CLÁUDIA PELLEGRINI BRAGA

**A permanência da prática de internação de crianças e adolescentes em
instituição psiquiátrica em um cenário de avanços da reforma psiquiátrica:
o circuito do controle**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Flávia Pires Lucas
d'Oliveira

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original
está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo
2015

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.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Braga, Cláudia Pellegrini

A permanência da prática de internação de crianças e adolescentes em instituição psiquiátrica em um cenário de avanços da reforma psiquiátrica: o circuito do controle / Cláudia Pellegrini Braga. -- São Paulo, 2015.

Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira.

Descritores: 1.Saúde mental 2.Desinstitucionalização 3.Hospitais psiquiátricos
4.Criança 5.Adolescente 6.Assistência à saúde mental

USP/FM/DBD-204/15

BRAGA CP. *A permanência da prática de internação de crianças e adolescentes em instituição psiquiátrica em um cenário de avanços da reforma psiquiátrica: o circuito do controle* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

Aprovada em 26 de Agosto de 2015

Banca examinadora

Prof. Dr. Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira

Prof. Dr. Roberto Tykanori Kinoshita

Prof. Dr. Sônia Barros

Aos que persistem em viver juntos.

Aos que teimam em continuar a lutar.

Aos que insistem em transformar.

Aos garotos que me acompanharam nesse percurso.

AGRADECIMENTOS

“O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito do mundo é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou.”

Guimarães Rosa

João Rezende, pelo companheirismo na vida, nos sonhos e na luta de todos os dias por um mundo (im)possível.

Edson Braga, Josefina Braga, Carolina Braga e Clarissa Braga, por acreditarem, por insistirem e pelas infinitas possibilidades de ser e de estar com vocês.

Ana Flávia Oliveira, Ana Paula Rezende, Antônio, Bianca Tavorari, Bruna Siqueira, Bruno Mantecón, Carolina Gherardi, Catarina Martinho, Cíntia Rezende, Cléber, Daniela Formigoni, Danilo, Deives Rezende, Dênis, Elisabeth Lima, Eucenir Rocha, Fátima Oliver, Fernanda Haddad, Fernanda Nicácio, Fernando Svevo, Francisco, Gilberto Sanzovo, Guilherme Coelho, Gustavo, Isabel Ghirardi, José Ricardo Ayres, José Vitor Rezende, Júlia Maia, Leandro, Lucas Oliveira, Lúcio, Maria Isabel Rezende, Mário, Marta de Almeida, Mateus de Souza, Natália Sanzovo, Patrícia Graf, Rafael, Ricardo Profeta, Roberto Tykanori, Sandra Galheigo, Sônia Barros.

Pela intensidade das relações.

Pelos ensinamentos de que a luta por uma sociedade em que as singularidades possam
conviver é da própria vida.

Por compartilharem as suas histórias.

Pelas importantes e precisas ajudas nesse processo.

Muito obrigada.

*“Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa
natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão
organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade
desumanizada, nada deve parecer natural.
Nada deve parecer impossível de mudar.”*

Bertolt Brecht

BRAGA CP. *A permanência da prática de internação de crianças e adolescentes em instituição psiquiátrica em um cenário de avanços da reforma psiquiátrica: o circuito do controle* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

A reforma psiquiátrica brasileira, na qualidade de um processo social e crítico, vem transformando o cenário da atenção psicossocial, tendo como norte a constituição de direitos das pessoas com sofrimento psíquico. A perspectiva da desinstitucionalização, alicerce desse processo, configura-se como um campo de saberes e práticas, comprometido com a criação de serviços e de novas formas de relação com a experiência do sofrimento psíquico. A constituição de um campo de atenção específico para crianças e adolescentes, alinhado a essa perspectiva, está em curso e é recente, sendo a criação de serviços e a promoção de debates para a formulação de políticas públicas marcos importantes. Contudo, mesmo com esses avanços significativos, há movimentos contrarreformistas em curso, expressos, por exemplo, na permanência da prática de internação de crianças e adolescentes em instituições psiquiátricas de caráter asilar. Em um horizonte que visa à transformação dessa situação é preciso compreender as premissas e as justificativas para essas internações. Assim, esse estudo objetivou identificar e analisar os motivos de internação de crianças e adolescentes em uma instituição psiquiátrica de caráter asilar do Estado de São Paulo segundo as perspectivas da instituição e, também, das crianças e dos adolescentes internados. No âmbito da pesquisa qualitativa, a partir da Hermenêutica Dialética enquanto norteador metodológico e abordagem de dados, foi realizada observação participante em uma instituição psiquiátrica durante um período de quatro meses. Ainda, foi feito o estudo de 45 documentos institucionais referentes aos sujeitos internados nesse período e foram feitas entrevistas abertas com oito adolescentes internados na instituição. Para a análise, foi determinado como Categoria Analítica o conjunto de conceitos e práticas da perspectiva da desinstitucionalização e, a partir do material de campo, foram eleitas Categorias Empíricas e Operacionais. Após a leitura transversal dessas categorias, foram constituídos quatro temas de discussão. O primeiro, relativo ao perfil das 45 crianças e dos adolescentes internados no período do estudo, indicou que são características centrais: situações de vulnerabilidade diversas, frágil rede social, de suporte e de serviços, baixo grau de escolarização, passagens por outras instituições, e atribuição de um conjunto de traços que definem os sujeitos como sendo desviantes em relação a uma norma; assim, pode-se afirmar que há uma carreira de internação e psiquiatrização da vida, que diz respeito às vicissitudes da vida e a uma série de passagens institucionais. O segundo tema, compreendeu a psiquiatria enquanto uma prática ideológica sustentada por dois mecanismos principais: a produção de um curto-circuito simplificador da vida, no qual a expressão de relações de agressividade determina a internação; e a atribuição de um diagnóstico psiquiátrico abrangente, o F.29, que ocupa a função de justificar e legitimar a internação. O terceiro tema apontou que a instituição tem um claro esquema institucionalizante, baseado em um princípio autoritário-hierárquico e determinado pelo regramento do cotidiano. O quarto tema assinalou que, nas diferentes situações de internação, há uma mesma lógica operando: o circuito do controle, constituído por meio de dependências recíprocas de aparatos institucionais, dentre os quais o que sustenta efetivamente esse circuito é a instituição psiquiátrica. Conclui-se que, mesmo em um cenário de avanços da reforma psiquiátrica, lógicas segregatórias e asilares permanecem nas relações entre sujeitos e entre instituições, o que coloca a necessidade de continuidade da luta pela efetivação da reforma psiquiátrica.

Descritores: saúde mental; desinstitucionalização; hospitais psiquiátricos; criança; adolescente; assistência à saúde mental.

BRAGA CP. *The permanency of internment practices of children and adolescents in psychiatric institution within the advances in Brazilian psychiatric reform scenario: the control circuit* [Dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2015.

The Brazilian psychiatric reform, as a social and critical process, is transforming the psicossocial attention scenario, taking into account the rights of people with psychic suffering. The perspective of deinstitutionalization, a field of practices and knowledges, is the base of this process and is committed with the creation of services and with singular rapports with the psychic suffering experience. The construction of a specific form of psicossocial attention for children and adolescents is new and is in progress; the establishment of services and the promotion of debates for public policy making are some of the action taken in this context. Yet, even though this significance advances, contrariwise reform movements are in course, as the permanency of internment practices of children and adolescents in psychiatric institutions with asylum characteristics. Regarding the transformation of this situation, it is necessary to understand the reasons and justifications of those internments. Therefore, this research aimed to identify and analyse the motives of internment of children and adolescents in a psychiatric institution with asylum characteristics, located at São Paulo, according to the perspectives of the institution and, also, of the children and adolescents. A qualitative research, in a Hermeneutic Dialectic approach, was performed: a participative observation within a four months period, a study of 45 institutional documents, and interviews with eight adolescents. For analysis, the concepts and practices of the deinstitutionalization perspective were determined as Analytical Categories and, as from the material of the study were chosen the Empirical and Operational Categories. Thereafter the transversal reading of these categories, were constituted four themes of discussion. The first, concerning the profile of the 45 interned children and adolescents in the study period, revealed as main characteristics: various vulnerability situations, a feeble social net, a low scholar degree, several institutional passages, and the attribution of various features that defines the person as a deviant of norms; hence, there is an internment and a psychiatric career in the lives of these children and adolescents, connected to the vicissitudes and events of life. The second theme asseverates that psychiatry seems to be an ideological practice, sustained by two main mechanisms: the production of a short circuit that simplifies life and on which the aggressiveness relations expressions imposes the internment; and the attribution of an extensive psychiatric diagnosis, F.29, that justifies and legitimates the internments. The third theme confirms the institutionalization scheme of the institution, based on an authoritarian and hierarchy scheme, determined by the quotidian regulation. The fourth theme, distinguishes that there is an alike logic on the several internment situations: the circuit control, which is composed by reciprocal dependencies of institutional equipments, among which the psychiatric institution is, indeed, responsible for the maintenance of this circuit. To conclude, regarding the relevant advances in psychiatric reform scenario, segregation and asylum logic's still happens, both in institutions and social relations. This fact put in place the necessity of keeping on the efforts for the psychiatric reform.

Descriptors: mental health; deinstitutionalization; hospitals, psichyatric; child; adolescent; mental health assistance.

LISTA DE SIGLAS

APAE – Associação de Pais e Amigos de Excepcionas
CAISM – Centro de Atenção Integral em Saúde Mental
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças 10º Ed
CNM – Conselho Nacional do Ministério Público
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio
FUNDAÇÃO CASA – Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente
MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NOTP – Núcleo de Oficinas Terapêuticas e Produção
PAISM – Polo de Atenção Intensiva a Saúde Mental
PNSASH/PSIQUIATRIA – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192
SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
SUS – Sistema Único de Saúde
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição de sujeitos conforme idade.....	p. 78
Quadro 2 – Distribuição de sujeitos conforme grau de escolarização e idade.....	p. 79
Quadro 3 Distribuição de sujeitos conforme local de procedência e âmbito no sistema do local de procedência.....	p. 82
Quadro 4 – Frequência da relação entre os conjuntos de aspectos do item “queixa principal e duração” e o número de prontuários que registram esses conjuntos de aspectos, acompanhada da transcrição da expressão literal anotada em cada prontuário.....	p. 85-86
Quadro 5 – Frequência da relação entre os aspectos do item “queixa principal e duração” e o número de prontuários que registram esses aspectos, acompanhada da frequência da relação entre a expressão literal anotada em cada prontuário e o número de prontuários que registram a expressão.....	p. 87-89
Quadro 6 – Amostragem de histórias informadas no item “história atual da doença”	p. 91
Quadro 7– Frequência da relação entre os aspectos do item “história da doença atual” e o número de prontuários que registram esses aspectos.....	p. 93-95
Quadro 8 – Frequência da relação entre os conjuntos de aspectos do item “principais sinais e sintomas clínicos” e o número de prontuários que registram esses conjuntos de aspectos, acompanhada da transcrição da expressão literal anotada em cada prontuário.....	p. 97
Quadro 9 – Frequência da relação entre os aspectos do item “principais sinais e sintomas clínicos” e o número de prontuários que registram esses aspectos, acompanhada da frequência da relação entre a expressão literal anotada em cada prontuário e o número de prontuários que registram a expressão.....	p. 98-104
Quadro 10 – Frequência da relação entre os registros de diagnósticos psiquiátricos do item “diagnóstico inicial” e a quantidade de prontuários com o registro, acompanhada da ordenação de diagnósticos por agrupamento, segundo CID-10, e da quantidade total de registros por agrupamento.....	p. 105-107
Quadro 11 – Frequência da relação entre os aspectos do item “condições que justificam a internação” e o número de prontuários que registram esses aspectos, acompanhada da frequência da relação entre a expressão literal anotada em cada prontuário e o número de prontuários que registram a expressão.....	p. 108
Quadro 12 – Frequência da relação entre os aspectos do item “condições que justificam a internação” e o número de prontuários que registram esses aspectos, acompanhada da frequência da relação entre a expressão literal anotada em cada prontuário e o número de prontuários que registram a expressão.....	p. 109

Sumário

De um lugar de partida para um devir: princípios de um processo	13
1. A construção e a consolidação de políticas públicas de saúde mental no âmbito da reforma psiquiátrica: uma luta pela transformação	18
1.1 As dimensões da reforma psiquiátrica brasileira	18
1.2 A atenção infantojuvenil no âmbito da reforma psiquiátrica	26
1.3 Perspectiva da desinstitucionalização	36
2. A conjuntura da atenção psicossocial no Estado de São Paulo: tensões entre a luta por direitos na saúde mental e os movimentos contrarreformistas	49
3. Objetivo geral	61
3.1 Objetivos específicos	61
4. Método do estudo	62
4.1 Aspectos operacionais da pesquisa	64
4.2 Procedimentos para realização da pesquisa e aspectos éticos	67
4.3 Análise do material	68
5. Cenário do estudo: uma instituição psiquiátrica de caráter asilar	73
6. Desdobramentos de encontros e indagações: os resultados da pesquisa	77
6.1 Os registros nos documentos institucionais: como a instituição psiquiátrica de caráter asilar determina e justifica uma internação	77
6.1.1 Caracterização dos sujeitos internados	78
6.1.2 Caracterização das internações	79
6.1.3 Os motivos alegados pela instituição psiquiátrica para a internação de crianças e adolescentes	83
6.2 As entrevistas com as crianças e os adolescentes e a vivência no campo: refratar, refletir e expressar a lógica asilar	110
6.2.1 Quem são os entrevistados no contexto de uma internação em uma instituição psiquiátrica de caráter asilar	111
6.2.2 Redes sociais	117
6.2.3 Multiplicidade de suspeitas dos motivos de internação	126
6.2.4 Rememorações do cotidiano e da vida	141
6.2.5 Narrativas e afetos na experiência de ser internado	145
6.2.6 A vivência das regras de uma instituição	153
6.2.7 Sonhos e projetualidade	159
7. O complexo cenário dos motivos de internação de crianças e adolescentes em instituição psiquiátrica de caráter asilar: da definição do personagem dessa instituição à lógica do circuito do controle	166
7.1 O velho-novo personagem da internação em instituição psiquiátrica de caráter asilar: insócio-latas	167
7.2 O problema das premissas, das determinações e das justificativas inventadas para a internação de crianças e adolescentes em uma instituição psiquiátrica de caráter asilar: uma prática ideológica	178

7.3	A continuidade de práticas institucionalizantes: a produção de relações de invalidação e objetificação do outro	191
7.4	O circuito do controle: uma lógica vigente	199
8.	Considerações finais: desfechos do texto e caminhos possíveis	210
9.	Referências bibliográficas	214
10.	Anexos	224

De um lugar de partida para um devir: princípios de um processo

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição de conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir (FOUCAULT, 1984, p. 13).

Sabemos quando precisamos olhar com mais atenção para algo quando a intensidade daquele encontro nos faz devir outro.

Alguns anos passaram-se entre o choque da descoberta da existência de um canto dos malditos pela leitura da obra de Bueno (2001) e a escrita deste texto. Nesse período de tempo, a aproximação com o processo da reforma psiquiátrica e com a perspectiva da desinstitucionalização possibilitou o alegre encontro com um conjunto de modos de saber e fazer, do campo da atenção psicossocial, que partem do reconhecimento das pessoas com sofrimento psíquico enquanto sujeitos de direitos. Nesse percurso um conjunto de indagações, descobertas e entendimentos foram possíveis, tanto no sentido de reconhecer a crítica à instituição psiquiátrica, bem como de experimentar a prática do cotidiano de serviços de atenção psicossocial.

No entanto, uma questão permanecia em aberto, pois se a afirmação da necessidade de superação da lógica asilar parecia óbvia, por quais motivos, mesmo com os avanços significativos desse campo, a prática de internação em instituições psiquiátricas de lógica asilar continuava existindo? Essa inquietação ganhou força no âmbito de uma visita, em 2006, a um Hospital Psiquiátrico. Sobre essa ocasião, algumas marcas foram registradas em breves notas:

“Dos espaços comuns:

Difícil de chegar, casarão, patos soltos, grades, grades e mais grades.

Pessoas andando sem rumo, sempre sozinhas, muitas carregam bolsas.

Da enfermaria feminina:

Uma das usuárias perguntou se poderia comprar uma calça igual a minha...

Disse que viu nas Lojas Pernambucanas.

Vestidos desarrumados, roupas velhas e largadas. Todos com um chinelo azul.

Das Moradias:

Um profissional nos informa: ‘A Sra. Júlia está aqui há 44 anos. Aqui é como se fosse sua casa’.

Da Enfermaria Masculina:

Não há copos disponíveis para beber água, janelas não têm cortina, vidros quebrados e banheiros descuidados; lençóis e cobertores com o carimbo do Pinel; não há nada de íntimo, de pessoal, em lugar algum.

Muitos fumam. Muitos...

O funcionário fala de cada um dos usuários, os aponta, dá um diagnóstico, fala algo mais. Sinto-me em um zoológico...

Ele tem um molho de chaves. Destranca e tranca. Destranca e tranca. Destranca e tranca.

Paulo me conta que aprendeu a cuidar dos outros. Aproximou-se rapidamente de mim, e assim foi embora.

Moacir pede-me em namoro.

Da Enfermaria Infantil:

Um garoto aproxima-se da grade e nos observa. Alguém manda ele voltar.

Um profissional nos informa: ‘Os que estão em crise estão resguardados’. O que significa isso?

Um profissional nos informa: ‘Esse é um autista. E esse aqui não’.

Um profissional nos informa: ‘É preciso protegê-lo dele mesmo e dos outros, então fica isolado’.

A enfermeira está falando. Enquanto isso, ao fundo, há pessoas gritando por socorro. Uma criança, o Paulo, estava amarrada porque tinha quebrado o vidro. Duas pessoas ficaram vigiando-o.

Um profissional nos informa: ‘São psicóticos. Não respondem por eles mesmos’.

Lá fora, estão tomando sol. Um menino descobre que sua mão projeta uma sombra no chão. Começa a experimentar gestos. A enfermeira grita para ele voltar, porque está muito sol” (BRAGA, 2006).

E é deste lugar de impacto pela percepção de uma profunda relação de violência com o outro estabelecida nessas instituições que se coloca a exigência de compreender um certo porquê: por que isso ainda hoje acontece? E, mais ainda, como é possível, em um cenário de avanços da reforma psiquiátrica, permanecer a prática de internação, em particular, de crianças e adolescentes, considerando o percurso de vida que ainda terão e os riscos de uma estigmatização tão precoce? Daí a necessidade de compreender as premissas e justificativas da instituição psiquiátrica de caráter asilar para a internação dessa população.

Dentre tantas violências impelidas nessas instituições, uma delas refere-se à destituição da possibilidade de fala desses sujeitos; não por acaso há tantas anotações mencionando falas dos profissionais, mas poucas sobre as falas dos adultos e nenhuma das crianças e/ou dos adolescentes internados. Daí a importância de dar voz a elas, para que falem de suas perspectivas sobre essa experiência.

A partir dessas inquietações e perspectivas, configurou-se o desejo para a realização desse estudo, sendo a instituição escolhida como cenário de estudo a mesma daquela visita em 2006. Assim, nesse estudo, buscando compreender os motivos e a permanência da prática de internação de crianças e adolescentes em uma instituição psiquiátrica de lógica asilar, a partir da perspectiva da desinstitucionalização, considerando a observação participante, foram estudados os documentos institucionais que indicavam as justificativas de internação e foram realizadas entrevistas com as crianças e os adolescentes internados.

No percurso do trabalho de campo, pela leitura dos prontuários, pela vivência nessa instituição e pela escuta das crianças e dos adolescentes, algumas respostas para essas inquietações foram sendo construídas e reflexões foram disparadas. Nesse trajeto de envolvimento com muitas histórias e pontos de vista – das instituições, das crianças, dos adolescentes, de seus familiares, de seus cuidadores, e dos profissionais do serviço – foi importante manter como norte uma postura orientada para a escuta da multiplicidade das dimensões de vida em sua heterogeneidade, buscando não reificar as diferentes narrativas em histórias fechadas em si mesmas.

Os vínculos com as crianças e os adolescentes variavam em grau e criavam maior ou menor abertura na relação com eles: era possível uma aproximação maior com uns do que de outros. Em relação aos familiares, era possível conhecê-los nos encontros institucionais do grupo de família e, não raro, depois desse grupo (talvez percebendo que naquela relação havia possibilidade de um encontro) alguns familiares perguntavam como de fato certa criança estava, outros choravam e narravam o sofrimento envolvido naquela escolha, e outros perguntavam se haviam outras escolhas possíveis, além daquela de internar seus filhos. Ainda, com determinados profissionais foi possível uma parceria mais intensa: alguns ficavam algum tempo além de sua jornada de trabalho e questionavam, na saída da instituição, o que de diferente poderia ser feito em alguma situação vivida no serviço ou como eles poderiam construir o projeto terapêutico daquela criança; outros, não raro, após a reunião de equipe relatavam do que discordavam, marcando uma posição que se diferenciava do que aparecia como pensamento mais geral. Já com certos profissionais a relação era mais distante – com destaque para o pouco envolvimento com a equipe responsável pelo plantão noturno, que, durante todo o percurso no campo, mostrou-se muito desconfiada e reativa à ideia da pesquisa.

Basaglia (1985) assinala que as instituições da violência, tais como o Hospital Psiquiátrico, o cárcere e a escola, têm como característica comum uma divisão clara entre quem dispõe e quem não dispõe de poder, situação que tende a significar a exclusão social e a

violência perpetrada sobre aquele que não dispõe de poder. Essa vinha sendo a principal chave de leitura utilizada nas reflexões no campo de estudo: o Hospital Psiquiátrico, especificamente, como uma instituição da violência porque quer destituir a criança e/ou o adolescente de qualquer possibilidade de poder de contrato.

No entanto, a escuta das diferenças provocou necessariamente a ampliação dessa leitura para além da relação entre a instituição psiquiátrica e o sujeito, sendo necessário compreender o próprio lugar da instituição e a diferença de poder contratual no jogo social. Nesse movimento de compreender as questões iniciais e as colocadas no trabalho de campo, foram mobilizados conceitos que puderam contribuir na construção de um entendimento dessas questões. Nesse sentido, a perspectiva teórica da desinstitucionalização e os saberes e práticas que a sustentam são pilares desse estudo.

Assim, nesse estudo, de partida, será exposto um panorama do processo de reforma psiquiátrica no cenário nacional a partir de quatro dimensões descritas por Amarante (2007) – teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural – com um detalhamento do marco conceitual da perspectiva da desinstitucionalização. Em seguida, será feita uma apresentação de alguns aspectos da conjuntura da atenção psicossocial no Estado de São Paulo, em particular a infantojuvenil, com destaque para as tensões entre a luta por direitos e os movimentos contrarreformistas. Posteriormente, serão apresentados os objetivos, o método utilizado e o cenário do estudo. Na sequência, serão expostos os resultados do estudo a partir da análise dos documentos institucionais e das entrevistas realizadas com as crianças e com os adolescentes, considerando a vivência no campo. Desde já, vale notar a diferença do dinamismo entre o que estava registrado nos prontuários e o que as crianças e os adolescentes relataram, sendo que as entrevistas apresentavam uma vivacidade muito maior do que os documentos institucionais – o que reflete, inclusive, na facilidade e fluidez da leitura dos resultados das entrevistas, em comparação com os resultados dos documentos institucionais. Por fim, será apresentada uma discussão a partir da leitura transversal desses resultados, considerando quatro aspectos principais: as características da população internada e do percurso de internação; as premissas, as determinações e as justificativas feitas pela instituição para efetivar as internações; a prática institucionalizante realizada no cenário de estudo; e a lógica geral vigente nas internações das crianças e dos adolescentes em instituições psiquiátricas de caráter asilar. Para concluir, considerações finais sobre o estudo são tecidas no sentido de criar fechamento para questões colocadas no estudo.

Nesse percurso, foi possível complexificar a pergunta inicial que motivou o estudo, produzindo e criando respostas situadas em um processo social multifacetado. Ao final do

estudo, uma convicção se fortalece: “a destruição dos manicômios” – no duplo sentido de seus muros concretos e da produção de relações de objetificação – “é um fato urgentemente necessário, se não simplesmente óbvio” (BASAGLIA, 2010, p. 26).

1. A construção e a consolidação de políticas públicas de saúde mental no âmbito da reforma psiquiátrica: uma luta pela transformação

1.1 As dimensões da reforma psiquiátrica brasileira

No cenário nacional, no final da década de 1970, teve início o processo de reforma psiquiátrica no contexto de lutas pela redemocratização do país (BRASIL, 2005a). Pode-se identificar o ano de 1978, com a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), como um dos marcos do movimento social de crítica das condições de assistência psiquiátrica e de busca de novas proposições (AMARANTE, 2003; BRASIL, 2005a; NICÁCIO, 2003). Atualmente, a Política Nacional de Saúde Mental, com base na Lei Federal n.º 10.216/01, busca consolidar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir das Leis Federais n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/90 (BRASIL, 1990a, 1990b), um campo de atenção psicossocial aberto, de base territorial, promotor de reintegração social e cidadania e inserido nos contextos reais de vida das pessoas com experiência de sofrimento psíquico (BRASIL, 2005a).

Amarante (2003, p. 45) considera que o percurso da reforma psiquiátrica não diz respeito somente à “simples reestruturação do modelo assistencial”, e enfatiza que há um incessante movimento com a inovação de atores, conceitos e princípios. Trata-se de um processo social complexo (ROTELLI *et al.*, 1990). Para Amarante (2003), considerando o cenário brasileiro, diferentes dimensões inter-relacionadas compõem esse movimento, a saber: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual ou epistêmica refere-se ao movimento de ruptura com o paradigma psiquiátrico e envolve a elaboração, a crítica e a produção de novos saberes (AMARANTE, 2003, 2007). Segundo Basaglia (1985), protagonista do movimento de Psiquiatria Democrática Italiana que operou uma transformação no campo psicossocial da Itália, para constituir um objeto fictício de intervenção, a doença, a disciplina psiquiátrica separa a experiência de sofrimento psíquico da existência global e concreta dos sujeitos. Na crítica epistêmica a esse paradigma, Basaglia (1985) propõe que se coloque a doença entre parênteses, e não o sujeito, para que, assim, seja possível a aproximação com a experiência

concreta dos sujeitos. Trata-se de romper com um modelo psiquiátrico que objetiva o sujeito em torno de uma noção de doença e reconstruir a complexidade da vida.

Tendo em vista a importante influência que a experiência italiana teve no Brasil, a perspectiva da desinstitucionalização tornou-se o alicerce do processo de reforma psiquiátrica no cenário nacional, sendo justamente, sob essa perspectiva que se constitui esse trabalho. Nessa esfera teórico-conceitual, Amarante (2003, p. 47) destaca a necessidade de considerar a distinção entre desospitalização e desinstitucionalização, assinalando que, enquanto a desospitalização refere-se à simples desmontagem dos Hospitais Psiquiátricos, a desinstitucionalização designa as “múltiplas formas de tratar os sujeitos em sua existência e em relação com as condições concretas de vida” (AMARANTE, 2003, 2007). Dessa forma, trata-se de um processo de desconstrução do problema, de saberes e práticas, e de estabelecimento de novas relações, que, por ser a perspectiva desse trabalho, será tratada mais cuidadosamente posteriormente.

Amarante (2003, 2007) assinala que, articulada a essa dimensão situa-se a técnico-assistencial, que envolve a questão dos modelos assistenciais. O autor destaca que toda construção de serviços está pautada em conceitos e teorias – a dimensão teórico-conceitual. Se o objeto de atenção for a doença e a periculosidade for um componente importante do campo, como é no modelo psiquiátrico, as instituições deverão ser normativas e disciplinares; porém, se a proposta de atenção tiver como norte entrar em relação com a existência complexa de sujeitos com sofrimento psíquico, os dispositivos de atenção deverão ser criados a fim de sustentar a multiplicidade de elementos do processo. Com efeito, o autor afirma que a proposição de novas modalidades de atenção no campo da saúde mental exige, também, a reconstrução de concepções e a produção de novos modos de compreensão que visem à elaboração de novos dispositivos e estratégias de intervenção (AMARANTE, 2003, 2007). Na trajetória do processo de reforma psiquiátrica pode-se verificar, no Estado de São Paulo, a relevância de algumas experiências, como a do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luis da Rocha Cerqueira, criado em 1987 e situado na cidade de São Paulo, e a iniciada em 1989 na Casa de Saúde Anchieta, localizada no município de Santos. Essas experiências tiveram repercussão nacional ao colocar em questão o cotidiano institucional e as formas de relação estabelecida na lógica asilar, demonstrando que a reforma psiquiátrica era um processo possível e necessário (BRASIL, 2005a; NICÁCIO, 1994).

No âmbito dessa dimensão da reforma psiquiátrica, a técnico-assistencial, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) ocupam uma posição central na rede de serviços de atenção psicossocial por serem serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS),

instituída pela Portaria Federal n.º 3.088/11 (BRASIL, 2011), reeditada em 2013. Esses serviços de base territorial contam com uma equipe multidisciplinar e têm como objetivo principal oferecer acolhimento e atenção às pessoas com sofrimento psíquico grave e ao seu entorno, visando a ampliação da autonomia e inserção social através da constituição de projetos terapêuticos singulares. Vale destacar que, nessa noção de serviços territoriais, considera-se que o território não é limitado a uma área geográfica e aos equipamentos contidos nessa área, mas, sim, é um espaço plural com diversas histórias, formas de viver e formas de habitar, constituindo para sujeitos e para coletivos modos de pertencimento com múltiplos sentidos.

Há diferentes modalidades de CAPS em razão das necessidades da população atendida e da abrangência populacional: CAPS-I, localizado em cidades de pequeno porte e com mais de 20.000 habitantes, atende pessoas de todas faixas etárias com sofrimento psíquico grave e com necessidades decorrentes do abuso de álcool e outras drogas; CAPS-II, em cidades de médio porte e com população acima de 70.000 habitantes, atende pessoas com sofrimento psíquico grave e pode também atender pessoas com necessidades decorrentes do abuso de álcool e outras drogas, a depender da rede de serviços ofertada no município; CAPS-III, indicado para regiões com mais de 200.000 habitantes, atende pessoas com sofrimento psíquico grave e pode funcionar como retaguarda para outros serviços de saúde mental, constituindo-se como serviços estratégicos por oferecerem cobertura 24 horas e hospitalidade noturna; CAPS infantil (CAPSi), indicado para cidades com mais de 70.000 habitantes, atende a população infantojuvenil com sofrimento psíquico grave e a que faz uso de álcool e outras drogas; CAPS álcool e drogas (CAPSad), para cidades de mais de 70.000 habitantes, atende adultos ou crianças e adolescentes – considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e CAPSad-III, para municípios com mais de 200.000 habitantes, atende adultos ou crianças e adolescentes – também considerando as normativas do ECA – que necessitam de cuidados contínuos pelo uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002a, 2011). Em levantamento nacional dos serviços que compõem a RAPS, realizado em 2011 pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, constatou-se que no cenário nacional, já haviam sido implantados: 848 CAPS-I, 436 CAPS-II, 66 CAPS-III, 158 CAPSi, 281 CAPSad, e 12 CAPSad-III, totalizando 1.803 CAPS no Brasil (BRASIL, 2012b).

Além dos CAPS em suas diferentes modalidades, são componentes da RAPS os pontos de atenção, na atenção básica em saúde, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os

Centros de Convivência, o Consultório de Rua e o apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; na atenção de urgência e emergência, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 (SAMU), a Sala de Estabilização, a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), além das portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, UBS, entre outros; na atenção residencial de caráter transitório, a Unidade de Recolhimento e o Serviço de Atenção em Regime Residencial; e, na atenção hospitalar, a Enfermaria especializada em Hospital Geral e o Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Ainda, são partes constituintes da RAPS as estratégias de desinstitucionalização, com os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa, e as estratégias de reabilitação psicossocial, com as Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, e os Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais (BRASIL, 2011).

A criação e a consolidação de tal rede de atenção psicossocial que entende o sujeito com sofrimento psíquico, antes de tudo, como um cidadão, só são possíveis por meio da interlocução com o campo da política e do direito, o que resulta na terceira dimensão do processo de reforma psiquiátrica, a dimensão jurídico-política. Pode-se afirmar que um dos primeiros marcos dessa dimensão é a Declaração de Caracas, de 1990, que assevera princípios e diretrizes para a reestruturação da atenção em saúde mental. No entanto, o destaque é a promulgação da Lei Federal n.º 10.216/01, resultado do debate em torno de um projeto de lei apresentado em 1989, e a concomitante constituição da Política Nacional de Saúde Mental.

A Lei Federal n.º 10.216/01 dispõe sobre os direitos e a atenção às pessoas com sofrimento psíquico, redireciona o modelo de atenção em saúde mental e “prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária” (BRASIL, 2004a, p. 20). Em relação ao texto definitivo da Lei, importante destacar que o artigo 1º afirma os direitos e a proteção às pessoas com sofrimento psíquico; o artigo 2º elenca nove direitos fundamentais, dentre os quais a necessária priorização da atenção territorial – nos termos da Lei, “serviços comunitários de saúde mental”; o artigo 4º trata das condições de internação, expressamente vetando qualquer internação em “instituições com características asilares”; o artigo 6º elenca e define três modalidades de internação, a saber, voluntária, involuntária e compulsória; e, por fim, os artigos 7º, 8º e 9º reforçam e especificam o tema tratado no artigo 6º (BRASIL, 2001).

Acerca do processo histórico de promulgação dessa Lei, que envolveu tensões, disputas e discussões entre diferentes instituições e aparatos sociais, Delgado (2011) ressalta a emergência da figura do usuário de serviço de saúde mental como sujeito político que, em

diálogo com profissionais, com familiares e com o Estado, participou da criação e da consolidação das bases consensuais para a elaboração dessa Lei e das políticas públicas de saúde mental. As garantias fornecidas pela promulgação dessa Lei impulsionaram o processo de reforma psiquiátrica em todas suas dimensões, resultando na redução progressiva do número de leitos em Hospitais Psiquiátricos e na mudança do perfil da rede de atenção psicossocial por meio da expansão de serviços de atenção de base territorial, bem como influenciando na criação de outras legislações relevantes para o estabelecimento da reforma psiquiátrica.

Para a efetivação do processo de desinstitucionalização no que se refere à redução de leitos em Hospitais Psiquiátricos, é de fundamental importância a Portaria Federal n.º 251/02, que criou o Programa Nacional de Avaliação de Avaliação de Serviços Hospitalares/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria); esse programa estabelece diretrizes e normas para a modalidade de atenção hospitalar em psiquiatria e reestrutura esse modelo por meio da instituição de um processo sistemático e frequente de avaliação da rede hospitalar de serviços que oferecem leitos psiquiátricos (BRASIL, 2002b). Ademais, nesse cenário de reestruturação da atenção, destacam-se a Portaria Federal n.º 52/04, que instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, tratando de efetivar a redução gradual e programada dos leitos em Hospitais Psiquiátricos, em particular nos de grande porte; e a Portaria Federal 2.644/09, que regulamentou o reagrupamento dos Hospitais Psiquiátricos, determinando melhor compensação financeira para os hospitais de menor porte, induzindo uma mudança no perfil dos Hospitais Psiquiátricos com a redução de leitos (BRASIL, 2004b, 2009). Vale destacar que, em dez anos, a quantidade de leitos em hospitais psiquiátricos passou de 51.393, número registrado em 2002, para 29.958, representando significativa diminuição (BRASIL, 2012b).

