



Psicologia em Estudo

ISSN: 1413-7372

revpsi@uem.br

Universidade Estadual de Maringá

Brasil

Pedreira Botelho, Adriana; Lemos Ferreira da Silva, Samantha; Janzen Kassab, Marina; Costa Leite,  
Ligia

Meninos de rua: desafiliados em busca de saúde mental

Psicologia em Estudo, vol. 13, núm. 2, junio, 2008, pp. 361-370

Universidade Estadual de Maringá

Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122107019>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

 redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## MENINOS DE RUA: DESAFILIADOS EM BUSCA DE SAÚDE MENTAL

Adriana Pedreira Botelho\*  
Samantha Lemos Ferreira da Silva#  
Marina Janzen Kassab†  
Ligia Costa Leite‡

**RESUMO.** Este artigo parte da hipótese de que “os meninos de rua vão para as ruas em busca de saúde mental”, formulada a partir dos textos de Leite, Winnicott, Castel e Foucault. Leite aposta na saúde mental desses jovens; Winnicott trabalha com a teoria da *tendência anti-social*; Castel com a *desafiliação* social; e finalmente Foucault, com a idéia de que a doença mental é uma expressão positiva da sociedade. Esta hipótese é verificada no Programa de Assistência e Pesquisa, coordenado por Leite e desenvolvido no Instituto de Psiquiatria (IPUB/UFRJ), o qual investiga a subjetividade desses jovens através de suas narrativas, visando subsidiar políticas públicas de assistência social e saúde mental no Brasil.

**Palavras-chave:** meninos de rua, saúde mental, políticas públicas.

## STREET CHILDREN: PARENTLESS PEOPLE IN SEARCH OF MENTAL HEALTH

**ABSTRACT.** The hypothesis, or rather, street children go on the streets in search of mental health, is discussed to Leite's, Winnicott's, Castel's and Foucault's ideas. Leite discusses the idea that street children are mentally healthy; Winnicott foregrounds the theory of antisocial behavior; Castel bases his theory on socially parentless concept; Foucault discusses the idea that mental illness is a positive expression of society. This hypothesis has been verified in the Assistance and Research Program coordinated by Leite and developed by the Psychiatry Institute (IPUB/UFRJ). It investigates teenager's subjectivity through their life narratives and tries to use them as guidelines for public policies of Social Assistance and Mental Health in Brazil.

**Key words:** Street children, mental health, public policies.

## NIÑOS DE LA CALLE: “DESAFIADOS” EN BUSCA DE SALUD MENTAL

**RESUMEN.** Este artículo parte de la hipótesis de que “los niños de la calle van a las calles en busca de salud mental”, formulada a partir de los textos de Leite, Winnicott, Castel y Foucault. Leite que cree en la salud mental de estos jóvenes; Winnicott con la teoría de la *tendencia antisocial*; Castel con la *“desafiliación”* social; y finalmente Foucault con la idea de que la enfermedad mental es una expresión positiva de la sociedad. Esta hipótesis es verificada en el Programa de Asistencia e Investigación, coordinado por Leite y desarrollado en el Instituto de Psiquiatría (IPUB/UFRJ), que investiga la subjetividad de estos jóvenes a través de sus narrativas, con el objetivo de subsidiar políticas públicas de Asistencia Social y Salud Mental en Brasil.

**Palabras-clave:** Niños de la calle, salud mental, políticas públicas.

Neste artigo trabalhamos com categorias – saúde mental, doença mental, escolha – que por vezes se fundem (e confundem), por isto é necessário apontar que diferenças existem no que se refere às “escolhas”

simbólicas de jovens que sofrem psiquicamente, seja pela doença mental, seja pela saúde mental. No primeiro grupo estão os que vivem os riscos psicosociais inerentes à sua patologia; no segundo

\* Psicóloga. Especialista em Saúde Mental na Infância e Adolescência. Mestranda em Saúde Mental pelo Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ.

# Psicóloga da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro. Especialista em Saúde Mental na Infância e Adolescência.

† Psicóloga da policlínica da Instituto Oswaldo Cruz de Seguridade Social-Fioprev/Fiocruz.

‡ Phd em Comunicação. Professora do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ.

estão os que vivem os riscos psicossociais precisamente para fugir da patologia, rompendo laços sociofamiliares, evadindo da escola e percorrendo outros caminhos, os quais nem sempre os levam à inserção social. Neste grupo estão os meninos de rua, que chamaremos de *desafiliados* em busca de saúde mental. Certamente os dois grupos encontram-se em situação de vulnerabilidade, riscos psicossociais e sofrimento psíquico, precisando ser protegidos, como define o artigo 4º da Lei 8.069/1990, Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990).

Destarte, assumimos neste texto as seguintes definições: a saúde mental é um fenômeno complexo, multideterminado por fatores biopsicossociais; o evento psicopatológico pode ser descrito como a expressão de uma subjetividade restrita à relação com as instituições da sociedade; e a “escolha” é uma eleição não consciente do sujeito, estabelecida pela relação entre seu desenvolvimento e o ambiente.

Para compreendermos quem são esses jovens, buscamos uma definição de adolescência em Saggese (2001), para quem esta é um estado transitório, de duração indeterminada, sendo caracterizada por vicissitudes psicológicas e sociais, que começam a atingir o jovem nas proximidades da puberdade.

