maior risco ou vulnerabilidade. Pressuposto, aliás, que norteia muitas das práticas e relações, muitas vezes preconceituosas, com estas adolescentes e seus filhos. Isto não quer dizer que não possa haver ali dificuldades específicas, mas também não quer dizer que a maternidade na

adolescência, como veremos mais adiante, seja sinônimo de risco ou que o risco é maior pelos simples fato da mãe ser adolescente.

Neste sentido, o diálogo com o campo tanto fortaleceu como relativizou certas concepções que tínhamos. Pudemos ver várias situações onde o vínculo independia da idade da mãe, havia adolescentes com bom vínculo com os seus filhos como também havia mães não adolescentes onde este vínculo era muito mais precário e vice versa.

Por outro lado, e este também era um dos objetivos ao se estabelecer as adolescentes gestantes e mães como o foco do trabalho, havia de se considerar que a adolescente, apesar de ter se tornado mãe, continuava sendo adolescente. Isto é, continua sendo titular de direitos que a protege enquanto um sujeito que ainda está em desenvolvimento. Neste sentido, posicionar o projeto na chave do direito, e não do risco, pareceu-nos não apenas estratégico, mas também politicamente fundamental para tensionar discursos que usavam a maternidade na adolescência para justificar práticas que, ao arrepio da lei, variavam entre o arbítrio e os mais variados tipos de negligências, abusos e omissões. Por exemplo, algumas adolescentes relataram ter ouvido de funcionários que as acompanhavam durante o parto frases como: “na hora de fazer foi bom, agora aguarde a dor para ver se aprende” ou ainda, “se ficar me incomodando muito com seus gritos, não vou te dar anestesia”. Outras vezes, o fato de conseguir uma vaga na creche para o filho(a) as tornavam vítimas de comentários e julgamentos preconceituosos em suas vizinhanças: “esta daí, que nem estuda e nem trabalha (e, portanto, teria tempo para ficar com o filho(a)) conseguiu uma vaga na creche, eu que preciso trabalhar não consigo”.

Conforme a relevância de se ter um projeto que voltado especificamente para as adolescentes gestantes e mães e seus filhos(as) ia ficando clara, também ficava claro que se quiséssemos trabalhar na chave do sujeito de direitos, deveríamos também: 1) integrar as adolescentes, assim como os seus filhos, não como objetos de intervenções, mas como sujeitos delas; 2) considerar ações que dialogassem com as possibilidades e limitações do contexto; 3) pensar ações que fossem, em seu contexto, adequadas tanto ao desenvolvimento da criança como também se adequassem à própria adolescência enquanto um momento específico do desenvolvimento humano. Este último tópico implicaria em aceitar, operar e pensar formas que contribuíssem com a maternidade e o desenvolvimento

infantil a partir de aspectos específicos da adolescência como as instabilidades, idealizações, a criatividade, irreverência, timidez, complexos, medo, ansiedades etc.

Desenvolver uma ação firmada na noção do sujeito de direitos exigiu mais que deslocamentos conceituais, mas também práticos. Para isto, este princípio busca ser praticado nas diferentes etapas do projeto. Deste modo, as adolescentes foram, desde os primeiros esboços, consultadas, sendo suas opiniões sempre consideradas.

2.1.2. As Consultas às Adolescentes

Primeira Fase: Conhecer como as adolescentes vivenciavam a maternidade

Ainda na fase de planejamento, paralelo ao levantamento bibliográfico que realizávamos, buscamos conhecer, pelas próprias adolescentes, como elas vivenciavam gestação e a maternidade. Naquele momento, o processo de consulta tinha como objetivo conhecer: 1) como as adolescentes percebiam e lidavam com a gestação e a maternidade; 2) quais dúvidas e necessidades tinham; 3) com quem ela e seu filho(a) podiam contar se precisassem de alguma coisa; 4) se além do pré natal, elas achavam importante algum outro tipo de acompanhamento; 5) se a resposta fosse afirmativa, o que seria importante ter neste acompanhamento etc.

Para esta consulta, planejou-se realizar 10 grupos focais, 2 em cada regiões da cidade (norte, sul, leste, oeste e centro). Contudo, a primeira dificuldade foi encontrar e acessar estas adolescentes. Ao procurarmos escolas e projetos sociais que trabalhassem com adolescentes para tentarmos agendar uma conversa com as adolescentes que estivessem grávidas ou que já fossem mães, tivemos a surpresa de que, nestes locais, haviam poucas ou nenhuma adolescente com este perfil. Circunstância que se repetiu nas diferentes regiões da cidade. Este fato nos chamou muita atenção, principalmente, porque escolhíamos os distritos da cidade onde as taxas de gravidez na adolescência eram altas.

Os coordenadores ou responsáveis pelos projetos sociais com que entramos em contato conseguiam, por ter um bom vínculo com a comunidade, reunir, na maioria das vezes, algumas adolescentes para conversar conosco. Mas, a maior parte delas não

participava de seus programas. Farto semelhante não ocorreu na escola, onde o contato sempre foi mais difícil, sendo muitas vezes a proposta negada com a afirmativa de que as adolescentes, quando engravidavam, saíam da escola.

Outra estratégia utilizada foi tentar acessar estas adolescentes via as Unidades Básicas de Saúde. Para fazermos contato e convidar as adolescentes, fomos orientados pelos serviços contatados a participarmos dos grupos de gestantes onde, no final dos encontros, poderíamos nos apresentar e se houvesse alguma adolescente, convidá-la para uma conversa em grupo. Por um lado, esta experiência foi extremamente rica, pois pudemos conhecer como algumas orientações sobre a gestação, parto e os cuidados iniciais à criança eram feitas. Por outro lado, para nosso objetivo específico, os resultados foram mínimos.

Isto porque, ao menos na época, os grupos de orientação às gestantes eram mensais. Assim, se por um lado, a estratégia de frequentarmos o grupo facilitava a aproximação e a adesão ao convite, por outro, o tempo entre o contato inicial e a realização do grupo era, em alguns casos, muito grande, o que dificultava a realização dos grupos.

Em uma das Unidades Básicas de Saúde, a estratégia que nos foi sugerida era de tentarmos contatar as meninas nos dias de exame pré-natal. Neste caso, os resultados foram ainda mais inexpressivos.

Conversando com algumas pessoas dos serviços de saúde e com as poucas adolescentes que vieram até nós, uma hipótese levantada era que, para muitas pessoas, ter que se deslocar à Unidade de Saúde, implicava em tempo e dinheiro, sendo este último, um dos principais motivos que poderia não estar contribuindo para que as adolescentes viessem aos grupos.

Posteriormente, nos grupos realizados a partir dos projetos sociais, percebemos também que a relação das adolescentes com os serviços de saúde eram muitas vezes ruins, dificultando, inclusive, que a sequência e a adesão às recomendações feitas pelo serviço. O caso mais emblemático a este respeito foi nos contado por uma adolescente durante a conversa sobre a rotina de consulta de seu filho. Ela comentou que em uma destas consultas havia lhe sido recomendado que desse um “remédio” para seu filho que havia, inclusive, sido disponibilizado pelo posto. Contudo, ela dizia que não seguiria aquela orientação.

Perguntamos se ela sabia o que era e, pelo que descreveu, era sulfato ferroso. Perguntamos se o serviço de saúde havia explicado por que ela deveria dar aquele medicamento para seu filho ela disse que até tinham falado, mas que ela não tinha entendido direito. Perguntamos, então, porque ela não estava seguindo a recomendação dada. Então ela nos conta o seguinte que, antes de engravidar, ela nunca havia ido à Unidade de Saúde. A primeira vez foi levada forçada pela mãe, para fazer o teste de gravidez. Isto porque, apesar dela negar, a mãe desconfiava que a filha estivesse grávida.

A pedido da mãe, o posto realiza o exame, confirma a gravidez e dá início ao pré natal. A família da adolescente, que era evangélica, reage muito mal à gravidez da adolescente. A maneira como tudo tinha acontecido, havia a deixado muito constrangida e triste. Quando chegam os resultados da bateria de exames pedidos em uma das consultas de pré-natal, a adolescente é informada que ela era portadora de AIDS e que precisaria dar início a um tratamento e acompanhamento específico.

Ela diz ter ficado desesperada e a família, que já havia reagido mal a notícia da gravidez, passou a recriá-la ainda mais, dizendo que aquilo era castigo de Deus. Passado dois dias, ela conta que foi chamada de novo à Unidade de Saúde porque parece que havia um erro em seu exame. Quando ela chega à Unidade, descobre que o seu exame havia sido trocado e que seria preciso realizar outra coleta de material para realizar um segundo exame. Entre a coleta e o resultado, que deu negativo, se passaram duas semanas.

Ela conta que a partir deste fato, fica sempre desconfiada das indicações que são realizadas por aquela Unidade de Saúde e por isso não estava dando o medicamento para seu filho. Como ela não sabia direito o que era e temendo que pudesse ter ocorrido algum erro, não estava seguindo a recomendação dada.

Ao longo de aproximadamente 1 ano e 3 meses, foram realizados 11 grupos, cobrindo as 5 regiões da cidade. Alguns foram de fato grupos, com 8 a 10 meninas, em outros locais conversávamos com as adolescentes que apareciam, sendo algumas vezes realizadas entrevistas com duas ou até mesmo uma menina. No total, conversamos com 29 adolescentes, entre 14 e 19 anos de idade. Destas, 12 eram gestantes e 17 já eram mães.

As conversas com as adolescentes nos mostraram que:

- a) a maioria das adolescentes já tinha alguma experiência com o cuidado de crianças, pois muitas vezes eram elas que cuidavam de seus irmãos menores e até mesmo de filhos de conhecidos. Contudo, esta experiência não se estendia para o cuidado de recém-nascidos que, na maioria das vezes eram realizados diretamente pela mãe. Aquelas que, na época desta consulta, já eram mães contaram que este mesmo modelo se replicava com elas. Comentavam, também, o quanto se sentiam perdidas e angustiadas, principalmente nos primeiros meses da criança, em ter que lidar com um bebê tão pequeno e frágil. Não foi raro ouvir, por exemplo, histórias relacionadas ao medo e à insegurança que tinham para dar banho e fazer o curativo no coto umbilical. Outro ponto bastante destacado pelas adolescentes relacionava-se ao quanto se sentiam angustiadas quando a criança chorava e elas não conseguiam definir o que acontecia. Uma das respostas que se repetia nestas situações era: “o bebê chorava de um lado e eu chorava de outro”;
- b) ao longo dos diferentes encontros foi comum também as adolescentes nos dirigirem perguntas relacionadas ao desenvolvimento infantil, por exemplo, se o desenvolvimento do filho era normal, com quantos meses a criança tinha que começar engatinhar, andar, falar etc.;
- c) os contatos sociais destas adolescentes eram mais limitados e elas viviam mais isoladas socialmente. Poucas frequentavam escola e/ou projetos para jovens e adolescentes, ficando mais em casa e circulando apenas entre a vizinhança mais próxima. Percebíamos também que a dificuldade de mobilidade nos últimos meses de gestação e a demanda da criança nos primeiros meses de vida tendiam a aumentar ainda mais este isolamento.
- d) costumávamos encerrar o encontro com as adolescentes perguntando o que elas haviam achado da conversa. Frases “é bom poder desabafar” ou “agente não tem muitas pessoas para conversar destas coisas”, “a gente podia conversar mais vezes” se destacavam e chamavam atenção. Percebíamos que, mesmo sendo muitas vezes um único encontro, com um objetivo bastante pontual, aquelas conversas eram altamente significativas para grande parte daquelas adolescentes.
- e) muitas vezes, as adolescentes mostravam que até tinham algum acesso às informações, mas isso não era garantia para que elas acessassem os direitos. Entre a informação e a efetivação do direito havia mediações como a falta do profissional que o efetivaria, exigências que não haviam sido anteriormente informadas, o recurso para se chegar ao serviço, fila de espera etc. Em suma, um conjunto de fatores que contribuíam para que elas se desmotivassem e acabassem abrindo mão de seus direitos.

A conversa com aquelas adolescentes sinalizaram alguns caminhos:

- a) *Visitas domiciliares*: apesar de certa resistência que inicialmente tinha às visitas domiciliares, por considerar que este estratégia muito invasiva, este primeiro contato com as adolescentes parecia indicar que esta estratégia poderia ser uma forma de contornar a dificuldade de acessar e estar em contato com estas adolescentes. Principalmente quando considerávamos o isolamento que muitas delas tinham e as dificuldades de sair de casa tanto pelos custos financeiros como também pelas demandas da gestação e dos primeiros meses de vida da criança. Assim, pareceu-nos fazer muito mais sentindo ir ao encontro delas do que esperarmos elas virem ao nosso encontro. Por outro lado, isto implicaria em desenvolver um perfil tanto de trabalho como de profissional que soubesse respeitar os limites da casa e fosse o menos invasivo possível.
- b) *Escuta*: uma das coisas que muito nos chamou atenção na conversa com aquelas adolescentes foi a necessidade que apresentavam de ser escutadas. O objetivo daqueles encontros era, realizar um grupo focal, para ouvir e conhecer as percepções delas sobre a maternidade na adolescência e a experiência delas como mães. Contudo, mesmo sem ter perdido este objetivo, pudemos perceber que aquelas conversas não foram apenas significativas para nós, mas também para elas. Esta percepção nos fez pensar na possibilidade de aplicar o mesmo método que estamos utilizando para iniciar o desenho deste projeto como modo de trabalho: primeiramente escutar e compreender para depois pensar e discutir com o outro o que fazer, como fazer e quando fazer etc.. Pensamos que, por este caminho, estas visitas poderiam ser, inclusive, menos invasivas.
- c) *Desenvolvimento infantil*: as dúvidas das adolescentes sobre o desenvolvimento das crianças chamou-nos atenção de que o desenvolvimento na primeira infância é apenas enfatizado em seu aspecto físico. As crianças são regularmente medidas e pesadas nos postos de saúde que, no máximo observam seu desenvolvimento neuro-motor. Outras dimensões do desenvolvimento como, por exemplo, o afetivo, são muito pouco mencionados. Assim surgiu a idéia de, nas visitas, trabalhar o direito ao desenvolvimento da criança, abordando e estimulando os diferentes aspectos relacionados ao desenvolvimento infantil.
- d) *Desenvolver um guia*: com linguagem acessível, adaptados aos direitos da adolescente que pudesse ser utilizado tanto na capacitação de visitantes como durante as visitas, esclarecendo as principais dúvidas sobre a gestação, parto e os dois primeiros anos de vida da criança.
- e) *Reconhecer, valorizar e fortalecer a noção de sujeito de direitos*: para trabalhar este aspecto, resolveu-se realizar um levantamento sobre os principais programas, políticas e serviços que tanto a adolescente como seu filhos tivessem direito. A partir deste levantamento, as informações seriam sistematizadas e

organizadas trazendo informações como: o que é a política/programa/serviço; como funciona; quem tem direito; como acessar; pré-requisitos para se inscrever; período e locais de inscrições; custo; direitos e deveres dos participantes; etc.. Para facilitar a atualização e a inclusão de novas informações, elas seriam disponibilizadas em uma versão eletrônica⁴, podendo, sempre que necessário, ser impressas para o uso das adolescentes;

A partir destas considerações, a equipe do projeto trabalhou, por aproximadamente 1 ano e meio, em duas frentes. A primeira foi para elaborar um Guia com informações práticas que pudesse ajudar as mães no cuidado e na educação de suas crianças como também em acessar e exercer direitos que contribuíssem com o desenvolvimento tanto delas como de seus filhos. A segunda frente, desenvolvida paralelamente à elaboração do Guia, foi desenhar o primeiro esboço de como o projeto poderia ser operacionalizado em campo.

Segunda Fase: Heliópolis - Testar o guia e verificar a viabilidade de acompanhamento semanal das adolescentes e seus filhos

Finalizada a primeira versão do guia, voltamos novamente a campo com dois objetivos. O primeiro era de verificar se as informações inicialmente pensadas para o guia eram suficientes, se sua linguagem estava adequada e se havia outras informações que não tínhamos pensado, mas que deveriam constar no guia. O segundo era de verificarmos a viabilidade e a possibilidade de um acompanhamento semanal às adolescentes e seus filhos.

Para isso, estabeleceu-se a seguinte estratégia. Como já tínhamos, por trabalhos anteriores, contato com uma das associações comunitárias de Heliópolis, pensamos em realizar lá um grupo semanal com as adolescentes para discutirmos o Guia. Conversamos com uma das coordenadoras da associação que nos apresentou duas meninas, que trabalhavam na associação e que já eram mães.

Inicialmente, as duas se dispuseram participar, mas, uma delas, conseguiu outro emprego, que inviabilizava sua participação nos grupos. Contudo, elas conheciam outras

⁴ A versão eletrônica do Guia está disponível em: <http://www.infanciasaudave.org>

adolescentes na comunidade e as convidaram a fazer parte do grupo. Formamos um grupo com quatro adolescentes com idades que variavam entre 15 e 19 anos. Duas já eram mães e duas estavam grávidas. Acompanhamos, semanalmente, estas adolescentes e seus filhos por 1 ano e dois meses, totalizando 55 encontros.

Toda a equipe que esteve envolvida na elaboração do guia, que à época contava com cinco pessoas (3 psicólogos, 1 enfermeiro e 1 advogada), participava destes encontros na comunidade. Por um lado, as idas à comunidade tinha o objetivo que de toda a equipe pudesse interagir, não só com as adolescentes e seus filhos, mas que também pudesse conhecer, se ambientar e pensar estratégias para um trabalho que seria feito em campo. Neste sentido, era necessário desmistificar, para conhecermos e interagirmos, não só a maternidade na adolescência, mas o próprio trabalho dentro de uma comunidade muitas vezes estigmatizada e reduzida apenas à violência e a pobreza.

Não que aspectos relacionados à pobreza, as precárias condições de vida ou moradia, a violência e ao tráfico de drogas não existissem e/ou fossem secundários à dinâmica da vida na comunidade. Como ouvimos em muitas histórias contadas pelas próprias meninas sobre a entrada da polícia em Heliópolis, os amigos e familiares mortos por causa de dívidas etc.. Tudo isto existia e fazia parte daquele cotidiano. Contudo era apenas parte de um universo muito mais amplo e complexo que não se reduzia e nem se produzia apenas pelo seu negativo.

Neste sentido, as adolescentes que conhecemos, assim como outras pessoas da comunidade que tivemos contato, as lideranças comunitárias, as famílias das adolescentes, os amigos delas etc., foram nos mostrando outros aspectos da vida em Heliópolis, marcados também pelo trabalho, o desemprego, as lutas por moradia e educação, as festas organizadas pelas associações comunitárias etc.. Neste sentido, as adolescentes que fizeram parte do grupo, foram nossas guias que nos orientavam não apenas pelas ruas e vielas da comunidade, mas também pelo seu universo simbólico. Este último, nem sempre imediatamente decifrável aos que não pertenciam aquele lugar. Por exemplo, como eram, naquela comunidade, as expectativas em relação à mulher e à maternidade e como estes elementos operavam dando-lhes, ou às vezes tirando-lhes, papéis, lugares e liberdades. Mesma coisa para o papel masculino, o que se esperava de um homem, de um pai etc.. A

este respeito, um detalhe que nos chamava muita atenção: todas as adolescentes que acompanhávamos eram mães de meninos e todas se sentiam muito agradecidas por isso, pois achavam que teriam muito mais trabalho e preocupação, principalmente quando chegassem à adolescência e começassem a namorar, se fossem meninas.

Nos grupos semanais, a ideia inicial era ler e discutir, tópico a tópico, as informações presentes no guia. Contudo, logo percebemos que esta estratégia era pouco eficiente, pois, na maioria das vezes elas concordavam conosco e muito poucas discussões eram geradas. Discutindo-se a estratégia e seus resultados, resolveu-se, então, adotar outra abordagem: em vez de partirmos do guia, iniciávamos conversando sobre elas, as crianças, a semana ou qualquer outro tema que tivessem interesse. Para isso, começamos a conversar sobre elas, seus filhos, o que havia acontecido na semana etc. Como a conversa era em grupo, isto geralmente despertava o interesse das outras, que comentavam as histórias e também contavam as suas.

Prestávamos sempre muita atenção às histórias e, como elas, participávamos fazendo perguntas e comentários. Contudo, íamos sempre trazendo o tema para elas e as crianças, perguntando como você ficou com esta situação?; Você acha que esta situação faz bem para sua gestação?; O seu filho percebeu?; Como ele ficou?; Haveria alguma coisa que poderia ser feito diferente?; As ações tomadas ou pensadas poderiam trazer consequências?; Como elas imaginavam que se sentiriam caso algumas daquelas consequências pensadas se realizassem?; Como ficariam os filhos naquelas situações?; O que ele pensaria e sentiria no futuro?; etc.

Aquelas conversas eram geralmente interessantes e animadas e nos davam várias entradas para discutirmos tanto temas presentes no guia, como também para descobrirmos temas que ainda não haviam sido pensados, mas que mereceriam estar nele presente. Saímos de uma estratégia que ia do guia para vida, para outra que vinha da vida para o guia.

Conforme esta estratégia ia mostrando resultados, estruturamos os encontros do grupo da seguinte forma: a) um primeiro momento para conversarmos do que havia acontecido na semana ou de algum tema que elas desejassem; b) um segundo momento para discutirmos um tema específico que, geralmente, era escolhido a partir do que havíamos ouvido ou conversado nos encontros anteriores ou do que observávamos em

relação ao desenvolvimento da criança (o que era esperado para as diferentes fases do desenvolvimento, o que se poderia fazer para estimulá-lo, as relações entre alguns comportamentos da criança e seu estágio de desenvolvimento, como as mães lidavam e poderiam com algumas situações estressantes (choro, cólicas, birra, não dormir a noite etc.); c) cantar para/com as crianças.

A idéia de se cantar com as crianças surgiu a partir de uma destas conversas realizadas no primeiro momento do grupo. Uma das mães havia comentado que percebia que seu filho gostava de música. Isto porque, observava que, quando colocava música para limpar a casa, o filho começava a se balançar acompanhando a música. Perguntamos então, que tipo de música ele gostava e ela respondeu que gostava de tudo que ela ouvia. Ela nos conta que o que mais gostava de ouvir era funk.

Perguntamos então, se ela costumava cantar para ele. Ela disse que não. Ao voltarmos esta mesma pergunta as demais meninas do grupo, nenhuma respondeu que costumava cantar para a criança. Perguntamos por que elas não cantavam para os filhos e elas responderam que tinham vergonha, que as crianças não entendiam o que elas estavam falando e que ficar cantando para quem não entendia era “pagar mico”. Perguntamos se elas conheciam ou se lembravam músicas que eram cantadas para elas quando crianças. O que todas lembravam eram as músicas apresentadas pelos programas infantis da televisão (Abc da Xuxa, dedinhos da Eliana etc). Lembram que quando aprenderam estas músicas, não eram mais bebês e que não costumavam ver pessoas cantando para os filhos.

Ao discutirmos este fato, uma das integrantes da equipe sugeriu que poderíamos ensinar algumas músicas infantis para que as mães cantassem com as crianças. Imprimimos algumas músicas e levamos ao grupo. Sugerimos então que as sentássemos no chão e cantássemos para as crianças. Só uma participante aceitou, as demais, mostrando muita vergonha não se demonstraram muito a fim de participar. Perguntamos então se elas permitiam que nós cantássemos para os filhos delas e se elas poderiam ao menos se sentar na roda com eles, mesmo que não cantassem. Ai, todas concordaram. Sentaram-se na roda com os filhos e nós, da equipe, começamos a cantar.

Começamos cantando o “Trala” e uma pessoa da equipe começou a fazer gestos com a mão acompanhando a música. Toda a equipe começou então a cantar e a acompanhar as

músicas com os gestos. A reação das crianças à música e aos gestos foi impressionante, com todas ficando atentas à música e aos gestos. Repetimos esta música algumas vezes e fazíamos festa ao final de cada repetição. As crianças sorriam e aparentavam ter gostado da experiência. Conversamos um pouco com as mães sobre a importância da música como uma forma tanto de estimular a criança, que isto era algo que elas poderiam fazer pelos filhos, inclusive como uma forma de estabelecer contato com eles. Fechamos o grupo e marcamos de nos encontrar na próxima semana.

Na semana seguinte, para nossa surpresa, uma das adolescentes que se mostrava muito envergonhada de cantar, chegou ao grupo e com muita satisfação nos disse: “Vocês não sabem o que K. está fazendo”. Ela nos conta, então, que achou bonitinho a reação do filho quando cantamos para ele. Ao chegar em casa, quis mostrar a mãe a reação que o filho teve à música e cantou para que a mãe dela (avó da criança) visse. A avó achou engraçadinho e passou a semana inteira cantando e gesticulando para a criança, que acabou aprendendo alguns gestos da música. No final do grupo, quando sentamos para cantar com as crianças, a mãe de K. se sentou e cantou junto a música aprendida, fazendo os gestos que eram imitados pelo filho.

Fatos nos fizeram pensar a extensão de um trabalho que tanto partisse e dialogasse com a realidade delas como também fosse respeitoso e cuidadoso, como, por exemplo, convidá-las a cantar, mas as deixassem a vontade para fazê-lo, pedir a permissão das mães antes de interagir com o filho delas. Demonstrar como fazer, fazer juntos etc., poderia não só ser frutífero como também poderia, ao acioná-la e respeitá-la como sujeito (mesmo que, em um primeiro momento fosse “apenas” um sujeito que observasse) colocá-la como alguém que, de fato, se apropriasse da ação, tornando-a dela sujeito: sujeito que observa, que acha bonitinho, que comenta e demonstra para mãe, que observa as mudanças, que relata orgulhosa o que ocorreu, que se sente e canta para seu filho... Ao observar e narrar a reação da criança, o que lhe havíamos falado antes, parecia então fazer sentido.

Todo este processo mostrou-se muito mais rico, vivo e produtivo. Pois, além de permitir que conhecêssemos e nos aproximássemos mais delas, de seus filhos e do contexto de vida deles, ele também ia sinalizando, a partir do que mais fazia sentido à elas, um caminho sobre o qual um modo de trabalho poderia ser construído.

Após cada encontro na comunidade, a equipe se reunia para discutir o que havia ocorrido no grupo, as percepções sobre as mães e as crianças, os temas discutidos, temas que poderiam ser discutidos nos próximos encontros etc. Estas reuniões permitiam que, ao mesmo tempo em que verificávamos a adequação do guia, fazendo as alterações e inclusões necessárias, também fôssemos construindo e refinando compreensões que eram coletivas e compartilhadas por toda a equipe.

O um ano que passamos em Heliópolis também nos chamou atenção para alguns outros aspectos bem mais desafiadores como, por exemplo, a alimentação e as rotinas das crianças. Em relação a amamentação, verificamos que, por um lado, todas tinham recebido informações sobre a importância da amamentação exclusiva até os seis meses de vida da criança. Por outro lado, verificamos que nenhuma delas atingiu esta meta. Apesar de todas amamentarem, uma delas, inclusive, amamentando até quase os dois anos da criança, a amamentação não foi, nos seis primeiros meses, exclusiva para nenhuma delas. Mesmo os dois casos que iniciamos o acompanhamento ainda na gestação, onde buscamos reforçar as informações que elas já haviam recebido nas Unidades de Saúde e na própria maternidade, os resultados foram abaixo dos esperados. Nestes dois últimos casos, a amamentação exclusiva não passou das primeiras seis semanas.

Conversando sobre este assunto com as adolescentes, percebemos que muitos fatores contribuíam para que a amamentação não fosse exclusiva. Estes variavam desde a mamadeira, presente bastante comum nos chás de bebê, passando pela influência de outras mulheres da casa (mães, avós, sogra, irmãs mais velhas, cunhadas etc), até a distribuição de amostras de leite em pó especial para recém nascidos na comunidade e, pasmem, até em algumas Unidades de Saúde.

Em relação a amamentação, chamava-nos muita atenção a idéia ainda bastante presente, principalmente entre as mães e avós das adolescentes de que o leite materno era fraco. Além disso, como as adolescentes muitas vezes moravam e dependiam, inclusive material e financeiramente, de suas mães, avós ou sogras, era difícil para elas adotarem posições que as contrariassem. Em muito destes casos, as situações de afrontamento não só desequilibrava a relação de favores e trocas que existiam entre as adolescentes e as mulheres mais velhas de sua família (por exemplo, a mãe ou a sogra ficar com a criança para

a adolescente trabalhar, estudar ou sair no final de semana), como também, como pudemos perceber, colocavam em questão uns dos poucos patrimônios que aquelas mulheres possuíam e por meio do qual se identificavam e afirmavam: ter conseguido criar os seus filhos – o produto de seu trabalho, o produto de suas vidas.

Neste sentido, as intervenções que vinham de fora podiam ser altamente desestruturantes para este universo simbólico. Pois, não só tirava daquelas mulheres um saber por meio do qual se reconheciam e se identificavam, como também lhes tirava um lugar social que possuíam na transmissão de determinados conhecimentos entre as gerações.

Isto nos fez perceber porque não seguir muitas vezes as orientações das mulheres mais velhas das famílias era tão conflitivo, chegando, muitas vezes, a ser quase uma ofensa ou um sinal de ingratidão. Perceber isto, nos fez compreender que deveríamos ouvir mais, conversar mais, entender mais, discutir mais e sempre pensar propostas que também considerasse a casa e a família daquelas adolescentes. Começamos, então a conversar que tipos de ações seriam possíveis na casa delas. Para isso, começamos a conversar com as adolescentes o que elas conheciam a respeito da experiência das mulheres mais velhas de sua casa com um determinado tema (por exemplo, em relação à amamentação: as suas mães/avós/sogra amamentaram?; por quanto tempo?; como foi a experiência delas?; alguém as orientou?; como elas se sentiam?; já haviam conversado com elas sobre isto? etc..).

Neste sentido, conversar com as adolescentes sobre um tema, implicava em mais do que lhes dar informações e de realizarmos atividades que as habilitassem para que, se elas desejassem, as realizassem. Este passo era importante, mas percebemos que havia necessidade de trabalharmos também em outra frente: como uma determinada proposta seria aceita na casa da adolescente? Percebemos que se, no ambiente domiciliar, a proposta que havíamos pensado juntos com as adolescentes fosse entendida como algo que ameaçasse o sistema simbólico de lugares e valores, ele não só não seria incorporado como também poderia colocar em ameaça a própria participação das adolescentes no programa.