Ademais, importante mencionar a Portaria Federal n.º 2.391/02 que, considerando o disposto na Lei Federal n.º 10.216/01, regulamentou o controle das internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias e estabeleceu os procedimentos de notificação da comunicação dessas modalidades de internação para o Ministério Público. No artigo 2º dessa Portaria, é destacado, uma vez mais, que “a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível” (BRASIL, 2002c, p. 2). Além disso, a Portaria estabelece quatro modalidades de internação psiquiátrica, a saber: involuntária, voluntária, voluntária que se torna involuntária, e compulsória; a voluntária é realizada com o consentimento expresso do sujeito, a involuntária

acontece sem esse consentimento, a voluntária que se torna involuntária ocorre na ocasião em que o sujeito exprime discordância na manutenção da internação, e a compulsória é determinada por medida judicial (BRASIL, 2002c).

Ainda, como estratégia de desinstitucionalização, é relevante a promulgação da Portaria Federal n.º 106/00, que criou os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), e a da Lei Federal n.º 10.708/03, conhecida como Lei do Programa de Volta para Casa e regulada pela Portaria Federal n.º 2.077/03, que instituiu o auxílio à reabilitação psicossocial para pessoas com sofrimento psíquico egressos de instituições asilares e que lá permaneceram por período superior a dois anos (BRASIL, 2000, 2003a, 2003b).

No que diz respeito à construção de serviços estratégicos para a transformação do perfil da rede de atenção psicossocial, foi por meio da Portaria n.º 224/92 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, que regulamentou o funcionamento dos serviços de saúde mental à época, que os CAPS foram inicialmente instituídos, juntamente com os Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS); essa Portaria foi atualizada posteriormente – no contexto da Lei Federal n.º 10.216/01 – por meio da Portaria Federal n.º 336/02, que definiu as modalidades dos CAPS segundo a abrangência populacional e o nível de complexidade da atenção (BRASIL, 1992, 2002a, 2004a). Por fim, o marco mais recente da dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica refere-se à Portaria Federal n.º 3.088/11, que instituiu a RAPS “cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011). A referida Portaria define, como explicitado anteriormente, que o principal ponto de atenção da RAPS são os CAPS, enquanto atenção psicossocial especializada (BRASIL, 2011).

Ademais, é componente indispensável da dimensão jurídico-política as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental. A I Conferência, realizada em 1987 como um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, contou com a participação de 176 delegados e produziu avanços, principalmente, na instauração de uma concepção ampliada de saúde, na reflexão acerca da exigência da participação popular nas práticas de saúde mental, e na indicação da necessidade de os profissionais estarem atentos aos seus mandatos sociais (BRASIL, 1988).

A II Conferência, realizada em 1992, teve a participação de 500 delegados na etapa nacional, eleitos nas fases anteriores, e também a presença significativa de usuários da saúde mental e de seus familiares. Essa Conferência definiu a atenção integral e a cidadania como conceitos norteadores das ações e programas em saúde mental, afirmou a necessidade de uma

abordagem abrangente em saúde mental, tratou da necessidade de contextualização do processo saúde-doença, e exigiu a criação de uma legislação específica para as pessoas com sofrimento psíquico (COSTA-ROSA; LUZIU; YASUI, 2001). Vale destacar, como aspecto temporal, que subsequentemente a esta segunda Conferência, foram criados os serviços substitutivos CAPS e NAPS e teve início a fiscalização dos serviços de internação psiquiátrica (BRASIL, 1994).

Para a etapa nacional da III Conferência, realizada em 2001, foram eleitos 1.000 delegados, sendo que 50% eram representados por usuários e pela sociedade civil, e os outros 50% eram representantes da administração pública, dos prestadores privados, das instituições formadoras e dos trabalhadores de saúde mental. Essa III Conferência comemorou a promulgação da Lei Federal n.º 10.216/01 e reafirmou os princípios da reforma psiquiátrica, assinalando, de uma lado, a necessidade de elaborar “propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de atenção em saúde mental totalmente substitutivo ao manicomial” e, de outro, alertando que o “processo de reforma psiquiátrica não se faz apenas com leis e propostas; essas precisam ser efetivamente implantadas e exercitadas no cotidiano das transformações institucionais, dos serviços e das práticas e relações interpessoais” (BRASIL, 2002d, p. 20).

Por fim, para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, foram convocados outros setores envolvidos com a construção das políticas públicas em saúde mental, como os operadores do direito, da assistência social, da cultura, entre outros. Esta Conferência reconheceu os avanços da expansão de serviços de base territorial e da redução programada dos leitos em Hospitais Psiquiátricos e, ao mesmo tempo, identificou os desafios para a efetivação de uma atenção em saúde mental que conte com a intersetorialidade e a interprofissionalidade (BRASIL, 2010a).

Em suma, as Conferências Nacionais de Saúde Mental se revelaram importantes dispositivos para organização, construção e consolidação do processo de reforma psiquiátrica, operando transformações complexas na saúde mental, com desdobramentos para além da dimensão jurídico-política em uma intercorrespondência com as outras dimensões desse movimento. Nessa linha, pode-se afirmar que, na dimensão jurídico-política, inscreve-se a necessidade de “rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais” (AMARANTE, 2003, p. 53).

Nesse cenário de luta por direitos e transformações, têm papel essencial os movimentos sociais, com destaque para o que veio a ser o MNLA. No processo histórico da reforma psiquiátrica, na década de 1970, foi a partir da denúncia sobre a violência existente

nos Hospitais Psiquiátricos que os trabalhadores em saúde mental passaram a se mobilizar, através do MTSM, exigindo do Estado mudanças concretas na atenção à pessoas com sofrimento psíquico. Um momento importante desse processo de luta refere-se à realização, em 1987, do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru. Nessa ocasião, com a adoção do lema “Por uma sociedade sem manicômios”, o MTSM se ampliou e assumiu um caráter mais claro e crítico em relação ao modelo psiquiátrico e a qualquer forma de exclusão social e de violência contra pessoas com sofrimentos psíquicos, afirmando que “o manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade”, e lutando pela construção de serviços substitutivos à lógica asilar (MTSM, 1987, p. 1; BRASIL, 2005a).

Nesse encontro, o movimento cresceu significativamente, e passou a contar com a presença e a participação dos usuários de serviços de saúde mental e de seus familiares, o que marcou a origem do MNLA (AMARANTE, 2003). Desde então, dentre diversas atividades de organização e mobilização enquanto movimento social, foram realizados dez Encontros Nacionais de Usuários e Familiares e nove Encontros Nacionais do Movimento da Luta Antimanicomial. Ainda, é relevante no cenário geral da luta antimanicomial o ato, realizado em 2009, e denominado de Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, que teve como uma de suas conquistas a garantia de convocação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. A ampliação e o fortalecimento desse movimento social são indicativos da construção de novos lugares sociais para as pessoas com sofrimento psíquico, produzidos pela reforma psiquiátrica.

Justamente, é nesse percurso de recriação de novas formas de intervenção e de relação com as pessoas com experiência do sofrimento psíquico que se encontra a quarta dimensão do processo de reforma psiquiátrica, a sociocultural (AMARANTE, 2003, 2007). A dimensão sociocultural diz respeito “ao conjunto de ações que visam transformar a concepção da loucura no imaginário social, transformando as relações entre sociedade e loucura” (AMARANTE, 2003, p. 53). Para Amarante (2003, p. 53), trata-se, sobretudo, de buscar transformar “o lugar social da loucura”. Essa dimensão está intrinsecamente relacionada às outras três, uma vez que pela criação de novas concepções e conceitos acerca do sofrimento psíquico, pelas práticas transformadoras realizadas nos serviços da RAPS, e pela consolidação de leis que garantem o status de cidadão às pessoas com sofrimento psíquico é possível modificar o imaginário social acerca da loucura. Nesse cenário, a participação social e política dos atores sociais, organizados em torno do MNLA enquanto luta social, é um aspecto fundamental dessa dimensão e que possibilita a articulação intrínseca com as demais.

Assim, na dimensão sociocultural, são fundamentais as experiências e os projetos que buscam, na articulação com a cultura, transformar o imaginário acerca do sofrimento psíquico. No cenário nacional, diversos experimentos têm sido realizados desde o início do processo da reforma psiquiátrica, sendo exemplos importantes a televisão comunitária TV Tam Tam, em Santos, a TVPinel, no Rio de Janeiro, os coletivos carnavalescos “Tá Pirando, Pirado, Pirou!” e “Loucura Suburbana”, no Rio de Janeiro, o cordão “BibiTantã”, em São Paulo, o grupo “Harmonia Enlouquece”, no Rio de Janeiro, dentre outros tantos. Ainda, merece destaque o projeto Loucos pela Diversidade, que ocorre desde 2007, com a criação de uma política pública de articulação dos campos da cultura e da saúde mental. Assim, trata-se de uma dimensão estratégica da reforma psiquiátrica pelas reverberações que produz no tecido social em geral.

O que parece fundamental enfatizar é que o processo de reforma psiquiátrica, compreendido na perspectiva da desinstitucionalização, constitui um percurso complexo de reconstrução de saberes e práticas, de elaboração de políticas públicas, e de produção de novas formas de relação com o sofrimento psíquico (AMARANTE, 2003; NICÁCIO, 2003). Sua essência é a busca pela constituição de direitos e afirmação da cidadania e, nesse sentido, trata-se de “um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 2003, p. 50).

1.2 A atenção infantojuvenil no âmbito da reforma psiquiátrica

A criação e a implantação de uma Política de Atenção à Saúde Mental específica para a população infantojuvenil está inserida no contexto macro do processo de reforma psiquiátrica e de consolidação da Política Nacional de Saúde Mental, embora haja uma inclusão tardia desse tema nessa agenda. Assim, a transformação do campo é uma ação recente que preenche uma lacuna na assistência à população infantojuvenil com experiência de sofrimento psíquico.

Historicamente, por falta de investimentos e vontade do setor público, foram criadas instituições totais com modelos de atenção que não priorizaram a produção de cuidado integral com foco na reinserção social e na relação com outros setores sociais (BRASIL, 2005b). Segundo Couto (2004, p. 62), ao olhar para o histórico da atenção produzida para crianças e adolescentes no cenário nacional antes de 2004, é possível encontrar duas situações

principais vivenciadas por essa população: na primeira, as crianças e os adolescentes que habitam os “‘abrigos para deficientes’ – verdadeiros asilos à margem do sistema formal de saúde mental –, submetidas a toda sorte de banalização de sua condição humana em nome da ‘proteção’ e do ‘cuidado’”; na segunda situação as “‘tantas crianças e adolescentes diagnosticados como autistas ou psicóticos são encontrados peregrinando em busca de atendimento especializado, sem que os localize”.

Para se ter clareza do grau do problema, um estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro no ano 2000, em relação ao cuidado público no campo da saúde mental ofertado a crianças e adolescentes, indicou que 70% dos Municípios utilizavam como principais recursos para a promoção da atenção os dispositivos filantrópicos, e que apenas 20% dos Municípios atendiam casos diagnosticados como autismo ou psicose (COUTO, 2004). Ainda, em levantamento realizado nesse mesmo estudo foram identificadas 832 crianças e adolescentes vivendo nos denominados “abrigos para deficientes” (COUTO, 2004, p. 68), estando submetidos à institucionalização fora do sistema de saúde.

Assim, a assistência até então produzida para essa população, com o engendramento de “um conjunto de medidas, calcadas na lógica higienista e de inspiração normativo-jurídica, que expandiu sobremaneira a oferta de instituições fechadas para o cuidado”, acarretou não na inserção social em uma perspectiva de construção de direitos de crianças e adolescentes, mas, sim, na “institucionalização do cuidado” e na “criminalização da infância pobre”, o que gerou “um quadro de desassistência, abandono e exclusão” (BRASIL, 2005b, p. 8); trata-se de uma lógica de enquadramento e de isolamento das crianças e dos adolescentes considerados desviantes – visto a situação de vulnerabilidade social, as deficiências, os sofrimentos psíquicos, entre outros desvios das normas sociais –, visando à garantia da proteção social. No âmbito jurídico-político, esse cenário era corroborado inicialmente pelo Código de Menores de 1927, conhecido como Código Mello Mattos, que foi substituído pelo Código de Menores em 1979. Se o primeiro expressava a finalidade de “saneamento social”, o segundo, mesmo produzindo avanços, entendia que havia situações de riscos na infância e na adolescência que precisavam ser resolvidas por meio de internações em massa, sendo aplicadas preferencialmente para crianças e adolescentes que se encontravam em situação de vulnerabilidade social ou que haviam cometido pequenos atos infracionais (COIMBRA; NASCIMENTO; AYRES, 2008).

O movimento pela redemocratização do país, no qual estava inserida a luta pela reforma psiquiátrica, deu visibilidade à necessidade colocada de se pensar a criança e o adolescente como cidadãos e provocou a transformação da questão. A Constituição Federal de

1988 afirmou a cidadania das crianças e dos adolescentes, condição de sujeitos de direitos que resultou na promulgação de Lei Federal n.º 8.069/90, o ECA (BRASIL, 1990c). Esse dispositivo em vigor visa a enfatizar o caráter de cidadão das crianças e dos adolescentes e a garantir os seus direitos, conforme assinalado no artigo 3º:

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990c, p. 1).

Assim, além de assinalar que as crianças e os adolescentes são sujeitos de direitos, o ECA assevera a necessidade de o Estado garantir a proteção integral desses sujeitos, visando à constituição de ambientes e de vínculos sociais e familiares afetivos, o pertencimento a um território e a seu tecido social, a educação em escolas, a promoção, proteção e recuperação da saúde, entre outros. Com isso, não é possível que qualquer criança ou adolescente seja “objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 1990c, p. 1). Com efeito, o ECA é um marco histórico para a construção de novas políticas e modos de atenção voltados para a população infantojuvenil, prevendo o “direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990c, p. 2). Nessa linha, o ECA, por intermédio do SUS, assegura no artigo 11 o “atendimento integral à saúde da criança e do adolescente” mediante a efetivação de políticas públicas (BRASIL, 1990c, p. 1).

Ademais, considerando os direitos de crianças e adolescentes que praticam ato infracional, a promulgação do ECA produziu subsídios para a criação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), por meio da Lei Federal n.º 12.594/12 (BRASIL, 2012a). Ao regulamentar a execução das medidas socioeducativas destinadas às crianças e aos adolescentes que praticam ato infracional, o SINASE reafirmou o caráter pedagógico da medida socioeducativa, considerando que as medidas restritivas de liberdade devem ser aplicadas em caráter de legalidade, brevidade e excepcionalidade, garantindo, ao mesmo tempo, a manutenção dos vínculos familiares e sociais. Com efeito, a promulgação do ECA e a criação do SINASE são indicativos de um processo que reconhece a criança e o adolescente como cidadãos e assegura seus direitos fundamentais, afirmando a proteção integral e a necessidade de garantia de sustentação dos vínculos com o tecido social e com o território.

No que se refere especificamente à atenção a crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, a consolidação do ECA, concomitantemente com o processo de reforma psiquiátrica e a implantação da Política Nacional de Saúde Mental, exigiu a reestruturação da assistência no campo psicossocial. Vale destacar que Delgado (2011) chama atenção para a “ausência do tema de crianças e adolescentes no debate da reforma psiquiátrica” nos anos 1990, em um desencontro entre as discussões acerca das políticas públicas para crianças e adolescentes e o campo da saúde mental. Assim, se na II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, o tema da atenção às crianças e aos adolescentes com sofrimento psíquico foi apenas mencionado, na III Conferência esta temática foi eleita como um dos focos prioritários para o movimento da reforma psiquiátrica, tendo sido expressamente afirmado que:

A elaboração e execução de ações no campo da Saúde Mental infantojuvenil devem compor, obrigatoriamente, as políticas públicas de saúde mental, respeitando as diretrizes do processo da reforma psiquiátrica Brasileira e os princípios do ECA (BRASIL, 2002d, p. 57).

O marco inicial para a efetiva transformação da atenção às crianças e adolescentes data de 2002, quando, como afirmado anteriormente, através da Portaria Federal n.º 336/02, foram criadas condições de financiamento para a construção de CAPS em território nacional, dentre eles a modalidade dos CAPSi. Em 2003, por meio da Portaria Federal n.º 1.946/03, e também como decorrência das deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, foi criado um Grupo de Trabalho, sendo a atribuição “proporcionar condições para a implantação de um Fórum Nacional sobre Atenção à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, que funcione como espaço de articulação intersetorial” (BRASIL, 2003c, p. 1).

A partir desta iniciativa, foi constituído, em 2004, por meio da Portaria Federal n.º 1.608/04, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, sob a coordenação da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, sendo composto por 32 representantes de diferentes instâncias com assentos permanentes e vindos dos campos da saúde, educação, cultura, justiça, assistência social, saúde mental e direitos humanos (BRASIL, 2004c). O colegiado do Fórum, através da realização de reuniões temáticas e de plenárias, tem como objetivo “debater as diferentes questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, oferecendo subsídios para a construção das políticas públicas voltadas a essa população” (BRASIL, 2014a, p. 5). Com efeito, esse colegiado vem construindo as bases e as diretrizes para uma política pública de saúde mental específica para

a população infantojuvenil, garantindo a construção e a consolidação de novos serviços estratégicos, os CAPSi, e inéditos modos de cuidado.

O conjunto dos princípios norteadores para a construção de tal política, contido em documento publicado em 2005, afirma que a atenção em saúde mental infantojuvenil deve prever o acolhimento universal, o encaminhamento implicado, a construção permanente da rede e a intersetorialidade na ação do cuidado, de modo a “possibilitar ações emancipatórias” e gerar “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, 2005b, p. 14). Uma das premissas desse documento refere-se à noção ampliada do processo saúde-doença, com o entendimento de que múltiplos determinantes sociais compõem esse processo, que é sempre singular. Nessa perspectiva da singularidade do processo saúde-doença, as condições de produção de cuidado e atenção à criança e ao adolescente com sofrimento psíquico estão relacionadas a uma escuta atenta às necessidades dos sujeitos e a garantia de escutar a voz deles, que poderão dizer de si e de seu sofrimento; aqui, trata-se de garantir o direito à palavra às crianças e aos adolescentes, que poderão responsabilizar-se subjetivamente por suas experiências, ao serem acompanhados por uma rede de atenção psicossocial.

Ainda, é em razão desse entendimento complexificado do processo saúde-doença e da noção de clínica ampliada – que significa um compromisso ético radical e profundo com a singularidade do sujeito, além da real tomada de responsabilidade da situação por parte dos serviços e dos profissionais – que se considera que é primordial a articulação entre diferentes setores e a construção permanente da rede. Nesse mesmo sentido, o princípio referente ao encaminhamento responsável para outros serviços diz respeito à necessidade de, caso isso seja necessário, corresponsabilizar os atores envolvidos, implicando todos na situação. Na chegada a qualquer serviço, prevê-se que deve operar o princípio do acolhimento universal, que significa garantir um espaço de escuta para as demandas, necessidades, desejos e sofrimentos apresentados pelo sujeito, mesmo que ele não vá vir a ser atendido no serviço em questão. O serviço precisa estar articulado com o território do sujeito, que não se define apenas pela geografia de um terreno, mas pelos vínculos sociais, pelas relações que o sujeito estabelece, pelos lugares que frequenta, entre outros (BRASIL, 2005b, 2014b). Assim, a intersetorialidade na atenção a crianças e adolescentes com sofrimento psíquico é um fundamento na construção da política pública, sendo necessário o diálogo intenso com diversos setores em uma concepção de rede pública ampliada, em particular com a educação, a assistência social e a justiça (BRASIL, 2007).

No total, entre 2005 e 2012, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil realizou nove Reuniões Temáticas nacionais, além das regionais. Essas reuniões produziram três recomendações para esse campo de atenção, além de sínteses dos debates das reuniões, no sentido de produzir entendimentos, qualificar as discussões e fortalecer a construção de políticas públicas, abordando temas como os desafios da desinstitucionalização para o campo infantojuvenil no âmbito da RAPS, a articulação entre os operadores da saúde mental e da justiça, as estratégias de cuidado em rede – tendo em vista a intersetorialidade –, entre outros (BRASIL, 2014a).

A primeira reunião do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil teve como mote o tema das “Diretrizes para o processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em território nacional”, tendo sido realizada em 2005. Nessa reunião, afirmou-se a necessidade de “implementação imediata de ações que visem à reversão da tendência institucionalizante de crianças e adolescentes, seja no campo da Saúde Mental, da Assistência Social, da Educação e da Justiça”, por meio da criação de mais serviços de base territorial, de alinhamento à Política Nacional de Saúde Mental dos serviços já existentes, do fortalecimento de redes de suporte, e da articulação entre diferentes setores públicos (BRASIL, 2014a, p. 12). O documento recomenda, ainda, a “promoção de um diálogo permanente e consequente com os operadores do Direito, no sentido de que sua ação coadune-se com os princípios que norteiam as ações do cuidado em saúde mental”, a consideração das “diferenças étnico-raciais” na análise do cenário de institucionalizações, a “realização de estudos e pesquisas de caráter científico concernentes às razões determinantes e aos efeitos da institucionalização”, a elaboração de censos populacionais para a construção de dados clínicos e psicossociais qualificados em relação às crianças e aos adolescentes institucionalizados, e, por fim, recomenda a “tomada de responsabilidade com ações imediatas por parte dos gestores municipais, estaduais e federal”, visando a garantir a implementação destas recomendações (BRASIL, 2014a, p. 13).

Ainda em 2005, após nova reunião do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, agora sob o tema “A articulação dos campos da saúde e do direito nas políticas e nas práticas públicas de atenção à infância e à adolescência”, foi produzida a “Carta de Curitiba”, que constitui a segunda recomendação desse Fórum (BRASIL, 2014a). Nesta reunião, como questões centrais, foram discutidos quatro pontos: a situação de institucionalização de crianças e adolescentes – abrangendo tanto o quadro histórico de desassistência e de abandono, como também o panorama atual de situações de privação de liberdade de crianças e adolescentes no cenário nacional; o perigo do imaginário de que o

adolescente é responsável pela situação de violência de um determinado território, afirmando a importância de rechaçar qualquer tentativa de redução da maioria penal; ainda, nesse contexto, a importância da diferenciação entre a imputabilidade penal e a irresponsabilidade subjetiva, considerando que o sujeito deve ser responsável subjetivamente pelos seus atos e que frente a uma situação de conflito com a lei, as medidas legais estabelecidas devem estar em consonância com aquelas previstas no ECA; e, por fim, foi discutida a “insuficiência estrutural e infalível de toda e qualquer iniciativa de saber teórico que pretenda explicar, em caráter último e exaustivo, este quadro” (BRASIL, 2014a, p. 17). A partir desse conjunto de discussões, a “Carta de Curitiba” recomendou a criação de um projeto-piloto para constituição de redes de apoio a crianças e adolescentes com sofrimento psíquico e em privação de liberdade, a realização de um diagnóstico situacional da ação dos conselhos tutelares, e, ainda, enfatizou a necessidade de repúdio público a qualquer tentativa de responsabilização penal de crianças e adolescentes (BRASIL, 2014a).

Em razão da IV Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil realizada em 2005, e da V Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, realizada em 2006, foi elaborada a terceira recomendação, denominada de “Carta de Salvador”. Nesta ocasião, foi ressaltada a importância do desenvolvimento de estudos e da permanente avaliação crítica acerca das situações de institucionalização de crianças e adolescentes, com o alerta para “o risco da patologização do fenômeno da infração e do envolvimento de jovens em situações de violência” (BRASIL, 2014a, p. 22). Ainda, foi assinalada a necessidade de maior engajamento de gestores estaduais e municipais no debate da saúde mental infantojuvenil, e de maior articulação do Fórum com movimentos sociais e comunitários. Por fim, destacou-se a necessidade de um acompanhamento sistemático da implantação dos CAPSi no território nacional. No que se refere às recomendações, além daquilo apontado nos debates, destaca-se a realização de um projeto-piloto com o intuito de desenvolver boas práticas de saúde mental na comunidade em parceria com organizações da sociedade civil. Em um anexo a esta carta, recomenda-se, ainda, a “criação de um Grupo Técnico de Acompanhamento dos CAPSi, sob a coordenação da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde”, com o objetivo geral de garantir a consonância da criação, da implementação e do desenvolvimento de CAPSi com a política de atenção psicossocial já estabelecida por lei (BRASIL, 2014a, p. 24).

Também em 2006, em Brasília, foi realizada a VI Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, que produziu uma declaração pública a ser traduzida em ação concreta. Em tal declaração, é afirmado como direito das crianças e dos

adolescentes o “atendimento integral, integrado e intersetorial em saúde mental”, e é assinalado o dever dos gestores públicos na construção da rede de cuidado ampliada dessa população, sendo que tal rede deve ser operada “sob o princípio da intersetorialidade e do cuidado territorial, estabelecendo estratégias de pactuação coletiva e de verificação permanente de sua efetividade” (BRASIL, 2014a, p. 26). Além disso, é destacada a necessidade de implementação de uma rede diversificada de saúde mental voltada às crianças e aos adolescentes em Municípios com mais de 100.000 habitantes, com serviços como CAPSi, CAPSad e leitos de saúde mental em hospitais gerais; em Municípios com número inferior de habitantes deve-se organizar esta rede de cuidados fazendo uso dos recursos locais, mas também seguindo as proposições e os fundamentos da Política Nacional de Saúde Mental, devendo as instâncias gestoras de saúde mental e os CAPSi articular esta rede, de modo a integrar diferentes instituições e campos (BRASIL, 2014a). Ademais, é apontada a necessidade de promoção de formação de recursos humanos qualificada, com investimento intersetorial, a necessidade de produção de conhecimento e informação qualificada com a produção de pesquisas em consonância com os princípios de uma política de atenção a essa população e, por fim, em relação às estratégias de gestão, assinala-se a importância de incrementar a presença e participação de familiares e cuidadores na discussão das políticas de atenção às crianças e aos adolescentes com sofrimento psíquico.

A VII Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil aconteceu em 2007 no Rio de Janeiro, tendo como tema central “Rede de cuidados na perspectiva da intersetorialidade”. Na forma de declaração pública, esta reunião afirma que os caminhos para a construção de uma rede intersetorial são singulares e em sintonia com os recursos de cada território. No agenciamento da rede, o CAPSi tem papel central e deve se responsabilizar ativamente pelos encaminhamentos necessários, sendo destacada a necessidade de aproximação do campo com as propostas da educação inclusiva. Ainda, é apontada a necessidade de aproximação do campo da saúde mental com os da atenção básica, da assistência social e da justiça, sendo indicada, nesse último caso, a realização de “um mapeamento de crianças e adolescentes abrigados e em regime de internação em unidades de medidas socioeducativas e com necessidade de atenção em saúde mental” (BRASIL, 2014a, p. 38). Ademais, assinala-se a urgência de realização de debate acerca da tendência crescente de “medicalização e patologização das questões de aprendizagem, comportamento e disciplina” (BRASIL, 2014a, p. 37). Enfatiza-se, também, a necessidade de atenção à questão do uso abusivo de álcool e outras drogas, sendo recomendado “enfaticamente que as internações psiquiátricas de crianças e adolescentes, quando inevitáveis, ocorram

preferencialmente em leitos psiquiátricos de hospitais gerais” e, ainda, “que tenham a participação e o acompanhamento próximo das equipes dos CAPSi, desde o seu início até o final, com o retorno para o cuidado no território” (BRASIL, 2014a, p. 40).

Na VIII Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, realizada em 2009, em Brasília, tendo como temática a questão do álcool e outras drogas, buscou-se formular caminhos de atenção acerca desse tema. Nesta ocasião, o debate ocorreu a partir de noções centrais, como a constatação da vulnerabilidade dessa população e a existência de profunda inequidade social. A partir de três grandes eixos de discussão – as diretrizes gerais e os pressupostos éticos e políticos envolvidos, o questionamento acerca de como organizar uma rede pública ampliada visando garantir a atenção adequada, e as interfaces entre o sistema socioeducativo, saúde mental, álcool e outras drogas – foram feitas recomendações diversas, dentre as quais a necessidade de “despatologizar” o consumo de drogas, de responsabilizar subjetivamente os sujeitos em relação às suas trajetórias e de não instaurar penalizações indevidas (BRASIL, 2014a).

A IX e última Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil ocorreu em 2012 com o tema “Desafios para o campo da infância e juventude no âmbito da rede de atenção psicossocial (RAPS)”, em uma discussão que “pretendeu qualificar o debate sobre a RAPS e seus pontos de atenção, formular caminhos para a ampliação do acesso de crianças, adolescentes e jovens e qualificar a interface com o sistema de garantia de direitos e o protagonismo juvenil” (BRASIL, 2014a, p. 55). Esta reunião produziu um conjunto de 41 proposições, dentre as quais se destacam a necessidade de tornar mais viável a participação de adolescentes em fóruns municipais, estaduais, regionais e nacionais, de fortalecer a RAPS e ações intersetoriais, e construir mecanismos de sustentabilidade para os CAPSi (BRASIL, 2014a). Merece destaque o fato de que, por meio da articulação entre a Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde e o Programa de Cidadania dos Adolescentes do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), foi viabilizada a presença e a participação de adolescentes com sofrimento psíquico nesse processo. Por conta disso, nessa reunião, foi significativa a participação dos adolescentes, que atuaram como ouvintes, debatedores e também relatores dos grupos de trabalho e da plenária; dentre as várias recomendações feitas pelos adolescentes na ocasião, ganham destaque:

A importância de envolver as escolas e o setor da educação no debate sobre saúde mental; a necessidade de adequar os próximos fóruns e também os serviços da Rede de Atenção Psicossocial às demandas específicas e à linguagem dos adolescentes; que o esporte não seja utilizado pelos serviços como um meio ‘pra tirar os adolescentes das drogas’ mas sim como um

direito de todas as crianças e adolescentes; e a necessidade de estruturar redes locais de atenção psicossocial que contemplem especificidades das comunidades indígenas nas áreas onde vivem, levando em consideração os diversos fatores relacionados ao uso e abuso de drogas, o suicídio de adolescentes e jovens, entre outros (UNICEF, 2012, s.p.).

Ademais, no ano de 2013, as Áreas Técnicas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e de Saúde do Adolescente e do Jovem, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, e a Comissão de Aperfeiçoamento da Atuação do Ministério Público na Área da Infância e Juventude, do Conselho Nacional do Ministério Público, realizaram uma consulta pública “com o objetivo de estabelecer linguagem e entendimentos comuns que possam fazer avançar o acesso e a qualificação das ações voltadas à população de crianças e adolescentes nos âmbitos jurídicos e de atenção à saúde” (BRASIL, 2013, p. 5). Como resultado desse processo, foi produzido um documento em que são retomados, no contexto da RAPS, os principais temas e desafios concernentes a atenção às crianças e aos adolescentes no campo psicossocial, tais como o papel estratégico da educação, o uso abusivo de álcool e outras drogas, a proteção social integral, a atenção integral em saúde, as medidas socioeducativas, e a atenção a crianças e adolescentes em situação de violência (BRASIL, 2014b). Ainda, é imprescindível destacar que esse documento, no âmbito da luta pela reforma psiquiátrica e de suas ações, enfatiza a importância de dar voz a crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, seja no espaço político como acontece nas Reuniões do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, seja nos serviços de atenção psicossocial, seja no cotidiano, pois:

[...] na dimensão da saúde, enquanto produção de uma comunidade de sujeitos responsáveis pelo cuidado de si e do outro, questão essencial é a garantia do direito à palavra. Não há responsabilização possível sem que seja garantida a escuta daquele a quem se quer responsabilizar. Ao falar sobre si e identificar-se com sua própria história, a criança e o adolescente veem possibilidades de encontrar novos significados e novas formas de inserção na sociedade e na família (BRASIL, 2014b, p. 23).

Esse documento é expressão do esforço de transformação significativa na atenção psicossocial a crianças e adolescentes. Assim, de um campo em que a exclusão social, a violência e o descaso com o cuidado eram as marcas principais, estando a problemática ausente da agenda de debates, passa-se a ter um campo vivo de invenções de serviços, de políticas públicas, e de modos de se relacionar com a experiência de sofrimento psíquico de crianças e adolescentes, produzindo cuidado em uma clínica ampliada, que reconhece o sujeito partir de uma concepção de clínica em que:

[...] nenhum sujeito pode ser reduzido a seu transtorno, onde a prática do cuidado não se reduz à exclusão, mas visa a ampliação dos laços sociais, e em cujo ato está incluído o que é próprio, e singular, ao sujeito em sofrimento: sua história, seus dizeres, sua epistême particular, seus arranjos subjetivos, suas montagens sintomáticas e vias de superação, seu território e cotidiano, e as dificuldades concretas acarretadas por sua peculiar condição na existência (COUTO; DELGADO, 2010, p. 271).

Isso posto, no cenário da reforma psiquiátrica brasileira, os serviços de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes devem garantir uma produção de cuidado que incluam ações como “acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos, e melhorar a qualidade de vida das pessoas” (BRASIL, 2014b, p. 28); são ações que estão para além de um mero tratar determinada condição, mas que estão compromissadas, de fato, com os preceitos da reforma psiquiátrica, na perspectiva da desinstitucionalização, em suas quatro dimensões.

1.3 Perspectiva da desinstitucionalização

A expressão desinstitucionalização pode apresentar significados distintos na literatura, a depender do contexto a que se refere. Nos Estados Unidos, país onde surgiu esse termo, a desinstitucionalização remete a uma política e a uma prática apenas de desospitalização (BARROS, 1994). No cenário nacional, tal sentido para o termo desinstitucionalização é objeto de crítica, pois pode significar desassistência e abandono. Assim, o processo de reforma psiquiátrica brasileiro buscou aproximar-se da expressão desinstitucionalização da mesma maneira que essa aparece no contexto da experiência italiana, que visava à superação das instituições asilares pela transformação da instituição psiquiátrica e que, efetivamente, constituiu um campo de propostas teóricas e práticas na saúde mental, gerando um arcabouço de conceitos e de modos de pensar e produzindo práticas de transformação da realidade (NICÁCIO, 2003).

Há que se afirmar que, considerando a experiência italiana, o campo de proposições teóricas é indissociável das práticas inovadoras realizadas cotidianamente. As experiências produzidas nas cidades de Gorizia e de Trieste foram força motriz para a produção de reflexões e proposições teóricas. Com efeito, e considerando que aqui a ênfase será dada ao

marco conceitual da desinstitucionalização na tradição basagliana, é preciso ter em conta que tal separação entre a teoria e a prática é sempre fictícia, mas, à luz das experiências práticas italianas descritas por Basaglia (1978; 1980; 1985; 2010) e Nicácio (2003), será aqui realizada com o fim de garantir realce ao que se refere à dimensão teórico-conceitual.

Assim, tem-se que as reflexões produzidas na perspectiva da desinstitucionalização são construídas em determinado contexto e, segundo Basaglia *et al.* (1978, p. 16), são sempre coletivas, já que “uma discussão é decorrente de um intercâmbio de opiniões” com pessoas que trabalham juntas. Ainda, na experiência italiana, no decorrer do tempo, foi se complexificando os modos de fazer e pensar com a ampliação dos atores sociais, incorporando outros aspectos e gerando a necessidade de novas reflexões, sempre referidas à prática. Na experiência de Gorizia produziu-se uma ruptura inaugural em relação às bases do saber psiquiátrico e à prática realizada em Hospitais Psiquiátricos, com a compreensão de que era fundamental romper com a instituição psiquiátrica em si – com seus aparatos científicos, assistenciais, relacionais, administrativos, legislativos e culturais.