Essa definição não é universal. Por exemplo, em grupos tribais ou não inseridos na cultura ocidental não ocorre o extenso período que separa as atividades infantis das atividades adultas. A criança é tida como tal até que as alterações biológicas iniciem a puberdade e caracterizem sua passagem para o grupo adulto. Normalmente nesses grupos há um ritual de passagem, às vezes antecedido por um período de recolhimento, que caracterizará oficialmente a entrada nas relações adultas.(Rappaport, Fiori & Davis, 1982).

Saggese (2001) adverte que, a partir do século XVIII e mais fortemente no século XIX, o conceito “adolescência” vai tomando corpo no mundo ocidental e torna-se um período etário demarcado. O jovem não é criança e muito menos adulto; já não está dentro, nem totalmente fora do seio familiar. Assim, o adolescente começa a formar um mundo à parte.

O autor acrescenta que o que está em jogo na adolescência é “a capacidade do sujeito de integrar-se no campo sócio-simbólico, que testa sua capacidade de resposta desde o plano da identificação simbólica fundante” (Saggese, 2001, p. 83). Saggese comenta que é antiga a conexão entre a crise da adolescência e o desencadeamento de quadros psicopatológicos. A criação do conceito de esquizofrenia, desde os seus primórdios, fazia alusões à adolescência; mas esta vinculação nem sempre é suficiente para compreender a doença mental, suas causas e razões.

Calligaris (1989) menciona a exigência a que é submetido o jovem na adolescência, a qual pode ser um disparador do fenômeno da psicose.

Sabemos com quanta facilidade crises psicóticas se desencadeiam na fase da adolescência, e podemos pensar tranquilamente que a adolescência é um momento particular no qual o sujeito encontra uma injunção a situar-se faticamente, a tomar o falo e ir na vida, a referir-se a uma instância paterna, entrar na vida “ativa” (Calligaris, 1989, p. 126).

Saggese (2001) destaca a adolescência como um momento de definições sexuais, profissionais e familiares, como um rico período onde o sujeito necessita responder de uma forma singular, única, às demandas sociais. Esse fato pode contribuir para a eclosão de graves acometimentos psíquicos. Partindo dessa conclusão, poderíamos pensar em pelo menos dois caminhos inflados de sofrimento psíquico, para esse sujeito adolescente acometido pela demanda social: o já citado acima, que seria a eclosão de uma psicose, enquanto um fracasso em responder ao que lhe é solicitado, que tem como característica essencial a não-sustentação de laços sociais; e um segundo movimento, também gerado e gerador de situação de vulnerabilidade dos laços sociais e familiares, que leva o jovem a se arriscar pela “escolha” não consciente, mas como uma busca pela saúde mental.

O adolescente que vai para as ruas está, muitas vezes, fugindo de dados reais de suas vidas, como: condições de moradia precárias, insalubridade, “casa cheia”, violência doméstica, fome; ou seja, ele procura escapar dos fatores ambientais e psíquicos que estão lhe causando danos físicos e psicológicos, mesmo que isso não lhe seja consciente. O que queremos dizer é que ele “escolhe” a rua visando sua saúde mental. O que para o senso comum é qualificado como uma infração, vadiagem, para este sujeito, é “escolha”. “Escolha” criativa, identificatória e libertária, como se verá adiante.

Este trabalho sustenta a idéia de que a “escolha” pela rua é mais criativa do que a “escolha” pela psicose. A “escolha” pela rua está embasada teoricamente nos estudos de Leite (1991, 1998, 2005a), os quais apontam para a saúde mental dos meninos de rua; em Winnicott (1956, 2000) e sua conceituação acerca da *tendência anti-social*; em Castel (1995), com a categoria de *desafiliados sociais*, que podem gerar desestabilidade no quadro social; e em Foucault (1994), segundo o qual uma sociedade se

expressa positivamente nas doenças mentais que são manifestadas por seus membros.

Geralmente o perfil do menino de rua é traçado de uma maneira estereotipada pela opinião pública, como também por alguns teóricos da sociedade, que recomendavam a internação desses em instituições fechadas para correção de condutas, como se pode constatar ao longo das políticas públicas formuladas desde o Império (Leite, 1998, 2005a). Os proponentes desse modelo eram juristas e médicos, psiquiatras ou higienistas, mas ainda assim o campo da saúde mental deu pouca atenção aos meninos de rua, mesmo depois de 1990, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) que preconiza, no artigo 7º, os direitos fundamentais. Apesar disso nós nos perguntamos por que parte significativa dos profissionais que hoje atuam na saúde mental não os considera como objeto de suas ações. Com o intuito de refletir sobre esta questão, procuraremos aqui, através de uma revisão de literatura, ampliar o olhar dos profissionais de saúde mental e possibilitar uma maior inserção dessa clientela nas políticas públicas nessa área.

Assim, neste artigo analisaremos o sofrimento psíquico e os riscos psicossociais do sujeito adolescente, *desafiliado* em busca de saúde mental: o menino de Rua; e para ilustrar a inserção dessa clientela no campo da saúde mental, apresentaremos um breve relato do trabalho de reabilitação psicossocial que é desenvolvido no Instituto de Psiquiatria (IPUB/UFRJ) com esses jovens, coordenado por Leite (2005b), tendo como campo da pesquisa: *Evasão escolar, drogas, criminalidade: os descaminhos na adolescência e suas articulações com questões do sujeito*.

#### Os invencíveis culturais

Ao longo da história, duas premissas, expressas pelo senso comum, vieram a encarnar a representação social dos jovens que se encontram em situação de vulnerabilidade social e buscam, de forma não consciente, a saúde mental nas ruas.