Em um dado momento do trabalho, tivemos a oportunidade de conversar com as mães das adolescentes. Ao tocamos no tema da amamentação, elas repetiram as mesmas

histórias que já nos eram comentadas pelas adolescentes. Perguntamos se elas haviam amamentado seus filhos e as respostas se dividiam em não terem amamentado ou amamentado por um pequeno período. Além do leite fraco, foram também apresentadas justificativas como terem que trabalhar e temerem que, em sua ausência, a criança acostumada no peito ficasse passando fome por não aceitar a mamadeira. Por fim, o argumento mais forte para uma das mães das adolescentes era: “criei todos os meus filhos assim, inclusive ela (a adolescente que acompanhávamos). Estão todos fortes e já estão até tendo filhos. Então, acho que não deu nada errado, né?”.

Nos contatos com as adolescentes, suas mães e na discussão dos desafios que encontrávamos, fomos também reconhecendo que as decisões sobre o caminho a seguir nem sempre seguem a mesma lógica das “bases evidenciais da ciência” que orientam muitos dos procedimentos profissionais (nada contra). Na vida cotidiana, como vimos acima, muitos outros fatores interferem nas escolhas e aqui, também, não era diferente. Por exemplo, entre um profissional que as adolescentes e suas famílias mal conheciam e que não possuíam muitos vínculos com elas (quando não negativos) e as pessoas de sua família, que as conheciam e que, por pior que fossem os vínculos, as amparavam e sustentavam, não parece ser inteiramente irracional a opção que muitas vezes faziam de seguir, não as orientações dos profissionais (por melhores e mais idôneas que elas fossem), mas de seus conhecidos (por mais questionável que estas, em alguns momentos, também fossem). No limite, as decisões eram tomadas com base nos vínculos de confiança. Em outras palavras: em quem e com quem elas de fato poderiam contar nas horas de suas necessidades.

Para tentar superar este obstáculo, passamos a incentivar as adolescentes para que tentassem conversar sobre estes assuntos com as demais mulheres da casa. Neste sentido, a idéia era de que, a adolescente: a) ao demonstrar interesse em saber como foram as práticas de suas mães/avós/sogra etc., não só valorizassem a experiência que elas tinham, como também, ao serem escutadas, pudessem abrir espaço para se conversar sobre as mudanças de compreensão relacionadas à amamentação. Neste caso, enfatizávamos que se elas optassem em conversar com as pessoas mais velhas de sua família, era importante, antes de dizer, ouvir com atenção e interesse o que elas tinham para dizer, para que pudessemos conversar e assim, se elas quisessem, pensarmos juntos, o que poderia ser feito

em cada situação; b) antecipar cenários que as adolescentes poderiam encontrar no futuro, tanto para que, quando acontecessem, não fosse uma surpresa, como também para pensar se haveria algo que poderia ser antes feito tanto para enfrentar a possível situação, como para evitá-la; c) mesmo que de forma indireta, ao considerar e dialogar as experiências e culturas das demais mulheres da família, estávamos abrindo a possibilidade de que elas, de certa forma, também fossem integradas ao projeto. Esta incorporação, tanto tensionava o que sabíamos e as práticas que tínhamos, como abria também a possibilidade de tensionarmos, por meio deste processo dialógico, algumas práticas familiares e culturais.

Por fim, e não descolado do contexto, estava também a disponibilidade da mãe para a amamentação. Nas conversas com as adolescentes, não apenas buscávamos conhecer o que elas sabiam e pensavam sobre as “técnicas” e o valor da amamentação, para quando necessário, orientá-las, mas, sobretudo, ficávamos atentos e conversávamos sobre a disponibilidade que tinham internamente não só para a amamentação, mas para a maternidade e a criança. Neste sentido, conversávamos muito sobre como ela se sentia ou se imaginava com mãe em diferentes situações: amamentando, brincando com a criança, cuidando do filho etc..

Estas conversas eram sempre muito interessantes e contavam com um grande envolvimento das participantes. Tanto relatando suas percepções como ouvindo e comentando as percepções das colegas. Para nós estas conversas serviam tanto para que elas pudessem falar sobre seus sentimentos e pensamentos, possibilitando outras formas de elaboração, como também para acolher e discutir dúvidas, ansiedades, inseguranças que muitas vezes tinham. Muitas vezes, foi a partir destas conversas que discutimos o desenvolvimento da criança, por exemplo, por que o bebê tem determinada reação, o que era mais ou menos esperado para cada estágio do desenvolvimento, como elas poderiam se preparar (tanto pessoal como instrumentalmente) para cada uma daquelas fases etc..

Aos poucos, este processo foi se transformando em um método para abordarmos diferentes práticas além da amamentação como, por exemplo, o uso dos castigos físicos para o disciplinamento da criança. Sobre este tema, era para nós evidente que apenas falarmos que a criança tinha direito de ser educada sem violência, muito pouco contribuiria para a mudança de algumas práticas de disciplinamento. Este posicionamento ficava ainda

mais claro, conforme íamos conhecendo e nos familiarizando tanto com as adolescentes como com o contexto em que viviam. Em um contexto onde poucos direitos, inclusive o direito a vida, eram de fato assegurados, falar de direitos parecia contrassenso, ainda mais, sobre os direitos da criança. Além disto, era também forte a idéia de que questões relacionadas ao disciplinamento dos filhos eram um “direito” dos pais e não necessariamente da criança.

Conversando com as meninas, pudemos perceber que a maioria delas havia sido castigada fisicamente pelos pais. Também não eram poucos os relatos de como elas muitas vezes se envolviam em disputas físicas (não só entre meninas, mas também com meninos) para tentarem acertar as diferenças nos mais diferentes tipos de conflito. Por fim, havia também a violência, tanto física como simbólica, perpetrada pela ausência e/ou anuência do estado, como por exemplo, no tráfico de drogas, ou pelo próprio estado, como, por exemplo, pela violência policial. Diferentes práticas que, ao seu modo, contribuíam para normalizar a violência.

Assim como na amamentação, o caminho encontrado foi de partirmos da realidade. Começamos a conversar sobre quando elas acham que o castigo era necessário, que tipo de castigo, como elas se sentiam ou se sentiriam castigando o filho etc.. Conversávamos também sobre como elas tinham sido educadas, como elas se sentiam quando eram castigadas, como ficava a relação delas com os pais a partir dos castigos, se ela, a partir da experiência que teve com os castigos, fazia alguma coisa diferente com o filho etc. A partir destes relatos, sempre tentávamos pensar com elas, quais escolhas poderiam ser feitas, as consequências relacionadas às diferentes escolhas, como elas lidariam com os efeitos de tais ações etc..

A discussão deste tema também abriu a possibilidade de conversamos sobre o quanto elas percebiam suas emoções e como geralmente reagiam a elas. Discutíamos o que as deixavam com raiva, como reagiam nestas situações, o que pensavam e sentiam antes e depois das reações, as consequências de terem ou não reagido, se hoje agiriam da mesma maneira, se haveria outras possibilidades de reagirem etc. Conversávamos também se elas percebiam quando estavam ficando com raiva, ansiosas, angustiadas e de como reagiam nestas situações. Neste sentido, pedíamos a elas que lembrassem casos e tentassem se

lembrar como se sentiram o que pensaram e como reagiram ou até mesmo que tentassem perceber, ao longo da semana, suas emoções e reações para conversarmos nos encontros subsequentes.

Esta idéia surgiu em uma das conversas sobre as brigas em que muitas vezes elas se envolviam. Na conversa, uma delas disse que bater era uma forma de “descontar a raiva”. Raiva que, na percepção delas, muitas vezes tinha pouco haver com a situação em si que gerou a briga, mas de várias coisas que iam se acumulando ao longo do tempo e que, naquela situação, explodia. A partir desta idéia começamos a conversar com elas se isto também não poderia acontecer quando se usava o castigo físico como forma de punição à criança. Ou seja, quando pensávamos por este ângulo, a finalidade dos castigos não parecia ser mais “descontar a raiva” que educar? Esta foi a porta de entrada que nos permitiu conversar não só sobre a educação dos filhos, mas também sobre a importância de perceber e se conhecer para educar.

Os relatos das adolescentes também traziam a influência e/ou interferência de outras pessoas da família na educação dos filhos (pais da criança, avós, tios etc) e o quanto estas questões muitas vezes mobilizavam conflitos e tensões. Estas situações sinalizavam-nos que nem sempre havia um acordo sobre como deveria ser a educação da criança. Assim, havia situações onde elas pensavam e procediam de um modo e as demais pessoas da família (principalmente o pai e/ou os avós) de outro. Estas situações geralmente as incomodavam muito, principalmente quando envolvia o uso da punição física.

Pensar com elas formas para enfrentar aquelas situações fora, também para nós, um grande desafio. Por um lado, envolvia desconstruir uma prática bastante arraigada, inclusive na história e na vida das próprias meninas, relacionada ao uso dos castigos físicos. Por outro lado, pensar e propor práticas alternativas se estendia, pelo menos à primeira vista, para além do campo de ação exclusivo das adolescentes, pois elas estavam também inseridas em um contexto onde o uso dos castigos físicos não só não eram compreendidos como violência, mas associado à “educação”

Conforme fomos pensando, tanto como equipe, como também nas conversas que tínhamos sobre este tema com o grupo, fomos encontrando algumas saídas. A maneira como vínhamos abordando o tema com elas parecia lhes fazer sentido. Em um dos grupos, uma das participantes, a mais nova e uma das mais quietas delas, chegou dizendo que precisava contar o que tinha ocorrido com ela naquela semana. Relata que havia ido à Unidade de Saúde para os exames de rotina de seu filho. Lá, o médico que a atendeu, realizou os exames e pesou e mediu a criança, mas não anotou nenhuma informação na Caderneta da Criança.

Tempos atrás, havíamos discutido o que era previsto nestes exames, qual era a finalidade de cada um deles e de que eles eram anotados na Caderneta da Criança para que tanto o profissional como a família pudesse acompanhar se a criança estava se desenvolvendo de acordo com o esperado. Naquela havíamos inclusive enfatizado a importância de que elas levassem a Caderneta da Criança às consultas.

Contudo, naquela consulta de rotina da criança, o médico que a atendera, disse que estava tudo “normal” com o filho dela e, sem fazer anotação alguma, marcou a data de retorno da criança. Ela pergunta então ao médico se ele poderia anotar as medidas da criança na Caderneta da Criança. O médico apenas repete que estava tudo “normal” e que era para ela voltar na data indicada.

Ela pede então que ele pelo menos lhe informasse o peso e as medidas para ela porque ela gostaria de preencher as informações na Caderneta. Conta então, que o médico, demonstrando certa irritação lhe faz a seguinte colocação: “Quem é o médico aqui? Se estou falando que está tudo normal é porque está tudo normal. Tchau!”

Ela conta que nesta hora teve vontade de brigar e xingar o médico, mas que se lembrou das conversas do grupo. Disse então que se controlou e falou para o médico: “O médico aqui é o Senhor, mas está escrito na Caderneta da Criança de que o médico deve anotar aqui as informações do exame. Por isso é que estou pedindo isso para o Sr., que é o médico, não é?”.

Ela conta que, diante de sua resposta, o médico ficou todo desconcertado, depois ele riu e perguntou para ela: “Você quer que eu anote?” e ela respondeu: “Por favor!”, dando-

lhe a Caderneta. Ele fez então as anotações e, antes dela ir embora, brincou com ela lembrando a data da próxima consulta e, caso ele se esquecesse de fazer as anotações na da Caderneta, era para ela lembrá-lo. Ela sorri e diz: “Pode deixa”. Agradece e vai embora.

Ela comenta então que se fosse antes, ela, no mínimo, xingaria o médico. Acha que se fizesse isto não voltaria mais aos atendimentos com medo dele a atender mal ou, o que era ainda pior, maltratar seu filho. Conta que tinha gostado do jeito que havia lidado com a situação e de ter conseguido “ganhar” discutir e ganhar, no argumento, do médico.

Outra saída discutida com elas foi da importância de, se houvesse oportunidade, de conversar sobre estes temas com as demais pessoas da casa sobre estes temas. Para isso, uma das possibilidades seria começar pelas pessoas com quem elas tivessem mais afinidade.

Por outro lado, havia também aquelas pessoas com as quais elas não se sentiam motivadas ou à vontade para ter uma conversa como estas. Nestes casos, como elas conheciam mais ou menos o jeito daquelas pessoas e a maneira como elas lidavam com as outras, elas poderiam, por exemplo, evitar deixar a criança perto delas ou sozinhas com elas. Se elas percebessem que a pessoa estava ficando irritada com as crianças, poderia sair de perto, levando-a para outro ambiente e distraíndo-a com outras coisas etc.

Por fim, discutíamos muito com elas a importância de que elas representassem para as crianças proteção e segurança. Alguém que a criança pudesse confiar e recorrer quando se sentisse ameaçada, insegura ou desprotegida. Neste sentido, o diferencial também se fazia pela maneira como elas agiam e lidavam com os filhos, que poderia ser diferente da maneira como as outras pessoas da família lidavam com ele. Isto as ajudaria a estabelecer uma relação delas com seus filhos que, no mínimo, lhes serviria como vivência de outro modelo de relação.

A experiência em Heliópolis com o grupo das adolescentes ajudou-nos no refinamento das informações que poderíamos trabalhar com as adolescentes como, sobretudo, nos possibilitou conhecer outras dimensões conjunturais e contextuais que, se não considerados, poderiam minar a possibilidade do trabalho.

Percebemos também que era possível estruturar um trabalho que partisse da realidade das meninas. Esta forma de trabalho permitia, por um lado, que o próprio projeto

fosse tensionado, buscando respostas e práticas que dialogassem diretamente com as questões e situações apresentadas e, por outro, permita que se conhecesse e tensionasse a realidade das participantes.

Esta experiência nos mostrou ainda a importância do grupo. Ressalto este aspecto porque inicialmente tínhamos pensado um trabalho que se baseasse exclusivamente nas visitas domiciliares. Contudo, pudemos perceber o quão rico era a troca de experiências e os vínculos de solidariedade que o grupo propiciava àquelas participantes. Entendemos que o grupo, poderia ser, inclusive, uma estratégia que poderia contribuir para outra inserção das adolescentes que, muitas vezes, vivenciavam a gestação e os primeiros anos de vida da criança de forma bastante isolada. O encontro com pares para discutir temas comuns pareceu-nos bastante rico e levou-nos a considerar o grupo como um importante componente para o trabalho com as adolescentes.

Com isso, sentimo-nos seguros para dar mais um passo em nossa construção: as visitas domiciliares.

Terceira Fase: Jardim Ângela - Testar a viabilidade das visitas domiciliares

O grupo com as adolescentes em Heliópolis nos deu segurança em relação ao Guia produzido; reforçou a hipótese de que havia demanda, por parte das adolescentes, para um trabalho que propúnhamos; que era possível realizar um trabalho na própria comunidade; e, sobretudo, nos deu várias pistas para a estruturação de um modo de trabalho.

A oportunidade que tivemos de conhecer aquelas adolescentes e de, algumas vezes, sermos literalmente guiados por elas pelo Heliópolis ajudou-nos a ter outras percepções e compreensões sobre elas (o que era, naquelas condições concretas, ser adolescente, mãe, mulher?), suas vidas (família, amigos, sonhos, frustrações etc.), seus filhos (como, a partir daquelas condições, se dava e como se pensava o desenvolvimento infantil) e da própria comunidade (um lugar vivo e, portanto, complexo, que não se reduz, como muita vezes se faz, a riscos, vulnerabilidades e periculosidades).

A experiência em Heliópolis ajudou-nos também a nos assegurar, enquanto equipe, de que era possível estar e trabalhar na comunidade, sem se sentir ameaçado por aquele contexto e pessoas. As histórias e as conversas com as meninas, assim como com outras pessoas da comunidade, e as discussões e reflexões que realizávamos como equipe, também nos faziam perceber o quão importante era que nossa presença e a nossa “intervenção” também não representassem ameaça para aquela comunidade. Afinal, como em qualquer sistema, o risco e o perigo maior, não está dentro, mas vem de fora. E, naquele caso, quem vinha de fora éramos nós...

Com estas considerações, fomos tentando encontrar outro jeito de intervir, menos impositivo, mas participativo, que levasse em conta o que sabíamos e nossas preocupações, mas que também considerasse o que elas sabiam, sentiam e pensavam assim como suas demandas. Neste caminhar, foi se construindo um caminho...

Percebemos que tínhamos encontrado um caminho. Para ser um pouco mais preciso, uma trilha que até poderia se tornar um caminho, mas ainda assim uma trilha que nos parecia bastante promissora.

Inicialmente, havíamos acordado com as participantes do grupo de Heliópolis que trabalharíamos juntos por um ano. Conforme nos aproximávamos do fim do período estabelecido, começávamos a discutir como deveriam ser os próximos passos. Com o que havíamos aprendido, sentíamos seguros para testar o programa usando a estratégia das visitas domiciliares.

A grande questão que se colocava naquele momento era se faríamos isto em Heliópolis ou em outra região da cidade. Pesavam em favor de Heliópolis o fato de já estarmos ambientados e os diferentes contatos que construímos ao longo do período em que lá estivemos. Por outro lado, havia também a necessidade de se conhecer qual era a maleabilidade do programa como também como seria sua recepção e aceitação em outras áreas e contextos.

Considerando que estávamos ainda em fase de experimentações, decidiu-se por buscar uma outra área onde, por um lado, poderíamos verificar até que ponto o que havíamos aprendido em Heliópolis replicava-se em outros contextos e, por um lado,

poderíamos verificar até que ponto as visitas domiciliares eram, de fato, uma idéia exequível e eficaz. O local escolhido para esta nova etapa do foi o distrito do Jardim Ângela.

O Jardim Ângela concentrava um grande número de adolescentes gestantes e mães, contudo as características do Jardim Ângela, uma região periférica da Zona Sul de São Paulo, o colocava em uma condição bastante diferente das que encontrávamos em Heliópolis.

Heliópolis fica no distrito do Sacomã, uma área residencial predominantemente de classe média a 8 km do centro da cidade. Esta localização privilegiada provê a comunidade de vários equipamentos públicos que facilitam a vida de seus moradores. Por exemplo, em Heliópolis existe, desde as primeiras ocupações nos anos 1970, um hospital público (Sampaio, 1991), enquanto no Jardim Ângela, que começou a ser massivamente ocupado a partir década 1950, tem um hospital público foi inaugurado apenas em 2008. Em relação ao Jardim Ângela, a localização de Heliópolis também a beneficia com uma rede mais diversificada de transporte público, como, por exemplo, o metrô e terminais que a conectam com diferentes pontos da cidade. Outro ponto a ser destacado é o acesso às creches, que era mais amplo e fácil em Heliópolis, Lá o tempo de espera por uma vaga era em torno de 6 meses, enquanto no Jardim Ângela, naquele mesmo período, o prazo médio era entre 1 ano e meio e dois anos.

Assim como em Heliópolis, o NEV/USP já tinha, em virtude de trabalhos anteriores, contatos com um grupo local, a Sociedade Santos Mártires⁵, uma entidade da igreja católica que, há quase três décadas, mobiliza os moradores para discutir e buscar soluções para os problemas locais. A sociedade Santos Mártires abrigava também diversos projetos da prefeitura, entre eles o Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA) e o Serviço de Assistência Social de Atendimentos às Famílias e Proteção Básica no Domicílio (SASF)⁶, com quem fizemos contato para iniciar esta nova fase do projeto.

⁵ <http://www.santosmartires.org.br>

⁶ O SASF é um serviço da rede sócio-assistencial de proteção básica no território que propicia acesso das famílias/indivíduos à rede de proteção social. Este serviço é vinculado ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e, no município de São Paulo é regulamentado pela portaria 46/2010/SMADS. Entre as ações realizadas pelo SASF está o cadastramento das famílias nos programas de transferência de renda, como, por exemplo, o Bolsa Família, e, quando necessário, inserir a família nas redes de proteção social. O SASF é operacionalizado por meio de convênios com Organizações/ Entidades/ Associações da sociedade civil, sem fins lucrativos.

Foi por meio do CEDECA e do SASF que conseguimos entrar em contato com as primeiras adolescentes que seriam visitadas. Para verificar a viabilidade e conhecer a dinâmica das visitas domiciliares decidiu-se que os próprios membros da equipe, que já haviam trabalhado na elaboração do guia e acompanhado o grupo em Heliópolis, atuariam, neste primeiro momento, como visitantes. A finalidade desta vivência era de, prosperando à idéia das visitas, ter elementos que contribuíssem tanto para a capacitação de novos visitantes, como também favorecesse a compreensão e escuta destes visitantes nas supervisões dos visitantes.

Isso acordado entre os membros da equipe, deram-se início às visitas em agosto de 2009 e até junho de 2011, quando começamos a capacitar 3 novas visitantes da própria comunidade, as visitas domiciliares foram majoritariamente realizadas pela própria equipe envolvida no desenvolvimento do projeto. Digo, majoritariamente, porque em outubro de 2009, passou a integrar a equipe, R., a primeira de nossas visitantes da própria comunidade.

À época, R. tinha em torno de 30 anos e era mãe de 3 filhas, tendo a sua primeira filha nascido quando ela ainda era adolescente. R. nasceu no Jardim Ângela e conhecia muito bem a região. Além disso, como ela já havia trabalhado em diferentes projetos sociais da região, ela conhecia muito a comunidade, favorecendo, inclusive, o contato com outras adolescentes que estavam fora do circuito CEDECA e do SASF.

Circulando com a equipe em várias visitas, R. contribuiu muito para localizarmos as adolescentes em um território onde muitas casas não eram identificadas por ruas e números, mas por referências (terceira casa depois do bar que fica na esquina do ponto de ônibus; a casa branca com várias gaiolas de passarinho etc.). R., assim como as adolescentes do grupo de Heliópolis, foi a nossa primeira guia que ajudou-nos a conhecer, reconhecer e sermos reconhecidos no território, papel que posteriormente veio a ser complementado pelas outras visitantes e as adolescentes do projeto.

Para capacitarmos R. para realizar as visitas domiciliares, desenvolvemos um método de capacitação que, sendo posteriormente aperfeiçoado, veio a ser replicado com as demais visitantes que vieram compor a equipe, mas, sobre isto, falaremos mais adiante. R. ficou conosco por um ano e quatro meses, quando, inclusive pela sua experiência com visitas

domiciliares, foi convidada a trabalhar no SASF. Pesou, para sua saída o fato de que, conosco, R. trabalhava como prestadora de serviços e no SASF, ela seria registrada. O que receberia, era até um pouco menos, mas teria os benefícios trabalhistas. A segurança do registro em carteira foi o grande diferencial...

Este fato merece destaque, principalmente pelos objetivos e características do projeto: a promoção do desenvolvimento tanto da criança como da adolescente e as visitas domiciliares. Considerávamos que para qualquer processo de desenvolvimento, certa previsibilidade, estabilidade, regularidade e consistência eram fundamentais. Neste sentido, eram duas as nossas preocupações relacionadas às visitas: o perfil da visitadora, que implicava em um criterioso processo de seleção, e das condições materiais e de trabalho que permitissem, na medida do possível, manter a equipe com o mínimo de trocas possíveis.

Estes aspectos se faziam ainda mais capitais conforme conhecíamos as histórias e a realidade daquelas adolescentes. Uma realidade marcada pela falta de regularidade e incertezas, tanto pela precária garantia do direito à vida como também a precária garantia das relações (por exemplo, as constantes ausências e trocas de professores, assim como as trocas dos agentes comunitários de saúde, psicólogos, enfermeiros e médicos, dos visitantes dos programas de assistência social etc.).

A história de L., uma das primeiras adolescentes que acompanhamos no Jardim Ângela, é também exemplar neste sentido. Quando conhecemos L., ela já era mãe de um bebê recém-nascido. Estava sendo atendida pela psicóloga do CEDECA porque estava “deprimida”. O marido de L. havia sido assassinado quando ela estava no 8º mês de gestação.

L. e o marido já moravam juntos a mais de um ano quando ela engravidou. Ela decidiu ir morar junto com o marido, quando ele arrumou um emprego em Cotia e, em virtude disso, iria se mudar do Jardim Ângela para aquela cidade. Quando o marido falece, L. é obrigada a devolver a casa alugada em que estavam e voltar para o Jardim Ângela.

No Jardim Ângela, L. morava na casa de sua avó, que entre tios e sobrinhos reunia aproximadamente umas 20 pessoas. A avó, com sua aposentadoria, sustentava a maior parte destas pessoas. Em uma das conversas com as visitadoras, L. diz que costumava ser

considerada a rebelde da casa e, algumas vezes, na própria visita, observava-se que costumavam se dirigir a ela de forma muito negativa e crítica.

Pelo que L. conta, ter saído da casa da avó para morar com o marido foi, tanto para ela como para as demais pessoas da casa, um grande alívio. L. conta também que foi muito ruim ter que voltar, depois da morte do marido, para aquela casa. Ainda mais grávida, o que representaria um gasto a mais para os poucos recursos da família.

Apesar de L. ter mãe e ter contato com ela, ela foi criada por sua avó materna, diferentemente do que ocorreu com alguns de seus irmãos. Durante as visitas, ela deixava claro o quanto ela se ressentia por ter sido “abandonada” pela mãe.

Acompanhamos L. por aproximadamente 2 anos. Neste período, os atendimentos psicológicos prestados pelo CEDECA, o único serviço que disponibilizava este tipo de atendimento para a população da região, foi várias vezes interrompido pela saída dos profissionais, que nem sempre podiam ser rapidamente substituídos. Em aproximadamente 1 ano de acompanhamento psicológico, L. passou por 4 psicólogos diferentes, até que desistiu dos atendimentos.

A história de L. nos chamou muito a atenção para a necessidade de que o acompanhamento que propúnhamos por meio do projeto fosse o mais regular e estável possível. Além de evitarmos ao máximo, a troca do visitador, tentávamos sempre: a) manter as visitas sempre nos mesmos dias e horários; b) avisar antecipadamente quando, por algum motivo, não pudéssemos realizar as visitas; c) conversar antes e ouvir sugestões das adolescentes sobre qualquer mudança que estivéssemos pensando em relação ao que havia sido combinado.

Ao longo do tempo, fomos percebendo que esta postura contribuía tanto para organização das próprias adolescentes, como também as ajudavam a desenvolver a estabilidade, previsibilidade, regularidade e consistência que tanto enfatizávamos como aspectos fundamentais para o desenvolvimento infantil. Apropriação que se fazia fundamentalmente na relação que, tanto elas como nós, estabelecíamos com o trabalho.

Neste mesmo sentido, outra preocupação que tínhamos em relação a manter a equipe com o mínimo de trocas possíveis estava relacionada ao modelo de trabalho adotado: as

visitas domiciliares. Se, por um lado, irmos a casa favorecia o encontro com as adolescentes e seus filhos, por outro, abrir a casa para receber semanalmente um visitador, implicava em tipo de abordagem que fosse o menos invasivo possível, como também fosse baseado na confiança. Relações que não se constroem de uma hora para outra e nem se transferem para outro visitador com a sua troca.

Estávamos cientes de que, algumas vezes, a substituição de um visitador poderia ser inevitável. A nossa preocupação era encontrar formas que estas situações fossem sempre exceção e não regra. A idéia original de se capacitar e trabalhar com visitadoras da própria comunidade tinha, entre outros objetivos, reduzir as constantes trocas destas profissionais. Neste sentido, parte da solução passava também pelo pagamento de um valor que fosse tanto atrativo como motivador para a permanência no trabalho.

Por quaser dois anos, a equipe que estava trabalhando diretamente no desenvolvimento do projeto, acompanhou adolescentes no Jardim Ângela. Esta experiência tanto reforçou ainda mais a perspectiva de trabalharmos, por um lado, de uma escuta atenta da adolescente e, por outro nos indicava a necessidade de cada vez mais tentarmos pensar junto com a adolescente partindo sempre da sua realidade.

Uma das adolescentes que acompanhamos neste período era A. Quando a conhecemos ela estava no último mês de gestação e, passada algumas semanas de acompanhamento, ela deu a luz a um menino.

A. era bastante falante e comunicativa. Ela foi encaminhada pelo SASF e o primeiro encontro ocorreu na própria sociedade Santos Mártires. Naquela primeira conversa, ela nos conta que inicialmente, não queria ter o filho e que havia pensado em abortar ou dá-lo assim que nascesse. Contudo, conforme a gestação foi evoluindo, A. começou a aceitar melhor a idéia de estar grávida e de ser mãe. Conta que se lembrou de uma prima que havia dado o filho para outra pessoa criar e que depois de alguns anos havia se arrependido, querendo o filho de volta e o quanto sofria por ter dado o filho. Diz que aquela lembrança fez com que ela decidisse ficar com o filho.

Em uma das visitas, quando conversávamos sobre o nome da criança, quem havia escolhido etc., tocou-se no assunto relativo ao pai da criança. Ela conta que ele estava preso

e que o pai dela se incomodava muito com isso, pois não queria que o seu neto tivesse sobrenome de “bandido”. O bebê nasce e ela o registra sem o nome do pai.

As visitas continuam e um dia, A. mostra à visitadora algumas roupas e fraldas que tinham sido enviadas pelo pai da criança por meio de seus familiares. Comenta ainda que ele havia pedido para avisar que sairia logo e que, assim que saísse, iria ver e reconhecê-lo no Cartório. A. conta que o pai dela não havia gostado muito disso e que não queria lhe ver andando com ele. Elas conversam um pouco sobre isto e a visitadora retoma o tema do Registro de Nascimento, reforçando a importância do nome do pai no registro e de que isto era um direito, tanto da criança como do próprio pai.

Contudo, depois daquela visita, não conseguimos mais encontrar a adolescente. Sempre que chagávamos a casa dela, o pai (avó da criança) vinha receber a visitadora e dizendo que ela não estava ou que estava dormindo. Perguntávamos se a criança estava bem ele respondia que sim, e pedíamos para avisar que voltaríamos na próxima semana. Depois de umas três ou quatro tentativas, ele nos recebeu e nos disse que ela havia pedido para avisar que começaria a trabalhar e que, portanto, não poderia mais receber as visitas.

Não sabemos o que de fato aconteceu, mas consideramos a hipótese de que o pai da adolescente tenha ficado sabendo de nossa insistência em relação ao nome do pai no Registro da criança e não tenha gostado, pois a informação que dávamos era contrária ao posicionamento que tinha.