Em uma atitude crítica em relação ao positivismo como referência epistêmica, à existência dos Hospitais Psiquiátricos, à função dessa instituição e ao mandato social dos profissionais, foi criado o alicerce da perspectiva de desinstitucionalização. Tal entendimento ganhou maior consistência no decorrer da constituição de novas ações transformadoras e desinstitucionalizantes, em particular na cidade de Trieste, sendo práticas desinstitucionalizantes porque, a partir da crítica ao modelo existente, buscou-se com ações práticas e reflexivas a desconstrução dos modos de saber e de fazer vigentes para criação de formas inéditas de ação.

Em relação à crítica ao modelo positivista de ciência exercido na instituição psiquiátrica, buscou-se renunciar qualquer tentativa de explicar por meio de uma relação de causa e efeito – seja biológica, seja social, seja institucional – o que seria a experiência de sofrimento psíquico. Considerando o referencial da dialética, Basaglia (1985, p. 124) afirma que a própria matriz “psicopatológica” é “dialética, e não ideológica” – sendo que a psiquiatria trata a psicopatologia de modo ideológico ao interpretar a doença sem problematizá-la dialeticamente –, e, nessa mesma linha, Basaglia (1980, p. 79) assinala que o sofrimento psíquico não é um produto orgânico e nem um produto social, mas que:

[...] loucura, como todas as doenças, é expressão das contradições do nosso corpo [...] que é orgânico e social [...]. A doença, sendo uma contradição que se verifica no ambiente social, não é um produto apenas da sociedade, mas uma interação dos níveis dos quais nos compomos: biológico, sociológico,

psicológico. Dessa interação participa uma enorme quantidade de fatores (BASAGLIA, 1980, p. 79).

Ora, Rotelli, De Leonardis e Mauri (2001, p. 28) afirmam a necessidade de, na perspectiva da desinstitucionalização, admitir a complexidade do sujeito em sua “existência global, complexa e concreta” em sua relação com o corpo social, desconstruindo, recompondo e recontextualizando o problema. Com isso, ao invés de reconhecer um objeto fictício – o diagnóstico psiquiátrico –, o olhar volta-se para a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”; no projeto basagliano o sofrimento psíquico passa, então, a ser considerando como uma dimensão da existência humana (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 30).

Para Basaglia (2010, p. 62), a instituição psiquiátrica, ao contrário disso, recusa olhar a multiplicidade do sujeito em suas contradições, produzindo diagnósticos que, pautados em uma “incompreensibilidade dos sintomas”, adquirem “um valor de categoria, no sentido de que correspondem a um etiquetamento, além do qual não existe mais possibilidade de ação ou saída”. Como consequência dessa inscrição diagnóstica, o sujeito, no momento em que adentra no Hospital Psiquiátrico, é “definido como doente, e todas as suas ações, participações e reações são interpretadas e explicadas em termos de doença” (BASAGLIA, O., 1985, p. 273). Dessa forma, na lógica da instituição psiquiátrica, o diagnóstico psiquiátrico assume o significado de um juízo de valor e é encerrado em um rótulo, o que significa afirmar que, historicamente, “o doente foi isolado e colocado entre parênteses pela psiquiatria”, para que fosse possível a dedicação à “definição abstrata de uma doença, da decodificação das formas, da classificação dos sintomas” (BASAGLIA, 1985, p. 125). Na necessária contramão desse sentido, é preciso exercer a crítica ao saber e à prática psiquiátricos que, calcados em uma lógica positivista, executam a redução do sujeito e sua complexidade em apenas um objeto: uma suposta doença.

Além disso, considerando a função social e histórica da instituição psiquiátrica, sobre essa condição de que para todos os sujeitos internados é relacionado um ou mais tipo de doenças da nosografia psiquiátrica, é importante destacar que o Hospital Psiquiátrico – expressão mais forte da instituição psiquiátrica – contém em seus muros não apenas aquelas pessoas com experiência de sofrimento psíquico, mas também aquelas que, por algum desvio em relação à norma social, são considerados perigosos ou nocivos para a sociedade (FOUCAULT, 2005). A norma “é representada pela eficiência e pela produtividade”, e, nesse

sentido, “quem não corresponde a esses requisitos deve encontrar para si uma colocação num espaço onde não atrapalhe o ‘ritmo social’” (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 2010, p. 229).

Basaglia e Ongaro Basaglia (2010, p. 171), tratando dessa noção de desvio, definem como desviantes aqueles sujeitos que “perderam ou nunca tiveram uma força contratual com as fontes produtoras”, formada pela classe dominante, porque essa tem maior poder econômico, político e social. É desse modo que o desviante se encontra fora da norma ou no limite dela, porque não dispõe de poder contratual nas relações sociais. A força contratual, ou o poder contratual, pode ser entendido como as possibilidades de reconhecimento, em um universo social, de um sujeito realizar trocas sociais, como um valor previamente atribuído a cada sujeito em um campo social. Segundo Kinoshita (1996), o poder de contrato estabelece-se na relação com outros sujeitos, por meio de um processo de intercâmbios que se dão em três dimensões principais, a troca de bens, a troca de mensagens e a troca de afetos. No caso do sujeito com sofrimento psíquico, esse poder contratual é anulado, visto que seus bens são considerados suspeitos, as suas mensagens são tidas como incompreensíveis, e seus afetos como desnaturados; nesse cenário, as trocas sociais tornam-se impossíveis (KINHOSHITA, 1996).

Considerando a instituição psiquiátrica, enquanto ciência é a psiquiatria que tem a função de:

Determinar os comportamentos ‘normais’, de definir os limites da norma, de controlar através de terapia e reclusão os desvios, não a partir das necessidades do homem [...], mas como resposta às exigências da lei econômica, as necessidades do grupo dominante, que deve ter sobre seu controle a maioria [desviante], para garantir sua própria sobrevivência (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 2013, p. 20).

Com efeito, a ciência e a política econômica estão entrelaçadas na definição da norma, sendo que a ciência, o primeiro aspecto para essa definição, confirma “os limites de norma mais apropriados e úteis à segunda”, que é a dimensão político econômica. Assim, a ciência pode “confirmar uma diversidade patológica que é instrumentalizada segundo as exigências da ordem pública e do desenvolvimento econômico, cumprindo sua função de controle social” (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 2010, p. 229). Há, pois, uma codificação da diversidade humana com a criação de limites nos modos de ser e estar no meio social.

À vista disso, Basaglia e Ongaro Basaglia (2010) assinalam que o saber psiquiátrico é uma resposta ideológica e, ao considerar a doença mental em si como o problema a ser tratado, de fato em nada altera a realidade por não lidar com as necessidades reais dos sujeitos

e com as contradições presentes. Ou seja, por meio de uma racionalização e organização da doença em termos de desvio, o saber psiquiátrico não responde às necessidades reais das pessoas. Os autores enfatizam que “ninguém afirma que a doença mental não exista”, mas o problema é que a “verdadeira abstração não está na doença, do modo como pode manifestar-se, e sim nos conceitos científicos que a definem sem enfrentá-la como fato real” (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 2010, p. 203).

Além disso, o problema da doença mental é codificado de tal modo pela instituição psiquiátrica que os desviantes tornam-se duplamente desadaptados. Isso porque, de um lado, são excluídos da sociedade pelo que é definido como um desvio e, de outro, a própria psiquiatra, com conceitos abstratos define que a doença é incurável e incompreensível, sendo o “sintoma principal a periculosidade ou a obscenidade” (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 2010, p. 229). Dessa maneira, segundo Basaglia e Ongaro Basaglia (2010, p. 170), “faz-se coincidir a ideologia do desvio com o problema do desviante” e a resposta científica para o desvio passa a ser o da internação em um Hospital Psiquiátrico, onde esse desvio pode ser tutelado e custodiado. Nessa linha, o Hospital Psiquiátrico tem a função de custódia e de segregação e, “como todos os locais de internação, não é senão a triste consequência do acobertamento de uma contradição, por meio da ideologia da inelutabilidade e da ininteligibilidade da doença” (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 2010, p. 145).

Uma vez dentro, todos aqueles que, de algum modo, rompem com a norma devem receber um diagnóstico, e qualquer forma de relação será atravessada por esse rótulo: todos seus afetos, mensagens e atos são interpretados em termos de um diagnóstico imposto, que, por ser incurável, não tem saída. Basaglia *et al.* (1978, p. 18) narra que, em sua experiência, ao adentrar em um Hospital Psiquiátrico como médico, não via de imediato naquelas pessoas uma nosografia psiquiátrica que marcava quadros de esquizofrenia, depressão e outros, mesmo em relação às pessoas com sofrimento psíquico, mas, sim, que via “unicamente pessoas oprimidas ou pessoas atadas, pessoas destruídas, pessoas que pediam para sair, ir às suas casas, e às quais o médico sempre respondia com a mesma expressão”, sendo essa expressão a palavra “amanhã”; esse amanhã, para os internados, é um “amanhã que não chega nunca, um amanhã que será sempre um hoje de internamento eterno” (BASAGLIA, 1979, p. 95).

Com efeito, pode-se afirmar que o Hospital Psiquiátrico “se destina a administrar o aspecto social da doença mental, e não a doença em si” (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 2010, p. 139), onde tal sentença (amanhã) é expressão da função social excludente da instituição psiquiátrica. Ainda, expressa a relação de poder e a função dos profissionais dessa instituição,

onde o psiquiatra, além dos outros técnicos, está “sempre em uma posição privilegiada de dominante frente ao doente” (BASAGLIA, 1979, p. 14). Essa diferença de poder entre os profissionais e os sujeitos internados, exercida cotidianamente, combinada com a função social da instituição psiquiátrica, acarreta a presença do traço mais marcante desse equipamento: a violência, entendida nessa relação. Justamente, a contundente crítica produzida na tradição basagliana em relação às instituições psiquiátricas refere-se a tal constatação da violência produzida por esse aparato social.

Sobre isso, Basaglia (1985) afirma que são instituições da violência aquelas em que há uma clara diferença de poder entre duas partes de uma relação que se traduz em uma diferença de papel entre servo e senhor. Como exemplos de instituições da violência, estão as instituições psiquiátricas e as prisões que, para Basaglia (1978, p. 16), aproximam-se em suas lógicas, considerando que a ideologia que respalda a problemática da reclusão de ambos os aparatos é a mesma, pois “o cárcere protege a sociedade do delinquente, e o manicômio protege a sociedade da pessoa que também desvia das normas”, em uma sociedade organizada em torno das forças de produção e que segue pensando na eficiência produtiva. Há, pois, uma similaridade entre o Hospital Psiquiátrico e as prisões enquanto instituição no sentido de que ambas são instituições tidas como racionais que contêm e dão um lugar para o que na sociedade é considerado irracional: a loucura e o crime; é como se o louco só pudesse existir enquanto doente mental em uma instituição psiquiátrica, assim como o criminoso somente fosse aceito socialmente quando estivesse em uma prisão, sendo ambas “instituições que servem para manter limites aos desvios humanos, para marginalizar o que está excluído da sociedade” (BASAGLIA, 1979, p. 45).

O fato de essa lógica ser operada em um Hospital Psiquiátrico é ainda mais grave, já que essa se mascara de uma ideologia do cuidado, mas exerce práticas de segregação e violência baseadas na punição. Para exemplificar, Basaglia (1978, p. 20) afirma que, se pensarmos em alguém que faz uso abusivo de álcool e é internado em uma instituição psiquiátrica, a terapêutica produzida nesse serviço será a de “obrigar o sujeito a não sair do manicômio e a ter medo do manicômio”, o que faz com que aquele sujeito que sai dessa instituição, de fato, não volte a beber em um mês porque assimilou a agressão, a violência da instituição, mas, assim que ele voltar a beber, reingressará nessa instituição psiquiátrica. Essa lógica tem um problema central, dado que não é possível que uma mesma instituição proponha-se a realizar o cuidado e a custódia, porque esses são dois elementos antinômicos de uma situação.

Então, essa é a função operada pela instituição psiquiátrica: a de realizar a detenção e a vigilância de determinados sujeitos, em uma relação de “nítida divisão entre os que têm o poder e os que não têm o poder”, no âmbito da discussão sobre poder contratual (BASAGLIA, 1985, p. 101); ora, justamente é essa a divisão que se traduz em uma relação de opressão e de violência perpetrada por parte de quem tem o poder sobre os que não o têm, os sujeitos internados. Ainda, sendo essa a função da instituição psiquiátrica, uma vez que o sujeito é internado, ele recebe um diagnóstico psiquiátrico como um rótulo, o que irá reafirmar a sua condição de baixo ou nulo poder contratual; em razão dessa diferença de poder e do princípio autoritário e hierárquico da instituição, já que sua função é a custódia, o sujeito internado estará submetido a certo esquema institucionalizante. Segundo Basaglia (2010), em um Hospital Psiquiátrico o sujeito é transformado em objeto pela doença e pelo ritmo da instituição, o que significará em sua vida na instituição:

[...] a ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, a condição permanente de estar à mercê dos outros, sem a mínima iniciativa pessoal, com seus dias fracionados e ordenados segundo horários ditados unicamente por exigências organizacionais que – justamente enquanto tais – não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias particulares de cada um: este é o esquema institucionalizante sobre o qual se articula a vida no asilo (BASAGLIA, 2010, p. 24).

Através desse esquema e por meio do poder institucionalizante, pode ser que ocorra de o sujeito “objetificar-se nas próprias regras que o determinam” até identificar-se com essas regras (BASAGLIA, 2010, p. 25). Será esse esquema e essa forma de poder que promoverão a institucionalização do sujeito, que, com o seu corpo, “vê-se obrigado a aderir a um novo corpo que é o da instituição, negando qualquer desejo, qualquer ação, qualquer aspiração autônoma que o fariam sentir-se ainda vivo e ainda ele mesmo” (BASAGLIA, 2010, p. 80). Para o autor, esse processo de institucionalização ocorre no cotidiano de modo que o sujeito com o seu corpo adere ao corpo da instituição, sendo perceptível, por exemplo, nas expressões registradas em prontuários como “bem adaptado ao ambiente” e “cooperativo”. Portanto, com a perda da liberdade, dos vínculos sociais e dos bens materiais, há a perda da própria subjetividade; com isso, o rosto de um sujeito internado passa a ser, na descrição de Basaglia (1978, p. 17), um rosto de quem “não diz nada, que se mantém quieto, que tem atitudes passivas e que frente às ordens do enfermeiro, frente às ordens do médico, espera o dia que nunca chegará, o dia de sua saída, o dia de sua alta”. Por isso, para Basaglia (1978, p. 18), “o tempo que não existe representa a vivência no manicômio”.

Ora, na instituição psiquiátrica o sujeito não é visto como alguém adoecido e que tem condições de recuperar a sua saúde em um processo saúde-doença dinâmico, mas, sim, é “objeto de uma violência institucional que atua em todos os níveis, já que qualquer ação contestadora sua será definida dentro dos limites da doença” (BASAGLIA, 1985, p. 112). Nessa linha, de acordo com Basaglia (1985, p. 113), dentro do Hospital Psiquiátrico, a “degradação, objetificação e total aniquilamento” que caracterizam o sujeito, antes de ser expressão de uma doença, são “o produto da ação destruidora de uma instituição”. Logo, o que é destrutivo em um Hospital Psiquiátrico não é uma ação ou uma técnica específica, mas a própria organização institucional que destitui o sujeito de condições de contratar relações, afetos, bens e materiais e objetifica-o em uma doença. Assim, pode-se afirmar que a condição de destruição e de miséria do sujeito internado não se dá pelo curso de uma doença, mas pela relação de poder estabelecida e pelo cotidiano vivido em um esquema institucionalizante. Por isso, antes de ser alguém adoecido, o sujeito internado pode ser entendido como alguém sem poder econômico, social e contratual.

No que se refere ao cotidiano de um Hospital Psiquiátrico, há um ritmo que é próprio desse, sendo que as respostas produzidas pela instituição psiquiátrica atendem às necessidades de sua própria organização, e não às necessidades do sujeito, como é possível notar na descrição de um dia típico em um Hospital Psiquiátrico:

[...] pela manhã, o doente tem que se levantar a uma hora determinada. Não pode levantar-se quando quiser, não pode deixar a cama quando ele quiser. Logo, deve tomar as medicações, pílulas, quando os enfermeiros as ministram. Em seguida, deve ir à sala de estar assim que o enfermeiro indica fazê-lo; ainda, para tomar banho a uma hora previamente determinada para fazê-lo [...]. Logo vem a hora da refeição. O doente abre a porta e tudo já está servido; os doentes devem comer muito rapidamente; em seguida, retornam à sala de estar. Aguardam a noite chegar, e a noite sempre chega muito cedo, porque os enfermeiros tem que ir embora e o médico não está, pois já voltou a seu consultório privado para atender suas consultas. Mais tarde, às cinco, é hora de se deitar; então, se entope os doentes de remédios, de barbitúricos, porque eles tem que dormir, porque nada deve interromper a calma do manicômio (BASAGLIA, 1978, p. 18).

Ora, a instituição não visa a responder às necessidades reais dos sujeitos, mas, sim, com base em um princípio autoritário e hierárquico, garantir o bom funcionamento da própria instituição. Ao objetificar o sujeito em uma doença e priorizar um esquema institucionalizante, coloca-se de lado o sujeito com sofrimento psíquico, que é “uma realidade que sofre com muitas necessidades”; esse sujeito, como qualquer outro, tem necessidade de se relacionar afetivamente, de fazer escolhas, de se comunicar e de ter liberdade; ou seja, “o

doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades” (BASAGLIA, 1979, p. 17-53).

Como tais necessidades não são reconhecidas e atendidas, o sujeito encontra-se em uma situação de miséria material, comunicacional e relacional, predominante a tal ponto que não é possível ver o sujeito antes de se deparar com tal miséria. Basaglia (1979, p. 33), ao descrever a sua experiência com sujeitos internados no Hospital Psiquiátrico do Juqueri, situado em Franco da Rocha, no Brasil, afirma que “quando entramos em um manicômio temos à nossa frente a miséria”, o que coloca a questão: “como se pode saber se um habitante do Juqueri é louco? A primeira coisa que ele faz quando nos vê é pedir esmola e nos perguntar ‘quando volto para casa?’”. Portanto, pode-se concluir que esse sujeito “tem duas características muito importantes: a consciência da prisão e a consciência prática da miséria” (BASAGLIA, 1979, p. 33), e isso indica o caminho necessário na construção de uma outra via, que passa pela garantia da liberdade em todos os sentidos – de ir e vir, de ter relações afetivas, de fazer escolhas, de ter bens, de ter responsabilidades, de construir projetos, e tantos outros – e, também, pela necessidade de essa “pessoa ter o que comer, ter dinheiro, ter uma cama para dormir” (BASAGLIA, 1979, p. 31).

Sobre quem é o sujeito em uma instituição psiquiátrica, Basaglia (1985, p. 108) destaca que, antes mesmo da internação, o caminho percorrido por um sujeito que dispõe de recursos financeiros será diferente daquele que é miserável financeiramente, pois o primeiro já desfruta, de antemão, de maior poder de contrato na sociedade; assim, apesar de ambos serem, pela sociedade, “automaticamente classificados como doente mental ‘perigoso para si e para os outros e objeto de escândalo público’”, a internação do segundo em um Hospital Psiquiátrico do Estado poderá significar um processo irreversível de des-historização desse sujeito e de sua exclusão social, o que, talvez, não aconteça com o outro sujeito (BASAGLIA, 1985, p. 108). Ora, nessa linha de reflexão, é preciso afirmar que a origem de uma classe social ou de outra tem implicações em um processo de institucionalização, reiterando o pensamento de que a segregação ocorre, também, por uma diferença de classe social e de poder econômico, e que a instituição psiquiátrica responde a uma demanda social de cerceamento e domínio.

O sujeito internado é, assim, alguém sem poder em relação aos outros – sociedade e profissionais da instituição. Tratando mais amplamente dessa diferença de poder, nas instituições psiquiátricas é delegado aos trabalhadores assegurar a exclusão de um contingente de pessoas que são consideradas desviantes da norma, adaptando-as à “aceitação de sua condição de ‘objetos da violência’” por meio do poder técnico que tem o aval da ciência e da

sociedade (BASAGLIA, 1985, p. 102). Os profissionais têm, então, um papel ambíguo e contraditório, que envolve tanto a perspectiva de garantir uma terapêutica e um tratamento, como também a realidade de efetivar a segregação e o controle, defendendo a sociedade do desviante (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 2010, p. 202).

Com uma tarefa definida como terapêutica por uma ciência, são os profissionais que, por meio de seus mandatos sociais e cristalizados em seus papéis impostos pela própria função da instituição, irão confirmar para a sociedade a objetificação e a exclusão do outro. Ainda, sendo o sujeito internado considerado “irreversivelmente objetivado pela doença”, está justificado no plano da prática, tanto dos profissionais, quanto da instituição, a instauração de uma relação objetificante. Com efeito, “o problema já não é tanto o da doença em si, mas, sobretudo o da relação que se estabelece com ela” (BASAGLIA, 1985, p. 109).

E, é justamente por isso que, na transformação de uma instituição como o Hospital Psiquiátrico – uma instituição da violência –, é preciso partir da ruptura do sistema punitivo-coercitivo e do princípio hierárquico e autoritário e problematizar dialeticamente a situação geral, inclusive a função da própria instituição e dos profissionais desta, negando aquilo que opera com códigos delimitados. A instituição negada é a “tentativa de colocar entre parênteses todos os esquemas, para ter a possibilidade de agir em um território ainda não codificado ou definido” (BASAGLIA, 1985, p. 29).

Nesse sentido, a primeira tarefa dos trabalhadores de uma instituição psiquiátrica, uma instituição da violência, é a de “negar tudo o que pode dar um sentido predefinido às condutas” profissionais: a doença do outro, o seu mandato social e as suas funções em um manicômio. Nega-se a doença ao recusar a “rotulação do doente como ‘irrecuperável’”, a visão do sujeito internado como “um não-homem” e o saber psiquiátrico como a única forma de conhecer o sofrimento psíquico; nega-se o mandato social dos profissionais por esse conferir-lhes o papel de defensores da sociedade e da classe dominante; nega-se a função dos profissionais de “simples carcereiros, tutores da tranquilidade da sociedade” (BASAGLIA, 1985, p. 29). Com isso, se ataca um aspecto fundamental da instituição psiquiátrica: “a coincidência entre o que manda a ciência e o que manda a sociedade” (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 1977, p. 15). A partir disso, desse ato que é de negação, é possível recomençar “em um território ainda virgem, por cultivar” (BASAGLIA, 1985, p. 29).

Nesse território, é preciso transformar a lógica da instituição psiquiátrica operando dialeticamente com as contradições e com os conflitos em busca de novas alternativas. É preciso garantir a reciprocidade da relação entre profissionais e sujeitos internados, transformando, ao mesmo tempo, todas as relações interpessoais para redefinir funções, em

um processo de reconhecimento de que “não é tanto a doença que está em jogo, mas a carência de valor contratual de um doente”, onde a doença apenas implica em um “significado estigmatizante que confirma a perda do valor social do indivíduo” (BASAGLIA, 1985, p. 107). Para Basaglia (1985, p. 107), um sujeito internado está estigmatizado independentemente de estar ou não adoecido, sendo, *a priori*, “um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto, dos delegados da sociedade (os médicos) que o afastou e o excluiu”. Essa exclusão social é, portanto, resultado mais da ausência de poder contratual do que da doença em si.

Por isso a exigência de transformar as relações em uma instituição psiquiátrica, produzindo liberdade, responsabilidade e reciprocidade, partindo das necessidades do sujeito internado, sendo esse o início de um processo social complexo de desinstitucionalização, onde as relações entre todos devem ser críticas e dialéticas (BASAGLIA *et al.*, 1978). Trabalhar a partir das necessidades do sujeito internado, inserido em uma coletividade, significa “compreender que o valor do homem, são ou doente, ultrapassa o valor da saúde ou da doença”, já que “quando o valor é o homem, saúde não pode representar a norma, se a condição humana é a de estar constantemente entre saúde e doença” (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 2010, p. 231). Ademais, é preciso reconhecer que a necessidade basal dos sujeitos é a liberdade e, por isso, garantir a liberdade do sujeito torna-se um ato indispensável na transformação da lógica institucional. Vale destacar que o projeto de desinstitucionalização passa por assegurar a liberdade não somente para os sujeitos internados, mas para todos os envolvidos, pois os profissionais, nesse processo, podem reconhecer também a sua condição de exclusão, porque estão “objetificados no papel de excludentes” (BASAGLIA, 1985, p. 96). Isso abre para a possibilidade de recusa de seus mandatos sociais e para o exercício de outras escolhas relacionais. Quando se transforma a relação de objetificação do outro, todos – antes, servo e senhor – podem transformar-se no processo.

A partir da afirmação da negação da instituição da violência, é preciso, também, transformar o cotidiano, abrindo grades, eliminando terapias violentas como o eletrochoque e a contenção, e focando nos sujeitos e em suas necessidades reais. Aqui, vale destacar que a prática da desinstitucionalização não se refere a uma reforma do Hospital Psiquiátrico, mas ao desmonte de toda a instituição psiquiátrica com a superação do modelo asilar e do modo tradicional de olhar e de se relacionar com a experiência de sofrimento psíquico, transformando saberes e práticas e construindo novas possibilidades de viver e existir em um mundo compartilhado.

Nessa linha, parte-se do sujeito institucionalizado, que é quem contesta o saber e a prática da psiquiatria, e, recusando a ideologia psiquiátrica, trabalha-se com a concepção de uma prática pautada nas necessidades concretas e reais do sujeito com suas relações, sua história, sua participação nas trocas sociais e seus projetos; nesse cenário, busca-se a reconquista de sua liberdade, de seus direitos e de sua responsabilidade. Como afirma Ongaro Basaglia (1985, p. 274), no plano prático, a transformação da instituição significará romper com o sistema coercitivo e, ao mesmo tempo, construir vias com o sujeito internado que lhe garantam que, no horizonte da liberdade, ele possa se “sentir livre para escolher entre um certo número de alternativas possíveis”. Se o objeto não é mais a doença, mas as necessidades reais do sujeito, o objetivo não será a cura, mas a emancipação social e política com a construção de relações contratuais.

Ainda, em uma relação dialética que trabalha com as contradições vigentes, o projeto de desinstitucionalização passa a ser um processo social complexo de contínua invenção e transformação da realidade, sem modelos definidos *a priori* e que luta contra a cristalização das respostas, “a fim de constantemente reabrir interrogações e processos críticos sobre a demanda e sobre a necessidade” (BASAGLIA, 2010, p. 251). Desse processo de transformação participam todos e todos têm voz: trabalhadores, sujeitos internados, familiares e sociedade. Com isso, são ampliadas as formas de entrar em relação, são colocados em questão os problemas e são produzidas respostas coletivamente, em um processo de permanente crítica. Nessa linha, para Basaglia (1985, p. 10):

[...] se um trabalho funda-se na realidade e em suas contradições, sem pretender construir um modelo que confirme e codifique as próprias hipóteses, traz em si a marca do diletantismo veleidoso relativamente a tudo aquilo que ainda não está incluído na norma, e leva ao paradoxo de uma situação dialética, sempre em movimento.

Dessa forma, na perspectiva da desinstitucionalização, é preciso manter abertas as contradições, que devem ser enfrentadas dialeticamente; isso só é possível em uma instituição que nega os seus pilares e que se pretende uma instituição em movimento com a constante abertura de caminhos, já que a “dialética somente existe quando se tem mais de uma possibilidade, quando existem alternativas” (BASAGLIA, 1985, p. 118). Tendo esse cenário em vista, fica claro que o processo de desinstitucionalização não pode ser concluído apenas com a destruição do Hospital Psiquiátrico, sendo preciso ir muito além disso: é necessário desmontar todos os mecanismos que irrompem nas situações de internação e de institucionalização, presentes em diferentes dimensões – técnica, assistencial, jurídica,

política, social, cultural e conceitual. À vista disso, pode-se afirmar que a perspectiva teórica e prática da desinstitucionalização é um norte e um operador ético e político, que busca tecer novos modos de se relacionar com a experiência do sofrimento psíquico.

2. A conjuntura da atenção psicossocial no Estado de São Paulo: tensões entre a luta por direitos na saúde mental e os movimentos contrarreformistas

Um diagnóstico situacional de posição materialista-dialética, conforme formulado por Horkheimer (1980), busca verificar as condições para emancipação e os possíveis bloqueios para essa emancipação em relação à determinada sociedade, grupo ou movimento social. Assim, no âmbito de uma análise de conjuntura, um diagnóstico situacional tem como propósito apontar e refletir acerca das tensões de um determinado processo, nesse caso, o cenário de direitos em saúde mental, com um horizonte de análise preciso: a busca por uma práxis libertadora. Essa compreensão, de que a reflexão sobre determinada situação necessita ser acompanhada da luta pela transformação social, parece ser de uma perspectiva semelhante àquilo que assinala Basaglia (1979, p. 24) ao afirmar que “temos claro que, hoje em dia, a nossa tarefa é mudar essa sociedade, porque queremos viver e queremos que o doente viva”. Nesse sentido, não se trata apenas de compreender certos contextos ou de criar mudanças pontuais nessa conjuntura: é preciso transformar o cenário social.

Com efeito, de caráter disruptivo em relação à teoria tradicional, que opera fatos e conceitos de modo parcial, isolado e a-histórico, essa posição materialista-dialética busca trabalhar a partir de situações concretas e históricas, com enfoque interdisciplinar. Assim, não se trata de uma ideologia, pois a leitura dos problemas está sempre vinculada às necessidades concretas e às ações práticas. Aqui, o próprio conceito de história é entendido em seu sentido dialético, com o reconhecimento de que há previamente uma construção histórica na qual o sujeito se insere e que é possível transformar (HORKHEIMER, 2012, p. 15). Ademais, essa posição enfatiza que os homens são historicamente atuantes em um processo marcado pela luta de poder (onde uns têm maior poder de contrato que outros na sociedade), sendo preciso, pois, compreender a relação entre a história de cada sujeito, grupo e classe com a história da sociedade, reconhecendo as contradições dessa própria compreensão.

Justamente, em uma análise de conjuntura, em uma posição materialista-dialética, entende-se que o mundo é o mundo do capital, e que a atividade humana é produto do modo de economia vigente, sendo a ação indissociável do processo de vida social. No entanto, por meio de uma posição crítica e dialética, é possível considerar que as categorias econômicas,

ao mesmo tempo em que dominam a vida, contêm em si a sua condenação, abrindo um horizonte de mudanças. Ora, nesse cenário, pelo caráter materialista desse diagnóstico, é preciso reconhecer que essa perspectiva não é neutra, e que, na busca de assegurar-se da estrutura da realidade, “o grau em que os pontos de vista gerais são preponderantes em uma ação, depende sempre da situação concreta do agente” (HORKHEIMER, 2012, p. 39). Inclusive, para Horkheimer (1980, p. 133), o próprio fato, “antes de sua elaboração teórica consciente por um indivíduo cognoscente, já está co-determinado pelas representações e conceitos humanos”; assim, é um fato contido na práxis social e condicionado pelo contexto histórico e social.

Vale notar que a perspectiva da desinstitucionalização, na tradição basagliana, parece apontar algo semelhante no que se refere ao cenário de transformações, pois entende que a prática da desinstitucionalização configura-se como uma luta que se desenvolve no interior das contradições capitalistas, uma prática que, “em meio às contradições do capital”, tem como “prioridade a subjetividade na luta do dia a dia” (BASAGLIA, 1979, p. 25). Nessa linha, as ações de mudança se dão em uma realidade concreta, considerando que não basta apenas fechar instituições psiquiátricas de lógica asilar, mas que é preciso, também, transformar a própria relação da sociedade com as expressões do sofrimento psíquico e ampliar a força contratual de sujeitos com sofrimento psíquico no jogo social, em um horizonte de transformação de um corpo social.

Assim, a tarefa a ser realizada em um diagnóstico situacional pauta-se em uma compreensão histórica do agente a partir de um comportamento crítico orientado para a emancipação, reconhecendo, ao mesmo tempo, os limites desse trabalho teórico. Ainda, essa análise de conjuntura está intrinsecamente relacionada com a práxis social, visando à transformação social em uma “intensificação com a luta com a qual está vinculada” (HORKHEIMER, 1980, p. 146); é próprio da “posição materialista que ela seja essencialmente determinada pelas tarefas a cumprir” em uma práxis orientada para a transformação (HORKHEIMER, 2012, p. 43).

Nesse cenário, a busca pela emancipação é um dos pilares fundamentais e um dos aspectos centrais na produção de processos de reabilitação, na medida em que reabilitar significa “construir (reconstruir) acesso real aos direitos de cidadania, ao exercício progressivo desses direitos, à possibilidade de vê-los reconhecidos e de poder agir a partir deles, à capacidade de praticá-los” (ROTELLI, 1993, p. 55). Para esse diagnóstico, considera-se que, enquanto movimento social, é pela emancipação política efetuada em uma ação comunicativa incidente em atos de legalidade que se verificam as possibilidades

emancipatórias; nesse sentido, o exercício pleno de direitos de cidadania é o horizonte emancipatório. Tais possibilidades não são apenas políticas, mas também sociais e civis, com a garantia do direito de viver em um determinado território e de ter autonomia para gerir a própria vida, negando, por exemplo, uma internação psiquiátrica. Assim, a possibilidade emancipatória está intrinsicamente relacionada ao fortalecimento do poder contratual no jogo social. Além disso, considera-se que os atos de fala ocorrem em um determinado contexto que dão significação ao dito, e precisam ser operados na esfera pública, ou seja, as vozes dos sujeitos precisam ser validadas e enunciadas em espaços que as legitimem, seja em assembleias nos serviços, seja em encontros ampliados dos movimentos sociais, ou em outros.

É nesse contexto que podemos pensar os movimentos sociais, como os dos usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental, em torno do MNLA e suas lutas por modos de emancipação, pela garantia dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico e pela consolidação do projeto da reforma psiquiátrica, na perspectiva da desinstitucionalização. Como já afirmado, a mobilização em torno da pauta dos direitos dessa população tem início na década de 1970 com a constituição de um movimento dos trabalhadores em saúde mental, organizados no MTSM, em razão de situações aberrantes de violência em Hospitais Psiquiátricos. Aos trabalhadores, se associaram os familiares de pessoas com sofrimento psíquico, requerendo do Estado mudanças nesse cenário. No começo dos anos 1990, esse movimento se consolidou e passou a contar em seus fóruns com a presença das próprias pessoas com sofrimento psíquico. Com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, adotado pelo MTSM em 1987, o MNLA passou a repudiar qualquer forma de exclusão social e de violência contra pessoas com sofrimentos psíquicos e a lutar pela construção de serviços substitutivos àqueles de lógica asilar (BRASIL, 2005a). Trata-se, pois, de uma luta alargada, tanto no sentido dos sujeitos participantes, bem como em relação ao horizonte de transformação, já que, na perspectiva da desinstitucionalização, como afirma Basaglia (1979, p. 29):

Queremos transformar, mudar o mundo. E podemos mudar, transformar o mundo, através da nossa especialidade, através da miséria de nossos pacientes, que são uma parte da miséria do mundo. Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo, e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação.