A primeira entende que os jovens são inocentes úteis, dominados por um líder, algumas vezes ainda menor de idade, que o induz a praticar ações desonestas, de cujas consequências eles não têm consciência. Por essa premissa o adolescente é ingênuo e não sabe o que faz. Por exemplo, ele seria induzido pelo traficante a consumir droga até atingir a dependência e precisar roubar para manter seu vício; outros roubos ele seria forçado a cometer por coação, como estratégia de sobrevivência, sob o pretexto de que será “protegido” por outrem..

A segunda premissa pressupõe que esse adolescente age deliberadamente, porque sua estrutura

psíquica é perversa e ele até pode ter uma estrutura psicótica. Ele age perigosamente e deve ser internado urgentemente para tratamento (Leite, Bentes & Schmid, 2001).

Ambas as perspectivas ignoram a origem social e cultural do adolescente que aqui está em foco. Ignoram os aspectos subjetivos inerentes a todo ser humano, os quais, no caso dos culturalmente diferentes, apresentam desejos singulares a serem realizados e não corpos a serem reprimidos e julgados pela ótica da patologia ou da criminalidade. Se, por um lado, imaginam que todos são iguais, empobrecidos ou fragilizados psicologicamente e objetos de outrem, por outro, supõem que eles são perversos e delinqüentes em função da “natureza”, conforme teoriza Nina Rodrigues (citado por Abreu, 2000) nos primórdios do século XX. São formas de catalogá-los que a população usa para evitar o encontro com o diferente, que aqui chamaremos de “outro cultural”, pois tem formas culturais distintas das presentes na cultura hegemônica e causa estranhamento à própria sociedade. Freud (1919/1996) diz que o “estranho” é aquele que provoca medo e horror, que é assustador e difícil de suportar.

Essas representações, além de ignorarem a subjetividade do jovem, não o consideram em função de sua faixa etária, a qual pressupõe a morte simbólica do ser criança e das figuras de autoridades até então percebidas como tais. A adolescência é uma fase de vida que se encontra, de modo intenso, em permanentes situações de risco psicossocial. É quando o jovem precisa se sentir transgressor, desobediente, para experimentar a liberdade e autonomia; mas por ser grupal, ele vive esses riscos geralmente em grupo, local onde se sente protegido e com limite circunscrito. O grupo é o território afetivo e emocional do adolescente. Por isto tudo é homogeneizado pelos padrões do grupo: as gírias, as roupas, as músicas, os ídolos. Nesse contexto e em função do grupo de convivência, ele pode enfrentar riscos à sua saúde mental, como o uso indiscriminado de drogas, a fuga para as ruas, o sexo não-seguro, a *afiliação* a grupos do tráfico e, enfim, a delinqüência.

No livro *A Razão dos Invencíveis*, Leite (1998) faz uma análise de jornais e documentos diversos e conclui que o menino de rua é caracterizado pela opinião pública através do “mito da negatividade, da sujeira, da lascívia, da preguiça, da ociosidade, da permissividade, da delinqüência, mas também do abandono, da solidão, da tristeza, da pobreza, da vitimização” (p. 23). A opinião pública reflete o que pensa a maioria da sociedade, revelando uma representação social dos meninos como agressivos,

bandidos, perversos e sujos, ou carentes, abandonados e explorados.

Dessa forma, Leite (1998) criou o termo *invencível cultural* para nomear as crianças e jovens que estão nas zonas turbulentas da vulnerabilidade e da *desafiliação* de Castel (1995), como veremos mais adiante. Para chegar a esse conceito, a autora estudou os meninos de rua que freqüentavam a Escola Tia Ciata, onde encontrou características bem diferentes de outras crianças que são pobres e de alguma maneira estão na zona de integração pelo aspecto família/comunidade (Leite, 1991). Os *invencíveis* são os que não se adaptavam às instituições formais da sociedade (entre elas a escola).

Leite (1998) aposta que os riscos psicossociais vivenciados por esses adolescentes pobres se inserem na busca pela saúde mental. Ela fundamenta essa afirmativa nos seguintes aspectos de saúde mental neles encontrados: criatividade singular, transgressão identificatória e liberdade como conquista.

### Criatividade singular

A primeira e mais saudável das características dos adolescentes *desafiliados* em busca de saúde mental estaria justamente no desejo de expressar a singularidade, a individualidade, e de rejeitar as regras que servem para matá-los psiquicamente, já que algumas instituições destinadas a educá-los não os consideram como sujeitos desejantes de reconhecimento social.

O *invencível cultural* é um adolescente que aprende a ler as situações-limite que a sociedade oferece, analisando suas possibilidades de vida como lhe são colocadas e procurando as que lhe dêem mais possibilidades de sobrevivência. Por exemplo: a escola, de modo geral, coloca a disciplina como regra primeira, o que pode impedi-lo de expressar suas dúvidas, anseios, dificuldades no processo da aprendizagem. Muitas vezes a recusa a freqüentar a escola se dá porque para seguir as regras teria que abrir mão de si mesmo e, especialmente, da sua criatividade e espontaneidade.

Na realidade, a criatividade dos meninos de rua é similar à de qualquer adolescente, de qualquer classe social; só que pela impossibilidade de seguir as regras institucionais impostas, eles podem abandonar a escola ou mesmo o núcleo familiar. A criatividade, assim, é vivida em espaços públicos, de forma ameaçadora, incomodando a sociedade.