Discutindo este caso, avaliamos que por mais que as informações dadas fossem corretas e estivessem em total acordo com os objetivos do trabalho, promover o direito da criança, privilegiá-lo, naquele momento, sem darmos a devida importância aos conflitos de fundo que levavam àquele posicionamento, não só não contribuíram em nada para que tal objetivo fosse atingido, como também parece ter nos fechado as portas para que aquele, assim como outros temas, pudesse vir a ser, em algum momento, trabalhado.

A insistência em relação ao nome do pai no registro da criança não era, naquele momento, fortuita. Ela reverberava uma preocupação que tínhamos com a avaliação do projeto. Como mencionamos anteriormente, em paralelo ao desenvolvimento de um método de acompanhamento às adolescentes gestantes e mães, havia outra equipe

trabalhando na criação de um processo de avaliação do programa e, em relação aos direitos da criança, um dos indicadores pensados para avaliar a efetividade da “intervenção” era o nome do pai na Certidão de Nascimento da criança.

Naquele momento, a equipe de avaliação, preocupada em criar formas que medissem não só os resultados do projeto, mas dos diferentes processos. Estes últimos eram muitas vezes cartesianamente pensados como objetivos, métodos e resultados. No exemplo, dado acima, esta equação era mais ou menos assim pensada: objetivo: nome do pai na Certidão de Nascimento da criança; método: informar a mãe e verificar com ela se conseguiu efetivar este direito da criança. Caso não houvesse conseguido, localizar onde estava o obstáculo e buscar formas que contribuíssem para sua efetivação; resultado: nome do pai na Certidão da criança.

Contudo, a realidade foi se mostrando muito mais complexa. Nela, o que limita ou impede uma determinada ação nem sempre está relacionado, como muitas vezes se supúnhamos, ao acesso à informação. O caso de A., deixava muito claro isso. Naquele caso, a informação não só foi de pouca valia (pelo menos naquele momento), como também parece ter tocado em um ponto que, naquela ocasião, era extremamente sensível àquela família. Aparentemente, aquele ponto poderia até estar relacionado à Certidão de Nascimento da criança, mas que não se reduzia a ela.

O ponto sensível ali era o pai da criança e sua aceitação, principalmente, pelo pai da adolescente. Complexos de Édipo à parte, este era o emergente da visita e não a Certidão de Nascimento. Não quero dizer com isso, que o direito da criança em conhecer sua história e saber que são seus pais tem de ser relativizado pelas peculiaridades contextuais. O que se quer enfatizar é que, se estas particularidades contextuais também não forem consideradas, elas também podem não só se alinhar entre os obstáculos para a efetivação dos direitos, como ocorreu no caso de A., como também podem, principalmente quando caem na chave normativa, potencializar conflitos.

O caso de A., nos fez repensar não só nossas estratégias como também o próprio alcance da avaliação. Em casos como estes, o nome do pai no registro pode também ser o resultado de um processo que pode ser mensurado no Registro inicial ou no final do projeto. Pois, enquanto processo muitas vezes exige outras assimilações e elaborações que não

dependem exclusivamente das informações e muito menos do desejo daqueles que executam o projeto.

Estas questões ficam ainda mais evidentes conforme o número de acompanhamentos aumentava. Outra situação que reforça o argumento sobre o quanto a realidade é complexa e que nem sempre é possível agir, como gostariam os avaliadores, a partir de protocolo padrão de atendimento é o caso de B.

B. também estava entre as primeiras adolescentes que acompanhamos no Jardim Ângela e assim como L., também nos foi encaminhada pelo CEDECA. Quando a conhecemos, ela estava acompanhada da mãe e de sua filha que, na época, era recém-nascida. O primeiro encontro ocorreu na própria Sociedade Santos Mártires.

Naquele encontro, B. se mostrava bastante tímida. Falava pouco e somente quando a ela era dirigida alguma pergunta. Mas, na casa, durante as visitas, B. se mostrava um pouco mais solta e falante. Contudo, naquele primeiro encontro, quem mais falou foi a mãe de B. na conversa, ela nos conta que assim que descobriu a gravidez de B., foi falar com o pai da criança. Ela conta que o pai da filha de B., disse-lhe que até poderia ajudar com alguma coisa para a filha, mas que não registraria a filha em nome dele.

A mãe de B., que na época estudava direito, disse-lhe que registrar a criança não era um favor que ele faria a filha, mas uma obrigação que deveria cumprir. Diz ainda que a responsabilidade dele ainda era maior por ele ser maior de idade e a filha dela ser ainda adolescente (14 anos). Segundo a mãe de B., ele então a responde dizendo que sabia de tudo isso, mas que mesmo assim não registraria a filha. A mãe de B., conta ainda que o pai da criança era bastante conhecido no bairro onde ela morava e que era envolvido com o tráfico de drogas. Assim, conta ela, que além de se negar a registrar a criança ainda as ameaçou dizendo: “a Sra. sabe que eu sou procurado pela polícia. Se vocês forem atrás de exame de DNA, podem me complicar e aí as coisas podem ficar ruins para vocês também”.

Diante esta postura, a mãe de B. disse que lhe expulsou de sua casa e disse que ele não precisava ajudar com nada e, quando a criança nascesse, nem precisava vir conhecê-la. Ela conta então, que quando nasceu sua neta, a decisão foi de registrá-la não em nome da filha e sem o nome do pai, mas no nome dela e de seu marido.

Neste caso, tecnicamente, a criança tinha o nome do pai na Certidão de Nascimento, embora, aquele não era o seu pai biológico. Nas visitas, observa-se que o papel de mãe era delegado a B. e de avó a mãe de B., portanto a criança sabia quem era sua mãe a avós. Percebia-se também que o Registro de Nascimento da criança não era, para elas, um problema.

Naquele contexto, a decisão de registrar a criança em nome dos avós, não se deu pela falta de informação. Insistir naquele assunto, não só poderia ser invasivo, como também poderia fugir do que havíamos contratado com elas (não éramos representantes da justiça, mas visitantes que se propunham ajudá-las, por um lado, a acessar direitos para elas e seus filhos e, por outro, a compreenderem como se dava o desenvolvimento infantil e o que elas poderiam fazer para contribuir com o desenvolvimento de seu filho), rompendo com o vínculo confiança que, para nós, era elemento fundamental para os objetivos deste trabalho.

A discussão destes casos foi nos ajudando a ponderar que uma coisa era o direito à informação (este era um dos objetivos do projeto e era um dos temas a serem destacados durante as visitas). Outra coisa era fazer da informação uma obrigação. Postura que, no limite, viola a própria noção de direito. A noção de direito implica, por um lado em informar, garantir acesso e prestar os atendimentos garantidos, mas também assegura o direito da pessoa não querer ou se recusar em acessar direitos que são a elas garantidos.

Passamos então a ser mais cuidadosos nos vários outros casos em que as expectativas que tínhamos, às vezes pelos próprios objetivos do projeto, se movimentavam para um lado e as expectativas da visitada se movia para outro. Nestes casos, passamos a nos preocupar muito mais a tentar conhecer e entender as motivações daquele movimento, do que simplesmente reforçarmos a importância do que estávamos falando. Com esta postura, percebíamos que se abria a oportunidade de, sem ser invasivo, apresentar a informação que trazíamos como uma possibilidade entre outras e de ponderarmos, para cada uma delas, as diferentes vantagens e consequências das decisões tomadas. Assim como fazíamos no próprio desenvolvimento do projeto, abríamos também a possibilidade de que, nas próprias visitas, decisões tomadas por nós e/ou adolescentes pudessem ser, em diferentes momentos, conversadas, refletidas e reconsideradas.

A partir destas considerações, tentamos assumir a seguinte postura: estávamos sempre interessados em conhecer e conversar sobre as decisões de nossas participantes e, o que fosse por elas decidido, seria sempre respeitado, mesmo quando não concordássemos. Este posicionamento deixava sempre aberta a possibilidade tanto de elas contarem os diferentes desdobramentos de sua decisão, como também deixava-nos a porta aberta para que nós, no acompanhamento das decisões, as perguntássemos. Com isso, surgia sempre a oportunidade de se conversar e pensar novamente sobre os caminhos escolhidos.

Novamente aqui, as reuniões de equipe para discutir os casos se mostravam fundamentais. Tanto para, ao sermos ouvidos, ajudarmos a perceber aspectos que não havíamos percebido e pensar juntos outras estratégias para abordar aquele mesmo assunto, mas também para nos ajudar a lidar com as expectativas, frustrações, alegrias e surpresas do processo. Naquele momento, as reuniões para discussão de casos passaram de uma para duas vezes na semana, sendo uma realizada no NEV/USP, onde estávamos a maior parte do tempo, e outra, no Jardim Ângela, em uma de suas salas disponibilizadas pela Sociedade Santos Mártires.

A idéia de realizamos uma de nossas reuniões na organização que nos acolhia foi também, em parte, formatada pela experiência que tivemos em Heliópolis. Percebíamos que a nossa presença regular na instituição era uma via de mão dupla, por um lado, permitia-nos ver e conhecer a comunidade, facilitando e legitimando muito dos contatos que inicialmente fazíamos, por outro lado, não só nós, mas o projeto também se tornava mais visto e conhecido.

No Jardim Ângela, esta presença foi fundamental para desfazer uma preocupação que ouvimos em diversos locais em que estivemos para divulgar o projeto: a preocupação com a “pesquisa”. Nos contatos que tivemos com algumas ONGs, serviços e lideranças comunitárias, percebíamos, de diferentes formas, certa desconfiança e resistência não à nossa presença, mas à presença da instituição que representávamos: a universidade. Uma das pessoas com quem conversamos verbalizou esta questão da seguinte forma: “as pessoas

daqui já estão cheias de participarem de pesquisas que, no fim, não melhoram em nada a vida delas”⁷.

Ainda a este respeito, ser parte de um grupo que se chamava Núcleo de Estudos da Violência criava ainda mais ruídos. A associação de que estaríamos lá para “estudar” a violência entre aquelas pessoas foi, muitas vezes, direta. Até esclarecermos que não era essa a idéia, tivemos que lidar com muitas portas fechadas ou indicações bastante enviesadas, como por exemplo, “tal menina é bastante agressiva, poderia ser interessante para o estudo de vocês”.

Neste sentido, o contato inicialmente uma vez por semana e, posteriormente, pelo menos uma três vezes por semana com a comunidade foi fundamental tanto para esclarecermos quais eram os objetivos de nosso trabalho como também para estabelecer e fortalecer os vínculos de confiança, tanto com a instituição que nos acolhia como também com os diferentes grupos e projetos da região.

A partir da experiência que tivemos em Heliópolis, decidimos que além das visitas domiciliares semanais seria também oferecido um encontro em grupo por mês para que todas as participantes pudessem se encontrar, conhecer e trocar experiências. Assim, cada participante teria, por mês, três visitas e participaria de um grupo.

A adesão ao projeto era voluntária, respeitando sempre a decisão da adolescente. Esta fase do projeto se estendeu de agosto de 2009 a maio de 2011. Neste período, 29 adolescentes haviam concordado em participar do projeto.

Onze delas permaneceram conosco entre 1 e 5 meses. Neste período, uma visitadora foi à casa de cada adolescente deste grupo, em média, entre 3 vezes por mês. Contudo, o número de encontros que de fato se efetivaram não passaram de 2.

Destas 11 adolescentes: 4, perdemos totalmente o contato. A maioria destas quatro recebeu 1 visita em 9 nove contatos; 4, conseguimos contatar ou entraram em contato conosco e informaram que haviam deixado projeto porque haviam se mudado ou estavam

⁷ Entre as décadas de 1980 e 1990, as taxas de homicídio no Jardim Ângela cresceram vertiginosamente, atraindo para a região a atenção da mídia, das universidades e de alguns projetos sociais.

de mudança; 3, receberam as visitas iniciais e decidiram não participar do projeto. As razões apresentadas para não participarem foram: afazeres domésticos e a escola; construção da casa; e sair muito, o que dificultava encontrá-la em casa.

Para seis delas o acompanhamento foi realizado entre 4 e 6 meses. A maioria das adolescentes deste grupo foram acompanhadas por 4 meses e todas deixaram o projeto por terem começado a trabalhar. Contudo, uma delas voltou ao projeto quando deixou o trabalho para ganhar o bebê.

Por fim, 12 foram acompanhadas entre 8 e 28 meses: 3, entre 8 e 11 meses; 4, entre 11 e 23 meses; e 5 por mais de 24 meses. Considerando ainda este grupo de 12 adolescentes: Para 7 delas, o acompanhamento se encerrou porque a criança completou 2 anos, atingindo a idade limite do programa; 3 delas saíram porque começaram trabalhar; 1 deixou o programa porque houve troca da visitadora; e 1 ainda está sendo atendida.

Não “desistir” de realizar as visitas por não ter encontrado as adolescentes, se mostrou fundamental. Principalmente nos primeiros meses de trabalho, era frequente combinarmos a visita, mas não encontrarmos a adolescente. Até compreendermos o que mais ou menos acontecia, esta situação nos incomodou bastante.

A este respeito, dois elementos nos chamavam atenção. Quando conseguíamos retomar o contato, verificávamos se ainda havia o interesse em receber as visitas. A maioria dizia que sim. Nestes encontros, geralmente dizíamos que as havíamos procurado nas últimas semanas e que não as tínhamos encontrado e verificávamos com ela se o dia e horário combinado eram os melhores para elas, o que geralmente era confirmado. Além disto, chamava-nos atenção, o motivo que elas apresentavam para este desencontro: “esquecimento”.

Em algumas situações, ao chegar para visita, percebíamos, pela surpresa em nos ver, que de fato, elas muitas vezes se esqueciam das visitas. Algumas até comentavam que tinham esquecido e, por isso, tinham saído, ou até mesmo, “nossa, que dia é hoje? Já é o dia da visita? Eu tinha esquecido que você viria hoje!”

O que intrigava nesta situação era a recorrência do “esquecimento” entre as diferentes meninas. O acompanhamento daquelas meninas também nos foi chamando atenção que o

“esquecimento” não acontecia só conosco. Recorriam também em outras diferentes situações como, por exemplo, exames médicos, que muitas vezes perdiam, e aos remédios como, antibióticos e anticoncepcionais, que muitas vezes eram esquecidos ou tomados sem respeitar a regularidade de dias e horário exigida por estes medicamentos.

A falta de certa localização temporal (não saber ou se confundir em relação aos dias da semana e horas) era um aspecto que nos chamava os chamava muito a atenção entre as aquelas nossas acompanhadas. A discussão desta situação nos fez perceber que, em parte, isto poderia ser atribuído à falta de rotina que elas tinham. Em outras palavras, como elas não iam para escola e não trabalhavam, não tinham tanta necessidade de saber que dia ou que horas eram.

Ainda sobre este tema, outro aspecto que também nos chamava muito atenção, era o “abandono” em que muitas vezes aquelas adolescentes viviam. Abandono, não era material ou físico, mas relacional, de convivência e contato. Conforme íamos conhecendo as histórias daquelas meninas, percebíamos o quanto, desde cedo, eram à elas delegadas certas responsabilidades como acordar sozinha para ir para à escola, decidir o que preparar para o almoço e que horas almoçar, decidir que horas iria dormir e, em relação à escola, se queria ou não continuar estudando.

A maneira como elas deixam de frequentar a escola é, neste aspecto, não só exemplar, mas representativa. Conversamos muito sobre este assunto com nossas acompanhadas. O que a maioria delas conta é que esta decisão geralmente era delas: “comecei a faltar, até que um dia parei de ir de vez para escola”. Ao serem perguntadas se os pais delas não se incomodavam delas terem parado de estudar, elas muitas vezes respondiam que não. Chamava também atenção a postura da escola que, muitas vezes, nem percebia que elas haviam abandonado a escola. Ouvimos alguns relatos em que as meninas haviam deixado de ir à escola no início do segundo semestre, retornando apenas no final do ano e, pasmem, sem fazer muitas provas e trabalhos, eram aprovadas. Quando conversávamos como elas imaginavam que lidariam com esta situação em relação aos seus filhos, muitas respondiam que era ele quem deveria decidir se queria continuar ou não estudando.

O contato com aquelas adolescentes por meio das visitas, também nos mostravam que elas, muitas vezes tinham pouco contato com adultos que, ao menos em tese, poderiam

contribuir com o estabelecimento de certa rotina àquelas adolescentes. Pode-se retomar aqui algo que já dissemos anteriormente, a adolescente é um sujeito em desenvolvimento e, enquanto tal, precisa também do adulto para que este desenvolvimento ocorra.

Contudo, nas visitas, muitas poucas vezes encontrávamos adultos em suas casas. Na maioria das vezes, estavam trabalhando e a casa, assim como o cuidado das crianças menores, ficava sobre a responsabilidade das adolescentes. Muitas delas contam que viam as mães, apenas no final do dia e nos finais de semana. Isto porque, nos dias de semana, as mães costumavam sair para trabalhar ainda de madrugada, deixando as adolescentes muitas vezes dormindo. Contam ainda que, no final do dia, o contato com a mãe era geralmente breve, principalmente porque ela geralmente chegava tarde e cansada do trabalho, indo dormir cedo para conseguir levantar no horário no dia seguinte.

A maneira como as meninas lidavam com a rotina era, para nós, uma questão de muita preocupação, tanto pela importância dela para o desenvolvimento infantil como para garantir que a adolescente, nos cuidados de seu filho, não perdesse os exames, as vacinas, administrasse os medicamentos de acordo com o que era prescrito etc..

Neste sentido, a regularidade das visitas, procurando manter o máximo possível, o mesmo dia, horário e visitador, parecia contribuir, em muitos casos, para demarcar o tempo (por exemplo, a consulta será dois dias depois da visita etc.) e estabelecer certa rotina para as acompanhadas. Além disto, a presença do visitador, um adulto que, semanalmente, procurava saber dela e da criança, conversando, entre outros assuntos, sobre as rotinas tanto da criança como dela (por um lado, consultas, exames, medicamentos, compromissos agendados etc., por outro, as rotinas da criança – organização do dia, alimentação, sono, brincadeiras, limites etc.) contribuía para a organização de muitas delas. Percebíamos isto, tanto pela maior adesão às visitas, algumas delas até mesmo nos ligando para avisar quando, por algum imprevisto, não estariam em casa no horário das visitas, como também pela maior assiduidade nos exames, vacinações etc..

Em parte, o conhecimento destas questões foi possível por não termos “desistido” de encontrar a adolescente nas visitas. Isto implicava em termos de lidar com a frustração (e, às vezes até mesmo a raiva), de termos preparado a visita, disponibilizado o tempo e andando (e como se anda) até a casa da visitada para não encontrá-la (o que também significava ter

que ficar, muitas vezes, perambulando pela rua até dar o horário da próxima visita). Aqui, mais uma vez, as reuniões semanais entre a equipe, onde estes aspectos também eram considerados e discutidos foram fundamentais.

Outro aspecto que nos chamava também atenção foram os atendimentos que não puderam ser realizados em virtude das mudanças das adolescentes. Dos quatro casos decorrentes desta situação, dois a mudança era para outro estado ou para uma região fora da área em que atuávamos no Jardim Ângela, o que acabava inviabilizando os acompanhamentos.

Outro caso de mudança, foi de M. que saiu da casa da avó paterna da criança, que não se incomodava em receber as visitas em sua casa, para a casa de sua sogra. Depois da mudança, a avó paterna, que tinha contato conosco, passou-nos o contato telefônico da casa onde M. estava. Todas as tentativas de contato foram sem sucesso. Meses depois da mudança, a M. compareceu em um dos grupos mensais e nos diz que ainda estava na casa de sua sogra. Contamos que, desde que ela havia se mudado, estávamos tentando falar com ela, mas que não havíamos conseguido. Ela nos diz que isso acontecia porque o telefone ficava no quarto da sogra, que era trancado sempre que a ela saía para trabalhar.

Perguntamos se poderíamos encontrá-la na casa em que estava. M. responde que até gostaria de receber as visitas, mas não se sentia a vontade de nos receber em uma casa que não era dela. Além disso, ela disse que na casa em que estava, ela tinha muito trabalho, pois além de cuidar da filha tinha cuidar da limpeza da casa, fazer as refeições e lavar e passar a roupas de todos. Atividades que lhe tomavam quase o dia todo.

Aquela situação nos fez pensar que, em algumas situações, as visitas na casa poderiam ser um obstáculo para a participação das adolescentes. A alternativa então pensada foi de também oferecermos atendimentos fora do espaço domiciliar para aquelas adolescentes que queriam participar do projeto, mas que não se sentiam a vontade de ser atendida na casa. Esta possibilidade também foi estendida para aquelas adolescentes que se dispunham a receber visitas em casa, mas que, em determinados momentos ou para falar de determinados assuntos, se sentiam mais a vontade em um espaço externo à casa.

Contudo, esta solução não serviu para M.. Isto porque a sogra, temendo que ela não desse conta da rotina de serviços domiciliares, não a liberava para sair, uma vez por semana, para se encontrar conosco. Perguntamos a adolescente, se ela gostaria que intercedêssemos por ela, tanto com a avó, com quem morava antes, como diretamente com sua sogra. Ela disse que não, isto porque já estava de “favor” na casa da sogra e se ela a colocasse para fora com sua filha, não teria muito para onde ir.

O último dos quatro casos em que o acompanhamento também foi interrompido por mudança, a adolescente também morava com a família do marido. Ela participou de um grupo e estava agendado para ela receber uma visita. No dia combinado para a visita, ela ligou bastante preocupada e informa que não poderia receber a visita naquele dia, porque estava havendo uma confusão em sua casa.

Como ela parecia bastante angustiada, foi-lhe perguntado se ela não gostaria de encontrar com o visitador algum outro lugar para conversar um pouco. Ela aceitou a proposta e marcou de nos encontrar em uma padaria, perto de sua casa. No horário combinado, ela estava lá com sua filha.

Ela conta então que morava na casa dos pais do marido e que, naquele dia, o marido havia emprestado uma moto e que a havia batido. O dono da moto não gostou da notícia, indo a casa dela para tirar satisfação com o marido sobre o ocorrido.

Naquele encontro, conversou-se um pouco sobre aquela situação, sobre sua gestação e sua filha. No final da conversa, ela informa que iria mudar para uma casa só para ela, o marido e suas filhas. Informa que assim que mudasse, passaria o endereço, o que nunca ocorreu. Foram tentados diversos contatos telefônicos, mas todos sem sucesso.

Para os casos em que a interrupção se deu porque as adolescentes começaram a trabalhar, a solução pensada foi oferecer horários alternativos para as visitas como a noite ou nos finais de semana. Neste sentido, definiu-se que para a seleção das futuras visitadoras, um dos critérios seria a disponibilidade para realizar os acompanhamentos em horários alternativos, como inícios de noite e finais de semana.

Entre as adolescentes em que o acompanhamento foi mais regular e longo (mais de 8 meses) houve, conforme a criança atingia a idade limite do programa, o interesse de

muitas delas de continuarem tendo algum tipo de contato com o projeto. Diante esta demanda, pensou-se em oferecer a elas a possibilidade de continuarem participando dos grupos mensais. Das sete adolescentes que se enquadravam nestas condições, seis aderiram à proposta e continuaram frequentando os grupos.

A experiência acumulada ao longo de todo este processo ajudou-nos a definir a estrutura do programa e deixa-nos seguros para iniciar a atual fase de pré-testar o programa, ampliando, por um lado, o número de adolescentes atendidas, e, por outro, integrando à equipe as visitadoras da comunidade. A seguir, apresentaremos como o programa Infância Saudável ficou definido.

2.2. A Estrutura do Programa

2.2.1. Objetivos

- a) Colaborar para ampliar o acesso a direitos;
- b) Contribuir para promover uma gestação saudável;
- c) Contribuir para um vínculo positivo entre mãe e criança (*parenting*);
- d) Colaborar com o desenvolvimento saudável da criança nos dois primeiros anos de vida;
- e) Colaborar para que a criança tenha estimulação necessária e adequada para seu desenvolvimento;
- f) Contribuir para educação não violenta da criança.

2.2.2. Participantes

Adolescentes, entre 15 e 20 anos, gestantes e mães de crianças até 1 ano de idade, moradoras da comunidade.

2.2.3. Equipe do Programa

A equipe do programa é composta pelas visitadoras, supervisores e a coordenação do programa.

Visitadoras

O programa Infância saudável trabalha com visitadoras, selecionadas pela equipe do programa, entre as mulheres da própria comunidade onde o programa é desenvolvido. A opção em se trabalhar com visitadoras da própria comunidade se deu, entre outros fatores

por: tornar o programa economicamente viável; diminuir a rotatividade entre os visitantes; facilitar o conhecimento e a circulação pelo território; formar pessoas que pudessem se transformar em referências locais, contribuindo para a multiplicação e disseminação do conteúdo desenvolvido e aprendido.

Por outro lado, a opção por trabalhar com visitantes da comunidade implica em um processo cuidadoso de seleção, capacitação e supervisão. Para tanto, alguns critérios foram estabelecidos para compor o grupo:

- **Perfil das visitantes:** mulheres, moradoras da comunidade, maiores de 30 anos, mães e com ensino médio completo.

A opção por pessoas do sexo feminino se deu, em grande parte, pela natureza do trabalho, a visita, e a principal pessoa com quem o programa trabalha: as adolescentes. Quando começamos discutir o perfil das visitantes que selecionaríamos, uma das questões discutidas era se abriríamos ou não a seleção para visitantes do sexo masculino. Baseando-se, inclusive, na própria experiência da equipe que atuava no desenvolvimento do programa, que a época era quem realizava as visitas, ponderou-se que um visitante do sexo masculino poderia ser um obstáculo para o aceite e a adesão da adolescente às visitas. Por exemplo, algumas famílias, namorados ou companheiros poderiam se incomodar que a adolescente recebesse semanalmente um visitante em casa, impedindo ou dificultando a participação dela no programa.

Para favorecer tanto a identificação das adolescentes com as visitantes como também certa diferenciação, estabeleceu-se que as visitantes deveriam ser também mães e maiores de 30 anos. O fato da visitante assim como a atendida compartilharem experiências semelhantes (serem mãe no Jardim Ângela) poderia favorecer a compreensão mútua e ajudar no pensar de estratégias que fossem mais factíveis para a realidade naquele contexto.

Por outro lado, a diferença de idade e de papéis, aliada ao modo de trabalho proposto (dialógico, centrado na pessoa e em sua realidade), poderia servir à adolescente como uma

referência de atenção e cuidado por parte de pessoas com maior tempo de vida que ela. Figura, aqui, representada pela visitadora.

Neste sentido, se a adolescente atendida possuísse um histórico de atenção e cuidado que se sustentava ao longo do tempo, a vivência propiciada a partir da relação que se estabelecida com a visitadora, não só poderia dar continuidade a este histórico, reforçando-o, como também aumentava a possibilidade desta referência ser replicada e sustentada pela mãe na relação que estabelece com o seu filho(a).

Por outro lado, caso não seja esta a experiência da adolescente acompanhada, a relação vivenciada entre ela e a visitadora pode lhe servir como um modelo de atenção e cuidado. Diante desta vivência, outras experiências podem ser confrontadas e questionadas, criando a possibilidade dela instituir um padrão que se diferencie do que teve, na relação que estabelece com o seu filho(a).

Como este trabalho de visitação tem como um de seus principais lastros operativos a relação entre visitadora e visitada, a seleção, assim como a capacitação e a supervisão das visitadoras são de suma importância para o andamento do trabalho:

- **Capacitação das visitadoras:** as visitadoras são capacitadas por meio de:
 - *Capacitação inicial:* onde se apresenta e discute os objetivos, a estrutura e o modo de trabalho do programa. Para discutir os temas transversais ao programa (adolescência, maternidade, desenvolvimento infantil e acesso a direitos), utiliza-se o mesmo modo de trabalho utilizado nas visitas: o processo dialógico, centrado na pessoa e em sua realidade. Assim, ao mesmo tempo em que se discutem os temas transversais é também trabalhado aspectos relacionados à forma como as visitas são realizadas. Para isso, os diferentes temas acima mencionados são discutidos a partir das experiências das próprias visitadoras. Por exemplo, para discutir a adolescência, conversa-se com as visitadoras como foi a adolescência delas, quais as diferenças e semelhanças que percebem entre a adolescência que tiveram e as adolescentes de hoje, por que será que os adolescentes têm tais características, o que poderia ser feito diante de algumas situações apresentadas, quais seriam as consequências se, como profissionais, tomássemos tais ações etc.

Como o processo é dialógico, na capacitação vamos contrapondo também as experiências e ideias que trazem ao que sabemos sobre o desenvolvimento na adolescência, o trabalho com adolescentes, os objetivos do programa etc. Esta mesma estratégia é utilizada para a discussão dos diferentes temas. O tempo dedicado à capacitação inicial é de 40 horas.

- *Capacitação continuada:* são realizadas semanalmente, por meio das supervisões, onde discute-se tanto os casos como os aspectos específicos do desenvolvimento, adolescência, do acesso a direitos etc., sempre a partir dos casos atendidos. Neste sentido, a supervisão dá continuidade à capacitação inicial, ajustando não só as informações mas as estratégias de como elas podem ser trabalhadas a partir das necessidades dos casos atendidos. São dedicadas à supervisão de cada visitadora 3 horas semanais. Além das supervisões, as visitadoras também participam mensalmente de uma capacitação de 6 horas, onde um tema específico é retomado e aprofundado.

Supervisores

Cada visitadora possui um supervisor para acompanhar e discutir os casos por ela atendidos. Para os supervisores, o perfil estabelecido implicava em ter formação superior, preferencialmente nas áreas de saúde, educação ou serviço social, e ter experiência ou interesse em trabalhar com adolescentes e recém-nascidos. A seleção, capacitação e acompanhamento dos supervisores são realizadas pela coordenação do projeto.

Contudo, até a atual fase do projeto, a supervisão era realizada pela mesma equipe que estava coordenando o projeto. Dois psicólogos e um enfermeiro.

Esta equipe se reúne semanalmente para discutir principalmente os casos atendidos, as supervisões, dificuldades das visitadoras e os temas para os encontros de capacitação.

2.2.4. Atendimentos

Para promover os objetivos do programa duas modalidades de atendimento às participantes são utilizadas. A principal modalidade é individual, onde a mãe e a criança são acompanhadas domiciliarmente por uma visitadora.