Esse processo constituiu, e ainda constitui, um percurso complexo que coloca em questão o que se entende por loucura e o que se construiu em torno dessa noção. Ainda, as mudanças conquistadas apenas se tornaram possíveis pela realização de debates e de

deliberações operados na esfera pública em que todos – trabalhadores, familiares, pessoas com sofrimento psíquico e sociedade em geral – participavam, e ainda participam, buscando condições de equidade. Tal como defendido nesse diagnóstico, a emancipação social, política e civil de pessoas com sofrimento psíquico, com a conquista primordial do direito de viver uma vida compartilhada com muitos – afetivamente, subjetivamente, territorialmente – e de ter autonomia para gestão da própria vida, só vem sendo possível porque, em um primeiro momento, essas pessoas conquistaram sua voz e tiveram os seus atos de fala legitimados por um coletivo. Assim, foi estritamente necessário, inicialmente, a emancipação política, legitimando a existência do sujeito e a sua voz no mundo, sendo esse sujeito parte da pólis.

Ora, tendo isso em vista, como ponto de reflexão e de tensão, é preciso questionar o quanto as situações de internação, em particular aquelas não acordadas com os sujeitos com sofrimento psíquico, criam bloqueios nesse cenário de emancipação. Ademais, é preciso diferenciar as internações ocorridas em Hospitais Gerais, que estão no âmbito da RAPS, das que, ainda hoje, ocorrem em instituições psiquiátricas com características asilares, no escopo de um movimento contrarreformista; essas internações em particular, ao estabelecerem como forma de relação a anulação do sujeito e de sua força contratual, retirando as suas possibilidades de atos de fala, nulificam o poder político, social e civil desses sujeitos.

Em contrapartida, na luta pela transformação dessa conjuntura, tem-se uma organização importante do MNLA, visando à criação de mecanismos que evitem esse cenário de internações em instituições psiquiátricas de lógica asilar. A militância envolvida no processo da reforma psiquiátrica, através da realização de Fóruns Municipais, além de Conferências Estaduais e Nacionais de Saúde Mental (ocorridas em 1987, 1992, 2001 e 2010), pôde, enquanto minoria, operar discussões na esfera pública com base na argumentação. Essa questão é fundamental porque é por meio dessa organização política que, em um processo de formação pública de vontade e de opiniões, podem ser construídas possibilidades de emancipação, na constituição de um Estado de Direito. Nesse processo, um marco da luta é a promulgação da Lei Federal n.º 10.216/01. Para tanto, novamente, reitera-se que é preciso dar voz e garantir a escuta das pessoas com sofrimento psíquico para construir outros modos de relação e transformar o imaginário social. Segundo Manin (2007, p. 38), tanto a deliberação política quanto a argumentação pressupõe:

[...] um público relativamente razoável, e requerem também certo grau de instrução e cultura por parte do público, mas constituem elas próprias um processo de educação e treinamento. Elas ampliam os pontos de vista dos cidadãos para além das perspectivas de seus casos privados.

Nesse horizonte, a legitimidade democrática está fundada na deliberação enquanto formação coletiva da vontade. Não se trata de buscar uma unanimidade acerca de uma questão debatida na esfera pública, mas, sim, de construir, pela via da argumentação e deliberação contínua, criando consensos e dissensos, a possibilidade de uma maioria. Justamente, nesse processo abre-se uma fenda para que as minorias também tenham um estatuto legítimo (atentando que, em uma ótica que prevê a unidade para legitimação democrática, esse horizonte não é possível), e para que a luta de profissionais, familiares e usuários de serviços de saúde mental possa ser validada socialmente.

Em um quadro de contradições, no Estado de São Paulo, ao mesmo tempo em que parece haver um bloqueio nesse processo de emancipação, operado por certos setores da sociedade e por atores sociais com entrada em postos importantes de poder do cenário político, parece ser possível a constituição de uma maioria a partir dessa luta de um movimento social, contrapondo-se às deliberações do primeiro grupo. Um exemplo disto foi quando, em 30 de abril de 2010, o presidente do Conselho Estadual de Saúde, em nome do Secretário de Estado da Saúde, apresentou veto à deliberação desse Conselho para a realização da IV Conferência Estadual de Saúde Mental, mesmo sendo a realização da etapa estadual recomendada pelo Conselho Nacional de Saúde. Ainda assim, no mesmo pleno de 30 de abril de 2014, a maioria dos membros do Conselho Estadual Saúde defendeu a realização dessa etapa e se posicionou contrário ao veto. Como a IV Conferência Estadual de Saúde Mental do Estado de São Paulo, de fato, não foi convocada, o Grupo Pró-IV Conferência de Saúde Mental, composto por 70 entidades, instituições, movimentos sociais, gestores, trabalhadores, usuários e familiares, deliberou pela realização de uma Plenária Estadual que tivesse a legitimidade de uma etapa estadual, sendo essa, em seguida, convocada (BRASIL, 2010a). Vale destacar que o Estado de São Paulo foi o único do país que não convocou, por meio do Conselho Estadual de Saúde, a IV Conferência Estadual de Saúde Mental respectiva ao seu Estado.

Frente a esse movimento contrarreformista, torna-se relevante, nesse diagnóstico situacional, constatar como é possível, por meio da articulação entre sujeitos, grupos e setores da sociedade, a expansão da possibilidade de contratualidade, garantindo direitos e tornando possível o engendramento de transformações. Como assinalado, para a ampliação do poder de contrato dos sujeitos é fundamental propiciar a instauração de um processo de formação pública da opinião e vontade e da deliberação das pessoas. Nesse contexto, é interessante notar que uma prática recorrente dos serviços de atenção em saúde mental de base territorial

refere-se à realização de assembleias periódicas, nas quais os profissionais, os familiares e os usuários do serviço têm direito à voz. Tal prática era largamente utilizada no contexto das experiências italianas de desinstitucionalização.

Justamente, esse exercício democrático legítimo de debate e deliberação de diversas questões cria reverberações na administração pública e no judiciário, e nesse processo de vinculação pode ocorrer:

[...] uma mudança tanto no modo de comunicação, quanto no impacto regulatório: a influência pública é transformada em poder comunicativo, o poder comunicativo em competência jurídica ou poder administrativo, e ambos na execução de decisões judiciais ou na implementação de programas e políticas públicas (SILVA; MACHADO; MELO, 2010, p. 102).

Assim, o caráter de legalidade e o direito são elementos fundamentais das lutas emancipatórias: os ganhos dos movimentos sociais passam pela linguagem do Direito, virando conquistas legais. Nessa linha, situam-se a construção e a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental, que indica o caminho necessário para os novos serviços de saúde, e da Lei Federal n.º 10.216/01, que formaliza os direitos das pessoas com sofrimento psíquico – conquistas da reforma psiquiátrica que deram garantias legais ao processo de lutas. Há, pois, uma dinâmica entre a dimensão jurídico-política e o movimento social.

Ainda hoje, no entanto, o processo da reforma psiquiátrica luta para que essa Lei seja cumprida integralmente. Por exemplo, o artigo 4º dessa Lei prevê que a internação só poderá ser “indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes”, desde que essas internações não ocorram em “instituições com características asilares” (BRASIL, 2001). Contudo, no contexto da reforma psiquiátrica, apesar de o cenário de atenção em serviços abertos e de base territorial ser o horizonte e de ser previsto tanto a hospitalidade noturna em serviços tipo CAPS-III, quanto internações em leitos de saúde mental em Hospitais Gerais, ainda hoje ocorrem internações em instituições psiquiátricas de caráter asilar. Ainda, vale recordar que, sob a perspectiva de desinstitucionalização, são previstas, simultaneamente, a desconstrução das instituições psiquiátricas asilares, com a redução gradual e programada de leitos em Hospitais Psiquiátricos, e a construção de uma rede serviços de atenção psicossocial, sendo que o oferecimento dos leitos de saúde mental em Hospital Geral é parte dessa rede. Ora, não há como uma análise de conjuntura não apontar para esse contexto como um dos que apresentam maiores tensões no campo da saúde mental, com, de um lado, a luta pelo fim e pela desconstrução de instituições psiquiátricas de lógica asilar e, de outro, a continuidade das internações nessas instituições.

No cenário nacional da reforma psiquiátrica, a hospitalidade noturna em CAPS-III e o uso de leitos de saúde mental em Hospital Geral – antes denominados de leitos de atenção integral em saúde mental –, são de fundamental importância no processo de acolhimento das pessoas com sofrimento psíquico quando elas se encontram em um momento de maior fragilidade ou quando é necessário um apoio mais intenso na atenção ao sujeito no momento da crise; a expansão desses leitos é, ainda hoje, um desafio para a criação de uma rede efetiva de saúde mental na atenção a crise. Ainda, o uso dos leitos em Hospitais Gerais deve estar de acordo com os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e, também, articulado a outros serviços, tais como CAPS e Emergências Gerais, em diálogo com os dispositivos de referência para o usuário. Com efeito, já em 2010 afirmava-se que a regulação desses leitos é de “fundamental para garantir acessibilidade e resolutividade, especialmente nas grandes metrópoles” (BRASIL, 2010b, p. 19).

Na rede de atenção psicossocial, no âmbito da RAPS, no Estado de São Paulo em particular, o levantamento nacional de serviços de saúde mental realizado em 2011 apontou a implantação e funcionamento de 65 CAPS-I, 81 CAPS-II, 29 CAPS-III, 46 CAPSi, 71 CAPSad, e três CAPSad-III (BRASIL, 2012b). Além desses serviços estratégicos territoriais, na ocasião foram computados, dentro do quadro de atenção hospitalar, 65 Hospitais Gerais no Estado de São Paulo, os quais dispunham de 712 leitos SUS específicos para atenção a pessoas com sofrimento psíquico e uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2012b).

Contudo, apesar da significativa expansão de serviços de atenção territorial e da redução de leitos psiquiátricos em hospitais de grande porte, no que se refere à atenção hospitalar psiquiátrica, foi contabilizado no Estado de São Paulo a existência de 54 Hospitais Psiquiátricos, que são instituições que não compõe a RAPS, com 10.153 leitos SUS, o que representa um índice de 0,246 leitos para cada 1.000 habitantes do Estado de São Paulo (BRASIL, 2012b). A título de comparação, considerando o cenário nacional, esse mesmo levantamento apontou a existência de 185 Hospitais Psiquiátricos com 29.958 leitos, em um índice de 0,159 leitos para cada 1.000 habitantes (BRASIL, 2012b). Nesse contexto, é preciso considerar que uma quantidade importante dos leitos em Hospitais Psiquiátricos é ocupada por moradores desses hospitais. Dessa forma, o Estado de São Paulo é um dos sete Estados da Federação em que o percentual de leitos em Hospitais Psiquiátricos por habitantes está acima da média nacional (BRASIL, 2012b).

Isso posto, considerando o cenário atual da atenção à saúde mental no Estado de São Paulo, há uma tensão entre, de um lado, a luta pela criação de novos serviços previstos na Política Nacional de Saúde Mental, com a consolidação da desinstitucionalização como

perspectiva de atuação, e, de outro, os bloqueios desse processo, por meio da manutenção de aparatos que promovem a internação e a institucionalização; tais aparatos institucionais incluem as instituições psiquiátricas de caráter asilar, bem como envolvem as relações interinstitucionais entre a saúde com os campos jurídico, econômico, cultural e político, que corroboram na constituição dos bloqueios do processo da reforma psiquiátrica. Nessa linha, essa situação adquire maior tensão quando as internações em instituições psiquiátricas de lógica asilar são incitadas pela relação entre a psiquiatria e a justiça.

Ademais, para além da constatação do número de leitos em Hospitais Psiquiátricos, é necessário revelar quem são os sujeitos internados e institucionalizados. Nesse sentido, no ano de 2008 foi realizado um censo específico nos Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo com vistas a elaborar um diagnóstico situacional acerca de pessoas internadas há mais de um ano, denominadas, nesse censo, de moradores de Hospitais Psiquiátricos (BARROS; BISCHAFF, 2008). A título de esclarecimento, esse censo constatou e mapeou, na época, a existência e funcionamento de 58 Hospitais Psiquiátricos no Estado de São Paulo – número diferente do mapeamento realizado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas do Ministério da Saúde posteriormente, em 2011 –, sendo que 30 eram de gestão estadual e 28 eram de gestão municipal; ainda, dos 58, nove eram de natureza pública, 34 eram filantrópicos e 15 eram privados. Desse conjunto total de instituições psiquiátricas, 56 delas tinham de uma a 512 pessoas internadas há mais de um ano, sendo 6.349 o total de moradores. Ora, em relação à caracterização dessa população, o estudo apontou que 3.930 (ou 61.9%) eram do sexo masculino e 2.419 (ou 38.1%) eram do sexo feminino. No que se refere à faixa etária, cinco sujeitos eram menores de 12 anos, sendo dois do sexo masculino e três do sexo feminino, e 23 sujeitos tinham entre 12 e 18 anos, sendo 13 do sexo masculino e 10 do sexo feminino; os demais moradores tinham mais de 18 anos ou idade desconhecida. Ainda, em relação à escolarização, das 28 crianças e adolescentes, 24 eram analfabetas (BARROS; BISCHAFF, 2008).

Importante notar que esses números dizem respeito aos moradores de Hospitais Psiquiátricos, o que significa que, antes de contarem com 18 anos completos, 28 crianças e adolescentes já estavam, à época do estudo, internados havia pelo menos um ano em instituições psiquiátricas e, com isso, já estavam “excluídos do convívio familiar e social”, não acessavam o direito à educação, e estavam “à margem dos direitos estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente” (BARROS; BISCHAFF, 2008, p. 41). Essa é uma situação considerada por esse estudo como muito problemática e que requer “um plano de trabalho específico, inclusivo e solidário, qualificado pelos motivos da internação,

procedência e finalidade” se tiver em vista que, “internados na infância, tais futuros adultos podem vir constituir o exército de moradores agora revelados” (BARROS; BISCHAFF, 2008, p.41). A esse cenário é preciso acrescentar o número elevado de internações que ocorrem, mesmo que durem um período inferior a um ano, além das múltiplas reinternações não computadas.

A propósito, há estudos que apontam a problemática dessas recorrentes internações (BENTES, 1999; SCISLESKI, 2006; VICENTIN; GRAMKO; ROSA, 2010; BLIKSTEIN, 2012). Desses estudos, o realizado por Bentes (1999) destaca que as internações por mandados judiciais tornaram-se cada vez mais frequentes, sendo que essa prática de encaminhamento acontece usualmente sem a participação da equipe de saúde mental da instituição destinatária e sem a avaliação das condições de saúde dessas crianças e adolescentes. O mesmo problema verifica-se na saída desses jovens das instituições psiquiátricas, já que as restrições impostas aos procedimentos de alta estão condicionadas à decisão judicial – o que acaba por perpetuar uma situação de institucionalização de crianças e adolescentes.

Já Blikstein (2012), em estudo sobre o perfil das internações de crianças e adolescentes em instituições psiquiátricas do Estado de São Paulo, refere que há duas vias distintas pelas quais os sujeitos são encaminhados para a internação, sendo uma a dos serviços de saúde e a outra a das ordens judiciais. A autora destaca que essas internações por determinações judiciais contradizem as diretrizes da reforma psiquiátrica e do ECA. Blikstein (2012) aponta como saída dessa situação a produção de diálogos e ações intersetoriais.

A esse cenário acrescenta-se o crescente processo de “psiquiatrização” de questões sociais – como o ocorrido com jovens que cometem atos infracionais –, segundo estudo de Vicentin, Gramko e Rosa (2010, p. 61); os autores argumentam que há, atualmente, uma composição de linhas de forças, em particular no Estado de São Paulo, que renovaram a noção de periculosidade, “que passa a adquirir conotações que facilitam a extensão e difusão do seu uso, cada vez mais subordinado às exigências de defesa social”. Com isso, é preciso que os profissionais de saúde assumam uma atitude crítica de compreensão da dimensão do problema e estejam prontos a “recusar a utilização dos diagnósticos e das terapêuticas em saúde como instrumento de criminalização ou de legitimidade para as tecnologias punitivas” (VICENTIN; GRAMKO; ROSA, 2010, p. 65). Por sua vez, Scisleski (2006), em estudo realizado na cidade de Porto Alegre, assinala que, na internação psiquiátrica de crianças e adolescentes, parece haver um circuito de institucionalizações com a produção de certo perfil de jovens que recorrentemente estão nessa rede de internações.

O que é notável é que a internação e a institucionalização de crianças e adolescentes – ora por mandados judiciais, ora por demandas sociais, ora como resposta a pequenos atos infracionais – têm sido denunciadas com maior frequência e seus motivos ainda são obscuros. No Estado de São Paulo esse cenário é ainda mais delicado, pois, como afirma Campos e Frassetto (s.d., p. 5) são perceptíveis traços de um “movimento contrareformista”, sendo um exemplo a promulgação do Decreto Estadual n.º 53427/08, no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, que possibilitou a criação de “um equipamento destinado a custodiar adolescentes e jovens adultos com diagnóstico de distúrbio de personalidade e alta periculosidade”, denominado de Unidade Experimental de Saúde; nessa instituição, encontram-se adolescentes egressos da Fundação Casa que, com a justificativa de haverem cometido graves atos infracionais e sem qualquer revisão judicial dos casos, são mantidos nesse equipamento por tempo indeterminado. Acerca dessa mesma situação, Delgado (2011, p. 3) afirma que a criação dessa instituição tem como base uma interpretação “inadequada e desastrosa” da Lei Federal n.º 10.216/01, com a fundamentação da argumentação na possibilidade de internação compulsória. Contudo, tal como afirma o autor, essa Lei “não pode ser invocada para justificar a manutenção, por tempo indeterminado, de alguns jovens que cometeram delitos em uma instituição de confinamento” (DELGADO, 2011, p. 3).

Ora, no cenário atual, em particular na atenção às situações de maior fragilidade das pessoas com sofrimento psíquico, tem-se uma coexistência de diferentes serviços com lógicas opostas de atenção. Mesmo considerando que a atenção à saúde mental encontra-se, no geral, em um movimento de ampliação dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico – que é a aposta desse diagnóstico situacional –, tem-se um campo de enfrentamentos políticos, com a existência simultânea de serviços territoriais e no âmbito da RAPS, e de equipamentos psiquiátricos de lógica asilar fora da RAPS. Assim, a construção de políticas públicas e de modos de atenção em saúde mental, em uma perspectiva de ampliação da cidadania para pessoas com sofrimento psíquico, mostra-se como um processo contínuo de luta pela efetivação de direitos. Dessa forma, no cenário da reforma psiquiátrica, é preciso levar a sério os possíveis retrocessos, como a internação de crianças e adolescentes em instituições psiquiátricas de caráter asilar, compreendendo o porquê dessas internações ainda ocorrerem na presente conjuntura. Desse ponto de vista, visando à transformação dessa situação, é fundamental a produção de estudos que investiguem os motivos de internação de crianças e adolescentes a partir da ótica desses equipamentos que efetivam a internação, identificando e compreendendo as justificativas interinstitucionais para essas ações.

Mas, ainda, considerando o exposto, uma via para a transformação desse cenário de internações em instituições psiquiátricas de lógica asilar é garantir ao sujeito internado o direito a ser escutado em suas percepções e necessidades, considerando que esse é um direito fundamental e que pode abrir caminhos para a emancipação dos sujeitos e para a elaboração de estratégias de enfrentamento desse contexto. Justamente, se, historicamente, para as pessoas com sofrimento psíquico os direitos sempre foram negados (BASAGLIA, 1985), o processo de reforma psiquiátrica brasileira vem invertendo essa assertiva e afirmando os direitos desses sujeitos.

Por meio da garantia de fala, opera-se com o reconhecimento das crianças e dos adolescentes como sujeitos de direitos e de responsabilidades, construindo, também, possibilidades para que sejam protagonistas de seus processos. Para tanto, é imprescindível a disposição para escuta e legitimação dessas falas em um processo de validação social, abrindo espaços para que as pessoas possam narrar suas experiências e apontar suas perspectivas sobre os processos nos quais estão inseridas (LEAL, 2004; NICÁCIO, 2003; SARACENO, 2001).

Para Vasconcelos (2005, p. 19), possibilitar que os usuários dos serviços possam falar sobre suas experiências e essas serem validadas significa fortalecer, ou “empoderar”, a voz de cada um, além de engendrar movimentos de transformação pelo fato de a voz ser “o instrumento de mudança social, cultural e institucional na sociedade civil”. O empoderamento requer o fortalecimento do poder de contrato dos sujeitos nas relações interpessoais e institucionais, possibilitando uma participação ampliada nas trocas sociais. Dessa forma, se empoderar os usuários é ponto de partida para a constituição de relações mais horizontais nas práticas em saúde mental no âmbito da reforma psiquiátrica, revela-se imprescindível assegurar a escuta das experiências vivenciadas por esses sujeitos.

Ainda segundo Vasconcelos (2005, p. 19), as narrativas dos usuários dos serviços sobre suas experiências possibilitam que as vivências sejam expressas a partir da perspectiva pessoal, social e política, em um processo de “afirmação da experiência subjetiva humana e de seu papel como sujeito, em detrimento da autoridade e das narrativas feitas de fora e de cima pelos profissionais e especialistas”. Ora, considerando em particular o direito à fala da criança e do adolescente:

É preciso respeitar a subjetividade desse ser único, localizar tanto o sujeito no seu sofrimento, quanto sua implicação nos eventos psíquicos de que se queixa. Incluir, no centro das montagens institucionais, a criança ou o adolescente como sujeitos, com suas peculiaridades e responsabilidades sobre o curso de sua existência, é o único modo de garantir que não se

reproduza na sua assistência o ato de se discursar sobre ela, de saber, por ela, o que é melhor para ela. (BRASIL, 2005b, p. 12).

Segundo Vasconcelos (2005, p. 17), quando as experiências narradas pelos usuários dos serviços podem ser compartilhadas com as vivências de outros usuários, é possível às pessoas que as viveram colocarem-se “como porta-vozes mais universais dessas dimensões recalcadas do ser, e reclamarem mudanças concretas nas formas como a sociedade encara e trata dessas dimensões e dessas pessoas”. Nesse sentido, estar atento ao modo como os sujeitos compreendem seu processo significa abrir um campo de possibilidades de transformação a partir da experiência concreta desses sujeitos.

Ora, nessa linha, e retomando a problemática da conjuntura de internações em instituições psiquiátricas de lógica asilar, é preciso compreender os motivos de internação a partir da perspectiva das crianças e dos adolescentes, considerando que esses sujeitos podem trazer valiosas contribuições para a complexificação do cenário. Assim, considerando esse campo de tensões, é preciso identificar e compreender os motivos de internação de crianças e adolescentes em instituições psiquiátricas de caráter asilar a partir de um duplo ponto de vista: o da própria instituição que efetiva a internação, e o das crianças e dos adolescentes internados nessas instituições.

3. Objetivo geral

Esse estudo tem por objetivo identificar, analisar e compreender os motivos da prática de internação de crianças e adolescentes em uma instituição psiquiátrica de caráter asilar, a partir da perspectiva da desinstitucionalização.

3.1 Objetivos específicos

- Identificar, analisar e compreender quais são as premissas que uma instituição psiquiátrica de caráter asilar reconhece e define como sendo os motivos de internação de crianças e adolescentes, bem como qual é a argumentação desenvolvida para justificar as internações.
- Identificar, analisar e compreender quais são os aspectos que as crianças e os adolescentes internados reconhecem, relacionam e entendem como sendo os motivos de suas internações em uma instituição psiquiátrica de caráter asilar.
- Analisar, em uma leitura transversal, os pontos de contato e de divergência entre ambas as perspectivas.

4. Método do estudo

O presente estudo configura-se como pesquisa qualitativa (DENZIN; LINCOLN, 2006; MINAYO, 2007), tendo em vista a natureza do problema, os consequentes procedimentos metodológicos, os dados coletados durante o desenvolvimento do trabalho de campo, e a posterior análise dos dados (MINAYO, 2007).

Segundo Denzin e Lincoln (2006, p. 16) a pesquisa qualitativa é, “em si mesma, um campo de investigação” e, para Minayo (2007, p. 57), o método qualitativo é o que:

[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa possibilita uma multiplicidade de práticas investigativas, técnicas e métodos, utilizados em diferentes contextos e em consonância com a necessidade do estudo. Dentre as possibilidades de postura investigativa adotada pelo pesquisador, encontram-se a hermenêutica filosófica e a crítica dialética. A primeira, atribuída a Gadamer (1997), entende que compreender é interpretar e a compreensão é uma condição do ser humano. Já a crítica dialética sustenta o potencial de crítica da ideologia e das condições histórico-materiais, tendo sua origem no materialismo histórico. Isso posto, a hermenêutica e a dialética são duas concepções de métodos distintos e com diferentes origens filosóficas.

Mas, a articulação entre as concepções hermenêutica e dialética possibilita uma abordagem que, “do ponto de vista do pensamento, faz a síntese dos processos compreensivos e críticos” (MINAYO, 2007, p. 166); e ainda, segundo Stein (1983, p. 24), a vinculação entre essas concepções fomenta a “tentativa de inventar a verdade mesma para além do método”. Assim, a abordagem compreensiva denominada de Hermenêutica Dialética implica na articulação entre ambos os métodos, vinculando a compreensão e a crítica no processo interpretativo (MINAYO, 2007); esta abordagem será o principal norteador metodológico para a realização do estudo.

Entende-se ser importante destacar que, nesse estudo, se optou por essa denominação – Hermenêutica Dialética – tendo em vista que essa é a forma utilizada por Minayo (2007) para se referir a essa abordagem compreensiva e a essa modalidade de análise. Todavia, é

preciso ressaltar que há uma discussão no âmbito das teorias e das abordagens da pesquisa qualitativa que considera outras denominações, mesmo que com distintas nuances, para esse modo de tratamento crítico e compreensivo do material de uma pesquisa. Apenas a título de exemplificação, um ponto do debate se refere ao destaque dado à postura epistemológica para a interpretação denominada de hermenêutica filosófica, que enfatiza que a “compreensão é a interpretação”, na medida em que a compreensão ocorre em um encontro dialógico e é vivenciada na própria experiência prática, não havendo uma distinção precisa entre uma etapa de aquisição de dados e outra de compreensão desses dados (SCHWANDT, 2006, p. 198). Outro entendimento da abordagem compreensiva e crítica diz respeito à hermenêutica crítica, situada no escopo da teoria crítica; essa perspectiva assinala a existência do ato hermenêutico da interpretação em uma pesquisa qualitativa, tendo em vista, porém, não a hermenêutica filosófica, mas, sim, a hermenêutica normativa, com a finalidade de “desenvolver uma forma de crítica cultural que revele as dinâmicas de poder dentro dos textos sociais e culturais” (KINCHELOE; McLAREN, 2006, p. 288).

Há que se afirmar que ambas as exemplificações, apontadas de modo bastante sucinto, têm um significativo aparato conceitual, cuja abordagem ultrapassa os objetivos de assinalar a existência de distintos modos de denominação e conceituação do que seria uma abordagem compreensiva e crítica na pesquisa qualitativa. De qualquer modo, considera-se importante ressaltar que, nesse estudo, a Hermenêutica Dialética é utilizada como abordagem de análise da pesquisa, bem como é necessário salientar que as concepções Hermenêutica e Dialética, mesmo que distintas uma da outra, têm uma relação intrínseca no ato de compreensão e crítica, sendo distinguidas com a finalidade de explicitação de suas características particulares.

Assim, em sua articulação com a Dialética, a Hermenêutica trata da busca pela compreensão dos sentidos da comunicação, uma vez que a linguagem é o plano comum dos seres humanos. De acordo com Minayo (2007, p. 166), a Hermenêutica compreende que “o ser humano como ser histórico e finito complementa-se por meio da comunicação; sua linguagem também é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço; por isso é preciso compreender também seu contexto e sua cultura”. Nessa concepção, entende-se que, se por um lado, o mundo da cotidianidade produz consensos e pela comunicação os seres humanos produzem entendimentos acerca das questões, por outro, pode haver limites na comunicação tornando-a ininteligível, sendo, por isso, necessário analisar os contextos que produziram as ações e os discursos (MINAYO, 2007). Já a Dialética, na articulação com a Hermenêutica, é um método que parte da oposição e que busca nos fatos e nos discursos os núcleos de contradição, constituindo uma crítica a respeito deles. Nessa vinculação, a crítica é possível e

necessária: possível pela autonomia da razão, e necessária porque a emancipação só se torna possível quando há um pensamento crítico em relação a algo. Disso, é preciso reconhecer o horizonte da crítica como o mais amplo (STEIN, 1983).

Assim, como abordagem metodológica, a Hermenêutica “busca esclarecer o contexto dos diferentes autores” e entende a linguagem como comunicação, enquanto a Dialética “cria instrumentos de crítica e de apreensão das contradições na linguagem” (MINAYO, 2007, p. 167). Na sua articulação, a Hermenêutica-Dialética constitui-se como um caminho de pensamento e um marco metodológico, tendo em vista que a crítica dialética apresenta-se como “um instrumento para detectar a ruptura de sentido, enquanto o método hermenêutico busca nos muitos sentidos a unidade perdida” (STEIN, 1983, p. 26).

Ainda, a partir dessa definição de abordagem metodológica do estudo, devem ser determinados os aspectos operacionais. Em relação à pesquisa qualitativa, Denzin e Lincoln (2006, p. 17) afirmam que essa modalidade de pesquisa envolve o estudo e o uso de uma abundância de materiais empíricos e de uma variedade de práticas interpretativas interligadas na busca pela compreensão de determinada problemática, onde “cada prática garante uma visibilidade diferente do mundo”.

4.1 Aspectos operacionais da pesquisa

O cenário para a realização da pesquisa foi uma instituição psiquiátrica de lógica asilar de gestão Estadual e pública, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, localizada no Município de São Paulo e que dispõe leitos psiquiátricos. Essa instituição, que já foi, formalmente, um Hospital Psiquiátrico e que não pertence à RAPS, conta hoje com uma equipe multiprofissional e com um conjunto de serviços para atendimento a pessoas com sofrimento psíquico, abrangendo a população adulta e a população infantil, sendo que a proposta de assistência envolve, predominantemente, um regime de internação. Atualmente, considerando apenas a população infantojuvenil, existem dois serviços específicos para atendimento: uma enfermaria com capacidade para internação de até 18 crianças e/ou adolescentes com sofrimento psíquico, e um centro de referência para atendimento de crianças e adolescentes com espectro autista. A pesquisa foi realizada no primeiro serviço. Segundo descrito por esse serviço, a população da enfermaria é constituída por crianças e adolescentes de até 18 anos de idade, do sexo masculino, com sofrimento psíquico e em situação de crise.

Por conseguinte, tendo em vista a natureza da pesquisa qualitativa, o quadro de indagações do estudo, e considerando como abordagem compreensiva do problema em questão a Hermenêutica-Dialética, foram previstos como aspectos operacionais da pesquisa: o estudo dos documentos institucionais contidos nos prontuários das crianças e dos adolescentes internados em uma instituição psiquiátrica de caráter asilar, a realização de entrevistas abertas com crianças e/ou adolescentes internados, e a imersão no campo a partir da observação participante. O trabalho de campo teve início em 12 de Julho de 2013 e término em 12 de Novembro de 2013 e, nesse período, 45 crianças e adolescentes estiveram internados nessa instituição.

Considerando esse cenário, para a compreensão da perspectiva dessa instituição psiquiátrica acerca dos motivos de internação de crianças e adolescentes, foram selecionados todos os documentos institucionais que tratavam especificamente desse assunto e que estavam contidos nos prontuários das crianças e dos adolescentes que estiveram internados na instituição durante o período do trabalho de campo. Ou seja, foi selecionado e analisado um conjunto de documentos de um total de 45 prontuários. Nos documentos incluídos nesses prontuários, buscou-se identificar, analisar e compreender o que e de que maneira essa instituição reconhecia e definia como premissa e como justificativa de internação de crianças e adolescentes; isto é, pesquisar quais eram os aspectos de uma situação para a qual a instituição reconhecia como sendo as razões para a internação e qual era a argumentação desenvolvida para fundamentar o ato de internação de crianças e adolescentes.

Além dessa pesquisa documental, foram previstas e foram realizadas entrevistas abertas (ANEXO A) com oito adolescentes que estiveram internados durante o período de trabalho de campo. Como critério de inclusão, podiam participar da pesquisa as crianças e os adolescentes que demonstrassem interesse, desde que as exigências dos aspectos éticos fossem cumpridas. Nessas entrevistas, buscou-se identificar, analisar e compreender a perspectiva das crianças e dos adolescentes sobre os motivos de suas internações na instituição que foi cenário do estudo, tendo sido investigados, também, aspectos relativo ao cotidiano de vida fora da instituição, à própria situação de internação e aos projetos de vida dos entrevistados. Em relação à estrutura da entrevista, Minayo (2007, p. 190) assinala que um roteiro para entrevista aberta trata do tema da investigação e deve conter uma “descrição sucinta, breve e, ao mesmo tempo, abrangente” do objeto da investigação, orientando o pesquisador nos rumos da entrevista. Assim, esse instrumento de pesquisa precisava estar na memória do pesquisador, que ouviu e conduziu os entrevistados para que explicitassem os seus pontos de vista acerca dos motivos de internação, mas que, também, trataram de outros

temas para eles relevantes. Todas as oito entrevistas foram gravadas e transcritas. Ainda, todos os nomes foram alterados para preservar a identidade dos sujeitos.

Ainda, por meio da observação participante, foi realizada uma imersão no campo em seus diferentes momentos institucionais. Nessas ocasiões, buscou-se uma aproximação com as crianças e com os adolescentes internados na instituição, em uma postura de escuta atenta às palavras, aos gestos e aos movimentos desses sujeitos, bem como aos de outros atores desse cenário de estudo, tais como os profissionais da instituição e os familiares e cuidadores desses sujeitos. Nessas ocasiões, e pelo próprio estabelecimento de relações, foram sendo constituídos processos vinculares entre a pesquisadora e os sujeitos ligados à instituição. Esse foi o primeiro elemento considerado para a realização do convite à participação na pesquisa. Justamente, esses momentos de interação com os usuários do serviço, anterior à realização das entrevistas, podem ser compreendidos na perspectiva de “aquecimento”, assinalada por Minayo (2007, p. 264), e foram centrais para o conhecimento recíproco, para a disponibilização das pessoas para a pesquisa, e para a construção de relações entrevistador-entrevistado no caso dos oito sujeitos que foram entrevistados.

Ainda acerca da observação participante, pela via da produção de acontecimentos, estando junto aos sujeitos, foi possível a criação de inteligibilidades para algumas questões. A experiência do cotidiano na instituição foi registrada em um Diário de Campo através da descrição de cenas-acontecimentos (falas, gestos, interações, presenças, movimentos e outros), de observações e percepções pessoais. O Diário de Campo configurou-se como um caderno de notas e como um material para depositar um diálogo intenso da pesquisadora, o qual acontecia no contato com os sujeitos e na vivência do local de estudo. O trabalho de retomar esses escritos remete à experiência de reviver as intensidades produzidas nos encontros.

Essa composição de modos de operar a pesquisa justifica-se pela complexidade da problemática, o que é próprio da pesquisa qualitativa, já que essa permite a “combinação de uma multiplicidade de práticas metodológicas, materiais empíricos, perspectivas e observadores em um único estudo”, aproximando o pesquisador qualitativo de um “confeccionador de colchas”, que “utiliza as ferramentas estéticas e materiais de seu ofício, empregando efetivamente quaisquer estratégias, métodos ou materiais empíricos que estejam ao seu alcance” (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 18).