### Transgressão identificatória

O roubo, como exemplo-limite de uma transgressão, nessa faixa etária pode ser interpretado

como um autêntico ato de procura identitária, já que a sociedade não reconhece esse jovem como sujeito de direitos e desejos. Assim, é comum ele acabar assumindo uma identidade de vadio, ameaçador ou delinqüente porque, como ele mesmo diz, "Mesmo apanhando da polícia e tendo que dormir no frio, ser *trombadinha* é um barato" (citada por Leite, 1998, p. 168). O roubo pode vir em contraposição à passividade do pedinte. Esses adolescentes tendem a evitar viver dos restos que a sociedade lhes dá e roubam para exigir aquilo a que têm direito, como gostam de falar: "Até bicho precisa ser tratado bem!" (citada por Leite, 2005a, p. 55).

Apesar da vivência de riscos, não é certo afirmar que há nesses jovens uma predisposição a desenvolver patologias ou doenças psiquiátricas surgidas comumente na adolescência. Isto não quer dizer, também, que eles não tenham sofrimento psíquico nessa caminhada, mas nos adolescentes assistidos pelo Programa de Assistência e Pesquisa aqui descrito, os quais em sua maioria vivem nas ruas das zonas mais nobres do Rio de Janeiro, a doença mental não apareceu. Não queremos com isto afirmar que outros adolescentes, vivendo em situação de rua em outros bairros, outros municípios, outros estados ou mesmo outros países, não possam apresentar patologias psiquiátricas graves; mas devemos ter o cuidado de não pré-julgar manifestações que podem ser revertidas caso haja uma abordagem adequada. Vale marcar que, em 25 anos de trabalho, nossa amostra contou com centenas de jovens e, invariavelmente, seus relatos e narrativas apontaram para uma busca pela rua. Esta "escolha" acaba por desvelar condições socioeconômicas, familiares e comunitárias adversas e a ausência de políticas públicas, sobretudo nas áreas da educação e da saúde mental.

Para entender essa "escolha", utilizaremos Winnicott (1956/2000), que nos presenteia com um termo nem sempre bem entendido, talvez por não ser politicamente correto na atualidade: *tendência anti-social*. O autor afirma que este não é um diagnóstico, mas sim, uma *disposição* que pode existir em qualquer indivíduo - normal, neurótico ou psicótico. Esse *comportamento* pode ser percebido no lar, num abrigo e também na rua, esta última compreendida como uma esfera mais ampla, aqui entendida como uma instituição, que enfeitiça quem nela "escolhe" viver. João do Rio (1908/1987), assim como Benjamin (1937/1991) e outros autores, no início do século XX sintetizam que a magia da rua possibilita ao jovem ter aspirações mais profundas do que aquelas ofertadas pela sociedade. "A rua faz as celebridades e as revoltas, a rua criou o tipo universal, tipo que vive em

cada aspecto urbano, em cada detalhe, em cada praça (...) a rua criou o garoto!" (Rio, p. 5).

Winnicott (1956/2000) justifica o termo *tendência anti-social* a partir da idéia de *de-privação*:

Quando ocorre a tendência anti-social, aconteceu uma de-privação propriamente dita (não uma simples privação), ou seja, deu-se a perda de algo bom, de caráter positivo na experiência da criança até um certo momento. A retirada estendeu-se por um período maior que aquele durante o qual a criança seria capaz de manter viva a memória da experiência (Winnicott, 1956/2000, p. 410).

Para o autor, a tendência anti-social sugere esperança e a manifestação de esperança é um lado positivo da tendência anti-social. Pode-se, portanto, vislumbrar esperança num furto ou roubo. É através do roubo, da mentira, da incontinência e, geralmente, de um comportamento desordenado, caótico, que se expressa a tendência anti-social. Disso se pode deduzir, para o nosso objeto de estudo, que o jovem anti-social rouba buscando cura, buscando o objeto perdido, algo que lhe falta.

Serão a experiência inicial perdida e o modo como o sujeito a reconhece subjetivamente o que poderá originar uma saída para a tendência anti-social ou para a psicose. O autor diferencia tendência anti-social de psicose através do grau de maturidade do ego; ou seja, o sujeito anti-social, mais maduro egoicamente, reconhece inconscientemente que existe uma perda externa, enquanto o jovem psicótico, possuidor de um ego mais imaturo, desconhece essa falha externa e a reconhece internamente, sendo este último fato o desencadeador da psicose (Winnicott, 1956/2000).

A cura a que nos remete Winnicott (1956/2000) pode ser substituída por saúde mental. A esperança que o autor aponta para aqueles com tendência anti-social pode ser entendida por nós como liberdade. O anti-social pode ser alterado pela expressão jovem em risco psicosocial - no nosso caso, o menino de rua.

### Liberdade como conquista

Ser livre é o maior desejo de todo e qualquer adolescente; e no caso daquele que vive em situação de vulnerabilidade e *desafiliação*, esse desejo aparece na própria ambigüidade, como é visto nas instituições por onde ele passa. A liberdade é o maior desafio que ele enfrenta, e as instituições sociais tendem a infantilizar esse adolescente, tirando-lhe quase sempre seus mecanismos de exercitar essa liberdade, que vem

associada à curiosidade, à sagacidade, à astúcia, ao imediatismo e à provisoredade. Isso porque esse jovem não discrimina ou dissocia essas características, que ele aprende como ferramenta para fugir da morte. Ser livre, para ele, é conquistar cada instante de sua vida, como um desafio à hostilidade e ao desejo de morte que a sociedade demonstra ter por ele (Leite, 1991, 1998, 2005a).