Outra modalidade é o grupo. Nele as participantes podem se conhecer e partilhar experiências e dúvidas, favorecendo a integração e apoio mútuo, como também a equipe do programa pode propor temas e atividades que abordem temas comuns às diferentes participantes. Geralmente, os temas propostos pela equipe são levantados a partir dos conteúdos conversados ou observados nas visitas. No grupo, estes temas podem ser retomados para serem reforçados e aprofundados como também, temas que não puderam ser abordados nas visitas, tanto pelo caráter persecutório que uma abordagem individual poderia gerar como pelo próprio contexto do ambiente doméstico, possam ser, de forma coletiva e um espaço comum (extradomiciliar), abordados e trabalhados.

Visitas Domiciliares

Cada participante do programa tem uma visitadora que é responsável por acompanhá-la. O ingresso no programa pode ocorrer entre a gestação e um ano de vida da criança. Uma vez apresentada ao programa, a adesão, por parte da adolescente, é espontânea. O acompanhamento é realizado semanalmente, em dia e horário combinados entre a mãe e a visitadora. O acompanhamento é realizado até que a criança complete dois anos de vida.

As visitas têm como principal foco o acesso a direitos e o desenvolvimento saudável da adolescente e da criança e, para atingir estes objetivos, são trabalhadas com a mãe informações práticas que contribuam para: vínculo; desenvolvimento infantil; estimulação; promoção de direitos da mãe e da criança (saúde, educação, trabalho e renda etc.); e formas não violentas de relação e educação.

De uma forma didática, a visita pode ser dividida em três momentos:

- **1º momento: O que aconteceu durante a semana** - as visitas geralmente se iniciam com a conversa sobre fatos, que a adolescente queira contar, sobre como ela e a

criança passaram a semana. Neste momento da visita é dada especial atenção, tanto pela fala da mãe como pela observação da visitadora, às aquisições da criança. Ainda neste primeiro momento, aproveita-se também retomar o(s) tema(s) abordado(s) no encontro anterior para verificar se ficaram dúvidas; se houve tentativas de colocar o que foi conversado em prática. Se sim, como as tentativas foram realizadas, como avalia os resultados, se houve ou não dificuldades etc.. Se não houve tentativas, o que ocorreu, quais foram os obstáculos, e se haveria algo que poderia ser feito para superar as dificuldades apontadas.

- **2º momento: Discussão do tema** - após este momento inicial, o visitador geralmente apresenta o tema ou a atividade preparada para aquela visita. A escolha do tema ou atividade é feita durante a supervisão, após visitador e supervisor discutirem a visita anteriormente realizada. Nas discussões sobre as vistas, necessidades são identificadas e são estabelecidas as estratégias sobre como um determinado tema pode, dentro dos objetivos do programa, ser abordado e trabalhado. A escolha do tema e das estratégias leva sempre em conta as características observadas da adolescente e de seu filho(a) como também do contexto em que estão inseridos.

Sempre que possível, as visitadoras realizam com as gestantes/mães e as crianças atividades que demonstrem como os temas apresentados podem ser realizados na prática. Nestes casos, geralmente se inicia conversando sobre atividade planejada. Primeiramente, abre-se esta conversa, perguntando à adolescente o que ela já sabe ou ouviu falar sobre o tema apresentado. A partir da resposta dada, apresenta-se o tema preparado, sempre dialogando com o que a adolescente já sabe ou não sobre o tema. Neste diálogo reforçam-se os pontos positivos de sua resposta e apresentam-se outros argumentos relacionados considerados que poderiam ser reconsiderados em sua resposta.

Quando a temática discutida pode ser desdobrada em alguma atividade prática, apresenta-se a atividade e verifica-se a disponibilidade da adolescente e da criança para se realizar a atividade. Quando há esta disponibilidade, apresenta-se a atividade e explica-lhe os objetivos. Sempre que possível, a visitadora demonstra a atividade, convidando, em seguida, a adolescente a realizar. As primeiras repetições da atividade

pela adolescente são geralmente realizadas junto com a visitadora. As demais, a adolescente tenta realizá-las sozinha. Contudo, caso haja alguma dificuldade, a visitadora interfere e a ajuda, até que a adolescente se sinta segura de realizar a atividade sozinha.

Com este procedimento, objetiva-se que a adolescente aprenda muito mais que realizar uma determinada atividade, mas que, ao vivenciar o modo como a atividade é trabalhada, possa internalizar o processo de observar, respeitar o tempo e o conhecimento do outro, dialogar a partir do conhecimento apresentado pelo outro, fazer junto, assegurar, deixar realizar sozinha etc. Em outras palavras, internalize um processo que pode ser replicado ao longo do desenvolvimento de seu filho(a) para que, por um lado, ela se sinta contida e, por outro, que se sinta segura para desenvolver sua autonomia.

- **3º momento: Sugestão para semana** - os temas e atividades discutidas e/ou realizadas durante a visita podem ser continuado durante a semana. Neste sentido, a mãe pode ser estimulada a levantar alguma informação, observar algum aspecto da criança, experimentar alguma prática sugerida, e, quando for o caso, continuar a atividade aprendida durante a semana. A atividade sugerida para a semana será um dos temas a serem conversados no primeiro momento da próxima visita.

Frequência das Visitas: Semanal (3 vezes por mês)

Tempo de Vista: 50 minutos por visita

Número máximo X Visitadora: 15 crianças

Grupos

Além das visitas domiciliares, as participantes do programa também participam de atividades realizadas em grupo. As atividades do grupo são previamente discutidas e preparadas pela equipe do programa (supervisores e visitadores) e são coordenadas por um

dos supervisores. O foco principal dos encontros em grupo é discutir temas comuns às participantes com o objetivo de:

- possibilitar um espaço de integração, troca de experiências e apoio mútuo entre as participantes do programa;
- favorecer a compreensão e a adoção das informações através da redundância das informações (uma mesma informação trabalhada diferentes vezes, de diferentes formas e por diferentes pessoas);
- possibilitar a discussão de temas que podem não ser favorecidos pela abordagem individual e domiciliar (por exemplo violência doméstica)
- favorecer que os supervisores conheçam as participantes atendidas pelas visitadoras;
- possibilitar que as visitadas conheçam e trabalhem com os supervisores do programa;
- possibilitar que as visitadoras vejam os supervisores em ação;

Frequência dos Grupos: 1 vez por mês

Tempo de Visita: 2 horas

Número participantes X Grupo: 20

2.5. As supervisões e reuniões de equipe

A Supervisão

Cada visitadora contará com um supervisor, responsável em orientar, monitorar e dar suporte individual à visitadora em suas atividades. Assim como as visitas, a supervisão também terá, em linhas gerais, três momentos:

- **1º momento: retomar o que foi trabalhado na visita** - a visitadora relatará ao supervisor como foi a visita, observando:

- as percepções da visitadora sobre a adolescente, a criança, a casa e a visita;
 - o que a adolescente relatou sobre a semana dela e da criança;
 - como foi a retomada do tema trabalhado no encontro anterior: o que a adolescente lembra do que foi conversado, se tentou colocar algo do que foi discutido em prática, se houve alguma dificuldade etc. Estas observações permitem tanto conhecer as características da adolescente como também discutir se os temas, atividades e estratégias de abordagem adotadas estão adequadas à adolescente, a criança e ao seu contexto, ou necessitam ser repensadas;
 - como foi a discussão do tema preparado: o tema planejado foi abordado? Se sim, como foi conversado, como a visitada reagiu, houve perguntas e comentários, se encontrou dificuldade para discutir o tema com a visitada etc.. Se não, o que aconteceu, o que foi conversado, como a visitadora reagiu etc.;
 - como foi feito o fechamento da visita. Houve a sugestão de alguma ação ou atividade, como ela foi discutida, como a visitada reagiu, houve alguma dificuldade etc..
- **2º momento: discutir a visita realizada** - a partir das informações relatadas será discutida a visita realizada, observando:
 - se a visitadora tem tentado colocar em prática as orientações realizadas nas supervisões, se encontra dificuldades para realizá-las, quais são as dificuldades encontradas, a que estariam relacionadas (as supervisões estão sendo claras?; as orientações fazem sentido para a visitadora e a deixam segura?; as orientações são exequíveis na realidade da visitada?; são dificuldades específicas da visitadora?; são dificuldades específicas da visitada?; são dificuldades da relação entre visitadora e a visitada?; são dificuldades entre a visitadora e a supervisora?; são dificuldades com tema; etc.);
 - se as abordagens utilizadas são adequadas e favorecem que a visitada tente colocar em prática as informações apresentadas. Se não estão sendo adequadas, o que estaria ocorrendo, quais seriam os obstáculos e como estes poderiam ser enfrentados;

- se há outras dificuldades relacionadas ao processo de visitação como, por exemplo, interferência da família ou do companheiro, dificuldades da visitadora, dificuldades da supervisora etc. Estas dificuldades devem ser identificadas para serem discutidas com a visitadora, como também entre a equipe de implementação do projeto para que se elabore estratégias de enfrentamentos;
- **3º momento: planejar a próxima visita** - a discussão das informações acima permite fazer um balanço sobre a visita realizada para se planejar a próxima visita. Neste planejamento se discutem os temas para as próximas visitas e as estratégias que poderiam favorecer a abordagem dos temas discutidos com cada adolescente. Entre outros fatores, considera-se para este planejamento:
 - o que vem sendo observado nas visitas;
 - as características e necessidades específicas da adolescente e da criança;
 - as percepções da equipe sobre a mãe, a criança, a família e o ambiente doméstico;
 - a fase da gestação ou do desenvolvimento da criança;
 - os recursos familiares e da comunidade onde ela se encontra;
 - as informações que a visitada já possui, assim como a compreensão e dúvidas que tenha em relações a elas;

Frequência da Supervisão: Semanal (2 vezes por semana)

Tempo de Supervisão: 1 hora e meia por visitadora

Número máximo X Supervisor: 3 visitadoras

Reuniões de Equipe

Além das supervisões individuais, as visitadoras participarão de reuniões de equipe. Dentre os objetivos destas reuniões estão:

- promover a integração da equipe;
- compartilhar experiências e dificuldades;
- identificar obstáculos comuns e formas de enfrentamentos coletivas;
- discutir casos específicos com a equipe e, quando necessário, com especialistas;
- promover o suporte às visitadoras e suas atividades;
- discutir o andamento e o cronograma do projeto;
- discutir e planejar as atividades que serão realizadas nos grupos;
- dar seguimento ao processo de formação continuada;

Estes encontros serão divididos em duas partes. A primeira para compartilhar experiências, dificuldades e de se discutir formas de enfrentamento coletivas. A segunda parte será dedicada à capacitação.

Frequência: Mensal

Tempo da reunião: 6 horas

Participantes: Todos os visitantes e supervisores

CAPÍTULO 3. DO CONTEXTO

3.1. O Jardim Ângela

O Jardim Ângela localiza-se na região sudoeste de São Paulo e ocupa uma área de 37,4 Km², sendo um dos maiores distritos da região. Fazem fronteira com o Jardim Ângela os distritos Capão Redondo e Jardim São Luis, ao norte, e o município de Itapeverica da Serra, à oeste. Ao sul e ao leste está a represa do Guarapiranga.

Para chegar ao Jardim Ângela, a Estrada do M'Boi Mirim é a principal via de ligação e acesso e nela está concentrada grande parte do comércio e dos transportes coletivos da região. Fora deste eixo, muitas ruas de terra ou em estado bastante precário.

Por estar na região da bacia Hidrográfica do Guarapiranga, grande parte do território do Jardim Ângela é considerado área de manancial e, pelas leis de proteção ambiental, deveria ser preservada para garantir a manutenção e a qualidade da represa. Contudo, principalmente a partir dos anos setenta, muitas destas áreas vieram sendo densamente ocupadas por habitações clandestinas.

Segundo dados da Base Cartográfica Digital das Favelas do Município de São Paulo (2003), o distrito do Jardim Ângela era, no ano 2000, o que possuía o maior número de favelas na cidade de São Paulo, cento e cinquenta e três, estando a maioria delas em áreas que pertencem ao poder público.

Havia ainda nesta base de dados da prefeitura, informações sobre o ano em que se iniciou o processo de maior ocupação em cento e trinta e duas dessas áreas. Nota-se, considerando estes dados, que as primeiras favelas começaram se formarem nos inícios dos anos cinquenta. Quando se observa o período em que houve maior crescimento deste tipo de habitação, percebe-se acentuada concentração entre os anos setenta e oitenta. Das cento e cinquenta e três favelas existentes na região, pelo menos cento e duas foram formadas entre estes dois períodos.

■ 1950 a 1959 ■ 1960 a 1969 ■ 1970 a 1979 ■ 1980 a 1989 ■ 1990 a 1999 ■ s/ info.

Gráfico 4 - Renda média das pessoas responsáveis pelo domicílio no Jardim Ângela, 2000

Fonte: Censo, 2000

Apesar do tempo de existência, há, ainda hoje, dificuldades para se conseguir investimentos e melhorias de infra-estrutura urbana para os moradores destas regiões. O principal entrave neste processo, é que grande parte destas habitações está em áreas de proteção ambiental.

Estas circunstâncias criam, muitas vezes, situações inusitadas. Conversando com moradores da região, não é raro ouvirmos histórias como as de Joana que, há mais de vinte e cinco anos, mora no mesmo local no Jardim Ângela.

Esta moradora nos contou que para conseguir que a sub-prefeitura considerasse um pedido de recapeamento da rua, era preciso indicar em um mapa, o local exato onde estavam os buracos pelo número das casas. Contudo, na região onde Joana morava, apesar das ruas terem sido organizadas pela prefeitura, passando assim a existir formalmente no logradouro municipal, as casas nunca foram oficialmente numeradas. Por este critério, ficava difícil indicar com precisão o local onde o reparo deveria ser feito.

Apesar disso, Joana, providenciou um mapa com indicações aproximadas de onde o reparo deveria ser feito. Ao retornar à sub-prefeitura, o funcionário que a atendeu, ao olhar

o mapa, disse que a prefeitura estava com poucos recursos e, por isso, estavam priorizando reparos em locais onde os moradores pagam IPTU e, como aquela região era área de invasão o reparo não seria feito.

Problemas semelhantes também foram narrados, em 2002, por jovens moradores da região que participaram do projeto Rede de Observatórios de Direitos Humanos. Um dos objetivos deste projeto era discutir com estes jovens os direitos humanos a partir de casos vivenciados ou percebidos por eles em seu dia a dia. Em uma destas discussões, os participantes do Jardim Ângela nos contaram que viviam em uma área onde nem mesmo as ruas, por onde passavam desde pequenos, existiam oficialmente para a prefeitura (na época do projeto, estes jovens tinham entre 18 e 26 anos, o que significa que aquelas ruas tinham, aproximadamente, esta mesma idade).

Apesar de a comunidade existir fisicamente há anos, para o poder público ela, oficialmente, continuava não existindo. Para os moradores da região, a não existência oficial não lhes permitia acessos a serviços básicos como: água, luz, esgoto, coleta de lixo, entrega de correspondências etc. Os jovens nos contaram que, algumas vezes, a comunidade tentou se organizar para conseguir alguns destes serviços, mas a resposta que recebiam era do poder público era de que como a região não existia nos mapas oficiais da cidade, não era possível atender aquelas solicitações.

Não raras vezes, as estratégias adotadas nestas situações são os famosos “gatos”, que são ligações clandestinas. Andar pelo Jardim Ângela olhando para os postes de luz nos dá uma pequena ideia de quão usual é este tipo de artifício. Em algumas regiões, o emaranhado de fios saindo de um mesmo poste é tão grande, que impossibilita contar o número de ligações existentes.

Vejamos sobre isso um caso contado por Maria, outra moradora da região empobrecida do Jardim Ângela. Ela nos contou que no lugar onde mora não há outra forma para se conseguir água tratada se não for por meio de ligações clandestinas, pois a companhia de água não oferece este serviço para o local onde ela mora.

Contou ainda que, para conseguir água, os moradores “puxavam” a água de um dos canos da companhia de água que passava pela região. Contudo, o local onde ficava o cano

da companhia de água foi também ocupado e o morador deste local passou a comercializar as ligações clandestinas para os demais moradores, cobrando, inclusive, taxas mensais para o uso da água.

Para pressionar o pagamento, foi adotado o seguinte procedimento: quando alguém não pagava o valor por cobrado, a água de todos os moradores era cortada. Segundo Maria, este procedimento geralmente causava muitos conflitos entre os moradores (os que pagavam a taxa se brigavam com os que não pagavam, pois entendiam que eles eram os responsáveis pela suspensão da água. E os que não pagavam brigam com aquele que cobrava, pois não achavam justo pagar pela água advinda de uma ligação clandestina).

Quando perguntada se não havia maneiras de evitar este tipo de situação Maria nos responde dizendo que muito pouco pode ser feito, pois não há com quem reclamar. A seu ver, não se poderia reclamar na companhia de água, pois sabia que aquelas ligações eram clandestinas e, se a companhia soubesse, poderia providenciar formas para que elas não fossem mais feitas. Avaliava também que não poderia dar queixa à polícia, pois, além de não confiar nela, achava que, se reclamasse, poderia chamar atenção para uma área que era invadida e desencadear algum tipo de “despejo” (reintegração de posse) que levasse a perda de sua moradia.

Além destas, muitas outras histórias poderiam ser aqui contadas, contudo, o que queremos através delas apontar é que a não garantia de um direito (como, nos exemplos acima, a habitação), desencadeia a série de violações a outros direitos (ambiental, saneamento, saúde, segurança etc.), sobrepondo humilhações que, no limite, expropriam as pessoas de sua dignidade.

Além disso, em muitos casos, a situação de clandestinidade, ao limitar o acesso aos direitos, não só criava formas clandestinas de sobrevivência como também formas de exploração desta condição de clandestinidade. Quando isso ocorria, poucas eram as alternativas para a denúncia e o combate destas formas de exploração. Como vimos no caso de Maria, os possíveis mecanismos legais que poderiam coibi-las, como, por exemplo, a polícia e o judiciário, nem sempre podiam ser acessados, pois, entre outras questões, acessá-los implicava em tornar visíveis as irregularidades necessárias para a sobrevivência.

Segundo o Censo, em 2010 (IBGE, 2010), a população do Jardim Ângela era de 295.434 habitantes, o que correspondia a 2,6% do total da população da cidade de São Paulo. Em relação ao censo 2000, o crescimento populacional do Jardim Ângela (20,2%) foi 2,6 vezes maior que a média da cidade (7,9%).

A população do Jardim Ângela é predominantemente jovem, tendo 26,7% da população tinham menos de dezoito anos; 36,7%, entre 19 e 39 anos; 24,6%, entre 40 e 59 anos e; apenas 11,9% com 60 anos ou mais (IBGE, 2010).

Gráfico 5 - Distribuição etária da população do Jardim Ângela, 2000 e 2010

Fonte: Censo populacional, IBGE 2000 e 2010

Contudo, quando se compara os dados de 2010 em relação ao censo 2000, observam-se algumas mudanças no perfil populacional do distrito. Apesar dos grupos abaixo de 29 anos ainda comporem mais da metade da população do distrito, 55,8% (2010), estes grupos diminuem em relação ao censo de 2000, quando correspondiam a 63,4% do total. Em contrapartida, crescem os grupos acima de 30 anos, passado de 36,7% (2000), para 44,2% (2010).

Quando se compara o perfil da população entre o Jardim Ângela, a média da cidade e distritos socioeconomicamente considerados de padrão médio e alto, percebe-se que, entre

2000 e 2010, o distrito do Jardim Ângela segue a mesma tendência da cidade, com a redução da população com menos de 39 anos e o aumento da acima de 40 anos. Contudo, apesar da semelhança, a população menor de 18 anos continuava, em 2010, acima da média da cidade (+29,1%), enquanto a população adulta com mais de 40 anos era 27,2% menor que a média. A faixa entre 19 e 39 anos foi a que mais se aproximou da média da cidade, sendo 5,8% maior entre a população do Jardim Ângela.

As diferenças ficam ainda mais expressivas quando se compara as características populacionais do Jardim Ângela com distritos de perfil socioeconomicamente mais elevados. Por exemplo, a população entre 0 e 18 anos representava, em 2010, 26,8% da população da cidade de São Paulo. Neste período, esta mesma faixa etária correspondia a 13,2% da população do Jardim Paulistano, 15,8% da de Moema e 26,8% da do Jardim Ângela.

Os dados também são significativos para outra ponta da tabela. A população acima de 50 anos representava, em 2010, 22,6% da população da cidade de São Paulo. No Jardim Paulistano, esta mesma faixa etária correspondia a 35,8% da população; em Moema, a 33,9% e; No Jardim Ângela, a 13,9%.

Por fim, nota-se que, apesar das diferenças, a distribuição das proporções entre as faixas etárias permanecem, tanto para a cidade como para os três distritos aqui apresentados, similares entre 2000 e 2010.

FAIXA ETÁRIA	SÃO PAULO		JD. ÂNGELA		MOEMA		JD. PAULISTA	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
0 a 11	19,6%	16,2%	25,5%	21,2%	10,8%	10,0%	8,8%	8,1%
12 a 18	12,7%	10,6%	14,6%	13,3%	8,7%	5,8%	7,3%	5,1%
19 a 29	20,8%	19,9%	23,3%	21,3%	19,1%	16,5%	20,3%	19,2%
30 a 39	16,3%	16,9%	16,6%	17,6%	16,6%	18,8%	15,1%	18,0%
40 a 49	13,0%	13,8%	10,9%	12,7%	16,7%	15,0%	15,1%	13,6%
50 a 59	8,2%	10,8%	5,6%	8,0%	12,2%	14,6%	13,0%	13,6%
60 a 69	5,2%	6,4%	2,4%	3,9%	7,4%	9,6%	8,7%	10,4%
70 ou +	4,1%	5,4%	1,2%	2,0%	8,6%	9,7%	11,8%	11,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 5 - Distribuição etária da população no município de São Paulo e nos distritos do Jardim

Ângela Moema e Jardim Paulista, 2000 e 2010

Fonte: Censo populacional, IBGE 2000 e 2010

A comparação entre estes dados indicam a acentuada heterogeneidade existente entre os distritos da cidade, o que implicaria em demandas específicas por serviços e políticas públicas. No Jardim Ângela, por exemplo, há, em relação a distritos como Jardim Paulistano e Moema, uma maior concentração de crianças e adolescentes (menores de 18 anos), o que demandaria maior número de vagas, como também equipamentos distribuídos no território, de centros de educação infantil, escolas fundamentais e de nível médio, cursos profissionalizantes e espaços culturais, esportivos e de lazer.

Por outro lado, a proporção de pessoas maiores de 50 anos no Jardim Ângela chama também atenção. Quando comparada à média da cidade, a população acima de 50 anos é 38,5% menor no Jardim Ângela. Esta relação torna-se ainda mais expressiva quando comparada aos distritos de Moema (-59,0%) e Jardim Paulistano (-61,2%). A menor presença de pessoas com mais de 50 anos parece indicar que, para os moradores do Jardim Ângela, a expectativa de vida é menor, como também é menor número de adultos, nesta faixa etária, que poderiam contribuir, a partir de sua experiência, com os cuidados necessários para a formação das gerações mais novas. Este último argumento torna-se ainda mais preeminente quando se considera, por um lado, o grande número de crianças e adolescentes no Jardim Ângela e, por outro lado, o papel atualmente delegado aos avós no acompanhamento e na

educação das crianças e adolescentes. A este respeito, LOPES, NERI, PARK (2005) e Dellman-Jenkins et al. (2002) destacam que, em função dos novos arranjos sociais e do mundo do trabalho, que absorvem cada vez mais tempo e energia dos pais, funções que, outrora, eram socialmente delegadas aos pais, passam a ser cada vez mais assumidas pelos avós.

Os dados do censo 2010 mostram que aproximadamente 29,7% dos domicílios do Jardim Ângela e 31,8% de sua população (94.065 pessoas) estavam em áreas de favelas. Em 2000, a proporção de domicílios em favelas era de 28,3% e habitavam nestas áreas 30,3% da população do distrito (74.424 pessoas). No período entre 2000 e 2010 pouco se avançou em relação às precárias condições de habitação na região, pelo contrário, o número de domicílios como de pessoas vivendo em áreas de favela tornaram-se ainda mais adensadas.

Os equipamentos públicos para a educação existentes no Jardim Ângela são: 39 Centros de Educação Infantil (CEIs); 13 Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEIs); 47 escolas que oferecem o ensino fundamental; e 27 escolas com o ensino médio. Há ainda na região, 23 cursos de alfabetização de adultos (MOVAs) e uma escola técnica estadual (ETEC) (Secretaria Estadual de Educação, 2012).

Segundo levantamento realizado pelo Observatório Cidadão da Rede Nossa São Paulo, a relação entre demanda e vagas oferecidas nas creches públicas era, em 2011, de 66,7%. Guaianazes era do distrito com maior taxa de cobertura, 97%, e o distrito da Sé, o de menor cobertura, 32,4%. O Jardim Ângela estava entre os distritos onde esta relação era mais defasada, atendendo apenas 46,5% da demanda (Rede Nossa São Paulo, s/d).

No Jardim Ângela, é comum ouvir entre as mães que, na região, o tempo de espera por uma vaga na creche é, em média, mais de um ano. Não é incomum ouvir relatos de mães que, logo após o nascimento de seus filhos, já os incluem na lista de espera para que, quando completarem um ano ou um ano e meio, tenham alguma chance de ingressar na creche. Segundo estas mães, quanto mais se espera para se inscrever a criança na lista de espera, maior é o risco de que a vaga só seja disponibilizada quando a criança já teria ultrapassado a idade limite para ser atendida na creche.

Ainda considerando o ano de 2011, o Jardim Ângela era, entre os distritos das capitais, o que apresentava a menor taxa de cobertura para a pré-escola. Na cidade de São Paulo, a

taxa de cobertura das vagas demandadas às pré-escolas públicas era de 95,6%, variando de 100% em distritos como Pq. Do Carmo, São Lucas e Bela Vista, a 72,5% no Jardim Ângela (Rede Nossa São Paulo).

Em relação ao ensino fundamental, o problema parece não ser as vagas, mas a qualidade do ensino oferecido e o grande número de evasão escolar. Segundo Índice de Desenvolvimento da Educação Brasileira (IBED) a nota média das escolas públicas do Jardim Ângela foi 4,6, para os primeiros cinco anos de estudo, e 3,7, para o período entre o 6º e 9º ano de estudo. A média para a cidade de São Paulo era de 5,1, para os anos iniciais, e de 4,2, para os finais. A nota considerada mínima para uma escola ser considerada de qualidade, segundo o próprio IBED (2012), seria 6.

O fraco desempenho das escolas da região pode, entre outros, ser um dos fatores que contribuem para alta taxa de evasão escolar encontrada entre os jovens da região. Segundo os dados do Índice de Vulnerabilidade Juvenil (SEADE, 2002), 51,3% dos jovens entre 8 e 19 anos não haviam concluído o ensino fundamental e 31,0% dos jovens entre 15 e 17 anos não frequentavam a escola. Ainda em relação aos jovens entre 15 e 17 anos, apenas 40,5% davam sequências aos estudos, frequentando o ensino médio (SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO, 2000).

Consequentemente, a escolaridade média dos moradores do Jardim Ângela era bastante baixa. Segundo os dados do Censo 2000, 8,7% da população acima de 15 anos, são analfabetas. Dos que possuem instrução escolar, 17,1% completaram o ciclo fundamental I (4 anos de estudo), 11,5% o fundamental II (8 anos de estudo), 11,6% o ensino médio (11 anos de estudo) e 2,1 mais de 12 anos de estudo. Os dados desagregados sobre educação do censo 2010 ainda não estão disponíveis.

Quando se comparam os dados do Jardim Ângela com a média da cidade de São Paulo e com distritos como o Jardim Paulista e Moema, as diferenças são ainda mais evidentes:

Gráfico 6 - Anos de escolaridade da população acima de 15 anos, 2000

Fonte: Secretaria Municipal do Trabalho, 2000

Em relação a média da cidade, a população de 15 anos ou mais do Jardim Ângela com até 7 anos de estudo esteve sempre acima da média da cidade, sendo, para os com menos de 1 ano e com 1 a 3 anos de estudo 60% maior; para os com 4 anos de estudo, 20% maior; e para os com 5 a 7 anos de estudo, 40% maior. Por outro lado, a proporção de pessoas com 11 anos de estudo era 34% menor que a média da cidade e as de pessoas com 12 ou mais anos de estudo, 86% menor.

Quando se comparam os dados entre os distritos, observa-se que, enquanto no Jardim Ângela, 77,9% da população com 15 anos ou mais tinha até 8 anos de estudo e apenas 2,1 mais de 12; em distritos como Jardim Paulista (56,0%) e Moema (57,4%), a maioria possui 12 anos ou mais anos de estudo.

A renda média da população é também bastante reduzida, concentrando-se nas faixas de menor rendimento. Dados da Fundação SEADE mostram que, no ano 2000, 42,3% das pessoas responsáveis pelos domicílios ganhavam menos de três salários mínimos, 35,2% ganhavam de três a dez salários mínimos e 2,7% mais de dez salários mínimos. Chama também atenção que o grande número de pessoas responsáveis pelos domicílios sem rendimento, 19,8%. Os dados do Censo 2010 referentes ao distrito ainda não estão disponíveis.

Gráfico 7 - Renda média das pessoas responsáveis pelo domicílio no Jardim Ângela, 2000

Fonte: Censo, 2000

Ainda considerando os dados da Fundação SEADE sobre a renda, o número de pessoas responsáveis por domicílio que, em 2000, não tinham renda era, no Jardim Ângela, aproximadamente o dobro da média do município. Quando se comparam com distritos de melhores condições socioeconômicas, a desigualdade fica ainda mais acentuada, 4,2 vezes maior que ao Jardim Paulista e 3,6 vezes maior que Moema. A outra ponta da tabela também é bastante ilustrativa. O número de pessoas que ganhavam mais de 10 salários mínimos no Jardim Ângela era 7,8 vezes menor que a média da cidade e, em relação aos distritos de Jardim Paulista, 26,7 vezes menor, e Moema, 27,7 vezes menor.