4.2 Procedimentos para realização da pesquisa e aspectos éticos

Em relação aos procedimentos para a realização da pesquisa e os aspectos éticos, para a entrada em campo, inicialmente, foi feito o contato com a Comissão de Ensino e Pesquisa da instituição que é cenário de estudo e, a partir disso, foi encaminhada uma Solicitação de Autorização Institucional para a referida Comissão, aprovada em 21 de fevereiro de 2013. Posteriormente, o projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP - FMUSP), tendo sido aprovado em 08 de março de 2013. Por último, projeto obteve aprovação na Plataforma Brasil em 06 de junho de 2013 por meio do CAEE 11923413.50000.0065 (ANEXO B).

Por conseguinte, no dia 12 de julho de 2013 a proposta de pesquisa foi apresentada para a equipe da instituição em uma reunião de equipe ordinária, na qual foi indicado que o trabalho de campo duraria um total de quatro meses. Nessa ocasião, os profissionais fizeram um convite à pesquisadora para participação em todas as reuniões de equipe, assinalando que, assim, seria possível melhor compreensão do trabalho desenvolvido nesse serviço. Ainda, a equipe propôs que a exposição e a discussão da proposta de pesquisa com os usuários do serviço se dessem antes do desenvolvimento de uma das atividades daquele dia, um grupo terapêutico.

Assim, o projeto foi apresentado para os seis usuários que já estavam internados no serviço nessa data. Na ocasião, as crianças e os adolescentes presentes foram convidados a participar do estudo, tendo sido explicitados os objetivos, a justificativa de sua realização, os procedimentos de coleta e análise de dados e os aspectos éticos. Merece ser frisado que, como as internações tinham duração variada, o projeto foi continuamente reapresentado para cada novo sujeito que era internado no serviço, ora em momentos grupais e ora em conversas individuais.

Ainda, os profissionais da instituição se organizavam internamente em duas equipes de referência. Cada uma dessas equipes realizava um encontro semanal com os familiares dos sujeitos atendidos, com duração de duas horas, sendo esse encontro denominado de grupo de família. Esse contato configurou-se como possibilidade de um encontro com os familiares, cuidadores e/ou responsáveis legais. E, era nesse momento que a proposta da pesquisa era apresentada e era solicitada a autorização para realização da entrevista, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C). Na ocasião, os responsáveis legais pelos sujeitos do estudo eram informados e esclarecidos sobre os objetivos, a justificativa de

sua realização, os procedimentos a serem utilizados, a divulgação de resultados do estudo em periódicos e eventos científicos e aos participantes do estudo. Ainda, eram informados e esclarecidos sobre: o direito de acesso, em qualquer momento, às informações sobre o estudo; a liberdade de retirar o consentimento, em qualquer momento, sem penalização alguma e sem prejuízo ao cuidado das crianças e/ou adolescentes; a salvaguarda de sigilo, privacidade e confidencialidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa.

Desta maneira, com os TCLEs devidamente assinados pelos responsáveis legais, era possível abordar novamente as crianças e os adolescentes internados na instituição para convidá-los a participar da pesquisa. É preciso destacar que, dada a significativa situação de vulnerabilidade social vivida por muitas das crianças e/ou adolescentes, em muitos casos ou os familiares não compareciam ao grupo de família ou as pessoas que apareciam eram profissionais de Casas Abrigo e Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (Fundação Casa), não se responsabilizando legalmente pelas crianças e/ou adolescentes. Assim, em um caso específico, quando um adolescente solicitou ser escutado por meio da entrevista, mas não havia alguém que se responsabilizasse legalmente por eles, foi preciso que uma terceira pessoa – o profissional de referência desse sujeito – testemunhasse que os aspectos éticos estavam garantidos. Em outras situações, foram considerados os registros em Diário de Campo. Ademais, somente foram realizadas entrevistas com aqueles sujeitos que assentiram a participação por meio do Termo de Assentimento (ANEXO D). Os sujeitos também foram informados e esclarecidos acerca dos objetivos, justificativa, procedimentos, divulgação de resultados, direito de acesso ao estudo, liberdade para retirar o consentimento, direito ao sigilo, privacidade e confidencialidade dos dados.

4.3 Análise do material

Com documentos institucionais selecionados e com as entrevistas realizadas, foi feita a análise do material. Para Minayo (2007, p. 300), a análise do material recolhido no campo tem como intenção atingir três objetivos principais, a saber: a “ultrapassagem da incerteza”, o “enriquecimento da leitura”, e a “integração das descobertas”, devendo-se assinalar que, no processo de interação, o pesquisador deve ter clareza que o conhecimento obtido é um conhecimento aproximado e situado em um contexto histórico-social.

Para a realização das análises das entrevistas, dos documentos institucionais e dos registros em Diário de Campo, foi utilizada a modalidade de Análise Hermenêutica Dialética, na mesma linha do norteador metodológico do estudo (MINAYO, 2007). A escolha por esse modelo de análise justifica-se pela possibilidade de essa via abordar o objeto em suas mais variadas dinâmicas e dimensões.

A Hermenêutica implicou na compreensão dos textos (entrevistas transcritas, documentos institucionais e registros em diário de campo), sendo que compreender “significa entender-se uns com os outros” (MINAYO, 2007, p. 329). Uma das ideias centrais da Hermenêutica é a de que os seres humanos fundamentalmente se entendem, e a compreensão se faz necessária quando há algum estranhamento no entendimento, não sendo possível compreender uma questão – como os motivos de internação de crianças e adolescentes em instituições psiquiátricas de caráter asilar – por si mesmo. Nesse percurso, foi preciso buscar o que havia de comum entre os textos, por meio de comparação, e, também, qual era “a contribuição peculiar de cada autor” (MINAYO, 2007, p. 330), sendo essencial perceber o sentido do que era peculiar em um contexto geral. Conforme Minayo (2007, p. 337) conclui, “em síntese, compreender implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões de todas as direções”.

Já a Dialética, enquanto análise, garantiu o estranhamento e a crítica às questões colocadas pela Hermenêutica, constituindo-se em uma maneira dinâmica de interpretar os dados enquanto “estudo da oposição das coisas entre si” (MINAYO, 2007, p. 340). Pela Dialética estabeleceu-se uma atitude de crítica, considerando como “fundamento da comunicação, as relações sociais historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre classes, grupos e culturas” (MINAYO, 2007, p. 347). Ao articular-se com a Hermenêutica, possibilitou a reflexão compreensiva e crítica de uma realidade social.

Assim, pela Hermenêutica foi possível compreender o sentido da comunicação, na qual a linguagem é o plano da realização da intersubjetividade. Nessa ótica, entender o que estava expresso em um texto significou, também, entender o outro. Não obstante, essa compreensão só foi possível pelo estranhamento, pela Dialética, pois a necessidade de entendimento surge de uma impossibilidade de decifrar certa questão. Em suma, pela Hermenêutica se realizou o entendimento dos textos e da cotidianidade experimentada no local de estudo, e pela Dialética se evidenciou o dissenso e as mudanças.

Ora, uma análise compreensiva com base na Hermenêutica Dialética busca “apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório”, pois, pertencendo a realidades diferentes, pode haver interesses coletivos que os unem e interesses

particulares que os contrapõem (MINAYO, 2007, p. 347). Em uma compreensão mais ampla, Stein (1983, p. 42) assinala que:

Dialética e hermenêutica são a afirmação extrema do significado prático da razão humana, no seu sentido mais forte. Não simplesmente porque esses dois métodos têm a práxis como objeto, mas porque não há práxis no seu sentido pleno sem que pressuponha os horizontes do pensamento dialético e hermenêutico. Filtra-se, portanto, na controvérsia entre dialética e hermenêutica, a afirmação do sentido ético-político do pensamento.

Nesse horizonte de análise, foi preciso adotar uma postura de apreender “as diferenças e semelhanças entre o contexto do autor do texto e o contexto do investigador”, de explorar o texto no contexto da cotidianidade que se produziu, de entender “as coisas e os textos neles mesmo”, e de apoiar a reflexão sobre os textos em um contexto histórico (MINAYO, 2007, p. 344). Assim, foi necessário compreender os sentidos do texto (o que o entrevistado quis expressar, o que os documentos institucionais indicavam) e foi preciso atinar-se “às razões do autor” daquele texto sem buscar uma verdade (MINAYO, 2007, p. 344).

Nesse processo de análise, em um primeiro momento deve ser feito um mapeamento das determinações fundamentais para compreensão do problema em questão, entendendo o contexto sociohistórico da produção dos textos. Em um segundo momento, denominado de “interpretativo”, é preciso buscar nos textos “o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações”, captando nos escritos as significações culturais próprias e as comunicáveis com o contexto sociohistórico (MINAYO, 2007, p. 355). Para tanto, devem ser criadas “Categorias Analíticas” que tratam de “desvendar as relações mais abstratas e mediadoras para a parte contextual” e “Categorias Empíricas e Operacionais”, que são formuladas a partir do material de campo (MINAYO, 2007, p. 355).

Tendo em vista o objeto de estudo desse projeto de pesquisa, as Categorias Analíticas definidas *a priori* referiram-se ao conjunto de conceitos e práticas da perspectiva da desinstitucionalização. Em relação às Categorias Empíricas e Operacionais do estudo, foram estabelecidas categorias distintas para a análise dos documentos institucionais, e para o conjunto das entrevistas realizadas e do Diário de Campo. Essas categorias foram definidas em duas fases distintas e consecutivas: na primeira, referente à operacionalização do material de campo, realizou-se a organização dos dados e dos textos em uma determinada ordem, em um início de classificação; na segunda, concernente à classificação dos dados, após a leitura horizontal e exaustiva dos textos, buscou-se a coerência interna entre as informações obtidas para a constituição de subconjuntos de temas aproximados (MINAYO, 2007).

Assim, em relação aos documentos institucionais, como parte dos documentos é padronizada, todos os prontuários continham: Folha de Rosto do Prontuário, Ficha de Admissão/Anamnese e Laudo para Autorização de Internação Hospitalar emitido pela própria instituição. Na construção das categorias a partir do material de campo, primeiramente, optou-se por selecionar apenas os dados gerais que constavam em todos os prontuários. A seguir, após a ordenação dos dados e da leitura horizontal, foram determinadas como Categorias Empíricas e Operacionais: caracterização dos sujeitos internados (idade, local de moradia e escolaridade); caracterização das internações (tempo de internação, tipo de internação, documentos jurídicos que fundamentavam as internações compulsórias, relação entre o tipo de internação e o tempo de internação, número de internações anteriores, quem foram os acompanhantes no ato de internação e instituição de procedência). Ainda, para a investigação dos motivos para a internação definidos pela instituição, tendo em vista o conjunto das informações nos prontuários, foram selecionadas aquelas que diziam respeito às premissas e justificativas para a internação. Ademais, considerando que primeiramente é feita a anamnese para, apenas depois, ser solicitada a internação, optou-se por acompanhar o trajeto do raciocínio médico feito para efetivar a internação. Dessa forma, foi, também, construída como Categoria Empírica e Operacional dos documentos institucionais a categoria: os motivos alegados pela instituição psiquiátrica para a internação de crianças e adolescentes (composta pelos registros referentes aos seguintes itens dos prontuários: “queixa principal e duração”, “história atual da doença”, “principais sinais e sintomas clínicos”, “diagnóstico médico”, e “condições que justificam a internação”, transcritos na íntegra). Destaca-se que o item denominado de “principais sinais e sintomas clínicos” é registrado nos documentos institucionais a partir dos exames físico e psíquico realizados, sendo essa a razão da escolha desse item, e não apenas do item “exame psíquico”. Ainda, é relevante assinalar que o item referente aos “antecedentes patológicos familiares”, apesar de, a princípio, conter informações importantes para a elaboração de um raciocínio médico, foi desconsiderado como Categoria Empírica e Operacional porque, no exame desses dados, foi identificada uma pobreza na qualidade desses registros.

Já em relação ao conjunto das oito entrevistas realizadas e do Diário de Campo, buscou-se compreender as circunstâncias da situação de internação a partir da perspectiva das crianças e dos adolescentes, sob um duplo aspecto: pelas dinâmicas que produziram as internações, e pelas configurações das situações de internação em curso. Assim, por um lado, buscou-se abordar nas entrevistas quais foram as dinâmicas, os acontecimentos e os conflitos, de diversas ordens, que implicaram nas internações; e, por outro, considerando que no

momento das entrevistas e do trabalho de campo as crianças e os adolescentes ainda estavam internados, tratou-se da própria situação de internação. Considerando isso, a partir de uma predisposição para a ordenação das informações, em decorrência do roteiro geral para a entrevista aberta, e após a leitura horizontal das narrativas das crianças e dos adolescentes e dos registros em Diário de Campo, foram constituídas as unidades de sentido, aproximando temas relevantes para o estudo. Assim, foram construídas como Categorias Empíricas e Operacionais: as redes sociais; a multiplicidade de suspeitas dos motivos de internação; as memórias do cotidiano e da vida; as narrativas e afetos na experiência de ser internado; a vivência das regras de uma instituição; e os sonhos e a projetualidade.

Após a construção dessas Categorias Empíricas e Operacionais, esses elementos foram confrontados com as Categorias Analíticas definidas *a priori*. Assim, depois da leitura transversal de cada subconjunto e da totalidade dos conjuntos, concatenando lógicas unificadoras, foram criados os temas de discussão, a saber: o velho-novo personagem da internação em instituição psiquiátrica de caráter asilar: insocio-latas; o problema das determinações e das justificativas inventadas para a internação de crianças e adolescentes em instituições psiquiátricas de caráter asilar: uma prática ideológica; a continuidade de práticas institucionalizantes: a produção de relações de invalidação e objetificação do outro; e o circuito do controle: uma lógica vigente.

5. Cenário do estudo: uma instituição psiquiátrica de caráter asilar

O cenário do estudo, como destacado anteriormente, é um serviço pertencente a uma instituição psiquiátrica, situada no Estado de São Paulo e de gestão pública, que dispõe de leitos para a internação psiquiátrica da população adulta e infantojuvenil, além de leitos para pessoas com sofrimento psíquico que moram na instituição. Essa instituição, que até 2008 era oficialmente estruturada como um Hospital Psiquiátrico, não compõe a RAPS, tendo em vista, ainda hoje, as suas características.

Em relação especificamente à população infantojuvenil, há um serviço com capacidade para atender até 18 crianças e/ou adolescentes, de até 18 anos, com sofrimento psíquico e em situação de crise. Segundo relato dos profissionais, por decisão da gerência da instituição, desde maio de 2013 o serviço atende apenas sujeitos do sexo masculino, em decorrência de uma situação anterior em que dois usuários do serviço, sendo um do sexo masculino e outro do sexo feminino, envolveram-se em uma relação sexual; não há perspectiva de o serviço voltar a atender crianças e/ou adolescentes do sexo feminino e parece não haver o entendimento de que relações sexuais podem ocorrer, também, entre pessoas do mesmo sexo. A ocupação dos leitos é sistematizada pela Central de Regulação de Vagas do Estado de São Paulo. Com isso, é previsto que as internações nesse equipamento ocorram sempre por encaminhamento de outros serviços de saúde e/ou da assistência social de Municípios do Estado de São Paulo. Porém, há casos de encaminhamentos de outros Estados em razão de determinações judiciais para internação compulsória.

No que tange ao espaço físico, o serviço está localizado em um prédio de dois andares dentro das dependências da instituição psiquiátrica. No andar inferior há uma sala para visitas, o espaço administrativo, uma sala para a diretoria e uma copa (o restante do espaço é ocupado por outro serviço), e no andar superior, separado do inferior por uma grade, é onde as crianças e os adolescentes permanecem; lá, há oito quartos (seis com dois leitos cada e dois com três leitos cada), um posto de enfermagem, um quarto de observação com dois leitos, dois banheiros coletivos, uma sala de conforto da enfermagem, um quarto de expurgo, um consultório, uma sala para os profissionais e uma sala coletiva com mesa e televisão de uso comum.

O serviço conta com uma equipe multiprofissional composta por assistentes sociais, auxiliares administrativos, enfermeiros, médicos psiquiatras, psicólogos, técnicos de

enfermagem e terapeutas ocupacionais. No cotidiano institucional, os trabalhadores fazem uma clara diferenciação entre os auxiliares de enfermagem e os profissionais com nível superior, de tal modo que as salas utilizadas pelos dois grupos são distintas: os primeiros frequentam o posto de enfermagem, enquanto os segundos utilizam a sala para os profissionais. Ainda em relação à composição da equipe, durante o período de inserção no campo, a equipe passou por algumas mudanças nesse quadro por conta de funcionários afastados por licenças saúde e maternidade e transferências para outros serviços.

Em razão dos objetivos do estudo, a participação em diferentes momentos institucionais era imprescindível para melhor compreensão do cotidiano do serviço. Por esse motivo e pelo caráter da pesquisa de observação participante, foi preciso estar na instituição, com as crianças e os adolescentes internados, com os profissionais, e com os familiares e cuidadores dos sujeitos internados, em dias e horários diversos, acompanhando reuniões de equipe, grupos de família e grupos terapêuticos.

As reuniões de equipe aconteciam uma vez por semana, às sextas-feiras, durante o período da manhã, e consistia na discussão de casos. Os profissionais passavam caso por caso, abrangendo todas as crianças e adolescentes que estavam ou que haviam sido internados naquela semana, e trocavam informações sobre a evolução desses sujeitos na instituição.

Em decorrência dos profissionais se organizarem em duas equipes de referência, durante a semana eram realizados dois grupos de família distintos. Esses grupos de família tinham uma dupla característica de, por um lado, ser um espaço de prestação de informações de como as crianças e/ou adolescentes estavam sendo atendidos e tinham passado a semana e, por outro, ser um momento de coleta de mais dados sobre os sujeitos internados. Em geral, não se buscava aprofundar os questionamentos e compreender as histórias de vida das crianças e dos adolescentes, e nem se escutar como os familiares estavam entendendo os motivos e a situação de internação das crianças e/ou adolescentes. Nesse momento institucional, era possível notar como, em tantas vezes, o olhar dos familiares, cuidadores e/ou responsáveis legais era tão distintos daqueles da equipe e das crianças e adolescentes.

Por sua vez, os grupos terapêuticos eram diversos e, além desses, as crianças e os adolescentes frequentavam outros espaços da instituição. Durante o trabalho de campo, foi possível acompanhar os grupos de cinema, sexualidade e de futebol, sendo esse último sempre muito aguardado pelas crianças e pelos adolescentes internados. Em relação a outros espaços da instituição frequentados pelas crianças e pelos adolescentes, merece destaque as saídas do prédio do serviço para ir ao ACESSA-SP – que consiste em uma sala com computadores com acesso à internet, sendo parte de um programa de inclusão digital do Estado de São Paulo –, e

para ir ao Núcleo de Oficina Terapêutica e de Produção (NOTP) da instituição psiquiátrica, um espaço, segundo a própria instituição, para capacitação e geração de renda.

Além de estar nesses espaços, foi fundamental a participação em momentos diários da instituição, tais como as refeições e a dispensação de medicação. Dessa forma, foi possível a aproximação com o dia a dia da instituição, dos profissionais e das crianças e adolescentes internados.

No referente à rotina institucional, nesse serviço os horários para as atividades são predefinidos e não há margem para diferenças. A rotina é, em grande parte, regida pelas refeições, pelo horário de banho e pela entrega das medicações.

Em um dia típico, as crianças e os adolescentes são acordados por volta das 8:00 e são encaminhados para o refeitório para o café da manhã e lá, acompanhados de auxiliares de enfermagem, cada um recebe um pão com manteiga e leite com chocolate. A refeição ocorre, usualmente, em silêncio e rapidamente. Em seguida, retornam para o serviço, para as atividades do dia: tomam banho, recebem medicações, participam de algum grupo terapêutico (se houver no dia), entram em atendimentos individuais e assistem à televisão até o momento do almoço; não raramente alguns sujeitos voltam para seus quartos e ficam em suas camas acordados mesmo. Às 11:00 preparam-se para o almoço e retornam ao refeitório pela segunda vez. Lá, cada um, acompanhado de auxiliares de enfermagem e de profissionais da equipe técnica, recebe uma bandeja, um prato e uma colher e solicita aos profissionais que trabalham no refeitório as porções de comida. Havendo visita de um familiar ou cuidador, esse participa desse momento. Ao meio-dia, no mais tardar, todos já estão de volta e a equipe solicita que as crianças e os adolescentes internados encaminhem-se para seus quartos para dormir; alguns dormem, outros permanecem acordados em suas camas. Aos poucos, os sujeitos saem dos seus quartos e vão para a sala coletiva. Alguns assistem à televisão, outros ficam sentados e os que já têm mais vínculos entre si por vezes conversam ou brincam. Esses momentos são bastante diversos, a depender das crianças e/ou adolescentes internados e da disponibilidade dos profissionais para estar com eles. Ainda no período da tarde, as crianças e os adolescentes participam de grupos terapêuticos e atendimentos individuais. Às 18:00 todos retornam ao refeitório para o jantar, em uma situação semelhante ao almoço. No retorno, todos tomam banho, recebem medicações e já se preparam para dormir. Por volta das 19:00 há a troca de plantão e esta parece ser um marcador no tempo para que todos retornem aos seus quartos para dormir e voltar à rotina no dia seguinte.

Vale destacar que, no ato da internação, os pertences pessoais são recolhidos e as roupas dos sujeitos são substituídas pelos uniformes da instituição. E considera-se importante

frisar que, em todos os dias em que se esteve em campo, alguma das crianças e/ou algum dos adolescentes foi contido quimicamente e/ou fisicamente, sendo esse ato parte do cotidiano institucional.

Em relação à rotina dos profissionais, os horários de trabalho são diversos. Mas, *grosso modo*, há a equipe de enfermagem diurna e a equipe de enfermagem noturna, com troca de plantões às 7:00 e às 19:00, e o restante da equipe fica presente entre às 7:00 e às 19:00. Os profissionais circulam no posto de enfermagem, na sala de profissionais e na sala coletiva durante a maior parte do tempo.

Pode-se afirmar que há uma rotina institucional em que não acontecem variações significativas. Considerando esses atributos da instituição no que se refere ao cotidiano e tendo em vista que, como aspecto central da instituição, a instituição por meio de sua prática de internação determina aos sujeitos internados que a realização de diferentes aspectos da vida – como dormir, brincar e trabalhar – acontecerá em um mesmo local e sob a autoridade de um conjunto específico de profissionais, mesmo que por um período de tempo não prolongado, pode-se afirmar que essa instituição psiquiátrica tem como característica distintiva ser uma instituição total (GOFFMAN, 2013). Para Goffman (2013), uma instituição total, além dessas características citadas, tem como atributos centrais o fato de o sujeito ter suas atividades monitoradas e feitas em conjunto com um grupo de pessoas tratadas do mesmo modo, de para cada atividade ser estabelecido um cronograma rígido de horários a ser cumprido, sendo essa sequência de atividades imposta por um sistema de regras e por funcionários, e finalmente o fato de que a realização dessas atividades obrigatórias atendem apenas aos interesses e à organização da própria instituição. Ora, em maior ou menor grau, esses são atributos da instituição cenário de estudo. Aqui, ao invés do conceito de instituição total, será utilizada a noção de instituição de caráter asilar, tendo em vista que essa denominação abrange também a ideia de um poder psiquiátrico na forma asilar e de uma disciplina asilar, que é mais comumente utilizada na bibliografia embasada na perspectiva da desinstitucionalização.

6. Desdobramentos de encontros e indagações: os resultados da pesquisa

A realização do trabalho de campo gerou um conjunto expressivo de resultados. Apesar de esses resultados estarem necessariamente interligados entre si, é possível discriminá-los em duas grandes partes: os registros nos documentos institucionais que compõem os prontuários, e as entrevistas com os adolescentes em conjunto com as anotações feitas no Diário de Campo.

6.1 Os registros nos documentos institucionais: como a instituição psiquiátrica de caráter asilar determina e justifica uma internação

Todos os documentos institucionais foram acessados a partir dos prontuários dos 45 sujeitos que estiveram internados durante o período do trabalho de campo. Como parte dos documentos é padronizada, todos os prontuários continham: Folha de Rosto do Prontuário, Ficha de Admissão/Anamnese e Laudo para Autorização de Internação Hospitalar emitido pela própria instituição.

Na Folha de Rosto do Prontuário são encontradas as seguintes informações, nessa ordem: data de internação, tipo de internação, número de internações anteriores – caso tenham ocorrido –, diagnóstico segundo a Classificação Internacional das Doenças 10ª Edição (CID-10), nome, número de documento, data de nascimento, idade, sexo, naturalidade, endereço residencial, escolaridade, filiação, por quem foi acompanhado no ato da internação, e equipe de referência. A Ficha de Admissão/Anamnese contém as seguintes informações: dados pessoais, filiação, procedência, queixa principal e duração, história atual da doença, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, exame psíquico, exame físico e diagnóstico médico (seguindo a referência do CID-10). E o Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar emitido pela instituição que foi o campo de estudo contém as seguintes informações: dados pessoais, estabelecimento solicitante, principais sinais e sintomas clínicos, condições que justificam a internação, principais resultados de provas diagnósticas, diagnóstico médico inicial (seguindo a referência do CID-10), descrição do procedimento a ser realizado e em qual clínica. Vale destacar que todos esses documentos são de

responsabilidade de um profissional médico psiquiatra. Ainda, de acordo com o percurso do sujeito até a internação, há nos prontuários outros documentos, tais como: Avaliação de Enfermagem, Laudo para Autorização de Internação Hospitalar emitido pelo local de procedência do encaminhamento do sujeito, relatórios de outros serviços de atenção à saúde e à assistência social, documentos relativos ao âmbito jurídico, dentre outros.

Como afirmado anteriormente, a partir desse conjunto de documentos, para a compreensão do problema deste estudo e considerando a abordagem metodológica utilizada, foram definidas as Categorias Empíricas e Operacionais: caracterização dos sujeitos internados, caracterização das internações, e motivos alegados pela instituição psiquiátrica para a internação de crianças e adolescentes.

6.1.1 Caracterização dos sujeitos internados

No período do estudo, 45 crianças e/ou adolescentes estiveram internados, sendo que, no primeiro dia de trabalho de campo, seis sujeitos já se encontravam internados e os outros 39 o foram durante o estudo. Em relação à caracterização dos sujeitos, todos eram do sexo masculino, na faixa etária entre oito e 17 anos, com as idades distribuídas conforme o Quadro 1. Nesse estudo, para o regramento das faixas etárias da infância e da adolescência, segue-se a convenção estabelecida no ECA, que considera que criança tem entre zero e doze anos de idade incompletos e adolescente tem entre 12 e 18 anos de idade completos (BRASIL, 1990c).

Quadro 1 – Distribuição de sujeitos conforme idade;

Idade em anos	08	10	11	12	13	14	15	16	17
Distribuição de sujeitos por idade	1	1	2	1	2	4	9	12	13

Dos 44 sujeitos que moravam no Estado de São Paulo, 24 viviam na grande São Paulo e 20 residiam em cidades do interior. Um sujeito, apenas, morava no Estado de Minas Gerais. Em relação à escolarização declarada nos documentos institucionais, a grande maioria tinha Ensino Fundamental incompleto. Em um dos prontuários estava registrado como uma observação que, apesar de o sujeito possuir Ensino Fundamental incompleto, era analfabeto (Quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição de sujeitos conforme grau de escolarização e idade;

Grau de escolarização	Distribuição de sujeitos por grau de escolarização	Idade	Distribuição de sujeitos por idade
Sem informação nos documentos institucionais	4	8	1
		11	1
		16	1
		17	1
Analfabeto	1	15	1
Ensino Fundamental incompleto	23	10	1
		11	1
		12	1
		13	1
		14	2
		15	4
		16	7
		17	6
Ensino Fundamental completo	4	13	1
		14	1
		15	1
		17	1
Ensino Médio incompleto	12	14	1
		15	3
		16	4
		17	4
Ensino Médio completo	1	17	1

6.1.2 Caracterização das internações

Das 45 crianças e adolescentes que estiveram internados durante o período do trabalho de campo, 37 haviam ingressado na instituição pela primeira vez (os documentos não registravam internações em outros serviços); três, pela segunda vez; outros três, pela terceira vez; e dois, pela quarta vez. Vale destacar que um dos sujeitos, durante a coleta de dados, recebeu duas altas e teve outras duas reinternações; ou seja, ao término do trabalho de campo, estava em sua quarta internação, sendo que três internações deram-se em um período de dois meses nesse serviço; na contagem acima, foi considerado como dado de pesquisa a sua quarta internação.

O tempo de internação para os que já haviam tido alta da instituição variou entre 14 e 77 dias e, ao término da coleta de dados, nove crianças e/ou adolescentes ainda estavam internados no serviço, sendo que, no último dia de trabalho de campo, um dos sujeitos já estava contando com 161 dias de internação do tipo involuntário-judicial, tal como a instituição nomeia as internações psiquiátricas compulsórias. No conjunto das Folhas de

Rosto dos Prontuários, constava que, do total das 45 internações, três eram classificadas como voluntárias, 32 categorizadas como involuntárias e dez identificadas como involuntário-judiciais para a instituição, o que significa, neste último caso, que eram internações compulsórias de responsabilidade da instituição. Aqui, é preciso explicar que, no cenário geral das internações psiquiátricas compulsórias, um mandado judicial para uma internação involuntário-judicial de um determinado sujeito pode ser solicitado e destinado para as instituições do Município onde o sujeito é residente (sendo esse Município responsável por solicitar a internação) ou para uma instituição à qual o sujeito já está ou deverá ser vinculado. Ou seja, considerando especificamente esse estudo e tendo em vista que um destinatário de uma ordem judicial pode ser um Município, com as suas instituições, ou alguma outra instituição específica, pode-se afirmar que havia um número não calculável de crianças e adolescentes internados por mandados judiciais na instituição psiquiátrica. Esse número é incontável porque não constava nos prontuários, já que a instituição psiquiátrica afirmava não ser diretamente responsável por responder as informações sobre aquela internação aos aparatos jurídicos (a determinação judicial era, por exemplo, para o Município de origem do sujeito e para as instituições de seu Município, sendo a internação do sujeito na instituição psiquiátrica solicitada via Central de Regulação de Vagas do Estado de São Paulo). Em razão disso, a instituição psiquiátrica registrava tais internações nos prontuários apenas como internações psiquiátricas involuntárias para a instituição, mesmo que na trajetória de internação daquele sujeito em algum momento tenha havido uma ordem judicial.

Acerca das determinações judiciais para as internações psiquiátricas compulsórias é particularmente importante notar como essas foram justificadas nas sentenças. Nesse momento, de apresentação dos dados dos documentos institucionais, apenas serão citados os embasamentos jurídicos para as internações compulsórias. Dentre todas as internações involuntário-judiciais – seja diretamente para a instituição psiquiátrica cenário de estudo, seja para os Municípios de origem dos sujeitos –, foram localizados, entre os documentos institucionais aos quais se teve acesso, cinco registros que assinalavam as leis que fundamentavam a decisão pela internação compulsória. Desses cinco documentos, quatro determinavam as internações com base na Lei Federal n.º 8.069/90, que institui o ECA, e, dentre esses quatro, uma decisão judicial se embasava no artigo 5º dessa Lei, a saber:

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 1990c).

Ainda, duas se baseavam no artigo 101, inciso V, a saber:

Art. 101. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:
[...] V - requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial; [...] (BRASIL, 1990c).

E uma decisão judicial se amparava no artigo 101, inciso IV, e no artigo 129, incisos I e IV, a saber:

Art. 101. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:
[...] IV - inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente; [...] (BRASIL, 1990c).

Art. 129. São medidas aplicáveis aos pais ou responsável:
I - encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família;
[...]
IV - encaminhamento a cursos ou programas de orientação; [...] (BRASIL, 1990c).

Ainda, uma ordem judicial determinando a internação involuntário-judicial baseou-se na Lei Federal n.º 10.216/01, que institui os direitos das pessoas com sofrimento psíquico e redireciona o modelo de atenção. Especificamente, foi citado o artigo 4º dessa Lei, a saber:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.
§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.
§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (BRASIL, 2001).

No que se refere à relação entre o tempo de internação e o tipo de internação, dos 36 sujeitos que estiveram internados e tiveram alta durante o período do estudo, o tempo médio de internação para as internações psiquiátricas voluntárias foi de 32,6 dias, para as involuntárias foi de 32,1 dias, e para as involuntário-judiciais foi de 31,2 dias. Se tomarmos as internações que ainda estavam em curso, e considerando que não havia internações voluntárias ao término do trabalho de campo, o tempo médio de internação para as

internações psiquiátricas involuntárias passa a ser de 30,2 dias, e para as involuntário-judiciais, de 49 dias.

Os responsáveis legais que acompanharam o ato dessas internações foram diversos. Das 45 crianças e adolescentes internados, 36 foram acompanhados por parentes (25, por suas mães, cinco, por seus pais, dois, por suas tias, um, por seu tio, um, pela sua avó, um, pela sua irmã, e um, pelo seu padrasto); oito foram conduzidos por técnicos ou de equipamentos da saúde, ou da justiça, ou de organizações não governamentais (um, da Fundação CASA, seis, de Casas Abrigo, e um, de associação não governamental); e o registro de um sujeito declarava que ele estava desacompanhado no momento da internação. Importante notar que, apesar de se haver verificado que um número significativo de sujeitos estava acompanhado pelos parentes no ato da internação, isso não necessariamente significava a existência de vínculos familiares fortes ou de uma rede social, conforme observado em campo.

A procedência dos sujeitos encaminhados para a internação foi bastante diversa, conforme o Quadro 3:

Quadro 3 – Distribuição de sujeitos conforme local de procedência e âmbito no sistema do local de procedência;

Âmbito	Local de procedência	Nº de sujeitos por local
Prefeituras	Prefeituras / Secretarias Municipais de Saúde (via Departamento Regional de Saúde)	1
	Prefeituras / Secretarias Municipais de Saúde (via serviço indiscriminado)	3
	Prefeituras / Secretarias Municipais de Saúde (via UBS)	2
	Prefeituras / Secretarias Municipais de Saúde (via UPA)	2
Determinações judiciais	Órgão Judicial (via Vara Criminal Anexo da Infância e Juventude)	2
Serviços de saúde mental pertencentes à RAPS	CAPSi	4
	CAPS-I	3
	CAPS-II	1
	CAPSad	1
Serviços de saúde mental não pertencentes à RAPS	CAISM	4
	Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAISM)	1
Outros serviços de saúde e portas de entrada no sistema	Hospital Geral Estadual	1
	Hospital de Especialidades Estadual	1
	Hospital Geral Municipal	6
	Hospital de Especialidades Regional	1
	Complexo Ambulatorial	1
	UBS	1
	UPA	7
Serviços de assistência social	Entidades não governamentais	1
	Casa Abrigo	2

Merece destaque que, dos 45 sujeitos internados, 32 foram encaminhados diretamente de serviços de saúde; oito, de Prefeituras / Secretarias Municipais de Saúde via serviços de saúde; três, de serviços vinculados à assistência social; e dois, de órgãos judiciais. Dentre os 32 sujeitos que foram encaminhados diretamente de serviços de saúde, importante notar que, nove, eram procedentes de Hospitais; sete, de UPAs; e um, de UBS – que talvez sejam, nesses casos, portas de entrada no sistema de saúde. Ainda, dentre as 32 procedências de serviços de saúde, nove eram relativas aos serviços estratégicos de atenção psicossocial pertencentes à RAPS, a saber, CAPSi, CAPS-I, CAPS-II e CAPSad, e cinco eram relativas aos serviços de saúde mental não vinculados à RAPS, o CAISM e o PAISM.