Estas características, somadas à repressão e ao sofrimento vividos nos abrigos, na escola e mesmo na família, geram nos jovens agressividade, transgressão, medo, descrença de suas possibilidades para obter uma identidade social, difícil de ser alcançada por causa das próprias condições em que se encontram (Leite, 1991, 1998, 2005a).

Por conta dessa almejada identidade social e da busca pela constituição de laços de pertencimento, o conceito de *desafiliados sociais* de Castel é o que melhor nos serve de pista para compreensão do problema vivido pelos meninos de rua, *desafiliados* em busca de saúde mental.

## DESAFILIADOS SOCIAIS

A categoria de *desafiliação* de Castel (1995), escolhida como referência para este artigo, considera os fatores contemporâneos de dissociação social, em que a *desafiliação* seria uma condição particular de precariedade financeira e fragilidade de relacionamentos sociais e profissionais. O extremo do processo de *desafiliação* é a miséria, o isolamento social e o desemprego. A precariedade financeira gera a "privação" e a "fragilidade relacional", isolamento.

Segundo o autor acima citado, a *desafiliação* pressupõe a conjunção de dois eixos: a integração/não-integração pelo trabalho e a inserção/não-inserção na rede sociofamiliar. A partir desses dois eixos, o autor aponta que o indivíduo pode se encontrar numa graduação nesses dois eixos, que ele divide em três zonas: de integração, de vulnerabilidade e de *desafiliação*. A zona de integração está associada às relações estáveis no trabalho, na família e na comunidade; a de vulnerabilidade é uma zona intermediária, instável, que conjuga a precariedade no trabalho – trabalhadores temporários, informais ou subempregados – à fragilidade dos suportes de proximidade no ambiente da comunidade; por fim, a zona de *desafiliação* configura-se pela ausência de participação em todas as atividades produtivas e pelo isolamento das relações sociofamiliares.

Essas três zonas se diferenciam em relação à coesão social, e não exatamente quanto à divisão das classes sociais, pois indivíduos nas diferentes zonas

podem encontrar dificuldades financeiras, mesmo alguns provenientes de classes sociais abastadas. No entanto, a maioria é composta pelos desvalidos, pobres e miseráveis. Daí o autor propor três implicações.

A primeira dessas implicações é que as fronteiras entre as zonas são porosas e, no dizer de Castel, uma engorda a outra, isto é, a zona de vulnerabilidade não está isolada das zonas de integração e *desafiliação*; as três zonas se articulam, se comunicam e mesmo podem ser fonte para engordar a outra. Numa sociedade estável e com um nível de integração social razoável, por exemplo, a zona de *desafiliação* acaba sendo pequena, contando apenas com os indivíduos que fogem dos padrões de inserção social, que seriam os loucos, mendigos e demais desajustados sociais, enfim, aqueles que se tornam estranhos e estrangeiros na comunidade onde vivem.

Outra implicação presente na teoria de Castel (1995) é a compensação entre os eixos que se cruzam; ou seja, o fato de o indivíduo estar bem inserido comunitariamente compensaria sua não-integração no mundo do trabalho, e vice-versa. Caso ele esteja bem empregado, pode sobreviver fora no eixo familiar, desde que tenha outras relações ou laços sociais.

A terceira implicação está no fato de a dimensão econômica não ser determinante no processo de *desafiliação*, apesar de não poder ser um fator negligenciado. Uma observação importante é que o modelo proposto pelo autor não é estático, pelo contrário, enfatiza que o indivíduo pode transitar nos vários níveis de *afiliação/desafiliação*: “Os indivíduos em situação de flutuação nessas zonas, dentro da estrutura social, é que povoam seus interstícios, não encontrando seu lugar determinado nesta estrutura.” (Castel, 1995, p. 13).

Castel (1995) acrescenta que falar de *desafiliação* não significa marcar uma ruptura, mas sim, traçar o percurso do sujeito, visando à sua reabilitação psicossocial. Atualmente, no mundo globalizado, a zona de integração está se dissolvendo cada vez mais, pela dificuldade de inserção social no mundo do trabalho. Isto faz com que as zonas de vulnerabilidade e de *desafiliação* se expandam e as propostas apresentadas pelas políticas públicas, conforme aponta Castel, têm sido, erroneamente, reforçar a zona da assistência onde estão aqueles que não trabalham, mas cujo laço social não está totalmente rompido, pois recebem benefícios da previdência social. No entanto, a assistência acaba vinculada, preferencialmente, aos membros de determinado grupo, por ser exigido algo que circunscreva o sujeito como alvo do auxílio. O que se pode deduzir é que, para haver uma *reafiliação* social, de modo que a zona de integração volte a se

fortalecer e ampliar, seria necessário uma modificação do quadro de referência da sociedade hoje existente. Nesse sentido, a zona de assistência pouco ajuda a *reafiliar* os indivíduos.

É certo que a teoria de Castel (1995) parte de uma realidade européia, onde existem *supernumários*, palavra que o autor utiliza para denominar a mão-de-obra excedente, a qual permanece à margem da inserção social. No entanto podemos ver pontos importantes de confluência entre os *desafiliados* de Castel e a juventude pobre brasileira, que, pela impossibilidade de obter um caminho de *afiliação* saudável e produtivo e por não ser foco das zonas de assistência, acaba investindo em outras atividades que lhe proporcionem recursos financeiros para sobrevivência, que é a inserção marginal no mundo social. Essas “escolhas”, por outro lado, geram maior fragilidade nos laços sociais e não lhes possibilita a almejada inserção social. No caso dos adolescentes que atendemos, as tentativas de se sentirem *afiliados* à sociedade carioca esbarram na baixa escolarização e defasagem série-idade, uma barreira para a entrada no mercado de trabalho competitivo e exigente de qualificação. Em consequência, e quase como decorrência, as relações familiares ficam mais fragilizadas, e no mundo do crime ou nas ruas podem acabar mortos ou exterminados.