	SÃO PAULO	JARDIM ÂNGELA	JARDIM PAULISTA	MOEMA
Sem Rendimento	10,4	19,8	4,7	5,5
Até 1 sal. min.	6,4	7,3	0,8	0,7
< 1 a 2 sal.min	11,5	16,6	1,0	1,1
< 2 a 3 sal.min	11,8	18,5	1,4	1,3
< 3 a 5 sal.min.	17,9	22,0	4,6	3,9
< 5 a 10 sal.min.	21,0	13,2	15,5	12,8
< 10 sal.min.	21,1	2,7	72,0	74,9

Quadro 6 - Renda média das pessoas responsáveis pelo domicílio no município de São Paulo e nos distritos do Jardim Ângela, Jardim Paulista e Moema, 2000

Fonte: Censo, 2000

No distrito do Jardim Ângela há 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 3 postos de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), um Centros de Atenção Psicossocial Adulto (CAPs Adulto), um Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPs AD), um Núcleo de Integração e Reabilitação (NIR) e um Hospital Público Municipal, o Hospital Dr. Moysés Deustch, conhecido também como Hospital do M'Boi Mirim, inaugurado em 2008 (Secretaria Municipal de Saúde, 2012).

A área de cobertura do Hospital do M'Boi Mirim são os distritos do Jardim Ângela e Jardim São Luis, sendo, portanto, responsável em atender uma população de aproximadamente 600 mil pessoas. No ano de 2011, o hospital contava com 230 leitos. Com este número, a proporção era de 0,9 leitos/1.000 habitantes, muito inferior à média da cidade 2,7/1.000 e extremamente abaixo do que é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), 4,5/1.000 habitantes (Rede Nossa São Paulo).

A partir de 2002, os equipamentos públicos de saúde na região do Jardim Ângela passaram a ser gerenciados por instituições privadas, sem fins lucrativos, conhecida como Organização Social de Saúde (OSS). Na região, duas são as OSS que prestam este serviço, o Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (OS-CEJAm) e Associação Comunitária Monte Azul.

A partir de dados apresentados no Diagnóstico do M'Boi Mirim (Prefeitura de São Paulo, 2008) foi possível conhecer tanto a população na área de abrangência de cada UBS da região e, por meio do Relatório Técnico/Junho (CEJAM, 2012), foi possível conhecer, para as UBS gerenciadas por esta OSS, o número de médicos (previstos e em exercício), o déficit de médicos em cada UBS e o numero de consultas previstas e realizadas nos serviços. Não foram encontradas estas mesmas informações para as UBS gerenciadas pela OSS Associação Comunitária Monte Azul. A partir destas informações foi possível construir a seguinte tabela:

	UBS	População Área de Abrangência ¹	Nº Médicos Previstos ²	Nº Médicos em Exercício ²	Déficit Médicos	Nº Consultas Médicas Previstas	Nº Consultas Médicas Realizadas
OSS Gestora	Vila Calú	15.319	4	4	0	1.212	1.280
	Pq Nova Sto Amaro	17.271	5	3	-2	1.600	798
	Pq do Lago	10.026	3	3	0	960	1.265
	Jd Sta Margarida	15.424	4	3	-1	1.280	1.197
	Jardim Sta Lúcia	21.547	6	5	-1	1.565	1.920
	Jd. Paranapanema	19.204	5	3	-2	1.600	611
	Jd Nakamura	14.796	4	3	-1	1.280	982
	Kagohara	12.524	4	1	-3	1.280	663
	Jd Herculano	7.552	2	2	0	640	844
	Jd Guarujá	18.461	5	4	-1	1.600	1.433
	Jd Coimbra	29.467	7	5	-2	2.240	1.663
	Jd Capela	19.117	5	3	-2	1.600	1.148
	Jd Caiçara	27.334	8	5	-3	2.580	1.683
	Jd Aracati	15.107	4	4	0	1.280	1.088
	Cidade Ipava	12.431	4	4	0	1.280	1.292
	Chácara Sta Maria	14.339	4	4	0	1.280	1.090
	Alto do Riviera	16.023	5	5	0	1.600	1.411
	Ass. Com. Monte Azul	Horizonte Azul	12.877	s/ info	s/ info	s/ info	s/ info
		Jd Vera Cruz	21.207	s/ info	s/ info	s/ info	s/ info

Quadro 7 - População na área de abrangência das UBS X Médicos previstos X Médicos em exercício X Números de consultas previstas X Número de consultas realizadas

Fonte: 1 - SIAB – SMS – Maio/2008; 2 - Relatório Técnico CEJAm Junho/2012

Chamam atenção nestes dados, o número de habitantes por UBS, que variou de 10.026 (UBS Pq. do Lago) a 29.467 (UBS Jd. Coimbra). Um segundo aspecto que se destaca, foi o número de médicos previstos para o atendimento desta população, aproximadamente 1 profissional para cada 3.600 pessoas. A diferença entre o previsto e o número real de médicos nos serviços é outro ponto a ser considerado. Das 17 UBS gerenciadas pela OSS CEJAM, apenas 7, em junho de 2012, tinham o número previsto de médicos.

Uma das possíveis consequências desta defasagem pode estar no menor número de consultas médicas realizadas pelo serviço. A maioria das UBS onde havia defasagem de médicos apresentava números de consultas abaixo do previsto.

Por fim, o número de consultas previstas nas UBS em relação ao número de médicos, também se destaca. Em média, cada médico seria responsável por aproximadamente 315 consultas por mês, o que, teoricamente, significaria que cada médico deveria realizar, em média, aproximadamente 16 consultas por dia.

Estes números parecem indicar que o sistema de saúde da região está sobrecarregado, tanto na relação médicos por habitantes como, conseqüentemente, atendimentos previstos por médico. Como consequência, não raros ouvir reclamações entre os moradores da região sobre consultas que, por falta de horários, têm de ser agendada para muito tempo depois e, quando finalmente se chega ao médico, tem suas queixas e dúvidas laconicamente respondidas “isso é normal”, em consultas que não excedem cinco minutos. Isto quando a consulta não precisa ser, não sem nova espera, reagenda.

Reforçam estes argumentos a reportagem intitulada “AMAs da zona sul recusam pacientes por falta de médico”, realizada por Fabiana Cambricoli, Aline Mazzo e Rivaldo Gomes e publicada no Jornal Agora, no dia 10 de abril de 2012. Segue a notícia:

Conseguir consulta com um pediatra ontem não foi tarefa fácil para os moradores do Jardim Ângela (zona sul). As AMAs Parque Novo Santo Amaro e Jardim Ângela estavam sem nenhum profissional da especialidade. Segundo funcionários, os pediatras escalados haviam faltado. Já na AMA Jardim Capela, havia apenas um especialista e a espera para ser atendido chegava a três horas. O pior é que nem sempre o atendimento solucionava o problema, já que a AMA não estava realizando exames de sangue e de urina, o que comprometia o diagnóstico.

A respeito deste problema, os repórteres ouviram a Secretaria Municipal de Saúde que respondeu assim ao problema:

A Secretaria Municipal da Saúde disse ontem, por meio de nota, que 'já há um processo de seleção para a contratação de médicos para as vagas em aberto nas unidades visitadas pela reportagem' no Jardim Ângela (zona sul). A pasta não informou, porém, quantos profissionais serão contratados nem quando eles começarão a trabalhar.

A pasta confirmou que não havia pediatra na AMA Parque Novo Santo Amaro, mas disse que as demais unidades visitadas tinham o especialista.

A secretaria afirmou que as filhas de Tatiane Gonçalves Camargo e de Tânia dos Santos Silva foram atendidas em uma hora e meia, mas não comentou os problemas no atendimento informados pelas duas.

A prefeitura disse que vai verificar as condições de atendimento da paciente Terezinha Norma de Alkni, que teve que invadir a sala do médico para ser atendida.

Segundo a pasta, os exames de urina e sangue estavam sendo realizados normalmente nas três AMAs citadas.

Mais que uma situação ocasional ou pontual, esta notícia parece apontar para uma questão estrutural em relação aos serviços de saúde na região. Quando se observam os números para as AMAs do distrito do Jardim Ângela, não se percebe uma situação muito diferente daquela anteriormente vista nas UBS:

	Especialidade	Nº de Médicos Previstos/ dia	Plantões Médicos Esperados no Mês	Plantões Médicos Realizados no Mês	Déficit %
AMA UARS Jardim Ângela	Clinica Médica	4	124	97	-21,77%
	Pediatria	3	93	81	-12,90%
	Cirurgião	1	31	26	-16,13%
AMA Jardim Capela	Clinica Médica	2	54	47	-12,96%
	Pediatria	2	54	31	-42,59%
	Cirurgião	1	27	26	-3,70%
AMA Paque Novo Santo Amaro	Clinica Médica	3	81	46	-43,21%
	Pediatria	2	54	36	-33,33%
AMA Jardim São Luiz	Clinica Médica	3	81	73	-9,88%
	Pediatria	2	54	54	0,00%
AMA Jardim Alfredo	Clinica Médica	3	81	75	-7,41%
	Pediatria	2	54	50	-7,41%
AMA Parque Figueira Grande	Clinica Médica	3	81	73	-9,88%
	Pediatria	2	54	48	-11,11%
Total	Clinica Médica	18	502	411	-18,13%
	Pediatria	13	363	300	-17,36%
	Cirurgião	2	58	52	-10,34%
TOTAL GERAL		33	923	763	-17,33%

Quadro 8 - Especialidades médicas nas AMAS X Nº plantões médicos previstos X Nº plantões médicos realizados

Fonte: Relatório Técnico CEJAm Junho/2012

Nos atendimentos prestados pelas AMAs no mês de julho de 2012, chama atenção que, com exceção à pediatria da AMA Jardim São Luiz, todas as demais apresentaram um número menor de atendimentos médicos em relação aos previstos, variando de -3,70% (Cirurgia, AMA Jardim Capela) a -43,21% (Clínica Médica, AMA PQ. Novo Sto. Amaro).

No Jardim Ângela há poucos espaços públicos de cultura e lazer. Na região há apenas dois parques, o Parque Ecológico do Guarapiranga e o Parque Jardim Herculano. Desde 2008, o Jardim Ângela conta também com os espaços culturais e de lazer dos Centros Educacionais Unificados (CEUs) Guarapiranga e Vila do Sol, que possuem bibliotecas, oficinas e atividades esportivas que podem ser utilizados pela população.

A situação apresentada por estes dados configura um quadro onde grande parte da população residente neste distrito está alijada de muitos de seus direitos. Neste sentido,

morar na periferia, não significa apenas em residir distante do centro, mas, sobretudo, distantes das condições que lhe deveriam ser garantidas por direito.

Além disso, sugerem também estes dados, que a privação de um direito promove outras violações, como também contribui para que elas sejam vivenciadas de maneira sobrepostas no cotidiano.

É neste contexto de múltiplas e sobrepostas violações que nos podemos compreender a violência que existe na região e suas possíveis repercussões no cotidiano da escola. Mas, antes de darmos este passo, vejamos ainda algumas características da violência no Jardim Ângela.

3.2. Jardim Ângela: Alguns dados sobre a violência

Os homicídios são uma das principais causas de morte no distrito do Jardim Ângela. Para ilustrar a magnitude do problema, foram levantadas informações sobre o número total de mortes; o número de mortes por causas externas; e número de mortes por homicídios. Para este levantamento utilizamos a base de dados do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade (Pro-Aim) da prefeitura de São Paulo.

Os resultados obtidos para os anos entre 2000 e 2010 mostram que, no período, houve 11.532 mortes. Deste total, 2.476 óbitos foram por causas externas e 1.532 por homicídios. Estes dados mostram que os homicídios foram responsáveis por 13% do total de óbitos ocorridos. Quando se calcula a participação dos homicídios no conjunto dos óbitos por causas externas, observa-se que eles são responsáveis por mais da metade destas mortes, 61,9% dos óbitos.

Apesar disto, os dados desagregados mostram não apenas que a mortalidade, tanto por causas externas como por homicídios, caem significativamente entre 2001 e 2009, como também mostram que a participação dos homicídios no total de mortes por causas externas passa ser cada vez menor, decrescendo de 80,8% (2000), para 37,7%, (2010).

Gráfico 8 - Número de mortes por Causas Externas e Homicídios no Jardim Ângela, 2000-2010

Fonte: Pro-Aim/SP

Do total de homicídios ocorridos no período, 92,6% (1.418) vitimaram homens e 7,4% (114) mulheres. Ao longo dos anos, a distribuição do número de casos de homicídios entre os gêneros foi a seguinte:

Gráfico 9 - Numero de mortes por Homicídios X Gênero no Jardim Ângela, 2000-2010
Fonte: Pro-Aim/SP

Em relação às faixas etárias, as mortes por homicídios se distribuíram da seguinte forma:

	MASCULINO	FEMININO
0 a 4	1	3
5 a 9	0	0
10 a 14	11	8
15 a 19	259	25
20 a 24	368	20
25 a 29	253	19
30 a 34	206	12
35 a 39	123	11
40 a 44	90	6
45 a 49	52	3
50 a 54	32	1

55 a 59	10	3
60 a 64	10	0
65 a 69	0	2
70 a 74	2	0
75 e mais	0	1
Total	1418	114

Quadro 9 - Numero de mortes por Homicídios X Faixa etária X Gênero no Jardim Ângela, 2000-2010
Fonte: Pro-Aim/SP

Observando os dados para o período de 2000 a 2010 da tabela acima, pode-se perceber que há, apesar da grande diferença entre os números, uma tendência semelhante para ambos os sexos. Para estes dois grupos, as mortes por homicídio vão se tornando mais acentuadas para as faixas etárias entre 15 e 29 anos, quando passa a cair. Para os homens, o pico dos homicídios se concentrou na faixa entre 20 a 24 anos, e para as mulheres na faixa entre 15 a 19 anos.

A concentração da maior parte dos homicídios nas faixas entre 15 e 29 anos indicam que, no Jardim. Ângela, os jovens são os que mais morrem por homicídios, sendo os homens jovens as principais vítimas entre este grupo.

Utilizando os dados demográficos da Fundação SEADE e as informações de mortalidade por homicídios do Pro-Aim foi possível calcular, para os anos de 2000 e 2010, a taxa de homicídios para a cidade de São Paulo, como para os seus 96 distritos.

No período entre 2000 e 2010, a taxa média de homicídio por 100 mil habitantes foi, no Jardim Ângela, de 53,3, variando de 110,5 (2001) a 14,1 (2009). Neste mesmo período, a taxa média da cidade foi de 31,7, variando de 57,3 (2000) a 11,7 (2010).

No ano de 2010, o distrito do Jardim Ângela apresentava a 7ª maior taxa de homicídios da cidade de São Paulo, sendo 1,6 vezes maior que a da cidade.

Distrito	Taxa	Distrito	Taxa	Distrito	Taxa	Distrito	Taxa
Brás	34,2	Vila Medeiros	13,1	Ermelino Matarazzo	8,8	Artur Alvim	5,7
Socorro	31,8	Morumbi	12,8	Vila Matilde	8,6	Vila Sônia	5,5

Sé	25,4	Ponte Rasa	12,8	Pedreira	8,3	Butantã	5,5
República	24,6	Santo Amaro	12,6	São Domingos	8,3	Pirituba	5,4
Marsilac	24,2	Jaguareé	12,0	Cambuci	8,1	Moóca	5,3
Parelheiros	19,9	Sapopemba	12,0	Jaguara	8,0	Consolação	5,2
Jardim Ângela	19,3	São Lucas	11,9	Vila Maria	7,9	Santana	5,0
Campo Limpo	18,9	Cidade SP	11,7	Tatuapé	7,6	Anhanguera	4,6
Capão Redondo	18,3	Limão	11,2	Vila Leopoldina	7,6	Jardim Paulista	4,5
São Miguel	17,4	Tucuruvi	11,2	Jardim Helena	7,4	Aricanduva	4,5
Pari	17,4	São Rafael	11,1	Vila Curuçá	7,4	Bela Vista	4,3
Brasilândia	16,6	Belém	11,1	José Bonifácio	7,3	Rio Pequeno	4,2
Grajaú	16,1	Santa Cecília	10,8	Vila Andrade	7,1	Mandaqui	3,7
Raposo Tavares	16,0	Itaim Paulista	10,7	Cidade Líder	7,1	Carrão	3,6
Jaçanã	15,9	Cidade Dutra	10,2	Penha	7,0	Perdizes	3,6
Cachoeirinha	15,3	São Mateus	9,7	Ipiranga	6,6	Itaim Bibi	3,2
Cidade Tiradentes	15,1	Guaianases	9,6	Perus	6,2	Lapa	3,0
Vila Guilherme	14,7	Vila Formosa	9,5	Saúde	6,1	Campo Grande	3,0
Jaraguá	14,1	Água Rasa	9,4	Sacomã	6,1	Alto de Pinheiros	2,3
Freguesia do Ó	14,0	Casa Verde	9,3	Bom Retiro	5,9	Vila Prudente	1,9
Tremembé	13,7	Cursino	9,2	Itaquera	5,9	Vila Mariana	1,5
Cidade Ademar	13,5	Vila Jacuí	9,1	Cangaíba	5,9	Moema	1,2
Jardim São Luís	13,5	Campo Belo	9,1	Jabaquara	5,8	Barra Funda	0,0
Iguatemi	13,3	Lajeado	9,1	Liberdade	5,8	Pinheiros	0,0
Parque do Carmo	13,2						

Quadro 10 - Taxas de homicídio por 100 mil habitantes X distritos da cidade de São Paulo, 2010

Fonte: NEV/USP

Quando se observa as taxas de homicídio para os grupos com o maior número de mortes, os dados são ainda mais impressionantes. No ano de 2010, a taxa média de

homicídios masculinos para a cidade de São Paulo foi de 22,0, sendo, portanto, 1,9 vezes maior que a taxa média da cidade (11,7). Contudo, quando se observa esta mesma taxa para o Jardim Ângela, ela era de 36,3. Ou seja, 1,6 vezes mais que a taxa média masculina da cidade e 1,8 vezes mais que a taxa média de São Paulo.

Gráfico 10 - Taxas de homicídio por 100 mil habitantes, 2010
Fonte: NEV/USP

Quando se desagrega a taxa de homicídio masculina entre as faixas etárias que concentram o maior número de casos (15 e 29 anos), percebe-se que elas eram ainda mais acentuadas. Ainda considerando o ano de 2010, as taxas de homicídios masculinas para estes grupos etários foram:

Gráfico 11 - Taxas de homicídio masculina por 100 mil habitantes, 2010
Fonte: NEV/USP

Pelo gráfico acima, observa-se que as taxas de homicídios masculinas para três diferentes faixas etárias entre 15 e 29 anos são, tanto para a cidade como para o Jardim Ângela, superiores às taxas gerais de homicídio tanto do município como do próprio distrito, indicando que esta causa de morte tem maior incidência entre jovens do gênero masculino. Contudo, quando se compara, para a mesma faixa etária, os dados do Jardim Ângela com os da cidade, observa-se que a incidência dos homicídios entre os jovens do Jardim Ângela era superior à média da cidade.

Quando se observa como as taxas de homicídio variaram no Jardim Ângela ao longo dos anos, percebe-se que elas apresentaram significativas quedas, principalmente entre a população masculina.

	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
15 a 19	369	21	332	44	375	15	247	30	183	15	207	0	122	22	91	22	53	7	30	0	60	7
20 a 24	401	11	447	29	345	22	383	11	253	11	224	28	133	14	95	0	101	7	43	0	57	14
25 a 29	340	7	436	22	245	37	272	7	187	14	81	14	109	7	86	7	64	0	28	13	70	6

Quadro 11 - Taxas de homicídio por 100 mil habitantes X Gênero X Faixa Etária, 2000-2010

Fonte: NEV/USP

Entre 2000 e 2010, as taxas de homicídios masculinas para as três faixas etárias entre 15 e 29 anos apresentaram quedas de aproximadamente 80%, sendo a maior variação para a faixa entre 15 a 19 anos (83.8%) e a menor para a faixa entre 25 e 29 anos (79.4%).

Gráfico 12 - Taxas de homicídio masculina por 100 mil habitantes X Faixa etária, 2000-2010
Fonte: NEV/USP

Como já era esperado, o cálculo das taxas de homicídios para o grupo feminino do distrito do Jardim Ângela mostrou números muito menores que os apresentados pelo grupo masculino. Mesmo considerando a diferença de magnitude, as taxas de homicídios femininos para estes apresentaram algumas particularidades.

Entre 2000 e 2010, o Jardim Ângela ocupava o segundo entre os distritos em que mais mulheres eram mortas por homicídio. No total, foram 114 casos registrados, ficando apenas atrás de Grajaú, com 135 mortes.

Quando se observa os números de homicídios entre as mulheres, percebe-se que, por um lado, tal como para a masculina, a taxa do Jardim Ângela também era para a população

feminina superior à média da cidade. Por outro lado, observa-se que ao longo deste período a taxa Jardim Ângela decresceu, aproximando-se da média da cidade.

Gráfico 13 - Taxas de homicídio feminina por 100 mil habitantes X Faixa etária, 2000-2010

Fonte: NEV/USP

Acompanhando a tendência de queda, taxa de homicídios entre a população feminina também apresentou movimento descente, tanto para a cidade de São Paulo (desde 2000), como para o distrito do Jardim Ângela (a partir de 2001). No período entre 2000 e 2010, a variação estas taxas variaram -68,8%, na cidade de São Paulo e -72,5% no Jardim Ângela.

Apesar de apresentar números bastante menores aos da população masculina, as vítimas femininas de homicídio também se concentraram entre a população jovem, entre 15 a 29 anos. Do total de homicídios cometidos contra as mulheres, 56,1% deles se concentravam entre esta faixa etária.

Gráfico 14 - Taxas de homicídio feminina por 100 mil habitantes X Faixa etária, 2000-2010
Fonte: NEV/USP

Diferentemente das taxas masculinas, as femininas apresentaram grande sazonalidade no período, sugerindo que os homicídios femininos, ao menos para estes grupos etários, parecem não seguir um padrão. Contudo, é possível observar que, entre os três grupos etários, a faixa entre 15 a 19 anos foi a que tendeu concentrar as maiores taxas de homicídios.

3.3. Jardim Ângela: Alguns dados sobre a gravidez para a população entre 15 a 19 anos

Entre 2003 e 2011, 6,9% das adolescentes entre 15 e 19 anos tornaram-se mães no distrito do Jardim Ângela. Proporção 1,3 vezes maior que a média da cidade de São Paulo e 10,5 vezes mais que Moema, o distrito com a menor proporção de adolescentes mães para esta faixa etária.

Gráfico 15 - Proporção de adolescentes entre 15 e 19 anos que se tornaram mães entre 2003 e 2011 na cidade de São Paulo e nos distritos do Jardim Ângela e Moema

Fonte: SINASC/SMS-SP

Em 2011, o jardim Ângela ocupava a quarta posição entre os distritos da cidade com o maior número de jovens entre 15 e 19 anos mães (7,3%), atrás apenas de distritos de Belém (10,6%), Brás (7,8%), Brasilândia (7,5%) e Parelheiros (7,3%).

Quando se observa esta proporção ao longo dos anos, percebe-se que ela variou de 6,8% (2003) e 7,2% (2011), atingindo seu maior ponto em 2009 (7,3%) e seu menor ponto em 2007 (6,4%).

Gráfico 16 - Proporção de adolescentes entre 15 e 19 anos que se tornaram mães entre 2003 e 2011 na cidade de São Paulo e nos distritos do Jardim Ângela e Moema.

Fonte: SINASC/SMS-SP

Enquanto a proporção de adolescentes mães permaneceu praticamente estável, ao longo do período, na cidade de São Paulo, no Jardim Ângela houve dois movimentos divergentes, entre 2004 e 2008, queda, e entre 2009 e 2011, alta.

Quando se comparam o Jardim Ângela com o Brasil e o estado de São Paulo, percebe-se que os números apresentados pelo distrito do jardim Ângela são superiores aos apresentados tanto pelo país quanto pelo estado e município. Apesar das taxas do Jardim Ângela estarem próximas ao do total de adolescentes mães do Brasil, observa-se que enquanto esta última passa, a partir de 2007, a cair, as do Jardim Ângela passam a partir de 2008 a subir, ultrapassando as taxas brasileiras.

Gráfico 17 - Proporção de adolescentes entre 15 e 19 anos que se tornaram mães entre 2003 e 2011 no distritos do Jardim Ângela, Brasil, no estado de SP e no município de SP.
Fonte: SINASC/SMS-SP

Quando se observam os dados do Jardim Ângela sobre a proporção de mulheres que se tornam mães por grupos etários, percebe-se que, no período entre 2003 a 2011, a faixa entre 15 e 19 anos ocupava, entre os sete grupos, a quarta posição, sendo o grupo entre 20 a 24 anos o que concentrava o maior número de nascidos vivos.

Gráfico 18 - Proporção de nascidos vivos pela faixa etária das mães no período 2003 a 2011 no distritos do Jardim Ângela
Fonte: SINASC/SMS-SP

Contudo, quando se compraram os dados do Jardim Ângela com distritos que possuem as menores proporções de mães entre a população de 15 e 19 anos, como, por exemplo, Moema e Alto de Pinheiros, obtêm-se os seguintes resultados:

Gráfico 19 - Proporção de nascidos vivos pela faixa etária das mães nos distritos do Jardim Ângela, Moema e Alto de Pinheiros no período entre 2003 a 2011
Fonte: SINASC/SMS-SP

Além de destacar graficamente a abismal diferença no número de mães na faixa entre 15 e 19 anos, o gráfico acima também chama atenção para outra questão: tanto o distrito de Moema como alto de Pinheiros, a curva de natalidade por faixa etária tem um desenho diferente da apresentada pelo Jardim Ângela. Enquanto este último distrito tem o seu pico entre 20 e 24 anos, os distritos de Moema e Alto de Pinheiros tem como ponto mais alto da curva a faixa etária entre 30 e 34 anos.

Se por um lado esta diferença entre os distritos parece confirmar a percepção de que algumas mulheres, em virtude das oportunidades e/ou necessidades pessoais, formativas e profissionais, tendem a postergar a maternidade, o que poderia, entre outros fatores, explicar maior concentração de mulheres se tornando mães nos grupos etários entre 30 e 39

anos. Por outro lado, quando se considera que os distritos de Moema e Alto de Pinheiros possuem condições de infraestrutura e acesso a oportunidades diametralmente opostas às condições de vida existentes no Jardim Ângela, não seria de todo equivocado dizer que estas diferentes condições de vida existentes entre estes grupos estabelecem, para as mulheres, distintos lugares e papéis. Diferenças estas que, no mínimo, parece indicar que muitos dos direitos que as mulheres, às duras penas conquistaram, ainda se restringem a um grupo bastante seletivo.

Apenas para verificar a consistência desta hipótese, sem ter contudo a pretensão de aprofundar a discussão desta questão neste trabalho, comparamos a proporção de nascidos vivos, por grupos etários, nos três distritos que apresentavam as menores quantidade de mães entre 15 a 19 anos (Alto de Pinheiros, Moema e Jardim Paulista) com os três distritos em que apresentavam as maiores proporções (Belém, Brás e São Miguel). Para observar as diferenças, foram elaborados os seguintes gráficos:

Gráfico 20 - Proporção de nascidos vivos pela faixa etária das mães nos distritos de Belém, Brás e São Miguel no período entre 2003 a 2011
Fonte: SINASC/SMS-SP

Gráfico 21 - Proporção de nascidos vivos pela faixa etária das mães nos distritos de Moema, Alto de Pinheiros e Jardim Paulista no período entre 2003 a 2011
 Fonte: SINASC/SMS-SP

Observando os gráficos, nota-se que tanto os distritos com as maiores quanto os com as menores proporções apresentam, entre os grupos etários, desenhos semelhantes na distribuição das barras. Similaridade que parece reforçar a hipótese acima discutida.

Além disto, quando se observa a distribuição das barras entre os três distritos com maiores proporções de mães entre 15 e 19 anos, elas não só são semelhantes entre si como também são semelhantes às apresentadas pelo distrito do Jardim Ângela, o que, mais uma vez, parece sugerir que as condições de oportunidades e de vida estão relacionadas a maior ou menor incidência da maternidade entre as faixas etárias mais jovens.

CAPÍTULO 4. DO ESTUDO PILOTO

Com a seleção de três visitadoras, iniciou-se, em agosto de 2011, a fase piloto do programa. Esta fase tinha como objetivo testar como a estrutura desenvolvida se comportava em uma escala um pouco mais ampliada e tendo maior parte dos acompanhamentos realizados por visitadoras da própria comunidade.

A fase do piloto também tinha a finalidade de estabelecer um modo de trabalho que lidasse com questões operacionais que se tornavam mais complexas, com o aumento das participantes e a integração de novos profissionais, como, por exemplo, a logística das visitas e das supervisões, a incorporação e a distribuição das novas participantes entre as visitadoras, a ampliação das parcerias tanto para fortalecer a rede de apoio como também para abrigar os grupos mensais, registro e o fluxo das informações etc..

A necessidade de ampliar o número de participantes estendeu a atuação do programa para outra região do Jardim Ângela, a Cidade Ipava, que fica a aproximadamente sete quilômetros de distância da área em que o programa já atuava.

A inclusão de participantes desta nova área implicava em um trabalho de reconhecimento daquele novo território, principalmente porque as referências geográficas que as participantes do Ipava tinham eram, em grande parte, diferentes daquelas que moravam no entorno da Sociedade Santos Mártires.

Assim, a fase piloto, além de lidar com a capacitação e o acompanhamento das visitadoras, teve também de lidar, principalmente pela necessidade de incorporar novas participantes, com a inclusão de um novo território.

A região do Ipava fica no extremo sul do Jardim Ângela, às margens da represa do Guarapiranga. A ocupação desta região é bastante recente. Se os serviços públicos na região já são bastante escassos, como já vimos anteriormente, elas são ainda mais precários nas áreas onde a ocupação é mais recente. Neste sentido, a região do Ipava possui ainda poucas linhas de ônibus, poucas escolas, nenhuma creche e muitas ruas que ainda não são pavimentadas. Como ainda há muitos terrenos vazios, muitas novas favelas têm se formado

naquela região, principalmente em áreas mais próximas da represa. Estas áreas, ainda mais pauperizadas, formam uma espécie de periferia da periferia e é para onde muitas pessoas, do próprio Jardim Ângela migram, quando buscam reduzir os gastos com moradia.

Para tentar lidar com as necessidades logísticas dos atendimentos e das supervisões, pelo menos um dia das visitadoras é dedicado a atender as participantes da Cidade Ipava.