Além disso, é importante notar que aquelas dez internações involuntário-judiciais registradas na instituição, já mencionadas anteriormente, não necessariamente tiveram como procedência os referidos órgãos judiciais e as Prefeituras / Secretarias Municipais de Saúde, já que o mandado judicial para internação involuntário-judicial pode ser dirigido para o Município onde o sujeito é residente ou para a instituição à qual ele é ou será vinculado. A título de esclarecimento, dos dez sujeitos com internações involuntário-judiciais registradas em prontuário, três são provenientes de Prefeituras / Secretarias Municipais de Saúde; dois, de CAISM; um, de órgão judicial; um, de CAPS-I; um, de CAPS-II; um, de CAPSad; e um, de CAPSi. Considerando o cenário da reforma psiquiátrica, são particularmente graves as últimas quatro situações de internação involuntário-judiciais, visto que a procedência são serviços de atenção psicossocial inseridos na RAPS.

6.1.3 Os motivos alegados pela instituição psiquiátrica para a internação de crianças e adolescentes

As informações relativas aos motivos de internação foram encontradas em dois documentos: Ficha de Admissão/Anamnese e Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar. Os itens assinalados nos documentos como “queixa principal e duração”, “história atual da doença”, “principais sintomas clínicos”, “diagnóstico médico inicial” e “condições que justificam a internação” são os que apresentam os dados que indicam o motivo para a internação na instituição psiquiátrica. Importante destacar que, na maioria dos casos, os respondentes foram os responsáveis legais do sujeito ou os responsáveis pela internação – no caso de sujeitos advindos de instituições. A exceção se fez para duas

crianças e/ou adolescentes que, ao que o texto indica, foram escutados em relação ao item “história atual da doença”; no que se refere aos demais itens, não houve nenhum registro de informações obtidas diretamente dos sujeitos em vias de internação.

Aqui, para organização dos dados e em um horizonte de buscar apreender no documento o contexto do autor do texto, ou seja, a própria linguagem da instituição psiquiátrica, optou-se por arranjar as informações em aspectos apresentados a partir das próprias noções da psicopatologia e da semiologia psiquiátrica (DALGALARRONDO, 2008).

6.1.3.1 Queixa principal e duração

Em relação ao item da Ficha de Admissão/Anamnese nomeado de “queixa principal e duração”, dos 45 prontuários, nove não apresentavam qualquer informação, estando o espaço referente a essa questão em branco, mas nos outros 36 havia alguma indicação.

Para a apresentação e o exame dos dados de modo mais preciso, esses 36 prontuários foram analisados a partir da própria psicopatologia e da semiologia psiquiátrica, em dois momentos distintos. Primeiramente, preservando a integridade dos dados tal como foram registrados em cada um dos prontuários, foi feito um levantamento de quais são os conjuntos de aspectos referentes à “queixa principal e duração” mais frequentes. Ou seja, conservando a expressão literal registrada em cada um dos prontuários, manteve-se o arranjo de aspectos apresentados nesse item “queixa principal e duração” (que, por vezes, era mais de um) e observou-se se havia mais de um prontuário com o exato mesmo arranjo de aspectos; vale destacar que alguns prontuários apresentavam apenas um aspecto referente a esse item. O Quadro 4 apresenta os conjuntos de aspectos que se repetem em diferentes prontuários.

Em um segundo momento do exame dos dados, foi contabilizado o número de vezes em que cada um dos aspectos referentes ao item “queixa principal e duração”, considerado em separado dos demais aspectos de um mesmo prontuário, foram mencionados. Ou seja, ao invés da expressão literal registrada no prontuário, foram considerados individualmente cada um dos aspectos dessa expressão, gerando, na maioria das vezes, mais de um aspecto por prontuário; em seguida, foi contabilizado o número total de vezes que cada um dos aspectos foi mencionado. A frequência de cada um desses aspectos é apresentada no Quadro 5.

Assim, se o primeiro momento do exame dos dados possibilitou a compreensão de quais eram os aspectos mais frequentes com uma apresentação dos registros de cada um dos 36 prontuários na íntegra, o segundo momento permitiu a visão acerca de quais aspectos, isolados um dos outros, eram, no geral, mais mencionados como “queixa principal e duração”.

Além disso, acerca desse conjunto de aspectos referentes a esse item do prontuário, é importante ressaltar que, ao menos em parte, as informações registradas eram afirmadas pelos acompanhantes das crianças e dos adolescentes. Ainda, que é muito provável, considerando as expressões registradas, que o médico psiquiatra fazia uma decodificação do que os acompanhantes relatavam, traduzindo em uma linguagem, por vezes, mais técnica.

Então, considerando o primeiro momento do exame de dados, pode-se notar que, no conjunto dos 36 prontuários, no item “queixa principal e duração” o número maior de referências foi feito para a combinação dos aspectos que diziam respeito à alteração da volição referente ao par agressividade/periculosidade e à alteração da psicomotricidade. Em segundo lugar, o aspecto isolado da alteração da volição referente ao par agressividade/periculosidade foi o mais mencionado, tendo sido registrado em seis prontuários, conforme Quadro 4:

Quadro 4 – Frequência da relação entre os conjuntos de aspectos do item “queixa principal e duração” e o número de prontuários que registram esses conjuntos de aspectos, acompanhada da transcrição da expressão literal anotada em cada prontuário;

Conjuntos de aspectos do item “queixa principal e duração”	Número de prontuários com o registro dos conjuntos de aspectos	Expressão literal registrada por prontuário
Alteração da volição (agressividade/periculosidade) e alteração da psicomotricidade	9	“Agitação e agressividade há 30 dias”
		“Agitação e agressividade há mais de um mês”
		“Agitação e agressividade há vários meses”
		“Agitação e agressividade”
		“Agitação psicomotora e hetero agressividade há cerca de um ano”
		“Agressividade e agitação psicomotora”
		“Alterações de comportamento, agitação psicomotora, heteroagressividade”
		“Agitação e agressividade há 20 dias”
		“Agressividade e agitação psicomotora e automutilação”
Alteração da volição (agressividade/periculosidade)	6	“esquizofrênico... tentando matar a irmã”
		“Auto e heteroagressividade”
		“Agressividade”
		“Comportamento bizarro e agressivo no ambiente escolar”
		“Vem apresentado episódios com liberação de auto e heteroagressividade intensos com ideação suicida e homicida”
		“Agressivo...com facas’ há 25 dias”

Importante notar que esses dois aspectos (alteração da volição e alteração da psicomotricidade) dizem respeito à alteração de comportamento de modo geral, o que indica que o registro de “queixa principal e duração” como motivo para a internação mais frequente é referente à ideia de que determinados tipos de comportamento são passíveis de queixa, e, logo, de diagnóstico e de internação.

Ademais, é significativo que, em terceiro lugar, empatados em número de frequência, foram registrados, em dois prontuários, a referência à alteração de comportamento (entendida de modo amplo) e, em outros dois, a menção à determinação judicial; também, em terceiro lugar, foi registrado, em dois prontuários, a alteração do juízo de realidade e, em outros dois, a combinação de três aspectos diferentes, sendo esses a alteração da volição (agressividade/periculosidade), a alteração do juízo de realidade e a alteração da sensopercepção. Segue a continuação do Quadro 4:

Continuação do Quadro 4 - Frequência da relação entre os conjuntos de aspectos do item “queixa principal e duração” e o número de prontuários que registram esses conjuntos de aspectos, acompanhada da transcrição da expressão literal anotada em cada prontuário;

Conjuntos de aspectos do item “queixa principal e duração”	Número de prontuários com o registro dos conjuntos de aspectos	Expressão literal registrada por prontuário
Alteração do comportamento geral	2	“Alteração de comportamento há vários anos”
		“Inadequação de comportamento há 2 meses”
Determinação judicial para a internação	2	“Paciente retorna a esta instituição por ordem judicial”
		“Ordem judicial”
Alteração do juízo de realidade	2	“Persecutório há aproximadamente dois meses”
		“Delírios persecutórios”
Alteração da volição (agressividade/periculosidade), alteração do juízo de realidade e alteração da sensopercepção	2	“Agressividade auto e hetero dirigida, delírio persecutório, alucinações visuais e auditivas”
		“Há uma semana, alucinações, delírio, agressividade”

Assim, dos 36 prontuários considerados, 23 apresentaram alguma coincidência no conjunto dos aspectos do item “queixa principal e duração”, sendo significativo notar que havia uma conformidade maior de registro de aspectos relativos à alteração de comportamento. Ademais, é revelador que, em dois desses 36 prontuários, o único aspecto

registrado como “queixa principal e duração” dizia respeito à determinação judicial para a internação.

Os registros do item “queixa principal e duração” dos demais 13 prontuários não coincidiam uns com os outros; desses 13 prontuários, vale destacar a menção, em um prontuário, à impossibilidade de o sujeito ser acompanhado em um CAPS, um serviço estratégico da RAPS, tendo sido encaminhado para a instituição em questão com a seguinte queixa: “sem possibilidade de tratamento em CAPS”.

Em relação aos dados trabalhados no segundo momento, no qual cada um dos aspectos registrados no item “queixa principal e duração” foi separado dos demais aspectos de um mesmo prontuário, observou-se, mais uma vez, como o aspecto mais frequente a referência à alteração da volição (agressividade/periculosidade). Esse aspecto foi citado em 23 prontuários, dentre os 36 analisados, através de um conjunto de expressões diversas – visto que cada prontuário apresenta uma expressão distinta, tal como pode ser conferido no Quadro 5:

Quadro 5 – Frequência da relação entre os aspectos do item “queixa principal e duração” e o número de prontuários que registram esses aspectos, acompanhada da frequência da relação entre a expressão literal anotada em cada prontuário e o número de prontuários que registram a expressão;

Aspecto do item “queixa principal e duração”	Número de prontuários com o registro do aspecto	Expressão literal registrada por prontuário	Número de prontuários com o registro da expressão
Alteração da volição (agressividade/periculosidade)	23	“Agressividade”	11
		“Heteroagressividade”	3
		““Esquizofrênico... tentando matar a irmã”	1
		“Auto e heteroagressividade”	1
		“Agressividade e automutilação”	1
		“Comportamento bizarro e agressivo no ambiente escolar”	1
		“Vem apresentado episódios com liberação de auto e heteroagressividade intensos com ideação suicida e homicida”	1
		“Agressividade auto e hetero dirigida”	1
		“[Ouve vozes mandando] se machucar, bater a cabeça”	1
		“Agressividade heterodirigida”	1
		“Tem crises quando quebra tudo já quebrou toda a casa”	1

Esse dado precisa ser olhado com a devida atenção e sincronicamente com os demais registros e com as anotações do Diário de Campo. Sendo assim, é necessário primeiro apresentar os demais dados e os resultados do trabalho de campo para que essa questão possa ser discutida em sua complexidade.

O segundo aspecto mais registrado nos 36 prontuários como “queixa principal e duração” referiu-se à alteração da psicomotricidade – que também está no âmbito de uma alteração comportamental –, com 11 ocorrências no total. A seguir, ocupando o terceiro lugar em frequência, estão os aspectos de alteração do juízo de realidade e alteração da sensopercepção, tendo sido declarados como “queixa principal e duração”, cada um, em sete prontuários – informações indicadas na continuação do Quadro 5:

Continuação do Quadro 5 – Frequência da relação entre os aspectos do item “queixa principal e duração” e o número de prontuários que registram esses aspectos, acompanhada da frequência da relação entre a expressão literal anotada em cada prontuário e o número de prontuários que registram a expressão;

Aspecto do item “queixa principal e duração”	Número de prontuários com o registro do aspecto	Expressão literal registrada por prontuário	Número de prontuários com o registro da expressão
Alteração da psicomotricidade	11	“Agitação”	6
		“Agitação psicomotora”	5
Alteração do juízo de realidade	7	“Delírio persecutório”	4
		“Delírio”	2
		“Persecutório”	1
Alteração da sensopercepção	7	“Alucinações”	2
		“Alucinações visuais”	2
		“Alucinações auditivas”	1
		“Alucinações visuais e auditivas”	1
		“Ouve vozes”	1

O quinto aspecto mais frequente dizia respeito à alteração de comportamento geral, mencionada em cinco prontuários. Vale destacar que, se considerados os aspectos de cada prontuário em seu próprio conjunto (tal como foi feito no primeiro momento do exame dos dados), desses cinco prontuários que mencionaram a alteração de comportamento de modo geral, três assinalaram também o aspecto da alteração da volição com relação à questão da agressividade/periculosidade. Isso significa que, em três casos, a alteração de comportamento tinha correspondência com a alteração da volição. Porém, também significa que, nos outros dois casos, mesmo a alteração de comportamento dita de modo amplo pode ser definida, para a instituição, como uma “queixa principal”.

Ainda, considerando a determinação judicial para a internação como um dos aspectos, a menção a essa questão foi feita em quatro prontuários. Outros dois aspectos, com dois registros cada, foram mencionados no conjunto dos prontuários: não adesão a outros serviços de atenção, e alteração do estado de consciência, conforme continuação do Quadro 5:

Continuação do Quadro 5 – Frequência da relação entre os aspectos do item “queixa principal e duração” e o número de prontuários que registram esses aspectos, acompanhada da frequência da relação entre a expressão literal anotada em cada prontuário e o número de prontuários que registram a expressão;

Aspecto do item “queixa principal e duração”	Número de prontuários com o registro do aspecto	Expressão literal registrada por prontuário	Número de prontuários com o registro da expressão
Alteração do comportamento geral	5	“Alteração de comportamento”	2
		“Distúrbio de comportamento”	2
		“Inadequação de comportamento”	1
Determinação judicial para a internação	4	“Vem sob determinação judicial”	2
		“Paciente retorna a esta instituição por ordem judicial”	1
		“Ordem judicial”	1
Não adesão a outros serviços de atenção	2	“Não adere ao tratamento”	1
		“Sem possibilidade de tratamento em CAPS”	1
Alteração do estado da consciência	2	“Insônia”	2

Por fim, como “queixa principal e duração” foram registrados uma vez cada os seguintes aspectos: referência ao uso de álcool e outras drogas/ dependência de substância química, alteração da afetividade, alteração de volição quanto ao comportamento sexual, e alteração da sensibilidade, conforme continuação e fim do Quadro 5:

Continuação do Quadro 5 – Frequência da relação entre os aspectos do item “queixa principal e duração” e o número de prontuários que registram esses aspectos, acompanhada da frequência da relação entre a expressão literal anotada em cada prontuário e o número de prontuários que registram a expressão;

Aspecto do item “queixa principal e duração”	Número de prontuários com o registro do aspecto	Expressão literal registrada por prontuário	Número de prontuários com o registro da expressão
Uso de álcool e outras drogas/ dependência de substância química	1	“Dependência”	1
Alteração da afetividade	1	“Isolacionismo”	1
Alteração de volição (comportamento sexual)	1	“Libido exarcebada”	1
Alteração da sensibilidade	1	“Hipersensibilidade”	1

Assim, tendo em vista todas as informações apresentadas nesse item, e considerando que, ao menos em parte, essas colocações foram relatadas pelos acompanhantes das crianças e dos adolescentes em vias de internação, tem-se um cenário geral sobre quais são as queixas que levam o sujeito à instituição psiquiátrica. Com efeito, em uma abordagem crítica e dialética, considerando que o aspecto mais registrado referiu-se à alteração da volição em relação ao par agressividade/periculosidade, é preciso questionar se isso não seria uma demanda social pela internação e segregação dessas crianças e adolescentes.

6.1.3.2 História atual da doença

No que diz respeito ao item “história atual da doença”, informação presente na Ficha de Admissão/Anamnese, todos os 45 prontuários continham esse dado, que consistia, na maioria dos documentos, em um agrupamento de descrições de diferentes aspectos relacionados à história da doença dos sujeitos e à história de como chegaram à instituição psiquiátrica em questão. Em quatro prontuários, nesse item havia apenas uma transcrição do encaminhamento feito por outra instituição de saúde mental, sem nenhuma informação adicional feita pelo próprio médico psiquiatra que estava realizando a internação. Assim, desconsiderando esses quatro prontuários, foram analisados os dados de 41 prontuários.

Para a apresentação e análise dessas informações, considerando que cada prontuário trata da “história atual da doença” de cada sujeito em vias de internação, em um primeiro momento, buscando preservar a unidade dos dados, optou-se por apresentar cinco transcrições na íntegra do item “história atual da doença”; estas histórias indicam como a instituição transforma em narrativa de uma doença aquilo que o sujeito, ou o familiar, ou o profissional que acompanha o sujeito conta como história de vida.

Em um segundo momento, os diferentes aspectos dos 41 registros da “história atual da doença” foram identificados e separados do conjunto de outros aspectos, com a intenção de fazer notar quais temas e quais aspectos eram mencionados com maior frequência. Vale destacar que, ainda que tivesse sido registrado mais de uma vez um mesmo aspecto em um prontuário, tal aspecto foi contabilizado apenas uma vez por prontuário – visto que se trata de entender em quantos prontuários tal aspecto é registrado –, e, ainda, ressaltar que nesse item específico, considerando a extensão dos dados, os aspectos foram considerados e apresentados nesse estudo em sua frequência, mas sem o acompanhamento da expressão literal registrada.

Isso posto, visando a compreensão mais global sobre como é produzida a narrativa da doença no item “história atual da doença”, cinco transcrições ilustrativas dessa situação são

apresentadas no Quadro 6. Na primeira transcrição o próprio sujeito em via de internação respondeu a uma parte das questões e um familiar fez complementações. Na segunda e na terceira histórias relatadas, os respondentes foram os acompanhantes familiares de cada um dos sujeitos. Já na quarta e na quinta transcrições, um acompanhante da instituição de origem do sujeito foi entrevistado. A seguir, o Quadro 6:

Quadro 6 – Amostragem de histórias informadas no item “história atual da doença”;

Informante da história	Texto literal registrado no item “História atual da doença”
História informada em parte pelo sujeito e em parte por um familiar acompanhante	“Dênis tem 14 anos, diz que antes de um ano de idade vivia amarrado no berço, comia fezes de fome, batiam nele. A tia denunciou ao conselho tutelar e depois pegou a guarda do mesmo. Ele demorou para andar (3 anos), falar (4 anos e meio). Teve dificuldade para acompanhar os colegas estando na 7ª série, saber ler, não saber fazer conta. Fez acompanhamento psicológico. Em maio do ano passado mudou de cidade e disse que foi ameaçado pelo vizinho. Após isto começou a ficar nervoso, foge para o mato, começa a dar ordem na escola, diz que tem gente perseguindo ele, não dorme direito.”
Histórias informadas por um familiar acompanhante	<p>“Informa a madrasta do paciente que ele tem 14 anos e até os 7 anos ‘era uma criança normal’. Nesta época a mãe morreu ele estando dormindo com ela, e o pai deixou ele com a tia materna o que fez com que iniciasse a ficar agressivo. O pai casou a cinco anos passados e o ano passado pediu para voltar a morar com o pai, porém continuou agressivo e após seis meses foi morar com uma irmã por parte de mãe. O marido da irmã agrediu ela e ele o agrediu, tendo retornado para a casa do pai. Continuou agressivo, inclusive na escola e por motivo de agressividade foi avaliado no CAPS e chegando em casa ingeriu toda a medicação, também se cortou, ele pediu ajuda e o trouxeram para internação.”</p> <p>“Informa a avó que também é a mãe adotiva, que Leandro desde pequeno era rebelde, ao começar a frequentar a escola sempre vinha reclamação. Aos 10 anos começou a roubar. Foi internado pela primeira vez em 2011 por determinação judicial por estar brigando e roubando e pegou a faca para agredir o companheiro da avó. Após isso teve mais duas internações aqui neste hospital, saindo da última internação em fevereiro desse ano. Nos primeiros dias estava melhor, mas nega-se a tomar medicação. Agora está agressivo, fica agitado, furta as coisas em casa e não vai a escola.”</p>
Histórias informadas por um profissional acompanhante	<p>“Vem com relatório de atendimento do lar São Francisco de presidente prudente... com relatório da equipe que o acompanhou relatando limitações cognitivas, deambulação limitada devido a malformação congênita; discurso coerente sem alterações da sensibilidade, percepção, pensamento organizado... o paciente não está em crise que caracterize urgência e ou emergência. Tem relatório do departamento municipal de saúde com EEG com registros de ondas lentas na região temporal esquerda...apresenta crises diárias de agressividade física quebrando tudo em casa e pegando arma branca contra a família... a tia avó, que tem sua guarda definitiva, refere muita violência, exibe extenso hematoma em deltoide direito consequente a agressão sofrida. Frequenta a APAE há dois anos, consegue ler com dificuldade, não consegue realizar operações matemáticas simples... nasceu com PC.”</p> <p>“Segundo a assistente social do abrigo, ele tem 12 anos e há aproximadamente 2 anos faz tratamento psiquiátrico. ‘Ele tem um nervoso que não aceita não e quebra tudo. Tem compulsividade para comer’. Refere que agrediu outras pessoas, até já machucou com garfo outro colega. Esta é a primeira internação em HP. Estava em uso de Ritalina e Levomepromazina.”</p>

Na leitura transversal das narrativas é significativo notar como as histórias são transformadas em casos. Todas as narrativas se desenrolam citando um conjunto de fatos que indicam, no limite, que a criança ou o adolescente em questão deve ser internado; isso até na ocasião em que, por exemplo, na quarta história apresentada, está expressamente escrito que “o paciente não está em crise que caracterize urgência e ou emergência”, já que mesmo nessa situação específica a história foi desdobrada de tal modo que enfatizou uma situação de violência perpetrada pelo sujeito, determinando a necessidade da internação.

Ademais, é evidente a pobreza ou mesmo a inexistência de outros fatos que não aqueles relacionados com a possibilidade de criar uma justificativa para a internação. De modo geral, as histórias contadas nesse item tratam de ilustrar como, no desenvolvimento de cada uma dessas crianças e/ou adolescentes, já são apresentados traços de comportamento, de violência – sofrida e perpetrada pelo sujeito –, de incapacidade, de impossibilidade de convivência com outras pessoas, entre outros traços, que seguem a direção de criar um sujeito com um desvalor substancial. Aqui, mais uma vez, a noção de agressividade e o par que esta faz com a ideia de periculosidade social têm papel central na demarcação de uma história da doença. Com efeito, sendo esses os elementos que, para a instituição e para o médico psiquiatra, definem uma história da doença, torna-se passível de questionar qual é o objeto da psiquiatria.

Em um segundo momento, considerando todos os aspectos dos 41 registros em prontuário do item “história atual da doença”, foram contabilizados 36 aspectos diferentes que foram assinalados pelo profissional médico psiquiatra como parte da história atual da doença.

O aspecto registrado mais frequentemente foi o da alteração da volição com relação à questão da agressividade e periculosidade, tendo sido mencionado em 25 dos 41 prontuários. Em seguida, a referência direta de passagem anterior por outro serviço de saúde mental foi feita em 23 prontuários. Em terceiro lugar, está a menção ao uso anterior de fármacos, com 21 registros, e, em quarto lugar, a referência a um histórico de alteração da volição relacionada ao par agressividade/periculosidade, presente em 15 prontuários. Aqui, cabe diferenciar o que se definiu como aspecto de alteração da volição com relação ao par agressividade/periculosidade, da referência a um histórico de alteração da volição com relação ao par agressividade/periculosidade: no primeiro caso, estava registrado o momento atual, e no segundo caso se fazia menção a outras experiências na vida do sujeito com relação a esse aspecto.

O quinto aspecto registrado com maior frequência, em um total de 14 vezes, diz respeito ao uso de álcool e outras drogas e/ou dependência de substâncias químicas. Com isso, tem-se que os cinco aspectos mais frequentemente registrados no item “história atual da doença” dizem respeito à questão da agressividade e periculosidade (atual e anterior), à passagem anterior por outros serviços de saúde mental, possivelmente acompanhada do uso de fármacos, e ao uso de substâncias químicas. Tais dados são significativos em seu conjunto, pois apontam para certa tendência a formulação de um perfil de quem é a criança ou o adolescente que será internado: alguém que apresenta um comportamento dito agressivo, que já necessitou anteriormente de outros serviços e de fármacos, e que faz uso de substâncias químicas consideradas ilícitas e, ainda que lícitas, proibidas para a sua idade. Ou seja, parece ser traçado como perfil central um sujeito que rompe com as normas sociais, conforme registrado no Quadro 7:

Quadro 7– Frequência da relação entre os aspectos do item “história atual da doença” e o número de prontuários que registram esses aspectos;

Aspecto da “história atual da doença”	Número de prontuários com o registro do aspecto
Alteração da volição (agressividade/periculosidade)	25
Passagem por outro serviço de saúde mental	23
Uso anterior de fármacos	21
Referência a histórico de alteração da volição (agressividade/periculosidade)	15
Uso de álcool e outras drogas/ dependência de substância química	14

Os três aspectos seguintes mais citados dizem respeito à alteração do estado de consciência, alteração da sensopercepção e alteração do juízo de realidade, tendo sido os dois primeiros registrados em 12 prontuários e, o terceiro, em 11 prontuários; tais aspectos, em particular os dois últimos, dizem respeito a manifestações de sinais e sintomas. A esses, seguem outros três: referência a histórico de relacionamentos e dinâmica familiar (em 11 prontuários), passagem por serviços de assistência social (em 10 prontuários) e referência a um histórico de escolarização (em 10 prontuários); já esses três aspectos retomam certo contexto de vida do sujeito, de suas relações e dos lugares que frequenta. Aqui, o registro desse item se torna paradoxal: apesar de denominado de “história atual da doença”, os aspectos mais frequentes registrados nos prontuários são alheios a uma noção de doença tal como é costumeiramente entendida na lógica médica, mas, mesmo assim, ao final de cada um dos registros em prontuário, o que se tem é a criação de uma narrativa que enfatiza uma

história da doença. Novamente, esses dados incitam a reflexão sobre como, no ato de internação, são construídos os mecanismos que a efetivam. Essas informações podem ser conferidas na continuação do Quadro 7:

Continuação do Quadro 7– Frequência da relação entre os aspectos do item “história atual da doença” e o número de prontuários que registram esses aspectos;

Aspecto da “história atual da doença”	Número de prontuários com o registro do aspecto
Alteração do estado de consciência	12
Alteração da sensopercepção	12
Alteração do juízo de realidade	11
Referência à relacionamentos e dinâmica familiar	11
Passagem por serviços de assistência social	10
Referência à escolarização	10

Dando seguimento, todos os outros 23 aspectos registrados foram mencionados menos de 10 vezes cada, no conjunto dos 41 prontuários. Nesse contexto, foram mencionados os aspectos referente às seguintes alterações: da psicomotricidade, do comportamento em relação à vida social, do apetite e da afetividade. E, na sequência, foram registradas cinco menções à alteração da inteligência; cinco, à referência a um histórico de violência sócio familiar; e, outras cinco à questão do antecedente de adoecimento pessoal, tal como pode ser observado na continuação do Quadro 7:

Continuação do Quadro 7– Frequência da relação entre os aspectos do item “história atual da doença” e o número de prontuários que registram esses aspectos;

Aspecto da “história atual da doença”	Número de prontuários com o registro do aspecto
Alteração da psicomotricidade	9
Alteração de comportamento (vida social)	7
Alteração de comportamento (apetite)	6
Alteração da afetividade	5
Alteração da inteligência	5
Referência a histórico de violência sócio-familiar	5
Antecedente de adoecimento pessoal	5

Todos os demais aspectos foram registrados menos de cinco vezes, considerando os 41 prontuários, conforme ilustrado na continuação e fim do Quadro 7:

Continuação do Quadro 7– Frequência da relação entre os aspectos do item “história atual da doença” e o número de prontuários que registram esses aspectos;

Aspecto da “história atual da doença”	Número de prontuários com o registro do aspecto
Alteração do desenvolvimento neuropsicomotor	4
Alteração de comportamento (autocuidado)	4
Passagem por outros serviços de saúde	4
Alteração de comportamento geral	3
Passagem por serviço socioeducativo (Fundação CASA)	3
Determinação judicial para internação	3
Referência a histórico de alteração da psicomotricidade	2
Referência a histórico de alteração da volição (comportamento sexual)	2
Referência a histórico de alteração do estado de consciência	2
Alteração da volição (comportamento sexual)	2
Passagem por outro serviço de saúde mental por determinação judicial	1
Antecedente patológico familiar	1
Diagnóstico psiquiátrico anterior	1
Referência a histórico de alteração do juízo de realidade	1
Referência ao envolvimento com tráfico de drogas	1
Trabalho	1
Expressão: “não há sintomas psicóticos”	1
Expressão: “não está em crise que caracterize urgência”	1

Ademais, importa mencionar que, agregando os dados já apresentados no Quadro 7 em temas mais amplos, algumas temáticas se destacam. Assim, além das 25 menções dos aspectos acerca da alteração da volição com relação à agressividade/periculosidade, dos 15 registros do histórico de alteração da volição com relação à agressividade/periculosidade e das 14 referências ao uso de álcool e outras drogas/ dependência de substância química, é significativo que, no total, são feitas 40 menções a passagens por outras instituições (das quais 23 se referem a serviços de saúde mental, dez, de assistência social, quatro, de saúde, e três pela Fundação Casa). Assim, em conjunto, esses parecem ser alguns dos aspectos que a instituição define como elementos que indicam uma situação de internação.

Por fim, chamam atenção as duas expressões escritas em dois prontuários diferentes no item “história atual da doença”: “não há sintomas psicóticos” e “não está em crise que caracterize urgência”, sendo necessário questionar como justificou-se, então, a internação dessas crianças e/ou adolescentes.

6.1.3.3 Principais sinais e sintomas clínicos

Em relação ao item “principais sinais e sintomas clínicos”, presente no documento Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar emitido pela instituição psiquiátrica, todos os 45 prontuários continham alguma informação. Contudo, em um dos prontuários não havia referência específica aos sinais e sintomas clínicos, constando apenas uma referência temporal com a seguinte expressão literal: “paciente com sintomatologia psicótica há aproximadamente um mês”. Nos demais 44, havia um conjunto de frases com expressões que indicavam os aspectos mencionados como “principais sinais e sintomas clínicos”. Ou seja, diferentemente do item “queixa principal e duração”, no qual constavam nos prontuários apenas um ou poucos aspectos, no item “principais sinais e sintomas clínicos” todos os 44 prontuários analisados continham o registro de mais de um aspecto que indicavam quais eram os “principais sinais e sintomas clínicos”.

Ora, o mesmo procedimento para exame dos dados realizado na análise dos registros do item “queixa principal e duração” foi feito para esse item “principais sinais e sintomas clínicos”. Assim, o Quadro 8, referente ao primeiro momento de análise, diz respeito à frequência dos aspectos assinalados como “principais sinais e sintomas clínicos” considerados na íntegra tal como registrado em cada prontuário; e o Quadro 9, referente ao segundo momento de análise, indica a frequência de cada um dos aspectos registrados como “principais sinais e sintomas clínicos”, desmembrados do conjunto de aspectos de um mesmo prontuário. Dada a extensão das informações desse item específico, a apresentação dos dados daquele primeiro momento de análise – com a observação do arranjo de aspectos em cada prontuário e a coincidência desses arranjos com outros prontuários – é exposta apenas para aqueles registros de prontuários que apresentam coincidência em seu conjunto de aspectos; e deve-se considerar que os demais prontuários apresentam conjuntos de aspectos que não são correspondentes com outros prontuários.

Dessa forma, em um primeiro momento, conforme exposto no Quadro 8, pôde ser notado que, considerando os aspectos em conjunto, a tríade de aspectos referentes à alteração da volição com referência ao par agressividade/periculosidade, à alteração da psicomotricidade e à alteração do juízo de realidade foi a mais registrada, tendo sido mencionada em seis prontuários. O segundo conjunto de aspectos mais registrados, mencionado em três prontuários, dizia respeito à alteração do juízo de realidade. Por fim, em dois prontuários foram registrados como aspectos a alteração da volição (agressividade/periculosidade) combinada com a alteração da psicomotricidade e, em outros

dois prontuários, a única menção aos “principais sinais e sintomas” foi acerca da alteração da volição relacionada com o par agressividade/periculosidade. Todos os demais prontuários apresentavam aspectos que não eram coincidentes com os de outros prontuários. A seguir, o Quadro 8:

Quadro 8 – Frequência da relação entre os conjuntos de aspectos do item “principais sinais e sintomas clínicos” e o número de prontuários que registram esses conjuntos de aspectos, acompanhada da transcrição da expressão literal anotada em cada prontuário;

Conjuntos de aspectos do item “principais sinais e sintomas clínicos”	Número de prontuários com o registro dos conjuntos de aspectos	Expressão literal registrada por prontuário
Alteração da volição (agressividade/periculosidade), alteração da psicomotricidade e alteração do juízo de realidade	6	“Paciente com delírio persecutório, agitação psicomotora, heteroagressividade”
		“Paciente com agitação psicomotora, delírio persecutório, heteroagressividade, ideias suicidas”
		“Paciente em agitação psicomotora, delirante, agressivo”
		“Paciente em agitação psicomotora, delirante, agressivo”
		“Paciente com delírio persecutório, agitação psicomotora, agressividade”
		“Paciente agitado, agressivo, delírios persecutórios”
Alteração do juízo de realidade	3	“Paciente delirante com delírio psicótico”
		“Paciente com delírio psicótico”
		“Em surto psicótico, desenvolvimento de delírio”
Alteração da volição (agressividade/periculosidade e agitação psicomotora)	2	“Paciente apresenta alterações súbitas de comportamento. Está agitado e agressivo”
		“Paciente com agitação psicomotora, heteroagressividade”
Alteração da volição (agressividade/periculosidade)	2	“Paciente com episódio de auto e heteroagressividade. Tem tentativa de suicídio”
		“Paciente com episódio de hetero e auto agressividade”

No segundo momento, considerando os 44 documentos e havendo seus aspectos sido desmembrados do conjunto, foram registrados como “principais sinais e sintomas clínicos” 19 aspectos diferentes, conforme Quadro 9. O aspecto mais registrado nos prontuários dizia respeito à alteração da volição com relação ao par agressividade/periculosidade, tendo sido

mentionado em 35 prontuários como “principais sinais e sintomas”. Tal dado é significativo porque, mais uma vez, apareceu como o aspecto mais registrado no conjunto dos prontuários, conforme indicado no Quadro 9:

Quadro 9 – Frequência da relação entre os aspectos do item “principais sinais e sintomas clínicos” e o número de prontuários que registram esses aspectos, acompanhada da frequência da relação entre a expressão literal anotada em cada prontuário e o número de prontuários que registram a expressão;

Aspecto do item “principais sinais e sintomas clínicos”	Número de prontuários com o registro do aspecto	Expressão literal registrada por prontuário	Número de prontuários com o registro da expressão
Alteração da volição (agressividade/periculosidade)	35	“Heteroagressividade”	8
		“Agressivo”	6
		“Agressividade”	5
		“Auto e heteroagressividade”	4
		“Ideias suicidas”	2
		“Alterações físicas e comportamentais desde a infância, tem entrado fisicamente agressivo com a mãe, ameaçando-a também”	1
		“Heteroagressivo (resiste ao contato)”	1
		“Agressivo... difícil controle”	1
		“Agressividade social-familiar”	1
		“Desde 05 anos comportamento com história de heteroagressividade”	1
		“Conduta antissocial, agressivo, desafiador. Apresenta impulsividade, irritabilidade, episódio de heteroagressividade”	1
		“Comportamento com história de agressividade”	1
		“Conduta explosivo e inadequada, com agressividade crescente”	1
		“Comportamento disruptivo e heteroagressivo”	1
		“Comportamento bastante agressivo e imprevisível”	1

O segundo aspecto mais referido dizia respeito à alteração do juízo de realidade, presente em 19 prontuários, e esse aspecto era seguido, em frequência de registros, pela

menção à alteração da psicomotricidade, com 18 ocorrências. Essas informações podem ser vistas na continuação do Quadro 9:

Continuação do Quadro 9 – Frequência da relação entre os aspectos do item “principais sinais e sintomas clínicos” e o número de prontuários que registram esses aspectos, acompanhada da frequência da relação entre a expressão literal anotada em cada prontuário e o número de prontuários que registram a expressão;

Aspecto do item “principais sinais e sintomas clínicos”	Número de prontuários com o registro do aspecto	Expressão literal registrada por prontuário	Número de prontuários com o registro da expressão
Alteração do juízo de realidade	19	“Paciente com delírio persecutório”	6
		“Persecutório”	4
		“Delirante”	2
		“Paciente delirante com alucinações”	2
		“Paciente com delírio psicótico”	1
		“Em surto psicótico, desenvolvimento de delírio”	1
		“Com vozes de comando e pensamentos delirantes”	1
		“Paciente delirante com delírio psicótico, crítica prejudicada”	1
		“Surto há três dias com delírio de alteração de personalidade e invasão corporal”	1
Alteração da psicomotricidade	18	“Agitação psicomotora”	10
		“Agitado”	3
		“Agitação”	2
		“Hiperatividade”	2
		“Paciente apresenta alterações súbitas de comportamento. Está agitado”	1

O quarto aspecto mais mencionado referiu-se à alteração da inteligência, com o registro de deficiência mental e/ou intelectual, foi feita 12 vezes nesse item, ora de modo mais geral e ora com um diagnóstico definido conforme o CID-10, de acordo com o registrado na continuação do Quadro 9:

Continuação do Quadro 9 – Frequência da relação entre os aspectos do item “principais sinais e sintomas clínicos” e o número de prontuários que registram esses aspectos, acompanhada da frequência da relação entre a expressão literal anotada em cada prontuário e o número de prontuários que registram a expressão;

Aspecto do item “principais sinais e sintomas clínicos”	Número de prontuários com o registro do aspecto	Expressão literal registrada por prontuário	Número de prontuários com o registro da expressão
Alteração da inteligência	12	“Paciente com diagnóstico de deficiência mental”	2
		”Paciente com déficit de inteligência”	1
		“Antecedente de provável convulsão e certo rebaixamento mental e intelectual”	1
		“Paciente com quadro de deficiência mental”	1
		“Déficit cognitivo importante”	1
		“Tem diagnóstico de deficiência mental”	1
		“Retardo mental leve”	1
		“F71”	1
		“DM moderado a grave”	1
		“DM grave, convulsivo”	1
		“DM moderado”	1

O quinto e o sexto aspectos mais registrados diziam respeito não ao sujeito, mas a não adesão a outros serviços de acompanhamento, menção feita em oito prontuários, e à passagem por outras instituições, menção feita em sete prontuários. Tais dados são significativos porque podem apontar para aquilo que é motivo de atenção da instituição para a internação do sujeito, que é a prévia passagem e/ou vinculação com outras instituições do âmbito da saúde, da assistência social e da justiça.