Partindo dos *desafiliados sociais* de Castel (1995), da *tendência anti-social* de Winnicott (1956/2000), dos *invencíveis culturais* de Leite (1998), buscaremos aprofundar um pouco mais o aspecto cultural e introduzir o pensamento de Foucault (1994), a fim de contextualizar esse jovem em busca de saúde mental.

Segundo Leite (2005a), cultura é parte integrante do cotidiano do ser humano. Ela envolve a todos, desde que nascem e até depois da morte, sendo uma rede simbólica, que define a maneira peculiar de ver o mundo e nele atuar. As manifestações da sociedade são compreendidas a partir de uma cultura que as autoriza. Assim, o que é doença numa sociedade pode ser saúde noutra, e vice-versa. Será a cultura em que determinada sociedade está inserida que determinará o que é ou não patológico. Foucault (1994) pode ajudar na exploração dessa afirmação, como veremos a seguir.

## DOENÇA MENTAL: EXPRESSÃO POSITIVA DA SOCIEDADE

No livro *Doença mental e Psicologia* Foucault (1994), afirma que cada cultura formará, sobre a doença, uma imagem cujo perfil é delineado pelo

conjunto das *virtualidades antropológicas* que ela negligencia ou reprime. A doença ocorre entre as *virtualidades* que servem de margem à realidade cultural de um grupo social: “A doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal” (Foucault, 1994, p. 71). Considerando que doenças mentais são classificadas no seio de cada cultura, o autor defende que elas podem ser compreendidas como uma produção do sujeito. “Na realidade, uma sociedade se exprime positivamente nas doenças mentais que manifestam seus membros, e isto, qualquer que seja o status que ela dá a estas formas mórbidas” (Foucault, 1994, p. 74).

Diante das afirmativas do embasamento teórico trazido por este trabalho, chegamos a uma primeira conclusão: tanto a doença mental quanto a busca pela saúde mental são expressões da nossa sociedade, expressões positivas da sociedade.<sup>1</sup>

Assim, compreendendo cultura a partir desse enfoque, aproximamo-nos da hipótese apresentada neste trabalho: os jovens desafiliados fogem de casa e de suas comunidades para procurar saúde mental.

## DISCUSSÃO

Apesar de a opinião pública, alicerçada pelo senso comum, resistir a afirmativas como essa, lançamos a seguinte idéia: a doença mental, assim como outras situações de vulnerabilidade e risco psicossocial, é uma manifestação positiva e criativa de nossa sociedade, expressa por seus membros. Todas trazem sofrimento psíquico ao sujeito, enquanto defendemos que os meninos de rua, mesmo enfrentando enormes riscos pela prática da transgressão, percorrem um caminho mais maduro do que os que apresentam doenças mentais, se os compreendermos a partir da teoria winniciottiana (Winnicott, 1956/2000). Gostaríamos também de levantar outra questão: onde se insere a “escolha” e a responsabilidade do sujeito acerca desse caminho? Que “escolha” seria essa e quais seriam os determinantes para as vias percorridas? O sujeito *desafiliado* em busca de saúde mental está concretamente fugindo de situações-límite da zona de turbulência no eixo das relações sociofamiliares e procura algo que o ajude a sobreviver física e psiquicamente. Suas características - criatividade, transgressão e liberdade - traduzem essa procura por saúde mental. De alguma maneira esse adolescente busca saúde mental.

Leite (1998) afirma: “O menino de rua tem uma felicidade e uma liberdade que incomodam tanto que jamais serão reconhecidas como valores positivos e,

por causa delas, ele precisa ser isolado, excluído, exterminado” (p. 24); e prossegue:

Por isso ele absorve toda uma carga de negatividade, por ser aquele “outro” que está mais próximo, que mais se visualiza e que não pode deixar a sociedade negar sua existência. Ele poderia até ser considerado frágil pela opinião pública, uma vez que na rua ele não tem proteção, mas é visto por ela como forte e indestrutível. Ele é uma ponta do “iceberg” do descaso cultural e social que pode vir a “naufragar” o Brasil na sua viagem para alcançar o Primeiro Mundo (Leite, 1998, p. 25).

Ao longo deste artigo traçamos o perfil do menino de rua como o de um sujeito adolescente, *desafiliado* em busca de saúde mental. A seguir pontuaremos algumas questões acerca da relação que se pode estabelecer entre essa clientela e o campo da saúde mental. O objetivo é analisar se as políticas públicas de saúde mental para a infância e adolescência se inserem em seu público-alvo de atuação.

De acordo com publicação do Ministério da Saúde *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil* (Brasil, 2005), os serviços de saúde mental infanto-juvenil,

dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental no setor, devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, e que se traduz em ações, tais como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, melhorar a qualidade de vida da **pessoa portadora de sofrimento mental**, tendo-a como um ser integral com direito a plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro (Brasil, 2005, p. 14).

Nessa mesma publicação encontramos:

Hoje, um dos maiores **desafios** para a área de Saúde Mental, sem dúvida, é a construção de uma política voltada para a população de crianças e adolescentes que considere suas peculiaridade e necessidades e que siga os princípios estabelecidos pelo SUS (Brasil, 2005, p. 9).