A malha de transporte é bastante restrita. Há transporte coletivo apenas para se chegar em algumas áreas da região, mas a maior parte dela não é atendida pelo transporte público, o que dificulta em muito o deslocamento dentro do próprio Ipava. Assim, o deslocamento para as visitas é feito, na maioria das vezes, a pé, o que implica em um maior tempo gasto com os deslocamentos e isto implica, por outro lado em um menor número de atendimentos realizados durante o período.

A segurança das visitadoras também era outra questão que teve de ser considerada. Como parte da região era bastante erma, sendo algumas áreas consideradas, pela própria população local, perigosas, o que deixava muitas vezes a equipe insegura, as visitas passaram a ser realizadas em duplas, o que também diminua a capacidade de cobertura.

Por outro lado, percebia-se que a mesma dificuldade que tínhamos para acessar as participantes, elas também tinham para acessar direitos e serviços. Muitas delas relatavam ter de andar em torno de uma hora para chegar à escola, ao posto de saúde e, às vezes, até mesmo ao ponto de ônibus.

Estas condições fazem com que questões que aparentemente parecem simples, sejam, de fato, um grande problema. Como, por exemplo, a situação pela qual passou P..

A filha de P., quando a conhecemos, tinha em torno de 11 meses e chamava atenção pelo seu baixo peso. Para tentar enfrentar aquela situação, a supervisora que acompanhava, junto com a visitadora, entrou em contato e conseguiu um atendimento para filha de P., no Centro de Educação e Recuperação Nutricional (CREN), uma renomada instituição filantrópica situada na região da Praça da Árvore.

Nas visitas foi conversado com P. sobre a possibilidade de sua filha ser avaliada por aquele serviço e que haveria a possibilidade até mesmo dela ser atendida por ele. P. permitiu que agendássemos uma consulta para sua filha. Este tema continuava sendo

conversado durante as visitas. Quando conseguimos o atendimento, passamos o endereço para que P. pudesse comparecer à consulta. Contudo, ela não fazia a mínima ideia de como chegar ao local. Nas semanas que antecederam a consulta, parte das visitas girava em torno do que P. poderia fazer para chegar ao serviço. Uma das possibilidades conversadas seria que P. verificasse, entre seus conhecidos, alguém que pudesse acompanhá-la. Conforme a data se aproximava, P. se angustiava (assim como a equipe) por não encontrar ninguém que pudesse ir com ela. Temia ir sozinha e não só perder a consulta, mas também se perder.

Na discussão da situação dentro da equipe, uma das visitadoras se dispôs a acompanhá-la. No dia da visita, levou-se esta possibilidade para ser discutida com P., principalmente porque quem iria com ela, não seria a mesma visitadora que a acompanhava. P. prontamente aceitou a ideia, passaram a combinar onde seria o encontro para que fossem ao serviço.

No dia combinado, a visitadora que havia se voluntariado encontrou com P. no terminal de ônibus do Jardim Ângela às seis e meia da manhã. A consulta estava marcada para as nove. P. conta à visitadora que para encontrar com ela no local combinado, precisou sair de casa bem cedo, cinco horas. Isto porque precisava andar até o ponto, que levava em torno de uns vinte minutos. Mas como estava com a filha no colo, demorava um pouco mais, uns trinta minutos. Chegaram ao serviço próximo da hora do atendimento.

No CREN a situação da filha de P. despertou muita atenção. A criança foi examinada e o seu quadro foi avaliado. Um dos encaminhamentos sugeridos era que P., por um período, levasse sua filha diariamente ao serviço, onde passaria por novos exames e realizaria um tratamento de recuperação nutricional. Lá a filha de P. poderia ficar o dia inteiro, entrando de manhã e saindo à tarde. A solução parecia perfeita, se não fosse pela distância e o tempo gasto por elas para chegarem ao serviço. Assim, não havia a mínima condição de P. sair de casa todos os dias, às cinco da manhã, levar a criança ao serviço e voltar para buscá-la no final do dia.

A visitadora, que acompanhava P. e que foi por ela convidada a acompanhá-la durante os exames, ajudou a explicar a situação e, diante do exposto, os atendimentos passaram a ser mensais.

Questões concretas como esta, neste caso, o deslocamento e o tempo gasto para se alcançar um serviço, colocam-se muitas vezes como obstáculos para a efetivação de direitos. Nestes casos, o acesso à informação e até mesmo a oportunidade de ser atendida por um serviço não são garantias de que ele será de fato acessado. Talvez, muitas das ausências e a desistências, comuns em muitas destas situações, quando contextualizadas, adquirem outros sentidos. Contudo, para que se formem estes sentidos, é preciso ver ou ouvir o outro, conhecer sua realidade. Coisa que só se faz quando se desenvolve alguma empatia. Empatia que a visitadora de P. demonstrava quanto trazia, cheia de preocupação, o caso dela para supervisão. Empatia que a visitadora, que não era de P., demonstrava quando se dispôs a acompanhá-la ao CREN. Empatia que a própria P. demonstrava quando convidou a visitadora que com ela foi ao serviço para acompanhá-la (e aqui se invertiam os papéis de acompanhador/acompanhante) nos profissionais que P. passara com sua filha naquele dia...

P. tem comparecido às consultas mensais do CREN. Nas demais vezes, foi acompanhada por uma de suas primas e, como já havia aprendido o caminho, a prima foi quem a acompanhou, pois, e mais uma vez aqui se mudavam os papéis, foi ela quem ensinou para a prima o caminho!

Questões como a acima relatada fez com que, ainda na fase piloto redimensionássemos algumas expectativas que inicialmente tínhamos com o programa, como, por exemplo, o número de atendimentos que poderiam ser realizados por dia. Por outro lado, as condições de vida de muitas participantes do Ipava faziam-nos repensar tanto as estratégias como também os resultados. Principalmente quando se considerava a perspectiva normalizante (o que toda a criança em um momento específico do desenvolvimento deve apresentar) e normalizadora (avaliar a eficácia de um protocolo de ações que, se bem sucedido poderia ser replicado) com que a avaliação do programa era pensada.

Até abril de 2013, data em que estava concluindo este trabalho, o piloto ainda estava em andamento no jardim Ângela. Abaixo, serão abordados mais alguns aspectos desta fase de desenvolvimento do programa.

4.1. As Visitadoras

As três visitadoras que participam desta etapa piloto foram selecionadas entre julho e agosto de 2011. Todas moravam há mais de 15 anos no Jardim Ângela e eram mães de crianças que, na época tinham entre 4 e 9 anos. A idade das visitadoras era, na época, entre 28 e 43 anos.

A seleção das visitadoras se fez por meio de entrevistas que focavam, sobretudo, na experiência de vida e na relação que tinham com a maternidade. Em sua maioria, as candidatas para o processo seletivo foram indicadas pelas entidades da região (unidades de saúde, projetos sociais, serviços de assistência social etc.).

Após a seleção iniciou-se a capacitação que ocorreu como descrito anteriormente. Para ser coerente ao modo como o programa estava sendo desenvolvido, a formação das visitadoras não poderia ocorrer de forma que suscitasse práticas normatizadas e prescritivas.

Para tentar desviar deste caminho, evitava-se que a capacitação tivesse o formato de aula. Isto porque não se desejava que as visitadoras internalizassem o “modelo professoral” de trabalhar a informação.

Na busca de um modelo dialógico, a capacitação iniciava-se conversando sobre as experiências das visitadoras. Entre os temas abordados estavam a gestação, o parto, a educação dos filhos, o desenvolvimento dos filhos, as dificuldades enfrentadas como mães, se houve alguém que as ajudou quando gestantes e/ou com o recém-nascido etc. Este momento servia, entre outras coisas, para integrar as visitadoras, que compartilham suas experiências e discutiam tanto os pontos comum como também as diferenças.

A partir das percepções que as visitadoras traziam eram então pensados e discutidos como o programa também via e pensava muitas daquelas aquelas questões, problematizando as percepções trazidas, como também se deixando ser questionado por elas para. Neste processo, o que já havíamos desenvolvido era novamente questionado, testado, adaptado e, quando necessário, descartado para que, juntos, se elaborassem outras compreensões e estratégias que, novamente, caíria neste circuito.

A conversa sobre as experiências das visitadoras com a gestação e a maternidade também era o ponto de partida para se discutir o que elas imaginavam que seria semelhante e diferente entre aquela conversa e conversa que se teria durante a visita. Neste momento, aspectos observados pela equipe que trabalhava na capacitação sobre as falas, as reações, os comentários etc. feitos durante as conversas eram também trazidos para se discutir o quanto eles poderiam ajudar ou atrapalhar no processo de visita.

Este era um dos momentos em que, por exemplo, se discutia a diferença que existe entre a escuta que procura conhecer e compreender com a escuta que busca julgar. Para a discussão de temas como este, as visitadoras eram muitas vezes convidadas a lembrar e, se quisessem, compartilhar momentos em que foram tanto compreendidas como também julgadas. A partir destas experiências, discutia-se, principalmente, como se sentiam e como percebiam que reagiam naquelas situações. Por meio daquelas referências, passava-se então a pensar e discutir sobre qual postura favorecia mais: a) a formação de vínculo; b) a formar uma visão um pouco mais ampla sobre a participante, sua história e condições de vida para, somente depois, se pensar o que poderia ser feito.

Este momento, ainda que inicial, da capacitação fomentava muitas discussões e não raras às vezes, percebia-se o quanto a partir daquelas conversas as visitadoras saíam repensando, relativizando ou até mesmo, reafirmando suas referências.

Para a equipe que vinha desenvolvendo o programa, estabelecer um processo de trabalho que fosse, ao mesmo tempo, dialógico e respeitoso era fundamental, principalmente enquanto um processo formativo. Buscava-se com isso estabelecer, desde o início com aquelas visitadoras, uma prática que minimizasse a distância entre prática e teoria ou, em outras palavras, entre o que se dizia pretender e o que ali se vivia.

Era a partir desta experiência vivencial e de sua discussão que se esperava que este modelo também fosse replicado por elas nas visitas.

Após este momento de capacitação inicial, as visitadoras passaram a acompanhar as visitas que a equipe de implementação já realizava no Jardim Ângela. Cada uma das futuras

visitadoras acompanhava um membro da equipe, visitando uma mesma participante por aproximadamente um mês.

Neste momento da capacitação, as futuras visitadoras observavam as visitas e durante a supervisão, discutia-se o que tanto o que haviam percebido e sentido, quanto ao que fora feito. A partir destes casos concretos, passávamos a discutir o que poderia ser realizado com aquela participante.

Conforme as futuras visitadoras iam compreendendo o modo como trabalhávamos, íamos combinando pequenas participações delas nas visitas, como, por exemplo, a realização de uma atividade ou a discussão de um tema. A participação que elas teriam na visita era anteriormente discutida e muitas vezes ensaiada, tanto para elas irem se assegurando de suas competências, como também para irem internalizando os temas e as formas como eles poderiam ser trabalhados. Novamente, durante a supervisão eram discutidas as percepções e as intervenções realizadas, tanto as que eram por nós realizadas, quanto as que eram por elas realizadas.

Este processo ia se repetindo e cada vez mais íamos ampliando a participação das visitadoras que estavam em capacitação até que ela começava ao ponto em que ela passava a ser a visitadora e nós os observadores.

A partir deste momento, as visitadoras passavam a realizar as visitas sozinhas, sendo acompanhadas apenas pela supervisão.

A transição entre estas diferentes etapas variava de uma visitadora para outra, sendo sempre discutidas anteriormente tanto com visitadoras em capacitação como também entre a própria equipe que coordenava o programa que, naquele momento, era quem também as acompanhava e as supervisionava.

4.2. As Parcerias

A percepção de que os serviços de referência para as participantes do Ipava assim como a dificuldade que tinham de se deslocar, mesmo dentro do Jardim Ângela, levou o programa a procurar entidades que pudessem: a) acolher o programa localmente, se

tornando um espaço de referência tanto para a equipe como para as participantes; b) ajudar identificar e encaminhar possíveis casos para ser atendidos; c) auxiliar a equipe a se localizar no território (muitas casas do Ipava ficam em ruas que não tem nome); d) apresentar o programa nas comunidades, facilitando, assim, o acesso à casa das visitadas; e) auxiliar na identificação dos recursos locais que poderiam ser acessados pelas participantes do programa e seus filhos etc..

Neste sentido, o programa estabeleceu contato com três grupos locais. O primeiro deles foi a Serviço de Assistência Social e Familiar, conhecido como SASFII⁸, que se tornou o ponto de referência do programa no Ipava. Além de indicar participantes, o SASF II também acolhe o programa cedendo espaço tanto para a realização dos grupos mensais como também para a realização de algumas supervisões com as visitadoras.

O segundo grupo foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) do Jardim Aracati⁹. Esta UBS colocou o programa em contato com seus agentes comunitários de saúde que passaram tanto a indicar possíveis participantes.

O terceiro grupo contado foi a Arco10, uma ONG local que, em parceria com o poder público, desenvolve uma série de atividades educacionais e de cidadania com crianças, jovens e adultos.

O contato com a Arco foi estabelecido no final de 2012, a partir da necessidade de se ter uma segunda referência local para o programa. Isto porque, muitas das participantes que atendíamos no Ipava moravam no entorno da Arco, que ficava a aproximadamente uns 40 minutos do SASFII.

Neste sentido, a Arco possibilitava ao programa ter uma referência que fosse mais próxima daquelas participantes, facilitando, inclusive, a participação delas nos encontros mensais, como também era um ponto de apoio para as visitadoras que, semanalmente, tinham que andar por aproximadamente 40 minutos para realizar as visitas naquela região.

⁸ <http://www.socialbomjesus.org.br/Serviçodeassistênciasocialbásicanodomicílio.htm>

⁹ <http://www.cejam.org.br/2012/index.php?id=21&pg=unidades>

¹⁰ <http://www.arcobrasil.org.br/>

4.3. As Participantes

Em abril de 2013, o número de participantes no projeto era de setenta e um, sendo 63% dos acompanhamentos realizados pelas visitadoras da comunidade. Do total das participantes até então acompanhadas, 47,8% iniciaram o acompanhamento ainda durante a gestação. De um modo geral, o perfil das participantes era:

Idade que tinham quando engravidaram

A média de idade com que as adolescentes que aceitaram ser acompanhadas pelo programa engravidaram foi 16,4 anos. Observando a idade que tinham quando iniciaram a gestação, percebe-se que a maioria delas (73,2%) concentrava-se entre 15 e 17 anos, sendo 16 anos, a idade em que a gestação se iniciou para o maior número delas (26,8%).

Com quem moravam

Entre as participantes, um número significativo já morava com o pai da criança antes da gestação (39,4%), quando se considera as que passaram a morar com eles depois da gestação este número sobe para 42,6% e quando se soma às que ainda não moravam, mas intencionavam, este número passa para 46,5%. Apesar das diferenças, observa-se com estes números o mesmo fenômeno destacado por Aquino et al. (2003), de que grande parte destas gestações ocorrem entre casais que já moravam juntos.

Das que não moravam com o pai da criança, a maioria morava com a mãe (52,6%). Além destas, 28,9% moravam com os pais, 7,9% moravam sozinhas, 5,3% com irmãos e 5,3% com as avós.

Participantes com filhos anteriores ao acompanhado pelo programa:

Quando ingressaram no programa, 77,5% das participantes não tinham outros filhos e 22,5% já eram mães de outras crianças. Das que já eram mães, 75% tinham um filho e 25%, dois.

A idade média das participantes que não tinham outros filhos quando ingressaram no programa (n=55) era de 16 anos (variando entre 13 e 20 anos, sendo a idade mais frequente 16 anos, com 30,9% dos casos), enquanto a das que já eram mães de outras crianças (n=16) era de 17,6 anos (variando entre 15 e 20 anos, sendo a idade mais frequente 17 anos, com 31,3% dos casos).

Idade das participantes que não tinham filhos anteriores X as que já tinham filhos anteriores ao acompanhado pelo programa

Para as que já tinham um filho (n=12), a idade média em que ocorreu a segunda gestação foi de 17,6 anos (variando entre 15 e 20 anos, sendo a idade mais frequente 18 anos, com 33,3% dos casos). Para as que a gestação acompanhada era a terceira (n=4), a idade média das participantes era de 17,8 anos (variando entre 17 e 20 anos, sendo que três das quatro participantes que estavam nesta situação tinham 17 anos de idade).

Escolaridade

A maioria das participantes acompanhadas pelo Infância Saudável, 79,4%, não estudava. Este dado, que repetia as informações que havíamos levantado nas fases de consulta, reforçam os argumentos de pesquisadores como Aquino et al. (2003), Dias e

Aquino (2006), Sabroza et al. (2004) e Esteves e Menandro (2006) de que a história de escolarização nas camadas populares é menos linear e com maior número de interrupções. Além disso, como muitos destes pesquisadores também já observavam, a evasão escolar ocorreu, para a maioria delas (57,2%), antes da gestação.

Nestes casos, o discurso de que a gravidez seria um dos principais motivos que gera o afastamento das adolescentes pobres da escola, parece ser cada vez mais uma falsa premissa. Pois, o que temos observado é que muitas delas têm se afastado antes mesmo de ficarem grávidas.

Foi o que aconteceu, por exemplo, com P. Quando a conhecemos, ela tinha 17 anos e era mãe de um bebê de 11 meses. Naquela época, P. já estava há pelo menos uns 6 anos fora da escola. Abandonou os estudos antes de completar a quarta série, para cuidar dos irmãos menores enquanto a mãe saía para trabalhar. Antes de abandonar a escola, P. conta que chegou conversar com a professora sobre sua situação. Contudo, em vez de ser demovida da idéia a partir da procura de alguma outra possibilidade que não fosse o abandono da escola, P. conta que a professora também a incentivou a “deixar a escola pelo bem dos irmãos”.

O acompanhamento de P. já tem quase dois anos. Durante todo este período ela vem sendo incentivada a voltar para escola, o que ela diz que pretende fazer ainda este ano.

Outro caso é de K., que também era mãe de um bebê de 11 meses e tinha 18 anos quando a conhecemos. K. desistiu dos estudos no primeiro ano do ensino médio. Diferente de P., K. tinha uma condição de vida bem mais favorável, estudando durante muitos anos em um colégio particular onde um de seus pais trabalhava.

Contudo, quando passou para o ensino médio, teve que mudar de escola, indo estudar em uma escola pública perto de sua casa. Conta que não gostou da escola e, por achá-la fraca e com muitas aulas vagas, parou de ir. Sua intenção era encontrar uma escola mais forte para voltar a estudar no ano seguinte. Já estava há quase dois anos fora da escola quando engravidou.

Apesar das diferenças existentes entre os casos de K. e de P., ambos têm alguns aspectos comuns que exemplificam um certo padrão que parece ser bastante recorrente tanto entre estes adolescentes.

Retomando o que já foi destacado anteriormente, a escola, em muitas destas situações, parece lidar com a questão da evasão de uma forma que parece ser, no mínimo, omissa. Mesmo não sendo o objeto direto deste trabalho, vale aqui lembrar, apenas para situar a questão em um horizonte mais amplo, a análise de Patto (1999) sobre a produção do fracasso escolar. Acompanhando o raciocínio de Patto, a evasão escolar pode também ser entendida como algo produzido por um modo específico de gerir as relações escolares.

Neste sentido, as condições que produzem a evasão escolar, parecem ser muito mais que um sintoma de disfuncionalidade. Pelo contrário, elas parecem atender a outra lógica: a de produzir não só o fracasso escolar, como tão bem explora Patto, mas também o fracassado que emerge desta relação. Para atender estes objetivos, a maneira como a escola parece se constituir, principalmente em contextos como o Jardim Ângela, torna-se bastante funcional em sua disfuncionalidade.

A frase dita por uma das adolescentes participantes do programa é bastante emblemática. Ao ser perguntada se a escola não se manifestava quando começavam a faltar, ela respondeu: “a escola não está nem aí se a gente vai ou não. Às vezes, acho até que o que eles mais querem é que a gente suma” (G., 15 anos).

A ampliação do número de participantes também reforçou a percepção que tínhamos de que, para muitos adolescentes das camadas populares, como é o caso do Jardim Ângela, a escola parece não ser uma questão compulsória. Deixar de frequentar a escola, principalmente quando se entra na idade correspondente à adolescência, está no horizonte de possibilidades de muitos daqueles jovens, como vemos, por exemplo, entre muitas das adolescentes participantes do programa.

Pelo que as adolescentes nos contavam, a decisão de deixar ou não a escola era, majoritariamente, delas e, na maioria das vezes, esta questão não era sequer discutida com os pais ou com outras pessoas mais velhas da família.

Conversando sobre esta impressão com o coordenador de um importante projeto educativo da região, ele nos conta que, dias antes, o Conselho Tutelar lhe havia encaminhado um menino de 12 anos para ser acompanhado por sua instituição. Entre as questões que motivaram o encaminhamento, havia também a queixa de que o menino não estava frequentando a escola.

Conta-nos, então, o coordenador que uma das primeiras ações por ele tomada foi chamar a mãe do menino para uma conversa. Segundo ele, a mãe foi bastante solícita, atendendo prontamente ao seu chamado. Ao ser perguntada sobre o que havia ocorrido para que o menino deixasse de ir à escola, ela respondeu que ela até o acordava, antes de sair para o trabalho, para ir às aulas.

Como, o filho começou a responder que não iria mais à escola, ela parou de chamá-lo. O coordenador conta ainda que lhe perguntou se não achava importante que o filho continuasse estudando. Ela respondeu que até achava, mas que como ele já era grande (ele tinha 12 anos), já deveria saber o que era melhor para ele.

Comparando o presente com o passado, o coordenador daquele serviço observou ainda que percebia que os pais estavam delegando aos filhos, cada vez mais cedo, a decisão sobre a continuidade dos estudos. Conta que até muito pouco tempo atrás, era a entrada no ensino médio, isto é, mais ou menos aos 15 anos, que se dava este momento. Contudo, vem percebendo que este momento parece estar cada vez mais se deslocando para a idade que marca a passagem do ensino fundamental I para o II, isto é, em torno dos 12 anos.

Quando observamos as idades em que as participantes que não estavam estudando deixaram a escola, percebemos que elas parecem corroborar as impressões acima descritas. Das participantes que estavam fora da escola, 21,8% desistiram entre a quarta e quinta série e 41,8% entre a oitava série do ensino fundamental e o primeiro ano do ensino médio.

Comparando as que abandonaram a escola antes de ficarem grávidas com as que abandonaram depois que engravidaram, percebe-se que, para ambos os grupos, a evasão foi mais frequente entre a sexta e a oitava série.

Anos de estudo entre as que abandonaram à escola antes da gestação X as que a deixaram durante a gestação

Percebe-se também que o abandono da escola entre a quarta e a quinta série foi mais frequente entre as que haviam parado de estudar antes da gestação (4 vezes mais), em relação ao grupo que parou de estudar durante a gestação), enquanto as que abandonaram os estudos durante o ensino médio foi maior entre as que deixaram a escola durante a gestação.

A idade média em que ocorreu a gestação foi maior entre as que já haviam deixado a escola (16,8 anos), que entre as que abandonaram a escola durante a gravidez (17,6 anos). Entre as que continuavam estudando, a idade média em que ocorreu a gestação foi de 16 anos.

Quando se observa a relação idade e série, percebe-se que a defasagem não só era maior para o grupo que já havia deixado a escola antes da gestação, como ela era de três anos ou mais para 36,6% delas. Para o grupo que abandonou os estudos durante a gestação, chama atenção que a maioria (62,5%) não apresentava defasagem entre a idade que tinham e o ano escolar que cursavam. Entre o pequeno grupo das que, mesmo grávidas, continuaram estudando (n=7), também não havia defasagem.

Defasagem idade série entre as que já haviam abandonado à escola antes da gestação X as que a deixaram durante a gestação

O regime de exercícios domiciliares é um dos mecanismos existentes para que as gestantes consigam dar continuidade ao seu processo de escolarização. Por meio deste mecanismo algumas evasões e, conseqüentemente, a defasagem idade/série, poderiam ser evitadas. Esta questão torna-se ainda mais premente quando se observa que a maioria das gestantes que abandonaram a escola estava na série adequada à idade que tinham.

Contudo, nas conversas que tínhamos com estas participantes, pode-se perceber que, por um lado, poucas eram as que tinham conhecimento de que, por meio do regime de exercícios domiciliares, havia a possibilidade de tanto de não perderem o ano, dando, assim, continuidade aos seus estudos. Por outro lado, percebíamos também que, para grande parte das participantes que saíram da escola durante a gestação, a gravidez, somava-se a outros fatores (falta de estímulo; dificuldades de aprendizagem; humilhações e destrato por colegas e professores; excesso de aulas vagas; grande número de faltas; bagunça etc.) que acabavam motivando a desistência.

Uma das hipóteses que poderia ser aqui levantada seria de que a grande proporção de participantes que já estavam fora da escola antes de engravidarem poderia estar superestimada pelas participantes que já tinham outros filhos. Neste caso, poderia se pensar que a desistência da escola teria se dado, não em virtude da atual gestação, mas durante as

gestações anteriores, o que reforçaria a hipótese de que a gravidez seria a responsável pelo afastamento da escola.

Como não tínhamos, para o grupo das participantes que já tinham outros filhos, informações se já haviam ou não deixado a escola antes do nascimento de seu primeiro filho, observamos apenas entre as que não possuíam outros filhos, quantas haviam deixado a escola antes e durante a gestação. Nesta situação, os números foram muito próximos com 22 (51%) participantes deixaram os estudos durante a gestação e 21 (49%) já os haviam deixado antes de engravidarem.

Por estes números, pode-se dizer que ainda que a gravidez esteja entre as causas da evasão escolar, pode-se levantar a hipótese de que ela é uma, entre outras causas, principalmente pelo número das que haviam abandonado à escola por outros motivos que não era exclusivamente a gravidez. E mesmo no caso das que abandonaram a escola durante a gestação, parece que a gravidez era um elemento a mais, que se associava a outros fatores, que resultavam na evasão escolar. Ou seja, o argumento de que é a gravidez na adolescência causa evasão escolar é, ao menos, relativo, ou, segundo estes números, no máximo, uma meia verdade.

É com o objetivo de tensionar o discurso que busca, a partir da gravidez na adolescência, explicar e justificar a evasão escolar que chamo, aqui, atenção sobre este fato. O problema deste discurso é que, ao fazer lembrar o indivíduo, no caso, a adolescente grávida que deixa escola, ele tende a fazer esquecer todo o campo de relações, mais amplo e complexo que produz, por um lado, a adolescência e consequentemente a gravidez nesta fase da vida como um problema, e, por outro, uma escola que muitas vezes parece mais propensa a desmotivar e expulsar que a atrair e incentivar os alunos para que nela permaneçam.

O que se faz esquecer, muitas vezes, é que neste jogo a escola também produz, a partir de seu campo de relações, o aluno evadido. Uma produção que se faz por meio de mecanismos de invisibilidade (por exemplo, o aluno deixa de frequentar as aulas e poucos, ou ninguém se dá conta) e pelo não lugar, como, por exemplo, quando deixa de informar às gestantes sobre a possibilidade de continuarem os estudos, seja com a mesma turma, ou no

mínimo, com o grupo de pessoas que possuem idades similares, por meio dos exercícios domiciliares.

Com estas pontuações, gostaríamos de retomar algumas questões anteriormente colocadas para retomar um fio que perpassa ao longo deste trabalho. Na discussão sobre a governabilidade e o poder, vimos que a escola, assim como a família, foram, entre outros dispositivos disciplinares, fundamentais para produzir um corpo individualizado e disciplinado. Para tanto, a relação de visibilidade, onde o olhar permanente está sob o indivíduo era fundamental para moldá-lo e conformá-lo.

Considerando que tanto o prolongamento da escolaridade como também a ampliação do período de dependência da família foram fundamentais para que se estabelecesse, de forma compulsória, um período de “latência social” a partir do qual se produz tanto um determinado modo de subjetividade, a adolescência, como também um sujeito específico, o adolescente.

Contudo, quando se considera as relações estabelecidas a partir de algumas escolas, percebe-se que o olhar, que teria como função de tornar visível, diferenciar e individualizar, parece ter deixado de ocupar tal posição, produzindo um espaço onde impera a invisibilidade e indiferença.

Por outro lado, a ideia de adolescência, enquanto um período de parcial autonomia, relativiza-se quando decisões como, por exemplo, frequentar ou não as aulas, assim como outras deliberações sobre a vida, são tomadas quase que exclusivamente por aqueles que, ao menos em tese, deveriam estar sob a tutela e, conseqüentemente, tendo suas decisões geridas, primordialmente, pela família e pela escola.

Não se objetiva, com esta colocação, afirmar a necessidade de que ações normalizadoras e normativas sejam adotadas para que a adolescência se institua nestes contextos, mas sim, chamar atenção para alguns aspectos sobre como a ideia de adolescência é acionada, de maneira bastante ambígua, principalmente quando se trata das camadas populares.

Deste modo, apesar de ser um termo amplamente difundido e popularizado, as condições sociais que instituem a adolescência são ainda bastante restritas. Para sustentar

este argumento, pode-se lembrar de que apenas muito recentemente a educação escolar, mesmo com a obrigatoriedade para os ciclos fundamentais, se universaliza¹¹. Neste mesmo registro, há também de se considerar que a transição da infância para a vida adulta ocorre, para muitos, sem grandes mediações, como, por exemplo, no caso de P., que deixou a escola durante a quarta série (entre 10 e 11 anos de idade) para ajudar a família, cuidando dos irmãos enquanto a mãe saía para trabalhar. Ou mesmo no caso do menino de 12 anos que aos olhos de sua mãe já tinha idade suficiente para decidir sobre o que era ou não melhor para ele.

A ambiguidade em relação à adolescência faz também notar na maneira bastante elástica com que esta ideia é tanto acionada como também negada na relação que se estabelece com os pobres. Assim, em alguns momentos, como, por exemplo, quando se discute a incidência de gravidez entre as jovens dos grupos populares, este conceito se aplica, acionando, inclusive, toda uma rede de saberes e poderes que, a partir do discurso de precocidade, imaturidade, instabilidade etc. passam a justificar, em nome da prevenção do risco, da vulnerabilidade e até da periculosidade, as mais variadas formas arbitrárias e autoritárias de intervenção.