O sétimo aspecto mais registrado referiu-se aos relacionamentos sociais e à dinâmica familiar, com a menção em seis prontuários. Esse dado chama atenção porque, sendo o aspecto mais referido nos prontuários o da alteração da volição com relação ao par agressividade/periculosidade, seria de se esperar que fosse feita menção acerca de em quais relações o sujeito expressa o que é denominado de agressividade, com o significado de periculosidade. No entanto, dos 35 registros do aspecto com referência à agressividade, apenas dois situavam em quais relações sociais o sujeito expressava o fenômeno da agressividade, sendo em um prontuário mencionado que esta relação acontecia com a mãe

desse sujeito, e em outro, de modo muito abrangente, que a agressividade era do âmbito social-familiar. Nesse aspecto específico, o dos relacionamentos sociais e da dinâmica familiar, dos seis registros, cinco trataram da questão de modo mais geral, assinalando a fragilidade das redes sociais e de suporte, e um mencionou especificamente a relação com um irmão, conforme continuação do Quadro 9:

Continuação do Quadro 9 – Frequência da relação entre os aspectos do item “principais sinais e sintomas clínicos” e o número de prontuários que registram esses aspectos, acompanhada da frequência da relação entre a expressão literal anotada em cada prontuário e o número de prontuários que registram a expressão;

Aspecto do item “principais sinais e sintomas clínicos”	Número de prontuários com o registro do aspecto	Expressão literal registrada por prontuário	Número de prontuários com o registro da expressão
Não adesão a outros serviços	8	“Não adere a tratamento ambulatorial”	4
		“Baixa adesão ao tratamento”	1
		“Em CAPSi não tem aderido”	1
		“Comparece semanalmente no ambulatório”	1
		“Resistente ao tratamento no CAPS”	1
Passagem por outras instituições	7	“Veio acompanhando por monitoras da Casa Abrigo”	1
		“Paciente com várias internações anteriores em hospitais psiquiátricos”	1
		“Proveniente da Fundação Casa, via CAISM Vila Mariana”	1
		“Tem história de internação em clínica psiquiátrica ainda neste ano”	1
		“Mora no abrigo”	1
		“Em instituição (Casa Abrigo) desde 01 ano”	1
		“Paciente proveniente do CAISM Vila Mariana”	1
Relacionamentos e dinâmica familiar	6	“Família desagregada”	1
		“Comportamento opositor com irmão”	1
		“Cuidadores não tem continência sobre o paciente”	1
		“Família com dificuldade de continência”	1
		“Desagregação e incontinência familiar”	1
		“Pouca aderência social”	1

Em oitavo lugar, empatados em número de vezes em que foram mencionados nos prontuários, com cinco registros cada, estão os seguintes aspectos: alteração de comportamento geral, alteração da sensopercepção, e uso de álcool e drogas/ dependência de substâncias químicas; destaca-se o fato de que um dos prontuários que mencionava o uso de álcool e outras drogas referia que, a esse uso, estava associado um aspecto de alteração da inteligência. Ademais, acerca desses dados, é importante assinalar que, tendo em vista que cinco prontuários continham o registro de alteração de comportamento geral e outros 35 a menção a alteração da volição com relação ao par agressividade/periculosidade, pode-se considerar que, dos 44 prontuários, 40 fazem referência à alteração de comportamento no item “principais sinais e sintomas”. Abaixo, segue continuação do Quadro 9:

Continuação do Quadro 9 – Frequência da relação entre os aspectos do item “principais sinais e sintomas clínicos” e o número de prontuários que registram esses aspectos, acompanhada da frequência da relação entre a expressão literal anotada em cada prontuário e o número de prontuários que registram a expressão;

Aspecto do item “principais sinais e sintomas clínicos”	Número de prontuários com o registro do aspecto	Expressão literal registrada por prontuário	Número de prontuários com o registro da expressão
Alteração do comportamento geral	5	“Comportamento bizarro e inadequado na escola”	1
		“Comportamento inadequado”	1
		“Distúrbio de comportamento”	1
		“Comportamento desorganizado”	1
		“Comportamento alterado”	1
Alteração da sensopercepção	5	“Com alucinações”	2
		“Paciente com alucinação auditiva e visual”	1
		“Com sinais de alucinações visuais e auditivas”	1
		“Alucinações auditivas”	1
Hábitos (uso de álcool e drogas)/ dependência de substância química	5	“Usa álcool e drogas”	1
		“Uso crescente de múltiplas drogas”	1
		“[diagnóstico de deficiência mental associado ao] abuso de maconha”	1
		“Paciente dependente químico”	1
		“Dependência de múltiplas drogas”	1

A questão da determinação judicial para a internação foi mencionada em quatro prontuários, sendo esse o nono aspecto mais registrado, mas, com significativa relação ao aspecto de passagem por outras institucionais. Em décimo lugar na frequência de registros, estão a menção ao uso de fármacos em um momento anterior àquele da internação, e a referência a alteração da afetividade, cada qual com três registros em prontuário; ora, é de se estranhar que o segundo aspecto, a alteração da afetividade, fosse tão pouco mencionado nesse âmbito dos sinais e sintomas clínicos. Em seguida, foram mencionados, duas vezes cada, os aspectos de antecedentes patológicos familiares e antecedentes patológicos pessoais. Segue continuação do Quadro 9:

Continuação do Quadro 9 – Frequência da relação entre os aspectos do item “principais sinais e sintomas clínicos” e o número de prontuários que registram esses aspectos, acompanhada da frequência da relação entre a expressão literal anotada em cada prontuário e o número de prontuários que registram a expressão;

Aspecto do item “principais sinais e sintomas clínicos”	Número de prontuários com o registro do aspecto	Expressão literal registrada por prontuário	Número de prontuários com o registro da expressão
Determinação judicial para internação	4	“Vem sob determinação judicial”	2
		“Internado por determinação judicial”	1
		“Vem com determinação judicial”	1
Uso de fármacos	3	“Vem recusando a medicação”	2
		“Sem melhora com medicações propostas em nível ambulatorial”	1
Alteração da afetividade	3	“Depressividade”	1
		“Isolacionismo”	1
		“Humor errado”	1
Antecedentes patológicos familiares	2	“Irmão faz tratamento psiquiátrico”	1
		“Mãe com transtorno mental”	1
Antecedentes patológicos pessoais	2	“Crise convulsiva desde criança”	1
		“Alterações físicas e comportamentais desde a infância”	1

Por fim, outros aspectos foram mencionados apenas uma vez cada, sendo eles: alteração de volição referente ao comportamento sexual, alteração do apetite, alteração da afetividade, alteração do estado de consciência e alteração do pensamento, conforme continuação e fim do Quadro 9:

Continuação do Quadro 9 – Frequência da relação entre os aspectos do item “principais sinais e sintomas clínicos” e o número de prontuários que registram esses aspectos, acompanhada da frequência da relação entre a expressão literal anotada em cada prontuário e o número de prontuários que registram a expressão;

Aspecto do item “principais sinais e sintomas clínicos”	Número de prontuários com o registro do aspecto	Expressão literal registrada por prontuário	Número de prontuários com o registro da expressão
Alteração do estado de consciência	1	“Insone”	1
Alteração da volição (comportamento sexual)	1	“Hipersexualidade”	1
Alteração de comportamento (apetite)	1	“Apetite aumentado”	1
Alteração do pensamento	1	“Desorganização do pensamento”	1

6.1.3.4 Diagnóstico médico inicial

Uma informação significativa presente na Ficha de Admissão/Anamnese e replicada na Folha de Rosto do Prontuário dizia respeito ao “diagnóstico médico inicial”, que seguia a referência do CID-10 e era realizado no momento da internação. Por vezes, no prontuário, esse diagnóstico era alterado, situação que podia ser acompanhada através dos registros dos profissionais nos prontuários. Mas, nesse estudo, é apresentado exclusivamente aquele diagnóstico realizado no momento da entrada na instituição, que consta na Ficha de Admissão/Anamnese, conforme o Quadro 10. Ainda, para a apresentação dos dados, foi feito um reordenamento dessa informação no prontuário segundo a quantidade de vezes que cada diagnóstico foi atribuído para as crianças e/ou adolescentes, considerando o conjunto dos prontuários, e a qual agrupamento do CID-10 os diagnósticos pertenciam; nesse item “diagnóstico inicial”, a informação referente aos agrupamentos é central, dado que são eles que organizam os diagnósticos em conjuntos específicos. Assim, para a organização dos dados, considerou-se a maior e a menor frequência dos agrupamentos.

Sobre esses dados, merece ser realçado, ainda, que, dos 45 sujeitos, 31 apresentavam apenas um diagnóstico, enquanto 13 tinham em seus prontuários o registro da composição de dois diagnósticos distintos, e um tinha a composição de três diagnósticos distintos. Ou seja, considerando o conjunto dos 45 prontuários, são apresentados no Quadro 10 um total de 60 registros de diagnósticos nos prontuários.

A partir dessas informações, observou-se que o agrupamento com maior número de registros era o de F.20-F.29, sendo o diagnóstico mais registrado o F.29, com 16 menções no conjunto dos 45 prontuários. Em seguida, o agrupamento de F.70-F.79 teve um total de 13 diagnósticos registrados, sendo o mais atribuído aos sujeitos o F.70, com seis menções no total. O terceiro conjunto de diagnósticos mais mencionados foi do agrupamento F.90-F.98, sendo o diagnóstico F.91 identificado três vezes. Essas informações e maiores detalhes podem ser conferidos no Quadro 10:

Quadro 10 – Frequência da relação entre os registros de diagnósticos psiquiátricos do item “diagnóstico inicial” e o número de prontuários com o registro, acompanhada da ordenação de diagnósticos por agrupamento, segundo CID-10, e do número total de registros por agrupamento;

Agrupamento	Diagnóstico	Número de prontuários com o registro do diagnóstico	Número total de registros do diagnóstico por agrupamento
F.20-F.29 - Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	F.29 - Psicose Não-orgânica não especificada	16	22
	F.20.1 - Esquizofrenia hebefrênica	1	
	F.23 – Transtornos psicóticos agudos e polimorfos	1	
	F.23.1 - Transtorno psicótico agudo polimorfo, com sintomas esquizofrênicos	1	
	F.23.9 - Transtorno psicótico agudo e não especificado	1	
	F.25.1 – Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo	1	
	F.20 - Esquizofrenia	1	
F.70-F.79 - Retardo mental	F.70 - Retardo mental leve	6	13
	F.71 - Retardo mental moderado	4	
	F.72 – Retardo mental grave	1	
	F.79 - Retardo mental não especificado	2	
F.90-F.98 - Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência	F.91 - Distúrbio de conduta	3	7
	F.91.3 – Distúrbio desafiador e de oposição	1	
	F.91.9 – Transtorno de conduta não especificado	1	
	F.92 – Transtornos mistos de conduta e das emoções	1	
	F.98.9 - Transtornos comportamentais e emocionais não especificados com início habitualmente na infância ou adolescência	1	

Dos três primeiros agrupamentos com maior número de diagnósticos registrados em prontuários, chama atenção os referentes ao “retardo mental” e aos “transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a

adolescência”. Sendo o diagnóstico médico a identificação de uma determinada doença e um dos indicativos para a internação em uma instituição psiquiátrica, considerando esses dados, é preciso questionar, primeiro, quem é o público dessa instituição e, segundo, qual seria o propósito desse equipamento considerando como se define o público. A necessidade dessa reflexão é reforçada quando se nota que o quarto agrupamento com maior número de diagnósticos atribuídos aos sujeitos é o F.10-F.19, que diz respeito ao uso de álcool e outras drogas, e teve um total de seis menções; ainda, que o quinto agrupamento com diagnósticos mais frequentes é o F.00-F.19, o dos “transtornos mentais orgânicos”, com cinco menções, conforme a continuação do Quadro 10:

Continuação do Quadro 10 – Frequência da relação entre os registros de diagnósticos psiquiátricos do item “diagnóstico inicial” e o número de prontuários com o registro, acompanhada da ordenação de diagnósticos por agrupamento, segundo CID-10, e do número total de registros por agrupamento;

Agrupamento	Diagnóstico	Número de prontuários com o registro do diagnóstico	Número total de registros do diagnóstico por agrupamento
F.10-F.19 - Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas	F.12 - Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de canabinóides	1	6
	F.12.2 Transtornos mentais ou comportamentais devido ao uso de canabinóides/síndrome de dependência	1	
	F.19 - Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	2	
	F.19.2 - Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome de dependência	2	
F.00-F.09 - Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	F.06 - Outros transtornos mentais devido à lesão e disfunção cerebral e a doença física	2	5
	F.06.8 - Outros transtornos mentais devido a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física	3	

Nesse cenário, é importante assinalar que em todas as ocasiões em que foi feito um diagnóstico em F10-F19, havia também um outro diagnóstico associado. Ainda, considerando os apontamentos realizados, é significativo que o sexto agrupamento com maior número de menções referiu-se aos “transtornos da personalidade e do comportamento adulto”, de F.60-F.69, com três registros no conjunto dos prontuários.

Com apenas dois registros no agrupamento, apareceu em sétimo lugar de frequência os diagnósticos de F.30-F.39, com duas menções. Por fim, com apenas um registro em cada agrupamento, estão os diagnósticos de G.40 e de F.80-F.89. As informações seguem na continuação e fim do Quadro 10:

Continuação do Quadro 10 – Frequência da relação entre os registros de diagnósticos psiquiátricos do item “diagnóstico inicial” e o número de prontuários com o registro, acompanhada da ordenação de diagnósticos por agrupamento, segundo CID-10, e do número total de registros por agrupamento;

Agrupamento	Diagnóstico	Número de prontuários com o registro do diagnóstico	Número total de registros do diagnóstico por agrupamento
F.60-F.69 - Transtornos da personalidade e do comportamento adulto	F.60.3 – Transtorno de personalidade com instabilidade emocional	1	3
	F.68 – Outros transtornos da personalidade e do comportamento adulto	2	
F.30-F.39 – Transtornos do humor	F.31 - Transtorno afetivo bipolar	1	2
	F.31.2 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos	1	
F.80-F.89 – Transtornos do desenvolvimento psicológico	F.84 – Transtornos globais do desenvolvimento	1	1
G.40 - Transtornos episódicos e paroxísticos	G.40 - Epilepsia	1	1

6.1.3.5 Condições que justificam a internação

Por fim, no que se refere ao item “condições que justificam a internação”, presente no Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar emitido pela instituição, do total dos documentos institucionais dos 45 sujeitos internados, nos prontuários de cinco sujeitos não havia nenhuma condição declarada que justificasse a internação, já que essa informação não havia sido preenchida. Nos outros 40 prontuários restantes, em oito constava a expressão “as acima”, indicando que as condições que justificavam a internação eram aquelas do item “principais sinais e sintomas clínicos”. Assim, dos 32 documentos que apresentavam explicitamente alguma condição que justificasse a internação, 31 indicavam aspectos referentes a uma condição e apenas um assinalava dois aspectos como condições.

Quanto a esse último prontuário mencionado, um dos dois aspectos apontados como condição para a internação foi a alteração da volição em referência à questão da agressividade e periculosidade, e, o outro, mencionou a situação de um familiar que ameaçava suicídio, de um modo peculiar. Ora, desperta, no mínimo, curiosidade esse segundo aspecto como justificativa para a internação de uma criança ou adolescente porque, se um familiar, de fato, fez esse tipo de ameaça, seria de se esperar que algum serviço tivesse se responsabilizado pelo cuidado e atenção ao sofrimento deste familiar, e não que houvesse buscado uma internação para a criança ou o adolescente como resposta ao sofrimento deste familiar. Abaixo, segue o Quadro 11 com o único registro que apresentou duas condições para a internação:

Quadro 11 – Frequência da relação entre os aspectos do item “condições que justificam a internação” e o número de prontuários que registram esses aspectos, acompanhada da frequência da relação entre a expressão literal anotada em cada prontuário e o número de prontuários que registram a expressão;

Aspecto do item “condições que justificam a internação”	Número de prontuários com o registro do aspecto	Expressão literal registrada por prontuário	Número de prontuários com o registro do aspecto
Alteração da volição (agressividade/periculosidade) e relacionamentos e dinâmica familiar	1	“Risco de auto e heteroagressividade. Ameaça de suicídio pela genitora”	1

Ainda, considerando o conjunto dos prontuários, o aspecto mais mencionado como justificativa para a internação referiu-se à alteração da volição especificamente na relação com a agressividade e a periculosidade, tendo sido assinalada como justificativa em 30 dos 32 prontuários que continham algum registro no item “condições que justificam a internação”.

Ademais, a expressão registrada predominantemente nos prontuários foi a de “risco para si e para outros”, o que enfatiza que era a periculosidade social que a criança e o adolescente supostamente representavam que criava a justificativa para o seu recolhimento em uma instituição psiquiátrica. Além desse aspecto, em um prontuário foi definida como justificativa para a internação a dificuldade de autocuidado de um sujeito, e, em um outro prontuário, o fracasso de um serviço em prestar a devida atenção ao sujeito; nesse último caso, considerou-se que a insuficiência de recursos de um serviço era uma justificativa para a internação de uma criança ou de um adolescente. Essas informações estão indicadas no Quadro 12:

Quadro 12 – Frequência da relação entre um aspectos do item “condições que justificam a internação” e o número de prontuários que registram esse aspecto, acompanhada da frequência da relação entre a expressão literal anotada em cada prontuário e o número de prontuários que registram a expressão;

Aspecto do item “condições que justificam a internação”	Número de prontuários com o registro do aspecto	Expressão literal registrada por prontuário	Número de prontuários com o registro do aspecto
Alteração da volição (agressividade/periculosidade)	30	“Risco para si e para outros”	13
		“Risco de auto e heteroagressividade”	4
		“Agressividade”	2
		“Risco de heteroagressão”	2
		“Risco para si”	2
		“Risco de agressão”	1
		“Risco de heteroagressão e exposição social”	1
		“Heteroagressividade e risco de suicídio”	1
		“Risco”	1
		“Risco a integralidade”	1
		“Risco de exposição social”	1
		“Não assume o controle. Agressivo e heteroagressividade”	1
Relacionamentos e dinâmica familiar	1	“Ameaça de suicídio pela genitora”	1
Alteração de comportamento (autocuidado)	1	“Incapacidade de autocuidado”	1
Não adesão a outros serviços	1	“Falha de tratamento ambulatorial”	1

6.2 As entrevistas com as crianças e os adolescentes e a vivência no campo: refratar, refletir e expressar a lógica asilar

Ao todo, foram entrevistados oito adolescentes internados na instituição psiquiátrica cenário de estudo. Ao longo do trabalho de campo, outras crianças e adolescentes afirmaram que gostariam de ter sido entrevistados; no entanto, não houve um responsável legal que consentisse com as entrevistas. Nessa situação, a possibilidade de escuta dessas crianças e adolescentes deu-se na própria vivência do campo, considerando o caráter da pesquisa e a autorização da instituição para a realização do estudo. Em diferentes ocasiões, quando a pesquisadora apresentava-se para as crianças e para os adolescentes e esses questionavam do que se tratava a pesquisa, após a explicação sobre os objetivos do estudo, esses sujeitos já davam respostas rápidas acerca da questão. Esses momentos são parte do Diário de Campo.

Ademais, é significativo notar como, mesmo antes da realização das próprias entrevistas, a leitura do Termo de Assentimento disparou momentos em que os entrevistados assinalavam que desejavam ter suas vozes escutadas, por exemplo, pelos seus pais:

“Danilo: Sigiloso? E o que é sigilo?
Entrevistadora: Sigilo significa uma coisa que não pode ser espalhada...
Danilo: Ah, é que nem, por exemplo, as conversas que eu tenho com a Laís [psicóloga]?
Entrevistadora: Exatamente, tudo o que você conversa com a Laís é sigiloso, a conversa que eu vou ter com você agora é sigilosa no sentido de que não vou contar para ninguém que foi você que contou isso para mim, entendeu? Essa é a questão. Eu não vou falar o seu nome.
Danilo: Mas, nem com a minha mãe e meu pai?
Entrevistadora: Nem com a sua mãe e seu pai.
Danilo: Não, eu só estou falando assim, se quiser com a minha mãe ou com meu pai você pode falar a vontade, viu, que isso é muito importante de ele saber o que eu vou falar com você [...]. É o seguinte, se você quiser, isso aqui você pode falar para meus pais, que vai ser muito bom eles saberem disso.”

Ainda, considera-se que a fala de cada entrevistado precisa ser compreendida em seu contexto de vida e no atual cenário de internação. Por isso, em um primeiro momento serão apresentados brevemente alguns elementos sobre cada um dos entrevistados.

Além disso, as entrevistas podem ser mais bem compreendidas à luz do Diário de Campo. Como afirmado anteriormente, no Diário de Campo são registrados anotações, percepções e acontecimentos vividos pela pesquisadora, tanto com os adolescentes

entrevistados, bem como com todas as demais crianças e adolescentes que passaram pela instituição, além dos profissionais e dos familiares. As anotações referentes à participação nas reuniões de equipe e nos grupos de família, por exemplo, podem auxiliar na compreensão de quem são os atores sociais envolvidos nesse cenário. Nessa linha, vale destacar que o conteúdo do Diário de Campo não se configura como uma complementação do ponto de vista das crianças e dos adolescentes, mas como um material que possibilita complexificar o cenário do estudo. Ainda, para a compreensão das dinâmicas de internação e de suas condições foi necessário considerar elementos da história dos sujeitos, enquanto processos que se dão em termos de descontinuidade; nessa perspectiva, e entendendo que a história de um sujeito não é nem linear, nem definida em termos determinantes, buscou-se assinalar alguns aspectos relevantes dos cenários de vida das crianças e dos adolescentes entrevistados.

Tendo em vista essa complexidade, como afirmado anteriormente, após a leitura horizontal do conjunto das oito entrevistas e do material do Diário de Campo, foram constituídas Categorias Empíricas e Operacionais para a operacionalização dos dados das entrevistas. Em razão de os entrevistados terem focado suas respostas em dois grandes momentos – os momentos que antecederam a internação e a situação de internação em si –, buscou-se organizar as Categorias Empíricas e Operacionais seguindo essa disposição; no entanto, é preciso ter em vista que há uma necessária interrelação entre as categorias constituídas. Assim, foram definidas as seguintes Categorias Empíricas e Operacionais: redes sociais; multiplicidade de suspeitas dos motivos de internação; memórias do cotidiano e da vida; narrativas e afetos na experiência de ser internado; vivência das regras de uma instituição; e sonhos e projetualidade.

6.2.1 Quem são os entrevistados no contexto de uma internação em uma instituição psiquiátrica de caráter asilar

6.2.1.1 *Leandro*

Leandro, 15 anos, à época da pesquisa, era um garoto bastante magro, de altura média e com um sotaque forte, sendo habitante de uma pequena cidade do interior de São Paulo. Ainda, contava com Ensino Fundamental completo, mas já havia abandonado a escolarização.

A sua internação era do tipo compulsória, tendo sido encaminhado pela Prefeitura de sua cidade para a instituição psiquiátrica na qual se encontrava, perfazendo até o final do estudo 161 dias de internação. Ele já havia sido internado nessa mesma instituição em outras três ocasiões. Em seu prontuário, estava registrado o diagnóstico psiquiátrico de F.92 (transtornos mistos de conduta e das emoções). Antes de sua internação, morava com a sua avó e com o companheiro dela.

Durante o período do estudo, Leandro sempre se mostrou disponível para conversar. O seu quarto era o seu território: lá, gostava de ficar só, de arrumar a sua cama, e de organizar os seus poucos pertences em uma pasta que guardava embaixo da cama. Deixava uma toalha pendurada na porta do quarto, como um aviso para ninguém entrar. Nas frestas da janela do quarto, deixava escondido alguns cigarros, que conseguia com os moradores da instituição psiquiátrica. Nas ocasiões em que precisava dividir o quarto, dado o aumento do número de sujeitos internados, ficava mais irritado.

Na sala comum, escolhia qual programa da televisão todos iriam assistir e, vez ou outra, mudava os poucos móveis de disposição. Leandro tinha interesse em ir ao NOTP e à cantina. No NOTP, ganhava algum dinheiro fazendo cachecóis e cabeças de Papai Noel, que depois seriam vendidos em um bazar. E, quando algum profissional dispunha-se a acompanhá-lo, ia à cantina e lá comprava um café, uma Coca-Cola e um misto quente; às vezes, dois de cada, em uma só ida. Durante todo o período do estudo, apenas uma vez a sua avó foi visitá-lo. Leandro parecia ter dificuldade em fazer amizade com as demais crianças e adolescentes, preferindo a companhia dos profissionais.

Nas reuniões de equipe, a sua situação de internação era usualmente discutida em meio a tensões: um conjunto de profissionais afirmava que sua situação era diferente da dos demais sujeitos e, por isso, poderia ser concedida a ele a possibilidade de ir à cantina; a outra parte da equipe dizia que “*o que é para um, é para todos*” (*Diário de Campo*), e buscava maneiras de enquadrá-lo às regras da instituição.

Durante o período de estudo, um adolescente, da mesma cidade do Leandro, foi internado na instituição psiquiátrica. Esse adolescente estava acompanhado de um profissional, porque morava em uma Casa Abrigo. Nessa ocasião, referindo-se ao Leandro, esse profissional relatou para o serviço que “*a cidade reza todo dia para ele não voltar*” (*Diário de Campo*).

6.2.1.2 Cléber

Cléber, que tinha 15 anos durante o período do estudo, era um adolescente alto e largo, com um rosto arredondado. Parecia ser bastante forte. Quando caminhava pela instituição, seus passos eram pesados e, quando ele ia se sentar no sofá, a sensação, para quem observava a cena, era a de que ele estava despencando. Cléber era habitante de uma cidade do interior de São Paulo, onde morava com a mãe e com a avó. Cléber contava com Ensino Fundamental incompleto e tinha muita dificuldade para escrever o próprio nome. Ele foi internado na instituição cenário de estudo a partir de uma decisão judicial; porém, para a instituição psiquiátrica, a internação era do tipo involuntária. Cléber ficou internado por 48 dias, tendo sido a ele atribuídos, no momento da internação, dois diagnósticos: F.71 (retardo mental moderado) e F.68 (outros transtornos da personalidade e do comportamento adulto).

Na instituição, ora gostava de ficar na janela, esperando o trem metropolitano passar para poder escutar o barulho que fazia, ora ficava no sofá da sala comum, com a sua cabeça recostada no colo de algum dos técnicos. A mãe de Cléber, que também apresenta um diagnóstico de deficiência mental, visitava-o semanalmente, trazendo para ele os lanches feitos por ela. Mas, apesar de a mãe de Cléber, nessas ocasiões, permanecer o dia inteiro na sala de visitas, Cléber, por vezes, retornava aos aposentos da instituição, para lá ficar. Quem solicitou a realização da entrevista foi o próprio Cléber, dizendo que queria conversar.

6.2.1.3 *Juliano*

Juliano, que contava à época com 17 anos, era magro e tinha os cabelos bem pretos e um tanto bagunçados. Ainda, era habitante de uma cidade do litoral de São Paulo, onde morava com a sua mãe, com o seu pai e com a sua irmã. De todas as crianças internadas no período do estudo, Juliano era o único adolescente que já havia concluído o Ensino Médio. Ele foi encaminhado à instituição psiquiátrica cenário do estudo por uma UPA de sua cidade e ficou internado por 35 dias, na modalidade de internação do tipo involuntária, sob os diagnósticos F.29 (psicose não-orgânica não especificada) e F.12.1 (transtornos mentais ou comportamentais devido ao uso de canabinóides/síndrome de dependência).

Juliano tinha grande interesse por música, por tecnologia e pelo mundo digital. Em sua casa, gostava de compor músicas e, depois, publicá-las em mídias sociais. Na instituição, conversava com qualquer pessoa que demonstrasse interesse em sua história, narrando aspectos de sua vida cotidiana, seus gostos e os dias que antecederam a sua internação; contudo, poucos eram os profissionais que demonstravam tal interesse. Assim, preferia ficar no quarto e, deitado em sua cama, por vezes fingia dormir para não precisar responder a

algun chamado do âmbito normativo de um profissional. Juliano apenas se animava para sair do quarto quando era o momento da atividade ACESSA-SP. Certa vez, um profissional levou um violão para a instituição, porém, este estava sem as cordas. Juliano ficou por alguns dias com o violão, sempre comentando como seria bom se o violão tivesse cordas. Dizia constantemente que queria voltar para a sua casa junto à sua família. A família de Juliano visitava-o sempre que permitido pela instituição, ou seja, uma vez por semana; no período de sua internação, foram visitá-lo o seu pai, a sua mãe, alguns tios, além de amigos dos seus pais.

6.2.1.4 Antônio

Antônio, de 16 anos, durante a internação, tinha o cabelo raspado. Os seus lábios deixavam usualmente a boca entreaberta. Ainda, tinha um olhar assustado e seus ombros estavam sempre caídos, em uma postura curvada. Ele morava em um bairro do Município de São Paulo com o seu pai e com a sua mãe, sendo filho único. Até aquele momento, não havia completado o Ensino Médio. Estava na instituição cenário de estudo pela primeira vez, já tendo passado, antes, por UPAs e por um outro serviço psiquiátrico fora da RAPS. Nessa internação, esteve na instituição por 21 dias na modalidade de internação involuntária, tendo recebido o diagnóstico de F.29 (psicose não-orgânica não especificada).

O seu pai e a sua mãe sempre iam à instituição às quartas-feiras para visitá-lo e participar do grupo de família. A sua mãe trabalhava e precisava faltar em seu trabalho nesses dias, e o seu pai estava, à época, desempregado e enfrentando alguns problemas de saúde decorrentes de obesidade. Durante o período de internação, Antônio aguardava ansiosamente pelas quartas-feiras, e permanecia com seus pais pelo maior tempo possível. Quando não estava com eles, Antônio ficava bastante só.

Na instituição, preferia permanecer em seu quarto e, quando lhe diziam para ir à sala comum, assim o fazia, apenas para ficar sentado no sofá. Nesse período de tempo, passou a folhear uma Bíblia, que lhe era emprestada por um outro adolescente que estava internado. Quando havia oportunidade, Antônio fazia questão de afirmar para qualquer profissional da equipe que estava se “*comportando bem*” (*Diário de Campo*), o que, para ele, era um indicativo de que poderia sair da internação.

6.2.1.5 Danilo

Danilo, de 14 anos à época da pesquisa, era um garoto franzino: bem magro, bem baixo, e um tanto desengonçado. Era um menino claro, com cabelos loiros. Ele morava com a sua mãe e uma de suas irmãs em uma cidade no interior de São Paulo; nessa cidade, estava cursando o Ensino Médio. Ele foi encaminhado à instituição por meio de uma determinação judicial para a internação e, ao chegar à instituição, recebeu o diagnóstico de F.23 (transtornos psicóticos agudos e polimorfos), ficando internado por 56 dias.

A sua mãe frequentava o grupo de família toda quarta-feira, ocasião em que solicitava à equipe a manutenção da internação de Danilo. Danilo encontrava-a após esse grupo, e ficava com ela por cerca de uma ou duas horas. Danilo era um garoto bastante falador e interessado por temas diversos. Ao mesmo tempo em que afirmava que era mais maduro que os seus colegas de escola, que ele tinha como foco passar em um vestibular e que adorava estudar, escondido, ele gostava de brincar. Nas ocasiões em que a instituição estava mais vazia e, por isso, ele não precisava dividir um quarto com outras crianças e adolescentes, Danilo guardava debaixo da cama em que dormia as dobraduras que fazia, além de recortes de brinquedos de papel, como foguetes e barcos. Nessas oportunidades, fechava a porta e montava o cenário para que a brincadeira pudesse ocorrer: colocava os foguetes em um canto e, em outro, alguns barcos em outro, formando um porto com barquinhos enfileirados para sair em direção ao mar.

Durante o período de internação, brigou diversas vezes com outras crianças e adolescentes internados. A relação com estes era muito difícil para Danilo, que parecia ter dificuldade de entender certo jogo que os outros adolescentes propunham: na frente da equipe, ficarem em silêncio e se comportarem, e, quando ninguém estava vigiando, brincarem de lutar e de se provocarem mutuamente.

Danilo afirmava sentir necessidade de ser escutado, e relatava que a experiência de internação na instituição era vivenciada por ele como algo terrível.