Gostaríamos de ressaltar dois pontos contidos nessa publicação: **desafio** para construção de uma política voltada para a população de crianças e

adolescentes, assim como, *pessoa portadora de sofrimento mental*.

Em relação ao *desafio* para a construção de uma política voltada para a população de crianças e adolescentes, podemos concluir que essas políticas estão em processo de elaboração e implantação. Nada está pronto, existe um caminho a ser percorrido, repleto de *desafios*. A publicação traz recomendações gerais de *princípios para uma política nacional de saúde mental infanto-juvenil*, e também *diretrizes operacionais para os serviços de saúde para crianças e adolescentes*.

Quanto à expressão *pessoa portadora de sofrimento mental*, cabe-nos indagar quem são essas pessoas e a que *sofrimento mental* se refere a diretriz. O menino de rua ou o jovem que são abrigados em instituições e não apresentam psicopatologias diagnosticadas seriam incluídos? Isso porque não fica claro a que *sofrimento mental* se refere a publicação. Como nossa hipótese é que o menino de rua está na rua em busca de saúde mental, reconhecemos que ele não é portador de doenças mentais. Estaria ele incluído na clientela que apresenta *sofrimento mental*? É certo que ele apresenta sofrimento psíquico nas ruas, no entanto, não fica claro se o *sofrimento mental*, que se refere a política, diz respeito apenas aos que têm patologias psiquiátricas. Caso o menino de rua não esteja contemplado pela diretriz, qual serviço de saúde mental o acolheria, uma vez que ele, ao vivenciar situações de riscos sociais, vive também intenso sofrimento psíquico?

Podemos também dizer que o sofrimento psíquico encontrado pelo menino de rua algumas vezes é atravessado pela criatividade, que o ajuda a se integrar no eixo sociocomunitário, seja na própria rua seja em um abrigo que o ajudará nessa etapa de constituição identitária. Da mesma forma, nem todo adolescente psicótico necessita freqüentar um centro de atenção diária, pois muitas vezes o ambulatório dá conta.

A Portaria/GM nº 336 (Brasil, 2002), de 19 de fevereiro de 2002, define os parâmetros para a área ambulatorial, estendendo o alcance dos serviços substitutivos de atenção diária, como também orienta novos serviços específicos para a área da infância e adolescência (CAPSi) e a de álcool e drogas (CAPSad). O CAPSi, de acordo com a referida Portaria, constitui-se como um serviço de atenção psicossocial para atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

O menino de rua *desafiliado* em busca de saúde mental não é portador de um transtorno mental. O CAPSi tem como clientela-alvo as crianças e

adolescentes com transtornos mentais. Seria este dispositivo o lugar de atenção para os meninos de rua?

A fim de ilustrar uma possível inserção nos serviços de saúde mental infanto-juvenil, já que acreditamos que esses devem estar abertos e disponíveis para o acolhimento desses sujeitos, traremos algumas questões surgidas no trabalho com adolescentes de rua e abrigados desenvolvido no CARIM (Centro de Atenção e Reabilitação para a Infância e Mocidade) - IPUB/UFRJ.

O foco do Programa de Assistência e Pesquisa coordenado por Leite (2005b) é a experimentação de formas de reabilitação psicossocial para adolescentes em situação de risco e de “descaminhos” sociais. O paradigma utilizado é o de articular os diversos olhares teóricos, tendo como foco central o jovem, suas emoções, seus desejos e suas vicissitudes – enfim, sua subjetividade. O Programa é desenvolvido em parceria com entidades governamentais ou não-governamentais que atendem a adolescência pobre.

O Programa se dedica também à extensão universitária, sob a supervisão dos técnicos das instituições parceiras, os quais sofrem, de maneira igualmente intensa, riscos psicossociais em função do trabalho que realizam com os jovens que atendem e da falta de suporte para uma escuta privilegiada relativa aos problemas que enfrentam.

Os pesquisadores e auxiliares do Programa são a equipe técnica, os estagiários de graduação em psicologia, serviço social, pedagogia e enfermagem, e os alunos de pós-graduação do próprio IPUB. A clientela não é composta só de meninos de rua, mas também de outros jovens em similar situação de vulnerabilidade e *desafiliação* (Castel, 1995): aqueles institucionalizados por longos períodos, os drogaditos, os repetentes crônicos ou evadidos da escola, os abrigados em casas de acolhida, entre outros.

O objetivo central do Programa mantém-se ligado à investigação do processo de subjetivação de adolescentes em situação de risco psicossocial e violência e às articulações com os “descaminhos” que eles encontram/escolhem para suas vidas. Paralelamente, estuda-se como a reabilitação psicossocial pode interagir para romper com o “destino anunciado” desses jovens, o qual pode acabar na delinqüência, condenação jurídica, e, em grande parte das vezes, na morte. No sentido de ilustrar este campo de ação, apresentaremos um recorte de caso colhido em um dos grupos de jovens atendidos:

Sandra chegou ao CARIM com 13 anos, enviada pela casa de acolhida X, em que vivia. Após alguns meses participando semanalmente das atividades, completou a

idade limite de 14 anos sendo transferida para outra casa de acolhida. Lá Sandra não aceitou ficar, “evadindo” da casa Y e “invadindo” a casa X pelo telhado, dizendo estar com saudades e que tinha ido apenas visitar os colegas. Ao ser questionada por que foi visitar pelo telhado e não pela porta, não soube responder, só riu e alegou que havia outros jovens de 14 anos na casa e ela queria voltar para lá. Mesmo assim a decisão da transferência foi mantida pela equipe da casa X. Sandra ainda não se conformou. Por três vezes procurou o CARIM solicitando uma intermediação para voltar para a casa X. Na penúltima vez, a acompanhamos ao Conselho Tutelar, já que havia evadido do abrigo Y e se encontrava na rua. No Conselho Tutelar duas propostas foram feitas: a permanência no abrigo Y ou a tentativa de reinserção na casa da mãe, que vive em um outro município. Sandra manteve-se irredutível e saiu do Conselho chorando e voltando para a rua, já que seus desejos e justificativas não foram escutados.