Em outros momentos, este mesmo conceito não se aplica, como, por exemplo, quando se discute a redução da idade penal. Neste caso, a representação se desloca da precocidade, imaturidade, impulsividade e instabilidade, para um indivíduo que, por possuir a capacidade de discernimento, poderia ser plenamente responsabilizado pelos seus atos.

Mais uma vez, ressalto o argumento. O que gostaria de fazer ver aqui não é, ao menos neste momento, se a idade penal deve ou não ser reduzida, ou se a gestação entre estas jovens deve ser considerada “normal”, mas sim como estas realidades são produzidas e determinadas a partir das diferentes configurações de poder.

¹¹ A emenda constitucional Nº 59 de 11 de novembro de 2009, tornou obrigatório o ensino para crianças e jovens entre 4 a 17 anos. Somente a partir do ano de 2010, que a oferta do ensino médio passa a ser obrigatória por parte do poder público brasileiro. Até 2015, cursar ou não o ensino médio é optativo. Contudo, a partir de 2016, o ensino médio passa a ser obrigatório, podendo o poder público e os pais serem responsabilizados civil e criminalmente pelos que estiverem fora da escola. Até o ano de 2012, o ensino obrigatório estava circunscrito a faixa etária entre 6 aos 14 anos.

Trabalho

Entre as participantes, 70,9% trabalhavam ou já haviam trabalhado, sendo as atividades informais as mais comuns (distribuir panfletos nos semáforos, trabalhar como domésticas ou diaristas, cuidar de crianças). Entre as que conseguiam trabalhos formais, eram mais comuns as atividades de balconistas e telemarketing.

Se por um lado baixa escolaridade era um dos principais empecilhos para que as participantes conseguissem trabalhos que pagassem melhores salários, por outro a exigência de escolaridade que começavam encontrar no mercado de trabalho a faziam considerar a possibilidade de voltar a estudar.

Foi o que aconteceu com G., que havia se inscrito para participar de um processo seletivo para trabalhar como atendente em uma lanchonete. Na seleção ela foi informada de que a empresa daria chance de quem não estava na escola de participar, mas que no início do semestre seguinte, quem fosse admitido deveria estar matriculado na escola. Assim, quem não trouxesse o comprovante de matrícula, seria dispensado.

O aquecimento da economia nos últimos anos também ajudou muitas participantes a ter alguma oportunidade de trabalho. Do total de participantes que exerciam alguma atividade remunerada, 40% teve sua primeira experiência profissional depois que se tornou mãe.

Para não perder as participantes que começam a trabalhar, o programa oferecia a possibilidade das visitas serem realizadas nos finais de semana ou fora do horário comercial.

Idade dos pais das crianças

No Jardim Ângela, a diferença de idade entre os pais e as mães das crianças também foi recorrente, sendo os pais, em sua grande maioria, 88,3% das vezes, mais velhos que as mães. Ainda a este respeito, 3,3% tinham a mesma idade da mãe e 8,3% as mães eram mais velhas que os pais.

Na época da concepção, a idade média dos pais era de 20,8 anos. O mais novo tinha 14 anos e o mais velho 35 anos. A idade mais frequente foi 20 anos. A diferença de idade entre

a mãe e o pai das crianças era, em média, de 4,4 anos, sendo a maior diferença 19 anos (o pai tinha 35 anos e a mãe 16).

Entre as participantes cuja idade dos pais eram superiores a delas, a diferença se distribuía da seguinte forma:

Quando ocorreu a gestação, 85% dos pais já eram maiores de 18 anos. Em relação às mães, apenas 16,7% tinham 18 anos ou mais. Para a maioria dos casos acompanhados (87,3%) a gravidez se deu entre um rapaz maior de 18 anos e uma garota menor de idade.

Esta situação, que observávamos desde as fases iniciais de elaboração do programa, parece sugerir que, entre as camadas populares, a gravidez na adolescência nem sempre envolve dois adolescentes: a mãe geralmente é adolescente, mas o pai não.

Relação da Criança com o pai

Das crianças acompanhadas pelo programa, 66,7% tinham o nome do pai no Registro de Nascimento. Nos casos em que a criança foi registrada sem o nome do pai, algumas justificativas apresentadas eram perda de contato e/ou falta de interesse do pai, desejo de não ter vínculo algum com o pai da criança e o pai estar preso.

Ainda considerando o total de crianças acompanhadas, 78,6% tinham algum tipo de contato com o pai. Deste grupo, 80,9% tinham contato frequente com seus pais. Aqui, mais uma vez, os dados das participantes do Jardim Ângela parecem também estar de acordo com os estudos de Lima et al. (2004), Costa et al. (2005), Pantoja (2006), de que os pais, em sua maioria, tendem a assumir as crianças.

Para os 21,4% dos casos em que a criança não tinha contato com os pais, a principal razão apresentada era o desinteresse deles. Contudo, houve um caso em que o pai havia falecido e outro em que a família da participante era quem não permitia que o pai tivesse contato com a criança.

Dos pais, 66,7% contribuía financeiramente com os filhos. Contudo esta ajuda era muitas vezes pequena, esporádica e irregular,

Sustento da criança

Na maior parte dos casos acompanhados, o sustento da criança dependia das avós maternas (34,7%) e do próprio pai da criança (28,7%). Em 16,8% dos casos, o sustento dependia da própria participante, 7,9% dos avós paternos, 4% dos bisavós, 3% do atual companheiro da mãe, 3% de tios e tias maternos e 2% de outros, como amigos e vizinhos.

Amamentação

Das crianças acompanhadas, 35,1% foram amamentadas por pelo menos 6 meses. Este número deve ainda subir, pois havia ainda entre o total de crianças acompanhadas 20,3% que, em até o final de 2012, tinham menos de 6 meses e que continuavam sendo amamentadas

Entre as crianças que foram amamentadas por menos de 6 meses (44,6%), o período médio de amamentação foi bem baixo, entre 2 e 3 meses.

Acompanhamento no serviço de saúde

Das participantes que tiveram os filhos acompanhados desde o primeiro mês de vida, 95,8% cumpriram o calendário de consultas estabelecido pelo Ministério da Saúde nos prazos estabelecidos. Contudo, observa-se que poucos eram os profissionais que solicitavam e preenchiam as informações na Caderneta da Criança.

Considerando ainda este mesmo grupo de crianças, 100% estavam com as vacinas previstas pelo calendário básico de imunização em dia. Contudo, houve alguns casos de atraso por falta de alguma vacina nos postos de referência.

CAPÍTULO 5. DOS DESAFIOS

5.1. A Realidade Tensionando o Programa

Para discutir como a realidade tensionava o programa, iniciemos apresentando alguns números. Do total de participantes, 47,9% foi acompanhada desde a gestação e 52,1%, já haviam dado a luz quando ingressaram ao programa. Das que foram acompanhadas desde a gestação, 17,6% ingressaram no primeiro trimestre de gestação, 32,3% no segundo e 47,1% no terceiro trimestre.

Das que já haviam dado a luz quando ingressaram no programa, 27,0% eram mães de bebês com até três meses de vida, 16,2% tinham filhos entre quatro e seis meses, 10,8% entre sete e nove meses, 21,6% entre dez e 12 meses, 18,9% entre treze e dezoito meses e 5,4% entre dezenove e vinte e quatro meses.

Apresentamos estes dados para destacar que quando se começou a elaborar o programa, a idéia inicial era de admitir apenas gestantes, que estivessem no máximo no segundo trimestre de gestação, e que não tivessem outros filhos.

Intencionava-se com isso, não só aumentar o tempo de acompanhamento, trabalhando questões objetivas relativas à gestação, como, por exemplo, o pré-natal, o parto, os direitos relativos à gestante etc., como também questões subjetivas, como sentimentos, expectativas e representações sobre si, a criança, o futuro, a família etc..

Considerava-se que se a gestante tivesse um tempo para, ao longo da gestação, pudesse, se desejasse, conversar, entre outras coisas, sobre suas expectativas, medos e ansiedade e, paralelamente receber apoio e orientações que minimamente lhe assegurasse sobre suas capacidades, isto contribuiria para a formação e o desenvolvimento de positivo entre ela e a criança.

O critério de que não tivessem outros filhos, partia do pressuposto de que seria mais fácil trabalhar modelos de maternidade entre aquelas que ainda não eram mães do que as que já haviam passado por esta experiência.

Muitos destes critérios foram estabelecidos a partir de uma preocupação que tínhamos naquele momento: pensar um modelo de intervenção que possibilitasse uma avaliação. Assim, nascia um desenho de intervenção muito mais afeito aos objetivos de uma pesquisa que necessariamente modelado pelas necessidades concretas tanto do território como de seus potenciais usuários.

Quando começamos a conhecer as adolescentes e os contextos em que elas estavam inseridas, fomos nos dando conta de que os objetivos e métodos utilizados por um projeto de pesquisa nem sempre correspondem às necessidades de um projeto de intervenção que, entre seus objetivos, pretendia desenvolver formas práticas de ação que poderiam ser disseminadas, transferidas e replicadas.

Este tensionamento novamente nos foi colocado quando iniciamos o piloto no Jardim Ângela. Com o objetivo de alcançar possíveis participantes para o programa e de começar estabelecer uma rede de contato com os serviços locais, buscamos, como já relatamos, parcerias com algumas entidades locais.

Ao entrarmos em contato com estes grupos, logo se percebeu que se fosse mantido um critério de entrada muito restritivo, tal como foi inicialmente pensado, não só se levaria muito tempo para formar um grupo, como também, o que era mais grave, minaria a relação com muitos daqueles serviços que, na maioria das vezes, estavam sobrecarregados e buscavam naquela parceria uma possibilidade de atendimento para alguns de seus casos que não tinham para onde ser encaminhados.

Avaliava-se também que a manutenção dos critérios não inviabilizaria totalmente a presença do programa no território, contudo, corria-se o risco de se estabelecer uma ação que não só dialogaria pouco com as demais iniciativas existentes, como também poderia

entrar em competição com elas, fragmentando ainda mais o mosaico de práticas existentes no território que, no limite, pouco contribuem para transformá-lo.

Assim, como se tratava ainda de uma fase de testes, considerou-se que a adoção de um critério de entrada menos restritivo era não só mais realista e adequado à realidade como também trazia a oportunidade de verificar algumas outras hipóteses que, inicialmente, não haviam sido pensadas, como, por exemplo: a) se as mães e crianças acompanhadas desde a gestação apresentavam diferenças de ganhos em relação àquelas que ingressavam no programa com a criança já nascida; b) se as que ingressavam no programa com os filhos, também não se beneficiavam do programa, o que mais que justificaria a sua inclusão. c) da mesma maneira das que ingressavam no programa com a criança já nascida, as que tinham mais de um filho também poderiam se beneficiar do programa.

Nesta fase de testes, o acompanhamento destes diferentes grupos poderia indicar o quanto estas hipóteses se sustentavam, dando melhores critérios para se pensar e fundamentar os critérios de ingresso ao programa.

A discussão destas questões, tanto com os parceiros como entre a própria equipe, fazia-nos dar conta de que os critérios de inclusão e exclusão utilizados para pensar um desenho de pesquisa nem sempre eram os mais adequados para se pensar um programa de intervenção.

Neste ponto, mais uma vez vale lembrar Ayres et al. (2006), principalmente quando ressalta o gigantesco descompasso que há entre os modelos abstratos, criados pelo pensamento e o método científico, e as condições reais e que nem sempre podem ser recortadas imbricadas às condições concretas de vida.

Por fim, vale destacar que as instituições parceiras ao terem sua demanda acolhida passaram também a acolher a demanda do programa. Foi assim que o programa teve acesso

a várias participantes que se enquadravam no perfil originalmente, pois tão logo eram identificadas pelos parceiros, passavam a ser prontamente encaminhadas para o programa.

5.2. O Programa Tensionando a Realidade

Além do programa se deixar ser permanentemente tensionado pela realidade, ele também se propunha tensioná-la. Neste sentido, a idéia de se partir da realidade não se limitava a se sujeitar ou se acomodar a ela tal como se apresentava. Assim, se a realidade é uma construção, objetiva e subjetiva (Berger e Luckmann, 1996), produzida no interior de relações de poder, as relações estabelecidas a partir do programa também contribuíam para a produção da realidade.

A questão que permanente tensionava a equipe que trabalha no desenvolvimento do programa dizia respeito sobre qual realidade se produzia a partir do acionamento de seus saberes e práticas. A cada nova situação, os saberes e práticas desenvolvidos eram novamente questionados e revistos, mas, ao mesmo tempo, esta operação também buscava questionar como também resistir em aceitar a realidade tal se apresentava.

Partindo da premissa de que a realidade é uma construção, muitos dos conceitos que muitas são tomados como verdade (adolescência, risco, gravidez na adolescência, vulnerabilidade) passaram a ser questionados. Neste sentido, tanto a discussão de Foucault (1979; 1999) sobre a produção da verdade como também a relação desta produção discursiva com o jogo do poder foram ferramentas fundamentais não só para o questionamento da realidade e para a produção de novas compreensões, mas para balizar também outras práticas de trabalho com a equipe, as participantes e seus contextos. Neste sentido, a oportunidade de escrever sobre o programa neste trabalho possibilitou que muitas destas questões fossem retomadas e aprofundadas.

A relação com as instituições parceiras e suas demandas era também outro ponto a partir do qual a realidade era algumas vezes questionada e tensionada. Uma destas situações se deu por meio do caso de M.

A família de M. já era atendida no serviço que nos fez o encaminhamento por muitos anos. M. era uma das três irmãs atendidas no serviço e, quando a conhecemos, tinha 19 anos e estava grávida de seu terceiro filho.

M. morava com as irmãs em uma pequena casa de madeira, à beira de um córrego da região. Todas as suas irmãs de M. também tinham filhos. Moram, assim, naquela pequena casa, doze pessoas: M., suas duas irmãs mais velhas e mais nove crianças.

Nenhuma das três irmãs trabalhava regularmente. Apenas faziam pequenos bicos como lavadeiras, passadeiras ou diaristas. A família sobrevivia de doações da igreja e da escola de uma das crianças, que conhecendo a situação lhes enviava, todos os dias, um saco com as sobras da merenda escolar.

A irmã mais velha de M. que era a dona da casa onde todos moravam. Até o ano anterior, ela tinha um emprego, mas foi obrigada a deixá-lo para ficar com os filhos, pois foi considerada negligente pelo Conselho Tutelar por deixar os filhos sozinhos em casa enquanto trabalhava.

Para ajudá-las com as crianças, trouxe M., que já tinha duas filhas, para morar com ela. A idéia era que uma trabalhasse enquanto a outra ficasse em casa cuidando das crianças. Contudo, parte dos desentendimentos que tinha com a irmã era sobre quem ficaria em casa e quem sairia para trabalhar. Neste meio tempo, M. fica grávida do seu terceiro filho, momento em que é encaminhada para o programa.

Nesta mesma época a terceira irmã de M chega, de surpresa, para morar com elas. Ela também estava grávida.

No primeiro contato que tivemos com M., uma de suas irmãs pergunta se o programa fazia doação de cesta básica. Ao explicamos os objetivos do programa, somente M. concorda participar.

Apesar de apenas M. ter demonstrado inicialmente interesse no programa, nas visitas, todas suas irmãs participavam, disputando, inclusive, a atenção do visitador. As visitas eram assim bastante confusas, com todas elas falando muitas vezes juntas e

reclamando uma das outras. Além delas, havia também as crianças, que logo se afeiçãoaram ao visitador e que também disputavam sua atenção.

Nas discussões de caso realizadas entre a equipe, a situação de M. e suas irmãs foram tema de várias reuniões. Ficava claro para equipe que, naquela casa, o acompanhamento não poderia ficar focado apenas em M. e em sua atual gestação, mas, pelas necessidades observadas, deveria abranger todos que lá moravam.

Além de serem acompanhadas pelo programa, M. e suas irmãs continuavam sendo atendidas pelo serviço que as haviam encaminhado. Lá eram atendidas pela psicologia e pelo serviço social.

Após aproximadamente três encontros, uma profissional do serviço que havia realizado o encaminhamento, chama uns dos responsáveis do programa para dizer que estava pensando em encaminhar M. para o Amparo Maternal, onde daria a luz e ficaria morando com o filho recém-nascido por alguns meses, tendo assim tempo tanto para ela como suas irmãs reorganizarem suas vidas. Como os outros dois filhos de M. não poderiam ficar lá com ela, havia pensado em encaminhá-los para um abrigo. Aparentemente, o que aquela profissional procurava era que o programa apoiasse sua idéia e a ajudasse a justificar tanto para o Ampara Maternal como para o Conselho Tutelar tal necessidade.

Estranhamos aquela sugestão, principalmente, porque o trabalho com M. e sua família havia apenas começado. Deste modo, não só a participação delas no programa havia caminhado pouco, como também poucas eram as informações que se tinha para subsidiar qualquer parecer.

Outro aspecto que chamava atenção era que aquela idéia fora pensada sem que fosse discutida com M. Aparentemente o movimento seria para fazer todos os arranjos para somente depois informar a M.

Para entendermos melhor a situação, foi marcada uma conversar com a coordenadora do serviço. No dia da conversa, ficamos sabendo que a prefeitura estava desativando aquele serviço que, até então, prestava atendimentos para crianças e jovens, para transformá-lo em um serviço de triagem social.

Com a mudança, o serviço não poderia mais realizar atendimentos que ultrapassassem dois ou três encontros, sendo o seu foco orientações pontuais e triagem. A coordenadora nos conta que há tempos a prefeitura estava incomodada com o pequeno número de atendimentos realizados pela instituição e que o objetivo daquela mudança era, principalmente, ampliar o número de atendimentos que, passariam, naquela nova estruturação, a ser controlados a partir de metas. O repasse de verbas ficaria condicionado ao número de atendimentos.

Naquela nova configuração, acompanhamentos como os de M. e sua família não poderiam mais ser realizado pelo serviço. Como o caso de M. e suas irmãs não se enquadrava em nenhuma classificação estabelecida para o novo serviço, não havia mais o que fazer com elas.

Segundo a coordenadora a desativação do serviço, angustia a equipe, principalmente a profissional que atendia M. e sua família. Na visão dela, esta poderia ser uma das razões que a teria levado a pensar naquela solução.

Ponderando sobre o caso de M., e as vantagens e desvantagens daquele encaminhamento, tanto para M. como para seus demais filhos. A coordenadora comenta sobre o quanto aquela situação era difícil e que, muitos profissionais da instituição nem mais queriam atendê-las. Ao falar sobre isso, comenta que solicitar o abrigo das crianças e mandar M. para o Amparo Maternal também era uma forma do “se livrar delas”, passando-as para frente. Contudo, lembra que vários atendimentos a família de M. foi feito por ela e que a história daquelas três irmãs era, desde pequenas, um constante processo de passá-las para outros. Assim elas viveram em várias famílias, chegaram a morar na rua, passaram por vários serviços até chegarem a eles, onde já estava há anos.

Na conversa, ela se dá conta que aquele serviço era uma das poucas referências que elas que aquelas tinham. Daí elas estarem sempre lá, principalmente para reclamar uma das outras e da vida (percebíamos isso também nas visitas). Contudo, com a pressão que tinham em produzir cada vez mais números, não tinha tido muito tempo para estar com elas e, como muitas vezes a conversa não passava de reclamações, achava que muitas pessoas do serviço entendiam que estar com elas era perda de tempo, desistido investir nelas.

A partir daquela conversa com a coordenadora, pedimos para conversar com a profissional que havia realizado tal sugestão para, a partir dos acompanhamentos realizados pelo programa, reavaliar e pensar juntos outras possibilidades para a condução do caso.

A percepção dos profissionais do programa era de que, apesar das inúmeras dificuldades que havia naquela família, havia um vínculo entre as mães e aquelas crianças, o que poderia ser visto, inclusive, pelo abandono do emprego por uma das irmãs (que, por outro lado, cronificou muito a precária condição em que já estavam), para não correr o risco de ser acusada de negligência e, assim, de perder seus filhos.

Como os atendimentos no serviço que as tinham encaminhado iria ser encerrado, ficou combinado de que, por um período, aumentaríamos o número de visitas para M. e sua família, passando de uma para duas vezes por semana.

Além disso, como se percebia que na casa tanto as mães como as crianças requeriam muito a atenção do visitador, as visitas passaram a ser realizadas por dois visitadores. Um conversaria com as mães, enquanto outro realizaria alguma atividade com as crianças.

A partir daquela conversa com o serviço, várias outras se seguiram. Nelas, relatávamos como estávamos percebendo M. e suas irmãs e de como estavam reagindo ao programa.

As conversas sobre M., suas irmãs, não só estreitou os laços do programa com o serviço, como também passamos a ser procurados para ajudar pensar algumas situações que eram enfrentadas pelo serviço.

Por fim outro conceito que o programa também tensionava era o de desenvolvimento. Se por um lado, para pensarmos o desenvolvimento possível a partir daquelas condições concretas, procurávamos desconstruir a idéia do desenvolvimento como um processo progressivo e natural, portanto, a-histórico e universal, por outro, isso não significa que considerávamos aquelas condições como normais e sobre as quais o programa deveria apenas se adaptar e sujeitar.

Se, por um lado, a idéia de se trabalhar com o desenvolvimento infantil e de suas mães adolescentes, era, inicialmente, prescritiva e normativa, ela foi, ao longo do processo, pouco a pouco sendo desmontada para ser cada vez mais pensada fora chave do poder normativo e regularizador, em outras palavras, no registro da resistência.

Neste sentido, o enfoque deixou cada vez mais de ser avaliar, a partir de indicadores abstratos, o quanto o desenvolvimento apresentado por elas estava dentro ou fora do esperado, para prescrever formas tanto preventivas e/ou corretivas, para se discutir, por um lado, as relações entre o desenvolvimento e as suas relações concretas, pensando, em um primeiro momento, qual era, a partir daquela condição, o melhor desenvolvimento possível, para em um segundo momento, discutirmos não só o desenvolvimento, mas as condições concretas que sujeitavam aquele modo de desenvolvimento, inclusive para discutir e pensar ações práticas que contribuíssem para a produção de outras realidades e possibilidades de desenvolvimento.

5.3. Algumas Considerações

A relação de poder acionada pela biopolítica não só estabelece um novo elemento, a população, como é também a partir dela que as práticas de poder passam a ser exercidas na relação que se estabelece com o Estado (poder governamentalizado).

A partir deste novo elemento, as ações tendem o cálculo das ações passam ter como alvo prioritário, não mais a normalização e a produção do sujeito (o corpo orgânico), tal como se dava nas relações de poder disciplinar, mas a regularização da população (o corpo biológico).

Se no regime de poder disciplinar o foco era o sujeito e os dispositivos eram a vigilância, controle e a sanção, no poder biopolítico o dispositivo por excelência será a segurança. O governo é a relação que se estabelece entre o Estado e a população. Para garantir o governo da população, esta passa a ser cada vez mais estudada, não só no sentido de como se comporta no presente, mas, a partir de seu presente e passado, como será também no futuro.

Nasce aí, junto à idéia de segurança a idéia de se poder antecipar acontecimentos prováveis para, já no presente, governá-los. É a partir deste contexto que a probabilidade e a estatística se estabelecem como saberes e práticas de poder.

A partir da idéia de segurança desenvolve-se, por um lado a noção de risco e, da possibilidade de se antecipar o risco, a prevenção do risco. Da idéia de prevenção do risco, desdobra-se a idéia da vulnerabilidade.

De certa forma, grande parte dos discursos sobre a gravidez na adolescência é acionado a partir da discursividade do risco e da vulnerabilidade. Contudo, uma questão se colocava: Por que a gravidez que ocorrem neste período da vida, passa, de um determinado período histórico em diante, a ser considerado um problema?

Em parte, a respostas para esta questão está na necessidade de se estabelecer governo sobre a população. No regime biopolítico, a natalidade, mortalidade, adoecimento,

demanda por mão de obra e trabalho etc. passam a ser questões de Estado e, como tal, passam a ser administradas pelo governo.

Neste sentido, a idéia de adolescência é também dispositivo de governo e administração da vida e da população. Por meio deste dispositivo, passa-se a regular a população estabelecendo novos critérios para entrada no mercado de trabalho, regulando assim, tanto a demanda de trabalho com a oferta de mão de obra, como também o crescimento da população.

Um dos mecanismos para a instituição da adolescência foi a ampliação dos anos escolares e o estabelecimentos de leis que estabeleciam uma idade mínima para o ingresso no mercado de trabalho. A constituição deste novo sujeito põe também em marcha todo um conjunto de saberes e práticas que também contribuem tanto para sua caracterização como também para sua constituição.

Neste sentido, é a partir da idéia da adolescência que a gravidez neste período da vida passa a ser representado como um problema. Em um contexto em que a mortalidade passa a ser controlada os nascimentos também precisam ser controlados para que não desequilibrem as relações de força sobre a qual se estabelece a governamentalidade.

Se por um lado a idéia de adolescência não é natural nem universal, em contextos de grande desigualdade como o brasileiro, ela também não se universalizou. Apesar de existir como conceito como, por exemplo, no ECA, as condições concretas de vida que a estabelecem não estão garantidas para uma grande parcela da população.

É neste ponto que se estabelece certo conflito. Por ser considerada uma etapa “natural” do desenvolvimento, muitos jovens são considerados e cobrados como adolescentes, sem ter tido todas as condições idealmente estabelecidas para a instituição da adolescência como, por exemplo, as condições, por um lado, de seu grupo familiar, para bancar com os anos de moratória estabelecidos para este período da vida e, por outro, possibilidades concretas que estabelecerem projetos de vida que justifiquem a permanência e o investimento em mais anos de escolarização. Por outro lado, podem ser também cobrados como adultos, como, por exemplo, quando se discute a redução da idade penal, sem também terem sido produzidos como tal.

Muitos dos casos que tivemos oportunidade de acompanhar pelo Programa Infância Saudável parecem apontar para “indivíduos” que se constituem a partir de uma relação de massa, onde parecem que são sempre acionados e tratados a partir do dispositivo da população. Isto é, são formados, sobretudo, a partir de uma relação de poder que não só se instituiu, na maioria das vezes, pelos números, as cifras e as estatísticas, como também institui práticas não diferenciadas que muitas vezes beiram a própria indiferença.

Foi para considerando e, muitas vezes, resistindo a estas questões que se procurou desenvolver práticas que, por um lado, não fossem indiferentes à realidade à realidade concreta de cada participante e, por outro, que já chegassem, a partir de uma construção abstrata sobre as mães adolescentes, seus filhos e contextos, prescritivas e normativas.

Contudo, temos ciência que este programa vai contra a maré e, enquanto tal, muito poucas chances tem de se tornar, tal como está em uma política pública. Principalmente uma política configurada nos moldes da governamentalidade biopolítica.

Ayres et. al (2006) chamava atenção para o que chamava de “paradoxo preventivo”. Isto é, as práticas epidemiológicas muitas vezes tendem a focar onde se concentra a população, entendendo que é neste grupo que, probabilisticamente, haverá maior incidência de casos. Será sobre este grupo que as estratégias biopolíticas geralmente se concentrarão. Contudo, observam ainda estes autores, que os casos mais extremos e, que, portanto, estão fora da curva de normalidade, são geralmente os que necessitariam de mais ações e cuidado, mas, como as ações são pensadas para a maioria, nem sempre estes serão atendidos.

Muitas das situações encontradas ao longo do desenvolvimento do projeto eram estes pontos fora da curva. Situações que, algumas vezes, nem mesmo a rede de serviços disponíveis, que também funcionam sobre o regime biopolítico, tinha como atender e, o que era ainda pior, no havia para onde encaminhar. É neste sentido que uma relação de não diferença, como é a relação de poder biopolítica, produz também relações de indiferença.

Enquanto possibilidade este programa gerado e gerido por um núcleo de pesquisa da universidade não só se coloca como um contraponto destas políticas, como também, deste lugar também as tensiona.

Um dos objetivos de desenvolver esta metodologia de trabalho era, por um lado, acionar ações que se instituassem a partir da revisão crítica de saberes e práticas, que se contraponham tanto aos modos prescritivos e normativos de intervenção, como também às políticas e práticas de cunho populacional. Por outro lado a idéia era que esta contraposição também oferecesse um modo de pensar e fazer que se coloque como uma alternativa de ação e resistência a esta forma de relação e gestão do poder.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; PINHEIRO, L. C.; LIMA, F. S.; MARTINELLI, C. C. *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília: UNESCO, BID, 2002.
- ADORNO, R. C. F. *Um olhar sobre os jovens e sua vulnerabilidade social*. São Paulo: AAPCS – Associação de Apoio ao Programa Capacitação Solidária, 2001.
- ALMEIDA, F. M. A emergência do conceito de risco no debate sociológico contemporâneo. *XII Congresso Brasileiro de Sociologia*, GT 28 – Teoria Sociológica, UFPE: Recife, 2007 Disponível em:
http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1656&Itemid=171. Acessado em: 12/2012
- ALMEIDA, M. C. C. de et al. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 5, 2003.
- AMAZARRAY, M. R. et al. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 1998, vol.11, no.3, p.431-440.
- AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003, vol.19, suppl.2, p.S377-S388.
- AREOSA, J. O Risco no âmbito da teoria social. *Actas do VI Congresso da Associação Portuguesa de Sociologia*, 1-15, 2008.
- ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G J.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA JUNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Gastão Wagner de Souza CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; Yara Maria de Carvalho. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006.
- BANCO MUNDIAL. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001. Lucha contra la pobreza*. Washington D.C., 2001

- BARROS, D. C. et al. O consumo alimentar de gestantes adolescentes no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 2004, vol.20, supl.1, p.S121-S129.
- BARROS, R.; CARVALHO, M.; FRANCO, S.; MENDONÇA, R.; PÁDUA, E.; ROSALEM, A.; TSUKADA, R. A importância da qualidade da creche para a eficácia na promoção do desenvolvimento infantil. In: Araújo, A. P. (coord.) *Aprendizagem infantil : uma abordagem da neurociência, economia e psicologia cognitiva*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2011.
- BECK, U. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós, 2006
- BECK, U. *World Risk Society*. Cambridge: Polity Press, 1999.
- BELO, M. A. et al. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Revista de Saúde Pública*, Ago 2004, vol.38, n. 4, p.479-487.
- BEMFAM - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. *Adolescentes, jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde: um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: CDC/UNICEF; 1999
- BERGER, P.; LUCKMANN, T. *A construção Social da Realidade*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- BERNSTEIN, P. *O Desafio aos Deuses: A Fascinante História do Risco*. Rio de Janeiro: Campus, 1997
- BETTIOL, H. et al. Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, Dez 1992, vol. 8, no.4, p.404-413.
- BEVAN, E. & HIGGINS, D. Is domestic violence learned? The contribution of five forms of child maltreatment to men's violence and adjustment. *Journal of Family Violence*, 17(3), 223-245, 2002.
- BOCK, A. M. B. A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. *Cadernos CEDES*, Campinas, 24(62): 26-43, 2004.
- BORDIN, I. A. S.; PAULA, C. S.; NASCIMENTO, R.; DUARTE, C. S. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. *Rev Bras Psiquiatr*; 28:290-6, 2006
- BORGES, A. L. V. e SCHOR, N. Trajetórias afetivo-amorosas e perfil reprodutivo de mulheres adolescentes residentes no Município de São Paulo. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Jun 2005, vol. 5, no.2, p.163-170.