Sandra escolheu a rua. Não sabemos suas razões, sabemos que ela chegou com uma história que era desconhecida para nós. Pelo próprio método de trabalho do Programa as narrativas da jovem representam para nós fragmentos da sua história singular, com aspectos aparentemente instáveis e incoerentes, impregnados de sentidos que ela pôde dar no momento. Esses sentidos configuram-se como pistas importantes para seu trabalho de reabilitação psicossocial. Assim, podemos não saber as razões, conscientes ou não conscientes, para Sandra sair de casa ou permanecer no Abrigo Y, mas sabemos que Sandra escolheu a rua.

Duas semanas depois, Sandra reapareceu no CARIM falando que queria ter um “papo reto, sem neurose” e pediu para ser encaminhada para outra casa de acolhida. Estava na rua havia uma semana e não queria voltar para o abrigo Y.

Sandra tomou o CARIM como referência, uma vez que esse se tornou para ela o lugar de escuta da sua subjetividade, de acolhimento a suas razões para “escolher” a rua. Contudo, a amplitude de nossa ação se restringe à escuta da adolescente e à discussão crítica com ela sobre suas escolhas, visando a uma possível reabilitação psicossocial, uma vez que nosso trabalho não se dirige à assistência social.

Após levantar a hipótese de que os meninos de rua vão para as ruas em busca de saúde mental e abordar a idéia de que a “escolha” pela rua é mais criativa do que a “escolha” pela psicose, fizemos uma

revisão de literatura a fim de fundamentar o estudo em questão, e expusemos o projeto desenvolvido no CARIM - IPUB/UFRJ. Gostaríamos que este artigo alcançasse seu maior objetivo: ampliar o olhar e a escuta dos profissionais que trabalham no campo da saúde mental ou que um dia trabalharão com essa clientela. Assim estaríamos trazendo aportes para a construção de um conhecimento socialmente importante para a área.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, M. (2000). “Crianças negras” e “crianças problemas” no pensamento de Nina Rodrigues e Arthur Ramos. Em I. Rizzini (Org.), *Crianças desvalidas, indígenas e negras no Brasil* (pp. 119-141). Rio de Janeiro: Santa Ursula.
- Benjamin W. (1991). A Paris do Segundo Império em Baudelaire. Em F. R. Kothe (Org.), *Walter Benjamin* (pp. 44-91). São Paulo: Ática. (Original publicado em 1937).
- Brasil (1990). *Lei Federal n.º 8.069/1990: estatuto da criança e do adolescente*. Recuperado em 01 de fevereiro de 2006, de <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8069.htm>.
- Brasil (2002). *Portaria MS n.º 336/2002: CAPS*. Recuperado em 01 de fevereiro de 2006, de <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf>.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Calligaris, C. (1989). *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Castel, R. (1995). *Les Métamorphoses de la Question Sociale*. Paris: Fayard.
- Freud, S. (1996). O Estranho (J. Salomão, Trad.). Em *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas* (Vol. XVII, pp. 237-269). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1919).
- Freud, S. (1996). O mal-estar na civilização (J. Salomão, Trad.). Em *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas* (Vol. XXI, pp. 73-148). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1930).
- Foucault, M. (1994). *Doença mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Leite, L. C. (1991). *A magia dos invencíveis: os meninos de rua na Escola Tia Ciata*. Petrópolis: Vozes.
- Leite, L. C. (1998). *A razão dos invencíveis: meninos de rua – o rompimento da ordem (1554-1994)*. Rio de Janeiro: UFRJ.
- Leite, L. C. (2005a). *Meninos de rua: a infância excluída no Brasil* (4<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Saraiva & Atual.
- Leite, L. C. (2005b). *Evasão escolar, drogas, criminalidade: os descaminhos na adolescência e suas articulações com questões do sujeito*. Projeto de Pesquisa, registro Base Sigma/UFRJ nº 12639/2005, com início em março de 2003.
- Leite, L., Bentes, A. L. & Schmid, P. (2001). Menor infrator, menor louco? O caso de Honório. Em T. de Moraes (Org.), *Ética e psiquiatria forense* (pp. 149-166). Rio de Janeiro: IPUB/CUCA.

- Rappaport, C. R., Fiori, W. R. & Davis, C. (1982). *Psicologia do desenvolvimento* (Vol. 4). São Paulo: EPU.
- Rio, J. (1987). *A alma encantadora das ruas*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura/Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural. (Original publicado em 1908).
- Saggese, E. (2001). *Adolescência e psicose: transformações sociais e os desafios da clínica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria a psicanálise: obras escolhidas* (D. Bogomoletz, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1956).

Recebido em 08/06/2006  
Aceito em 15/03/2007

---

**Endereço para correspondência:** Adriana Botelho. Rua Henry Ford, 87/ 408, Tijuca, CEP 20520-150, Rio de Janeiro-RJ.  
*E-mail:* adripbotelho@yahoo.com.br