- BORGES, A. L. V.; NICHIAITA, L. Y. I; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: a rede sócio-familiar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Jun 2006, vol.14, n. 3, p.422-427.
- BRANDÃO, E. R. et al. Juventude e família: Reflexões preliminares sobre a gravidez na adolescência em camadas médias urbanas. *Intersecções: Revista de Estudos Interdisciplinares*, 2001, 3:159-180.
- BRANDÃO, E. R. *Individualização e Vínculo Familiar em Camadas Médias: Um Olhar Através da Gravidez na Adolescência*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: 2003, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M. L.; KNAUTH, D. R.; BOZON, M. Juventude e família: Reflexões preliminares sobre a gravidez na adolescência em camadas médias urbanas. *Intersecções: Revista de Estudos Interdisciplinares*, 3:159-180, 2001.
- BRIERE, J.; ELLIOTT, D. M. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl*; 27: 1205-22, 2002.
- BROMFIELD, L. M.; GILLINGHAM, P. & HIGGINS, D. J. Cumulative harm and chronic child maltreatment. *Developing Practice*, 19: 34-42, 2007.
- BRÜSEKE, J. F. Risco social, risco ambiental, risco individual. *Ambiente e Sociedade*, 1(1): 117-133, 1997.
- BUSSO, G. Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicio del siglo XXI. In: CEPAL. *Seminario de las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social em América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile: CEPAL, 2001.
- BUSTAMANTE, J. *Un marco conceptual de referencia acerca de la vulnerabilidad de los migrantes como sujetos de los derechos humanos*. El colegio de La, 1997
- CABRAL, C. S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003, vol.19, supl.2, p. S283-S292.
- CAETANO, R.; FIELD, C. A.; NELSON, S. Association between childhood physical abuse, exposure to parental violence, and alcohol problems in adulthood. *J Interpers Violence*; 18:240-57, 2003.
- CALLIGARIS, C. *A Adolescência*. São Paulo: Publifolha, 2000.

- CAMARANO A. C. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: 1998. p. 109-133.
- CANDIOTTO, C. A governamentalidade política no pensamento de Foucault. *Filosofia Unisinos*, jan/abr 2010, p. 33-43.
- CANO, M. A. T.; FERRIANI, M. G. C.; GOMES, R. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Abr 2000, vol.8, no.2, p.18-24.
- CARAVLAHO, M. A. B. D. et al. Gravidez na Adolescência: Aspectos Socioeconômicos. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia Atual*, 2000, 8(1), 7-14.
- CARVALHO, J. M. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987
- CARVALHO, M. A. B. D.; SOUZA, D. V.; OLIVEIRA, D. S.; PIRES, L. P. M. Gravidez na adolescência: aspectos socioeconômicos. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia Atual*, 8(1): 7-14, 2002.
- CASTEL, R. *A gestão do risco: da anti-psiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
- CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M.S. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.
- CASTRO, E. *Vocabulário de Foucault: Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte : Autêntica Editora, 2009.
- CAVALCANTI, R. C. Adolescência. In: VITELLO, N; CONCEIÇÃO, I. S. C; CANELLA, P. R. B.; CAVALCANTI, R. C. *Adolescência Hoje*. São Paulo: Rocca, 1998
- CAVALCANTI, R. C. Adolescência. In: Vitello, N; Conceição, I. S. C; Canella, P. R. B.; Cavalcanti, R. C. *Adolescência Hoje*. São Paulo: Rocca, 1988.
- CEJAM. *Relatório Técnico* Junho/2012. Disponível em: <http://oscejam.org.br/conteudo/relatorio/2012-06/index.php>. Data de acesso: agosto, 2012.
- CESAR, M. R. A. *A invenção da “adolescência” no discurso psicopedagógico* (dissertação). Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Mestrado em Educação, 1998.
- CESAR, M. R. A. Da adolescência em perigo à adolescência perigosa. *Educ. Rev.*, 15: 17-23, 1999 .

- CÉSAR, M. R. A. Por uma genealogia da adolescência. In: *Cadernos da F.F.C – UNESP*. BIROLI, F.; ALVARES, M. C. (Orgs.) Marília: Unesp Publicações, v. 9, n.1, p. 131-148, 2000.
- CHALEM, E. et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Jan 2007, vol.23, n. 1, p.177-186.
- CHAPMAN, D.; WHITFIELD, C.; FELITTI, V.; DUBE, S.; EDWARDS, V.; ANDA, R. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217-225, 2004.
- COIMBRA, C.; BOCCO, F.; NASCIMENTO, M. L. Subvertendo o conceito de adolescência. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, 57 (1): 2-11, 2005.
- COLL, A. Embarazo en la adolescencia? Cuál es el problema? Em: Burak, S.D. *Adolescencia y juventud en América Latina*. Costa Rica: LUR; 2001. Pp. 425–45.
- COMANOR, W. S.; PHILLIPS, L. *The Impact of Income and Family Structure on Delinquency* (working paper). Santa Barbara: University of California, 1999.
- COSTA, F. B. *Homens invisíveis: retratos de uma humilhação social*. Ed. Globo, 2004.
- COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.
- COSTA, M. C. O. et al. Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sócio-demográfica e atitudes com a gestação e a criança. *Ciência e Saúde Coletiva*, Set 2005, vol.10, n. 3, p.719-727.
- COSTA, M. C. O.; FORMIGLI, V. L A. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, Abr 2001, vol.35, n. 2, p.177-184.
- COSTA, T. J. N. M.; HEILBORN. M. L. Gravidez na adolescência e fatores de risco entre filhos de mulheres nas faixas etárias de 10 a 19 anos em juiz de fora, MG. *Revista APS*, v.9(1): 29-38, 2006.
- CUNNINGTON, A. J. What's so bad about teenage pregnancy? *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2001, 27, p. 36–41.
- DAGG, P. K. The Psychological Sequelae of Therapeutic Abortion - Denied and Completed. *American Journal of Psychiatry*, 148(5): 578-585, 1991.

- DANNER, F. O Sentido da Biopolítica em Michel Foucault. *Estudos Filosóficos*, 4: 191-210, 2010.
- DELANEY-BLACK, V.; COVINGTON, C.; ONDERSMA, S. J.; NORDSTROM-KLEE, B.; TEMPLIN, T.; AGER, J. Violence exposure, trauma, and IQ and/or reading deficits among urban children. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 156:280-5, 2002.
- DELLMANN-JENKINS, M.; BLANEMEYER, M.; OLESH, M. Adults in expander grandparents roles: considerations for practice, policy, and research. *Educational Gerontology*, v. 28, p. 219-235, 2002.
- DIAS, A. B.; AQUINO, E. M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Jul 2006, vol.22, n. 7, p.1447-1458.
- DIAS-DA-COSTA, J.S.; FACCHINI, L. A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Revista de Saúde Pública*. 1997; 31:360-9.
- DONZELOT, J. *A Polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.
- DOYLE, O. C. P. H.; HECKMAN, J. J.; TREMBLAY, R. E. Investing in early human development: Timing and economic efficiency, *Economics & Human Biology*, 7 (1): 1-6, 2009.
- DREYFUS, H. & RABINOW, P. (1995). *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense universitária.
- EDUCAR PARA CRESCER. *Qual a nota da escola do seu filho?* Disponível em: <http://educarparacrescer.abril.com.br/nota-da-escola/index.shtml>. Acessado em: 06/2012
- ERICKSON, E. *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- ESTEVES, J. R.; MENANDRO, P. R. M. Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. *Estudos de Psicologia* (Natal), Dez 2005, vol.10, no.3, p.363-370.
- FARAH, M. J.; NOBLE, K. G. & HURT, H. Poverty, privilege, and brain development: Empirical findings and ethical implications (Working paper). Philadelphia, PA: University of Pennsylvania, 2008.
- FARHI NETO, L. *Biopolítica em Foucault* (dissertação). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Mestrado em Ética e Filosofia Política, 2007.
- FEERICK, M. M.; HAUGAARD, J. J.; HIEN, D. A. Child Maltreatment and Adulthood Violence: The Contribution of Attachment and Drug Abuse. *Child Maltreat*, 7(3): 226–240, 2002.

- FILGUEIRA, C. H.; PAUTASSI, L.; PETERSEN-THUMSER, J.; TOMASSINI, L. *Sistemas de protección social en un mundo globalizado*. Buenos Aires: Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional (DSE)/Centro de Interdisciplinario de Estudios en Políticas Públicas (CIEPP), 1998.
- FILGUEIRA, C.; PAUTASSI, L.; PETERSEN-THUMSER, J. (coord.) *Sistemas de protección social en un mundo globalizado*. Buenos Ayres: Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional (DSE) – Centro de Interdisciplinario de Estudios en Políticas Públicas (CIEPP), 1998
- FOIX-L'HÉLIAS, L.; BLONDEL, B. Changes in risk factors of preterm delivery in France between 1981 and 1995. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 2000, vol 14, pp. 314-323.
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Estado de la Población Mundial 2004. *El consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza*. New York: UNFPA, 2004
- FONSECA, W.; MISAGO, C.; FREITAS, P. et al. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 1998, vol. 14, n. 2, pp. 279-286.
- FOUCAULT, M. *As Palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Marins Fontes, 1999
- FOUCAULT, M. *Dits et écrits II*. Paris: Gallimard, 1994c.
- FOUCAULT, M. *Dits et écrits III*. Paris: Gallimard, 1994a.
- FOUCAULT, M. *Dits et écrits IV*. Paris: Gallimard, 1994b.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1976-1975)*. São Paulo: Marins Fontes, 2005.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. São Paulo: Edições Graal, 2007a.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- FOUCAULT, M.. *Microfísica do poder*. São Paulo: Edições Graal, 2007b.
- FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas*. São Paulo: Marins Fontes, 1999.

- FREITAS, G. V. S.; BOTEAGA, N. J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista Assoc. Médica Brasileira*, Set 2002, vol.48, n. 3, p.245-249.
- FRIAS, L. A. M.; CARVALHO, J. A. M. Fecundidade nas regiões brasileiras a partir de 1903: Uma tentativa de reconstrução do passado através das gerações. In: *Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Anais*, v. 2, pp. 23-46, Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1994.
- FUNDAÇÃO SEADE. *Índice de Vulnerabilidade Juvenil*. São Paulo: Fundação Seade, 2002.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO. *Estado de la población mundial* 2004. New York: UNFPA; 2004.
- FURLAN, J. P. et al. A influência do estado nutricional da adolescente grávida sobre o tipo de parto e o peso do recém-nascido. *Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2003, vol.25, n. 9, p.625-630.
- GAMA, S. G. N. et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 2004, vol.20, supl.1, p.S101-S111.
- GAMA, S. G. N. et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Revista de Saúde Pública*, Fev 2001, vol.35, n. 1, p.74-80.
- GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. A gravidez na adolescência como fator de risco para o baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Revista de Saúde Pública*, 35:74-80, 2001.
- GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cadernos de Saúde Pública*, Fev 2002, vol.18, n. 1, p.153-161.
- GARBARINO, J. An ecological perspective on the effects of violence on children. *Journal of Community Psychology*, 29 (3): 361–378, 2001.
- GARBARINO, J. Raising Children in a Socially Toxic Environment. *Family Matters*, 50:53-55, 1998.

- GIDDENS, A. *Mundo em descontrolado. O que a globalização está fazendo de nós*. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- GODINHO, R. A. et al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, Abr 2000, vol. 8, no.2, p.25-32.
- GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Ago 2005, vol.21, n. 4, p.1077-1086.
- GOMBY, D. S.; CULROSS, P. L. & BEHRMAN, R. E. Home visiting recent program evaluations-analysis and recommendations. *The Future of Children*, 9(1): 4-26, 1999.
- GOMES, R.; FONSECA, E. M. G. O; VEIGA, A. J. M. O. A visão da pediatria acerca da gravidez na adolescência: um estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (3): 408-414, 2002.
- GOMES, R.; FONSECA, E. M.G.O.; VEIGA, A J.M.O. A visão da pediatria acerca da gravidez na adolescência: um estudo bibliográfico. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, Jun 2002, vol.10, n. 3, p.408-414.
- GONÇALVES, H.; GIGANTE, D. Trabalho, escolaridade e saúde reprodutiva: um estudo etno-epidemiológico com jovens mulheres pertencentes a uma coorte de nascimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Jul 2006, vol.22, n. 7, p.1459-1469.
- GRANTHAM-MCGREGOR, S.; CHEUNG, Y.; CUETO, S.; GLEWWE, P.; RICHTER, L. & STRUPP, L. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369: 60–70, 2007.
- GROPPO, L. A. Dialética das juventudes modernas e contemporâneas. *Revista do COGEIME*, v. 13 (25): 9-22, 2004.
- GROS, F. *États de violence*. Essai sur La fin de La guerre. Paris: Gallimard, 2006.
- GROSSMAN, E. A adolescência através dos tempos. *Adolescência Latino-americana*, jul./set. 1998, vol.1, no.2, p.68-74. ISSN 1414-7130.
- GROSSMANN, E. A construção do conceito de adolescência no Ocidente. *Adolescência e Saúde*, 7(3): 47-51, 2010.
- GUPTA, N.; LEITE, I. C. Tendências e determinantes da fecundidade entre adolescentes no Nordeste brasileiro. *Perspectivas Internacionais de Planejamento Familiar*, 2001; número especial: 24-9.

- HACKMAN, D.; FARAH, A. M. J. Socioeconomic status and the developing brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 13 (2): 65-73, 2009.
- HAMILTON, B. E.; MARTIN, J. A.; VENTURA, S. J. *Births: Preliminary data for 2005. National Vital Statistics Reports*, vol 55, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. Forthcoming
- HARDY, E. E. et al. Adequação do uso de pílula anticoncepcional entre mulheres unidas. *Revista de Saúde Pública*, 1991; 25:96-102.
- HARPAZ-ROTEM, I.; MURPHY, R. A.; BERKOWITZ, S.; MARANS, S.; ROSENHECK, R. A. Clinical epidemiology of urban violence: responding to children exposed to violence in ten communities. *J Interpers Violence*; 22:1479-90, 2007.
- HARTUNG, G. C. *Ensaio em Demografia e Criminalidade* (Tese). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. Doutorado em economia, 2009.
- HECKMAN; J. J. Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children, *Science*, 312 (5782): 1900-1902, 2006.
- HEILBORN, M. L. et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes antropológicos*, Jun 2002, vol. 8, no.17, p.13-45.
- HILLESHEIM, B. & CRUZ, L. R. Risco, vulnerabilidade e infância: algumas aproximações. *Psicologia & Sociedade*, 20 (2): 192-199, 2008
- HOFFMANN, S. D. Teenage childbearing is not so bad after all...or is it? A review of the new literature. *Family Planning Perspectives*, 1998, 30:236-243.
- HORTA, C. J. G.; CARVALHO, J. A. M.; FRIAS, L. A. M. Recomposição da fecundidade por geração para Brasil e regiões: atualização e revisão. *Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP, 2000.
- HUSSEY, J. M, CHANG, J. J.; KOTCH, J. B. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*, 118:933-42, 2006.
- KASSAR, S. B. et al. Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. *Rev. Brasileira de Saúde Materno-Infantil.*, 2006, vol.6, no.4, p.397-403.
- KASSAR, S. B. et al. Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. *Rev. Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Set 2005, vol. 5, no.3, p.293-299.

- KATZ, R. A. *Adolescentes e maternidade: um destino, um problema, uma escolha?* Dissertação (dissertação) Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.
- KAZTMAN, R. *Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social* (Borrador para discusión). 5º Taller Regional: La medición de la pobreza, métodos y aplicaciones. Aguascalientes: BID-BIRF-CEPAL, 2000.
- KWONG, M.; BARTHOLOMEW, K.; HENDERSON, A. & TRINKE, S. The intergenerational transmission of relationship violence. *Journal of Family Psychology*, 17(3): 288-301, 2003.
- LEVINE, P. B.; STAIGER, D.; KANE, T. J.; ZIMMERMAN, D. J. *Roe vs Wade and american fertility* (working paper). Cambridge: National Bureau of Economic Research Working, 1996.
- LEWIS, J. Colorado nurses and the NFP. *American Journal of Nursing*, 107(11): 69-72, 2007.
- LIMA, C. T. B. et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Rev. Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Mar 2004, vol. 4, no.1, p.71-83.
- LIRA, J. B.; DIMENSTEIN, M. Adolescentes avaliando um projeto social em uma unidade básica de saúde. *Psicologia em Estudo*, Abr 2004, vol. 9, no.1, p.37-45.
- LOPES, E. S. L.; NERI, A. L.; PARK, M. B. Ser avós ou ser pais: Os papéis dos avós na sociedade contemporânea. *Textos Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2005
- LOPEZ ALEGRIA, F. V.; SCHOR, N.; SIQUEIRA, A. A. F. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. *Rev. de Saúde Pública*, Dez 1989, vol.23, n. 6, p.473-477.
- LUDWIG, J. & PHILLIPS, D. A. *The Benefits and Costs of Head Start*. NBER Working Paper, 12973, 2007
- MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978
- MARCELLO, F. A. Sobre os modos de produzir sujeitos e práticas na cultura: o conceito de dispositivo em questão. *Currículo sem Fronteiras*, 9: 226-241, 2009.
- MARTINS, J. S. *Exclusão social e a nova desigualdade*. São Paulo: Paulus, 1997.
- MARTINS, L. A. M. e PEIXOTO JUNIOR, C. A. Genealogia do biopoder. *Psicologia & Sociedade*; 21 (2): 157-165, 2009.

- MCCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Jul 2006, vol.22, n. 7, p.1483-1491.
- MENEZES, I. H. C. F.; DOMINGUES, M. H. M. S. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. *Revista de Nutrição*, Jun 2004, vol.17, n. 2, p.185-194.
- MICHELAZZO, D. ET AL. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. *Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Set 2004, vol.26, n. 8, p.633-639.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde*. Brasília: Secretaria de Vigilância à Saúde, Ministério da Saúde, 2004.
- MOSER, C. *The asset vulnerability framework: reassessing urban poverty reduction strategies*. Washington D.C: World Bank, 1998.
- MUSTARD, J. F. Desenvolvimento cerebral inicial e desenvolvimento humano. In: TREMBLAY, R. E.; BARR, R. G.; PETERS, R. D. E. V.; BOIVIN, M. (eds.) *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010.
- NURSE-FAMILY PARTNERSHIP (NFP). *Benefits and Costs: a rigorously tested program with measurable results, 2013*. Disponível em: http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Factsheets/NFP_Benefits-Cost. Acessado em: 02/2012.
- OLIVEIRA, M. W. Gravidez na adolescência: Dimensões do problema. *Cadernos CEDES*, Jul 1998, vol.19, n. 45, p.48-70.
- OUTEIRAL, J. *Adolescer*. Rio de Janeiro: Editora Revinter. 2008.
- PAIVA, V. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual, in PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (org.) *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.
- PAIVA, V. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e sujeito sexual. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Orgs.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.
- PANIZ, V. M. V.; FASSA, A. G.; SILVA, M. C. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005, vol. 21, n. 6, pp. 1747-1760.

- PANTOJA, A. L. N. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003, vol.19, suppl.2, p.S335-S343.
- PATTO, M. H. S. *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- PERSONA, L.; SHIMO, A. K. K.; TARALLO, M. C. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, Out 2004, vol.12, n. 5, p.745-750.
- PINHEIRO, P. S. *World Report on Violence against Children*. Geneva: United Nations Secretary-General's Study on Violence against Children, 2006.
- PINOTTI, J.A.; SILVA, J.L.C.P. A saúde reprodutiva da adolescente. *Femina* 1987; 15:57-82
- PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. *Rev. de Saúde Pública*, Ago 2004, vol.38, n. 4, p.495-502.
- PIZARRO, R. La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. *Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos N° 6*. Santiago: CEPAL, 2001.
- POGREBINSCHI, T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. *Lua Nova: Revista de cultura e política*, 0(63): 179-201, 2004.
- POLLAK, S. D.; NELSON, C. A.; SCHLAAK, M. F.; ROEBER, B. J.; WEWERKA, S. S.; WIIK, K. L.; et al. Neurodevelopmental effects of early deprivation in post-institutionalized children. *Child Development*, 81: 224–236, 2010.
- PRADO FILHO, K.; MARTINS, S. A subjetividade como objeto da(s) psicologia(s). *Psicol. Soc.* 19 (3): 14-19, 2007.
- PRADO FILHO, K.; TRISOTTO, S. A Psicologia como disciplina da norma nos escritos de M. Foucault. *Revista Aulas*. 1(3): 1-14, 2006/2007.
- PREFEITURA DE SÃO PAULO. *Diagnóstico do M'Boi Mirim*, 2008. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fww2.prefeitura.sp.gov.br%2Farquivos%2Fsubprefeituras%2Fspm%2Fdados%2Fdiagnosticos_de_mboi_mirim-08_08_08.pdf&ei=FtZVUMXIGpHo8wSFkYDICQ&usg=AFQjCNHrrX5N0m9jwfalFcSG_mkb7oL7Lw. Data de Acesso: agosto, 2012.

- PREFEITURA DE SÃO PAULO. Portaria 46/2010/SMADS. Disponível em: http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/portaria_SMADS_046_2010.pdf. Acessado em: 02/2013.
- RABINOW, P.; ROSE, N. O Conceito de Biopoder hoje. *Revista de Ciências Sociais*, 24: 27-57, abril, 2006.
- RAMMINGER, T.; NARDI, H. C. Subjetividade e trabalho: algumas contribuições conceituais de Michel Foucault. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, 12(25): 339-346, 2008 .
- RÄSÄNEN, P.; HAKKO. H.; ISOHANNI, M.; HODGINS, S.; JÄRVELIN, M. R.; TIIHONEN, J. Maternal Smoking during Pregnancy and Risk of Criminal Behavior among Adult Male Offspring in the Northern Finland 1996 Birth Cohort. *American Journal of Psychiatry*, 156(6): 857-862, 1999
- REDE NOSSA SÃO PAULO. *Observatório cidadão*. Disponível em: <http://www.nossasaopaulo.org.br/observatorio/index.php?secao=agradecimentos>. Acessado em: 07/2012
- REIS, C. T.; HECKERT, A. L. C. Velhice como intervenção nos modos de vida. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; Rio de Janeiro, 64 (1): 95-110, 2012
- RENN, O.; BURNS, W. J.; KASPERSON, J. X.; KASPERSON, R. E. & SLOVIC, P. The Social Amplification of Risk: Theoretical Foundations and Empirical Applications. *Journal of social Issues*, 48: 137-160, 1992.
- RIBEIRO, E. R.O. et al. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. *Rev. De Saúde Pública*, Abr 2000, vol.34, n. 2, p.136-142.
- RIBEIRO, M. e SANI, A. I. Risco, protecção e resiliência em situações de violência, *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 400-407, 2009.
- RIOS, L. F. et al. Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. *Cadernos CEDES*, Ago 2002, vol.22, n. 57, p.45-61.
- ROCHA, R. C. L. et al. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. *Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Set 2006, vol.28, n. 9, p.530-535.
- ROHDEN, F. Gravidez na adolescência: um debate contemporâneo. In: NOVAES, R; PORTO, M; HENRIQUES, R. (Org.). *Juventude, cultura e cidadania*. Rio de Janeiro: ISER, 2002, p. 163-169.
- ROLNICK, A. & GRUNEWALD, R. (2003). Early childhood development: Economic development with a high public return. *The Region*, 17 (9): 6-12, 2003

- ROSA, S. O. Fazer Viver é deixar morrer. *Revista Aulas: Dossiê Foucault*, 3: 1-14, 2007. Disponível em: <http://www.unicamp.br/~aulas/pdf3/28.pdf>. Acessado em: janeiro, 2013.
- ROSE, N. The death of the social? Refiguring the territory of government. In: MILLER, P.; ROSE, N. *Governing the present*. Cambridge: Polity press, 2008
- RUOTTI, C.; MASSA, V. C.; PERES, M. F. T. Vulnerabilidade e violência: uma nova concepção de risco para o estudo dos homicídios de jovens. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 37: 377-389, 2011.
- SABROZA, A. R. et al. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). *Cadernos de Saúde Pública*, 2004, vol.20, supl. 1, p.S130-S137.
- SABROZA, A. R. et al. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil - 1999-2001. *Cadernos de Saúde Pública*, 2004, vol.20, supl. 1, p. S112-S120.
- SACHS-ERICSSON, N.; KENDALL-TACKETT, K.; HERNANDEZ, A. Childhood abuse, chronic pain, and depression in the national comorbidity survey. *Child Abuse and Neglect*, 31(5), May, pp.531-547, 2007.
- SACHS-ERICSSON, N.; MEDLEY, A. N.; KENDALL-TACKETT, K. & TAYLOR, J. Childhood abuse and current health problems among older adults: the mediating role of self-efficacy. *Psychology of Violence*, 1(2), 106-120, 2011.
- SAMPAIO, M. R. Heliópolis: *O percurso de uma invasão*. Tese para título de livre-docente. FAU/USP, 1991
- SANTOS, S. R.; SCHOR, N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Revista de Saúde Pública*, Fev 2003, vol.37, n. 1, p.15-23.
- SAVAGE, J. *A criação da juventude: como o conceito teenage revolucionou o século XX*. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.
- SCHOR, N. Investigação sobre ocorrência de aborto em pacientes de hospital de centro urbano do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. 1990, vol. 24, n. 2, pp. 144-151.
- SCHOR, N.; LOPEZ, F. A. Adolescência e anticoncepção: Estudo de conhecimento e uso em puérperas internadas por parto ou aborto. *Revista de Saúde Pública*, Dez 1990, vol. 24, n. 6, p.506-511.

- SCHWARZ, R. *Ao vencedor as batatas: forma literária e processo social nos inícios do romance brasileiro*. São Paulo: Duas Cidades, 1992.
- SEADE- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. *Índice de Vulnerabilidade Juvenil*. 2002. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>. Acesso em: outubro/2012.
- SEADE. Índice de Vulnerabilidade Juvenil.
- SECRETARIA DA HABITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO URBANO DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (SHDU/PMSP) E COMPANHIA DE PROCESSAMENTO DE DADOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (PRODAM). *Base cartográfica digital das favelas do município de São Paulo*. São Paulo, 2000.
- SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO *Atlas do trabalho e do desenvolvimento*. São Paulo: Secretaria Municipal do Trabalho, 2007
- SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO. *Atlas do Trabalho e Desenvolvimento da cidade de São Paulo, 2000*. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/trabalho..> Data de Acesso: Agosto, 2012.
- SHONKOFF, J.P.; PHILLIPS, D.A.(eds.) *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
- SILVA, L.; TONETE, V. L. P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, Abr 2006, vol.14, n. 2, p.199-206.
- SIMÕES, V. M. F. et al. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Revista de Saúde Pública*, Out 2003, vol.37, n. 5, p.559-565.
- SIQUEIRA, M. J. T. et al. Profissionais e usuárias (os) adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis: onde está o pai? . *Estudos de Psicologia (Natal)*, Jan 2002, vol. 7, no.1, p.65-72.
- SOUZA, V. L. C. et al. O aborto entre adolescentes. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, Abr 2001, vol. 9, no.2, p.42-47.
- SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(6): K1277-1311, nov.- dez., 2001.
- SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. & MELLO, R. P. (2002). Perigo, probabilidade e oportunidade: a linguagem dos riscos na mídia. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15(1): 151-164.

- SPOSITO, M. P.; CARRANO, P. C. R. Juventude e políticas públicas no Brasil. *Rev. Brasileira de Educação*, Dez 2003, n. 24, p.16-39.
- TELLES, V. S. *A cidade nas fronteiras do legal e do ilegal*. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2010.
- TERTO JR.; V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *Horiz. antropol.*, Porto Alegre, 8 (17): 147-158, June 2002 .
- TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S. Pais adolescentes: vivência e significação. *Estudos de Psicologia* (Natal), Jan 2002, vol. 7, no.1, p.15-23.
- VANDRESEN, D. S. Governamentalidade e liberalismo em Michel Foucault. *Anais da XIII Semana Acadêmica de Filosofia da UNIOESTE*, junho/2010
- VAZ, P. Risco e justiça. In: Calomeni, T. C. B. (org.). *Michel Foucault: entre o murmúrio e a palavra*. Campos: Editora da Faculdade Direito de Campos, 2004
- VERA, E. M., SHIN, R. Q. Promoting Strengths in a Socially Toxic World: Supporting Resiliency With Systemic Interventions. *The Counseling Psychologist*, Vol 34(1): 80-89, 2006.
- VEYNE, P. *Como se escreve a história*. Foucault revoluciona a história. Brasília: UnB, 1982.
- WHITING, J.; SIMMONS, L. A., HAVENS, J.; SMITH, D. & OKA, M. Intergenerational transmission of violence: the influence of self-appraisals, mental disorders and substance abuse. *Journal of Family Violence*, 24, 639-648, 2009.
- YAZLLE, M. E. H. D. et al. A Adolescente Grávida: Alguns Indicadores Sociais. *Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Out 2002, vol. 24, n. 9, p.609-614.
- YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. *Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28 (8): 443-445, 2006.
- YELETAYSI, S.; ÖZCEYLAN, D.; FIEDRICH, F.; HARRALD, J. R.; JEFFERSON, T. A framework to integrate social vulnerability into catastrophic natural disaster preparedness planning. In: *Proceedings of TIEMS 2009 annual conference*, Istambul, 380–389, 2009