6.2.1.6 Francisco

Francisco, de 17 anos, mantinha, no período de internação, os seus cabelos cacheados. Dois de seus traços marcantes eram o maxilar definido, que criava um contorno para o seu rosto, e o sorriso largo. Ele estava prestes a concluir o Ensino Médio quando foi internado. Habitante do Município de São Paulo, morava com a sua mãe e com o companheiro dela. Antes, morava também com o seu avô, já falecido, que era uma pessoa bastante presente na vida de Francisco. Após passar por uma breve experiência de internação em uma instituição

psiquiátrica para adultos, Francisco foi internado na instituição cenário de estudo com o diagnóstico de F.29 (psicose não-orgânica não especificada), permanecendo lá por 35 dias.

A sua mãe tentava comparecer a todos os grupos de família, e sempre trazia algo diferente para Francisco comer: uma Coca-Cola, um sanduíche feito em casa, uma bolacha. A mãe afirmava que o bairro em que moravam “*não era bom*” (*Diário de Campo*), e que, por isso, estava buscando uma moradia em algum lugar mais seguro. Ainda, assinalava que as mudanças recentes de Francisco estavam relacionadas com as características de seu bairro e com o fato de que ele não gostava do companheiro dela.

Antes da internação, Francisco tinha uma vida social bastante ativa e exercia diferentes papéis em sua vida: trabalhava, estudava, saía com seus amigos e, eventualmente, namorava. Nos primeiros dias de sua internação, estava bastante assustado e, como muitos outros adolescentes, preferia ficar em seu quarto a permanecer nos espaços comuns, mesmo que seu quarto fosse compartilhado com outros garotos. Quando presenciava alguma cena de violência na instituição por parte de algum profissional, olhava para a pesquisadora, inclinando a cabeça de leve, como quem quer dizer: “é disso aí que eu estava falando”.

6.2.1.7 Rafael

Rafael tinha 16 anos, apesar de aparentar ter menos. À época do estudo, era um adolescente bem baixo, porém, de uma estrutura larga. A sua postura era, habitualmente, mais rígida, como se ele se deslocasse em blocos. Morava com sua mãe, seu pai, uma irmã e três irmãos em uma cidade de Minas Gerais. Rafael não frequentava mais a escola e, ainda que não tenha completado o processo de alfabetização, tinha como grau de escolarização o Ensino Fundamental incompleto. Rafael frequentou a Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE) de sua cidade dos três aos 10 anos. Ele foi internado com o diagnóstico de F.72 (retardo mental grave), em uma internação do tipo involuntária-judicial para a instituição, permanecendo por 20 dias nesse serviço. Esta foi a sua primeira internação em uma instituição psiquiátrica.

Raras eram as ocasiões em que Rafael aproximava-se de alguém; parecia preferir esperar que as pessoas dele se aproximassem. Na instituição, costumava ficar sentado no sofá da sala comum, apenas observando atentamente o que ocorria ao redor, e respondia algo apenas quando era questionado. No entanto, ao escutar sobre a proposta da pesquisa, ele solicitou ser entrevistado.

6.2.1.8 Dênis

Dênis, de 14 anos, era alto e magro. Ficava na instituição sempre com uma postura mais curvada, como se quisesse se encolher para se tornar um menino menor, talvez, uma criança. O seu rosto, muito marcado pela acne, tinha um aspecto doce e costumava carregar um frágil sorriso de canto de boca. Ele morava com uma tia em uma cidade no interior de São Paulo e contava com Ensino Fundamental incompleto, mas relatava que tinha muita dificuldade para ler e para fazer contas. Foi internado com o diagnóstico de F.06.8 (outros transtornos mentais devidos a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física), permanecendo na instituição por 21 dias.

Com uma história de vida já bastante difícil, para Dênis a instituição parecia ser um lugar seguro: podia comer em todos os horários de refeição e dormir em uma cama. Afirmava que tinha feito um amigo, um adolescente com quem dividia o quarto; ambos chegaram na instituição no mesmo dia.

Ficava a maior parte do tempo bastante calado, e só falava quando alguém o interpelava. Nessas ocasiões, na maioria das vezes respondia sustentando o seu leve sorriso, mas um sorriso que parecia que poderia desfazer-se a qualquer instante.

6.2.2 Redes sociais

As redes sociais dos entrevistados mostraram-se bastante variadas. A de uma minoria era composta por uma rede social de fortes vínculos e de suporte mais efetivo, a de alguns era formada apenas pelos familiares mais próximos, e a de outros era de uma profunda fragilidade, beirando à inexistência. Ainda, alguns entrevistados identificaram e nomearam determinadas pessoas como sendo de sua rede social; contudo, pela vivência no campo, foi possível afirmar que algumas dessas pessoas eram, apenas, sujeitos que os entrevistados conheciam, e que outras formavam redes que não funcionavam adequadamente como redes de suporte e de proteção, configurando-se mais como relacionamentos sociais eventuais.

Em entrevista, Antônio afirmou que morava com os seus pais, sendo eles pessoas importantes em sua vida. Eles questionavam, em quase todos os encontros, os motivos de Antônio não ter alta e, também, interrogavam a equipe acerca de onde Antônio passava os dias, de como estava dormindo e de como ele estava se sentindo na instituição. Vale lembrar

que os visitantes encontravam-se com os sujeitos internados em uma sala fora do espaço de internação; assim, não viam os cômodos em que as crianças e os adolescentes permaneciam.

Quando perguntado sobre os seus amigos, Antônio respondeu:

“Antônio: Amigos meus eram poucos. Que eu sei que tem uns que é falso, mas tem uns que é meu amigo. Tem uns que quer ver você mal, não, quer ver você mal, e fala que quer ver você bem.”

Não mencionou outras pessoas em sua rede de relações.

Danilo também morava com os seus pais, mas a relação com eles parecia ser de uma qualidade bastante distinta, se comparada com a de Antônio. Danilo morava em uma cidade a cinco horas de distância da instituição psiquiátrica. Apenas a mãe de Danilo o visitava uma vez por semana, ocasião em que acompanhava o grupo de família. Contudo, nos momentos em que a equipe buscava tratar da saída de Danilo, afirmando que assim que o juiz liberasse a sua alta, esta ocorreria, a mãe de Danilo colocava-se contra tal decisão e afirmava que eles ainda não tinham “*investigado a fundo*” (*Diário de Campo*) o que estava ocorrendo com ele. Ela exigia um diagnóstico médico conclusivo. Mas, justamente em relação ao Danilo, o psiquiatra responsável pelos seus cuidados recusava-se a concordar com o diagnóstico da internação, bem como a fornecer um diagnóstico definitivo, justificando que Danilo ainda era adolescente – uma prática pouco usual no serviço, esta de considerar que não se fecha um diagnóstico de sofrimento psíquico para crianças e adolescentes. Ao receber esse tipo de resposta, a mãe de Danilo afirmava no grupo de família que sentia falta de uma instituição em que pudesse deixá-lo em definitivo.

Na entrevista, Danilo relatou brevemente que, em sua família, sentia-se a vontade com “todo mundo, menos com a minha irmã mais velha, Juliana”. Em relação ao ambiente da escola, afirmava que tinha “dois melhores amigos, um chama Benício o outro chama João Vitor”. Porém, desde que havia sido internado (no momento da entrevista fazia cerca de dois meses), não havia falado com eles; logo, eles não sabiam da internação de Danilo.

Cléber, por sua vez, afirmou em entrevista que morava com a sua mãe e a sua avó. Enquanto algumas breves tentativas eram feitas por parte da equipe para explicar para a mãe de Cléber como a instituição o estava acompanhando, outra parte não via propósito em ela participar desse grupo de família, uma vez que ela, supostamente, não compreendia o que estava se passando. Um assistente social relatou em reunião de equipe que a rede social de Cléber não se compunha por outras pessoas, além de sua mãe e de sua avó. Quando

questionado sobre outras pessoas em sua vida, Cléber mencionou: “tem meu tio, a Daniela que faz doce. É, é bom”.

Dênis, por sua vez, assinalou que o seu tio e a sua tia, nomeando-a de mãe, eram as pessoas que cuidavam dele. Quando ainda era bebê, Dênis morava com a sua avó e com a sua mãe, que perdeu a sua guarda após a tia ter presenciado uma cena de maus tratos, conforme Dênis relatou:

“Dênis: Quando eu era neném, criança, a minha mãe [tia] contava isso. Daí ela [mãe biológica] falou assim que não estava bem e que não devia entrar, daí no outro dia quando ela [tia] veio, me viu todo amarrado. Olhou assim, olhou a minha perna amarrado. Daí ela [tia] pegou, saiu de lá, foi na casa da minha avó, só que minha avó não deixou acontecer [tirar Dênis de sua mãe biológica]. Daí quando chegou não acreditou. Daí ela [tia] foi para a delegacia, quando foram lá, chegaram, estava com marcas. Ai levaram eu para tirar raio-X por causa das marcas da minha mão. Daí ela [tia] pegou, ela [mãe biológica] ficou presa. Minha mãe e minha avó.”

Dênis contou que após as prisões de sua mãe e de sua avó, ele foi morar em uma Casa Abrigo:

“Dênis: Eu fiquei lá na Casa Abrigo, daí a minha tia tinha casado, aí ligaram para ela falando se quisesse me adotar, daí me adotaram.”

No entanto, ainda tem quatro irmãos que estão em uma Casa Abrigo. Ao narrar a história, Dênis olhava insistentemente para o seu pulso, que tinha algumas marcas e cicatrizes. Quando isso foi apontado, Dênis afirmou: “eu lembrava das dores que tinha sentido, das marcas no berço”. Em relação a morar com seus tios atualmente, Dênis falou que “é bom morar com ela, ela trata a gente bem”.

Francisco relatou que morava apenas com a sua mãe “na casa de cima”, e que na “casa de baixo” moravam o seu irmão e a sua cunhada, com a filha dela. Sobre a região onde morava, Francisco relatou:

“Francisco: Lá é bom, tudo de bom. Só que eu só acho ruim o pessoal que mora, os vizinhos que mora de lá, os vizinhos. Eu acho péssimo, porque a maioria foi que me afundou.”

Ainda, quando questionado sobre o que significava isso, “se afundar”, Francisco respondeu: “Nas drogas. Estou querendo mudar de lugar”. Em outro momento da entrevista, comentando sobre a sua rede social, Francisco afirmou:

“Francisco: Eu tenho amigos, mas eu tenho aqueles amigos também que, amigos, entre aspas, amigos que me afundaram, né? E tem os amigos que são bons também. Mas confiar, só na minha mãe mesmo.”

De todos os entrevistados, o que parecia ter uma rede social e de suporte mais ampla e mais fortalecida era Juliano, e, nesse sentido, ele parecia ser uma exceção em meio aos outros sujeitos entrevistados. Quando questionado sobre com quem morava antes de ser internado, Juliano respondeu:

“Juliano: Morava com meus pais. Eu morava com meus pais, daí eu tive um tempo que eu meio que me afastei um pouco da casa dos meus pais, fiquei na casa do meu tio. Depois na casa da minha avó, entendeu?”

Juliano relatou que sempre morou com os seus pais, mas, em decorrência de uma briga com eles, decidiu ir morar com a sua avó por um certo período de tempo:

“Juliano: Foi uma intriga que teve que eu estava no Skype, era seis horas da manhã, eu tinha virado de dia, tinha virado o dia, estava clareando o dia já. Eu estava em uma conversa com uma menina que era de outro país. Meu pai veio e desligou o computador, daí eu fiquei irritado, aí eu saí de casa, entendeu. Fiquei um mês lá na casa do meu tio. Daí fui para a casa da minha avó, na casa da minha avó fiquei uns dez dias, acho.”

Juliano contou que foi internado na instituição logo após esses dez dias que ficou na casa de sua avó. Na data da internação, Juliano veio acompanhado de seu pai, de sua mãe, de seu tio e de outros familiares. Além de seu pai e de sua mãe, ocasionalmente, algum outro familiar vinha visitá-lo no dia do grupo de família. Juliano também relatou ter uma rede de amigos, que conheceu na escola e, também, na internet:

“Juliano: Tenho bastantes amigos, eu tinha amigo no Twitter, daí quando fui para a casa da minha avó só ficava com os amigos no Twitter, nem no Facebook entrava. Só ficava com os amigos no Twitter, sabe, postava algumas coisas para eles. Só que eu mais estudava mesmo, sabe, em três dias eu dormia cinco horas assim, eu tirava um cochilo rápido, eu ficava só pensando, tá ligado. Eu ficava pensando porque eu contei para um amigo meu, assim, que não era para perder tempo com melhor amigo, não era minha melhor amiga, mas eu gosto dos pensamentos dele, sabe. Daí eu perguntei para ele porque é perda de tempo, daí ele respondeu que é algo que produz algo, que adicione algo. Mas aí eu não concordei com ele, sabe, eu disse que além das coisas o que mais importa é o que precisa ecoar na eternidade. É, além das coisas que precisa ecoar na eternidade.”

Semanalmente, os seus pais participavam do grupo de família e, nesses encontros, costumavam demonstrar grande sofrimento com a internação de Juliano, afirmando que decidiram interná-lo porque desconheciam outra forma ou possibilidade de cuidar de Juliano:

“Relato do grupo de família. Mãe do Juliano narra que foi muito difícil a decisão de interná-lo. Tentaram de diversas outras maneiras cuidar dele, mas o limite foi quando ele passou três dias no quarto sozinho, trancado, usando drogas (possivelmente cocaína) e não deixando ninguém entrar. Antes disso, havia fugido de casa e passado quatro dias no mato; em outra ocasião, atravessou a nado a ilha de Cananéia. Ele estava se expondo ao risco, por isso a mãe procurou o promotor da cidade para resolver essa internação. Narra a cena: o tio tentou antes conversar com Juliano, pulou o muro, pediu para Juliano sair, mas ele pegou uma faca, aí arrombaram a porta e profissionais o pegaram e o colocaram na ambulância. O pai chora de modo mais contido, inconformado com a situação” (Diário de Campo).

Leandro, por sua vez, relatou que morava com a sua avó, a quem chama de mãe e por quem tem grande afeto. Afirmou que a sua mãe, de fato, cometeu suicídio quando ele tinha 10 anos de idade, e que já contou essa história para outras pessoas “milhares de vezes”, encerrando o assunto. Mencionou ter outras três tias, porém, considerava que não pode contar com a presença de duas delas em sua vida:

“Entrevistadora: Não tem mais ninguém além dela [sua avó]?
 Leandro: Tem minha tia.
 Entrevistadora: Tem uma outra tia viva ainda?
 Leandro: Tem outras três tias vivas ainda.
 Entrevistadora: E aí, essas tias?
 Leandro: Tem minha madrinha que morreu também.
 Entrevistadora: Então, será que essas pessoas não vão dar conta da situação?
 Leandro: Minha tia às vezes não quer, a minha tia viva não quer, só sobra a minha tia Rute.
 Entrevistadora: Você tem três tias e duas não querem ficar com você?
 Leandro: É.
 Entrevistadora: Por que?
 Leandro: Porque elas não querem. Elas têm medo de eu botar fogo na casa. Ou qualquer coisa.”

Como já afirmado, durante todo o período de internação a sua avó veio visitá-lo uma única vez. Todavia, Leandro relevava isso; ele assinalava que a sua avó era a sua única referência fora da instituição psiquiátrica em que se encontrava. Na ocasião dessa visita, a sua avó contou para ele que havia vendido a casa em que moravam, o que o deixou bastante preocupado, visto que a nova casa localizava-se em uma região, para ele, perigosa:

“Leandro: Eu estou nervoso porque minha mãe [avó] vendeu a casa, ela está comprando uma casa lá na biqueira e eu não posso morar lá.

Entrevistadora: Como assim, me explica melhor essa história.

Leandro: Minha mãe [avó] vendeu a casa e nós já tínhamos uma casa lá na biqueira. Aí já tinha essa casa, antes de eu vir para cá já estava fazendo. Agora vamos passar para lá e ia vender a casa. E eu não posso ficar porque eles querem me matar, é lá que fica, lá que vende drogas, o rapaz que ia me matar.

Entrevistadora: E aí, você contou isso para ela?

Leandro: Bota isso na cabeça dela...

Entrevistadora: Mas você falou como para ela?

Leandro: 'Que eu não posso morar lá, mãe' [avó], falei assim.

Entrevistadora: E ela?

Leandro: Ela só fala – 'sim senhor'.

Entrevistadora: Você sabia que ela vinha ou foi surpresa?

Leandro: Eu nem sabia. Que eu tenho medo de ela morrer também. Se ela morrer eu me mato, se ela morrer eu me mato, não quero ver ela no caixão."

"Leandro: Eu não posso morar lá na biqueira, é onde ele fica ainda. Eu não posso morar.

Entrevistadora: E o que você está pensando de alternativa?

Leandro: Eu ia morar no terreno, e eu não quero ir só, eu quero ficar com minha avó, minha mãe."

Em outro momento, Leandro fez um apelo durante a sua narrativa, solicitando que a equipe intervisse nesta situação. Na entrevista, ao ser questionado sobre o que pensava em fazer com a notícia de que a sua avó havia vendido a casa em que moravam, Leandro respondeu:

"Leandro: Meu plano que eu quero fazer é morar na mesma casa e prosseguir na vida.

Entrevistadora: Mas sua avó já te contou que vendeu a casa, não foi?

Leandro: Mas ela não pegou o dinheiro ainda.

Entrevistadora: Ah, entendi, então você está apostando na chance de ela não vender a casa.

Leandro: É, é mais difícil, a não ser que vocês falem para ela não vender a casa.

Entrevistadora: Você acha que a equipe consegue fazer isso?

Leandro: Vocês da equipe conseguem.

Entrevistadora: Eu não sei, Leandro...

Leandro: Falar para ela não vender a casa, e não me abandonar porque eu não posso morar na biqueira.

Entrevistadora: Eu não sei se a equipe consegue interferir neste ponto...

Leandro: Ela não pode me abandonar. O pior não é abandonar, o pior é me deixar me matar."

A frase de Leandro – "o pior não é abandonar, o pior é me deixar me matar" – é bastante significativa e parece indicar um momento em que Leandro reconheceu a fragilidade de sua rede social e de suporte, de um lugar de desespero. Nessa linha, Leandro demonstrava sentir-se muito só, afirmando que, se precisasse da ajuda de alguém, não tinha com quem

contar: “nem minha família, nem ninguém”. Em entrevista, sobre a sua rede relacional, afirmou: “os amigos que eu tenho, não prestava nenhum. Tudo era usuário de drogas, oferecia para mim eu fumava, não quero saber mais desse tipo de amizade. Foi em 2011, 2012”. Em decorrência de que, no momento da entrevista, já estava há tanto tempo internado, seu cotidiano fora da instituição parecia ser formado mais por lembranças do que por uma experiência viva.

Já Rafael, com respostas sucintas, apontou a existência de alguns amigos com quem gostava de brincar. Quando perguntado sobre como era a vida em sua cidade, respondeu:

“Rafael: Lá é muita gente.

Entrevistadora: Muita gente? O que tem de bom para fazer lá?

Rafael: Brincar.

Entrevistadora: Do que você gosta de brincar?

Rafael: De pipa.

Entrevistadora: O que mais?

Rafael: Soltar pipa, depois brincar de carrinho.

Entrevistadora: E com quem você costumava brincar lá?

Rafael : Com meus amigos.

Entrevistadora: Seus amigos? Quem que é seu amigo?

Rafael: Luan.

Entrevistadora: Tem mais?

Rafael: O Luca.”

Na instituição, Rafael relatava que havia feito amigos, porém, vale frisar que, aparentemente, ele considerava como amigo qualquer pessoa que se aproximasse dele. Por exemplo, Leandro era considerado por Rafael um amigo, já que ele o cumprimentava todo dia pela manhã, assim como fazia com o restante das crianças e dos adolescentes internados.

Importante notar que a fragilidade da rede social e de sustentação era tão marcante para o conjunto desses sujeitos internados que, como afirmado anteriormente, houve crianças e adolescentes, no percurso do estudo, que solicitaram ser entrevistados, mas não havia ninguém que assumisse ser o seu responsável legal; esta situação se deu particularmente para aquelas crianças e adolescentes que se encontravam antes da internação em Casa Abrigo ou Fundação CASA.

Foi durante a experiência de viver o cotidiano da instituição que foi possível, por exemplo, escutar Mário acerca de sua rede de relações. Mario foi internado sob o diagnóstico de F.29 e permaneceu na instituição na modalidade de internação involuntária por 52 dias. Ele era uma criança de 10 anos, com os cabelos na altura da orelha, sempre um tanto caídos em seus olhos. Ele morava em uma Casa Abrigo com o seu irmão mais velho, em uma pequena

cidade no interior de São Paulo, com pouco mais de 20.000 habitantes, tendo um sotaque bastante carregado. Em certo dia, Mário, em uma conversa, falou sobre a sua rede social:

“Mário, de 10 anos e internado há poucos dias, é muito falante. Costuma me esperar no alto da escada e avisa os adolescentes em alta voz que eu estou chegando. Nesse dia, sentados no sofá da sala comum, ele me conta que está feliz porque seu irmão de 12 anos, com quem mora atualmente em uma Casa Abrigo, irá visita-lo. Fala que antes morava com a sua mãe, a quem só chama pelo nome próprio, com seu irmão mais velho e com seu irmão mais novo, que ele não sabe dizer qual a idade. Quando questionado sobre o que aconteceu, Mario conta: ‘Minha mãe fumava droga. Fazia besteira na minha frente [se prostituía]. Aí falou assim, ela falou para a minha avó. Aí, vou tomar cerveja, pinga, um monte de coisa. Então, aí já viu, né. Aí me deixou triste, aí eu gritando. Aí, você sabe’. Mario já quase distraído com os profissionais que estavam entrando no posto de enfermagem, conclui dizendo que nunca irá morar com outra pessoa, e que se alguém quiser adotá-lo, vai falar não, a não ser que seja eu, pesquisadora, que o faça. Dá uma risada gostosa e fala que precisa ir ver o Leandro, com quem está dividindo o quarto atualmente. Sai correndo antes que eu possa responder algo” (Diário de Campo).

Mário, ao falar em tom de brincadeira acerca de uma possibilidade de adoção – pedindo para ser adotado e, ao mesmo tempo, evitando escutar qualquer resposta – deixou transparecer que compreende a miséria de vida que o cerca. A internação de Mário foi solicitada pela própria Casa Abrigo. Mais especificamente, por um determinado profissional dessa instituição que, segundo essa própria relatou em uma conversa informal com a equipe da instituição psiquiátrica, tinha relações bastante próximas com profissionais do sistema jurídico; nessa conversa, afirmou que isso colaborou com a presteza da internação de Mário. Em uma quarta-feira, um profissional dessa Casa Abrigo foi à instituição psiquiátrica para participar do grupo de família e para visitar Mário. Nesse dia, foi visitá-lo, também, o seu irmão mais velho, Thales:

“Thales se parece fisicamente com Mário, porém é um pouco mais moreno, alto e forte. Mário está muito feliz, apresentando o irmão para todos que encontra. Leandro é único que está em seu quarto, porque não gosta dos dias em que outras crianças e adolescentes recebem visitas” (Diário de Campo).

“Reunião de equipe: é relatado que Mário ficou muito triste após a visita do irmão. Thales trouxe um par de luvas para Mario e Mario o levou para conhecer seu quarto. Mas, quando era hora de Thales ir embora, ele pegou um pedaço de pau na mão e queria bater na equipe para defender o seu irmão, Mário. Segundo relatado pela equipe, a profissional da Casa Abrigo deixou a entender, no grupo de família, que queria que o Thales ficasse na instituição também; solicitou Diazepam para Thales para que ele ficasse mais calmo” (Diário de Campo).

Após oito dias da alta de Mário, Thales foi internado na instituição psiquiátrica sob a modalidade de internação involuntária com o diagnóstico de F.91.3, e ficou lá por 19 dias. Em sua Ficha de Anamnese, no item “antecedentes familiares” constava o seguinte registro: “tem um irmão com doença mental”, em referência a Mário e a sua primeira internação em uma instituição psiquiátrica.

Também é significativa a fragilidade, ou melhor, a inexistência da rede social e de suporte de Lúcio, um adolescente que contava com 16 anos à época do estudo, tendo sido internado na instituição psiquiátrica sob o diagnóstico F.29, na modalidade de internação involuntária-judicial. Lúcio, que era magro, negro e pouco sorria, era morador de uma Casa Abrigo e, antes da internação, estava cumprindo medida socioeducativa na Fundação CASA; por isso, era acompanhado 24 horas/dia nessa internação por um agente da Fundação CASA, chamado por todos de “escolta”. Ou seja, como se não bastasse a proibição de sair de um determinado espaço físico – o espaço da instituição – e todas as regras institucionais existentes, ainda havia, para Lúcio, uma pessoa que o vigiava 24 horas/dia. Tal situação foi alterada apenas porque, em determinada data, durante o período de internação, que durou 47 dias, o prazo de cumprimento da pena de Lúcio se encerrou. Desse momento em diante, tornou-se uma questão interinstitucional a decisão de para onde ele deveria retornar após a alta: Fundação CASA ou Casa Abrigo.

Na instituição, Lúcio permanecia a maior parte do tempo calado e, nos momentos mais inesperados, fazia alguns breves comentários sobre a sua vida. Afirmava que gostava de videogame e que, antes de estar na Fundação CASA, gostava de ir a bailes funk. Em uma ocasião, quando perguntado sobre como era estar na Fundação CASA, Lúcio respondeu: “tem que pedir licença senhor, andar com a mão para trás”. Em outra ocasião, contou o que desejava fazer de sua vida:

“Já faz alguns dias que Lúcio não é mais acompanhado pelo escolta, o que torna mais possível qualquer conversa com ele. Muitos adolescentes já tiveram alta desde que Lúcio está internado, e, conversando sobre o que ele quer fazer quando sair daqui, ele me conta que quer ‘estudar, trabalhar, fazer um curso’. Ainda, que deseja ‘ser mecânico, porque conheço já uma pessoa que é’. Fala que é uma pessoa que vê, de vez em quando na rua de seu bairro. Mas, Lúcio enfatiza que seu sonho mesmo é outro: “mudar de vida, porque é triste”, e me conta que vida é essa que gostaria que fosse diferente: morar com sua mãe, irmão, irmã e tia, ‘minha família reunida de novo’” (Diário de Campo).

Durante uma reunião de equipe, foi relatado que, após quase um mês de internação na instituição, uma pessoa a quem Lúcio chama de tia foi conversar com a equipe:

“Relato de um profissional durante a reunião de equipe: na quinta-feira uma ‘tia’ de Lúcio, chamada Marilene, compareceu à instituição à pedido do assistente social. Essa pessoa não é tia por laços consanguíneos. Ela afirma que é casada com Deus, sendo pastora de uma igreja localizada em um bairro de São Paulo. Conta ela que chamou a mãe do Lúcio para morar no mesmo terreno em que morava porque a mãe de Lúcio estava vivenciando uma situação financeira difícil; em troca, a mãe de Lúcio se tornou missionária dessa igreja. A Marilene fala que não sabe onde a mãe dele está atualmente, já que sumiu há dois anos, quando foi para Santos. Ela relata que, nos arredores da Casa Abrigo, alguns traficantes estavam ameaçando o Lúcio e o seu irmão e que, após essa situação, Lúcio começou a se cortar. Marilene conta que Lúcio passou por Casas Abrigo e pela Fundação Casa, tendo ido para a Fundação Casa por furtar uma moto e um carro, mas, não se sabe ao certo se ele realmente fez isso. Seu irmão também está na Fundação Casa atualmente. Já o Lúcio relata que essa ‘tia’ Marilene o espancava e o queimava com cigarros. O assistente social afirma que foi definida em audiência que ele cumpriria Liberdade Assistida, mas como isso não era possível dada sua história de vida, ele seria abrigado. Sua tia Marilene é seu ideal de mãe” (Diário de Campo).

Quando Lúcio teve alta, retornou para a Casa Abrigo. Ainda sobre a sua situação durante a internação, vale mencionar que foi observado que Leandro, um dos adolescentes internados e entrevistado, recusava-se a se aproximar de Lúcio, afirmando que ele era “um meliante de alta periculosidade”. Ainda, tendo em vista que em alguns momentos de sua internação Leandro ocupou o lugar de líder do grupo de crianças e adolescentes internados, diversas crianças e adolescentes passaram, como resultado disso, a evitar Lúcio. Assim, mesmo na instituição psiquiátrica, e sem o “escolta”, Lúcio ficava muito só.

6.2.3 Multiplicidade de suspeitas dos motivos de internação

Os motivos para a internação, vistos da perspectiva dos entrevistados, são muitos e diversos. As crianças e os adolescentes internados formulavam hipóteses e teorias variadas, buscando construir respostas que explicassem o porquê de estarem ali. Enquanto alguns entrevistados colocaram-se como responsáveis diretos pela própria internação, no sentido de se sentirem culpados por alguma ação que realizaram – brigar, desrespeitar alguém, usar

drogas –, outros acrescentaram atores e instituições sociais nas razões que levaram à sua internação: um juiz, o tráfico de drogas, os próprios parentes.

Ainda, no decorrer da entrevista e do período de internação de cada um dos sujeitos essas próprias hipóteses foram se alterando, como se essas crianças e adolescentes fossem coletando novas pistas e formulando novos pensamentos, no sentido de compor uma cartografia das razões de suas internações. Importante notar que foram poucos os entrevistados que assinalaram que foram internados por experimentarem um sofrimento psíquico; precisamente, dentre os oito entrevistados, apenas três mencionaram isso expressamente, mas, mesmo nessas três ocasiões, do ponto de vista dos entrevistados, esse não era o motivo único ou a razão principal para a internação.

Antônio, primeiramente, afirmou que entendia que estava internado porque havia desrespeitado os seus pais, para em seguida acrescentar que não havia tomado as medicações receitadas por outro serviço; depois, relatou que sentia que estava “com a mente confusa”. Ainda, acrescentou como razão de sua internação o fato de que fez uso de drogas, possivelmente fazendo uma relação entre esta ação e a sua sensação de confusão. Por fim, afirmou que, quando contou isso para sua mãe, foi internado:

“Antônio: Não tomava café, não respeitava minha mãe, que ela pedia para mim levantar e tomar café, e eu não ia.

Entrevistadora: E aí?

Antônio: E aí que eu estou melhor agora, eu vou respeitar isso quando eu sair da internação. Que antes só o remédio que eu não tomei. Eu estava com a mente confusa.

Entrevistadora: Como é que é isso, ficar com a mente confusa?

Antônio: Tipo assim, você pensar que vão te pegar, que os outros iam me bater, estava com a mente perturbada. Eu usei droga primeiro. Aí eu estava confuso, não estava falando coisa com coisa, não estava falando coisa certa. Eu estava pensando que tinha alguém querendo me matar. Eu só falei para minha mãe, aí ela me colocou aqui. Conte para ela para eu ficar mais aliviado, porque eu queria dividir com ela onde eu estava.”

Vale destacar que Antônio falava de um lugar de culpa, de se sentir também responsável pela sua situação de internação. Isso no sentido de considerar que a desobediência a algo ou a alguém, combinado com o uso de drogas, estaria atrelado, em parte, ao seu sofrimento psíquico e, em parte, à internação. Ademais, parecia ser de difícil explicação, para Antônio, o fato de ele ter compartilhado o seu sofrimento com a sua mãe e, como resultado, ter sido internado em uma instituição psiquiátrica.

Em outro momento da entrevista, Antônio retomou as razões que, do seu ponto de vista, levaram à sua internação, acrescentando outras situações de desobediência, modos de

vida, por ele entendidos, como sendo equivocados, além da realização de pequenos atos infracionais:

“Antônio: Eu não ia, agora eu vou começar a ir, frequentar, se eles quiserem me levar para jogar bola, para..., tudo eu vou fazer tudo direitinho. Antes eu gostava de funk também, só que é coisa errada, porque fala de luxo, fala de, tipo, fala de coisa cara, e aí nós fica com ilusão, aí nós vamos querer roubar mais. Mas eu não faço isso, eu saí, eu não fui roubar, eu fiquei com medo.”

Ao final da entrevista, Antônio insistiu mais uma vez que não iria mais escutar funk e que passaria a escutar músicas religiosas, que são da preferência de seus pais:

“Antônio: Minha mãe e meu pai, que eles falou para mim não ficar mais escutando funk. Aí eu não fiquei mais escutando, só fiquei escutando música evangélica.”

Nesse sentido, essa pareceu ser a marca forte para Antônio acerca do motivo de sua internação: desobedecer a seus pais e ter hábitos considerados equivocados; com efeito, a sua impressão sobre a internação parecia ser a de um momento de punição, e a entrevista era uma possibilidade de ele reafirmar que ele seria um menino comportado e obediente.

Danilo, por sua vez, assinalou que, de certo modo, estava internado por conta de uma briga com seus pais, decorrente de um conjunto de fatos: de ter se tornado um adolescente desobediente, de sua família não ter uma boa convivência e de ter sofrido situações de violência em sua escola por parte de outros adolescentes. Ainda, no decorrer da entrevista, embora tenha se responsabilizado em parte por sua internação, Danilo parecia tentar construir a ideia para a pesquisadora de que ele era um bom garoto, em contraposição à imagem de um garoto com problemas de comportamento:

“Entrevistadora: O que foi que aconteceu, porque você acha que você está aqui?

Danilo: Não acho, tenho certeza. Tem dois meses que eu fiz uma coisa.

[*silêncio*]

Entrevistadora: Você poderia me contar que coisa foi essa?

Danilo: Posso. Eu tinha brigado com meus pais, eu tinha batido na minha mãe.

Entrevistadora: O que aconteceu que te levou a brigar com seus pais, bater na sua mãe?

Danilo: Por causa que a minha família está muito desestruturada. Estão tendo muitas coisas ruins lá em casa, na minha escola, que me levaram a fazer isso.

Entrevistadora: Você pode me contar um pouco que coisas são essas?

Danilo: Posso. É que assim, desde que eu comecei a ir para a escola eu sempre fui um aluno estudioso, sabe, eu sempre fui aluno que tirava nota dez. Eu sempre gostava, eu gosto muito de matemática, história, geografia,

português, inglês, espanhol, sabe, várias coisas. Aí o que acontece, por causa disso eu sempre fui um dos melhores alunos da minha classe e da minha escola também. Aí eu sempre li, eu sempre dei muito orgulho para minha mãe, para meu pai, para meus professores, sabe. Aí o que acontece, o que acontece, quando eu era pequenininho isso não acontecia, mas depois que eu comecei a ficar com 13 a 14 anos eu desobedecia muito.”

Em seguida, Danilo acrescentou mais elementos às razões de sua internação, afirmando que ficou “descontrolado, super nervoso” em decorrência de situações prévias, que foram desencadeantes para a sua internação:

“Danilo: Porque no último dia que eu bati nela foi porque ela fez várias coisas comigo que eu não gostei e porque naquele, justamente naquele bendito dia, vários amigos que eu tinha antes ficaram me xingando, ficaram me ofendendo, ficaram batendo em mim, fazendo um monte de coisa comigo.

Entrevistadora: Então ficou um monte de coisa junta?

Danilo: É. Por eu ter batido na minha mãe, por eu ter brigado com meu pai e com a minha mãe, por ter quebrado as coisas na minha casa.

Entrevistadora: E o que aconteceu?

Danilo: Eu fico descontrolado, super nervoso, sabe. Eu não consigo me controlar mais de tão nervoso que eu ficava.”

O entrevistado narrou uma longa justificativa para o seu ato de agressão em relação a sua mãe, sobrepondo outras informações e afirmando que a sua mãe “fez uma sacanagem muito grande” com ele após um dia difícil que ele teve em sua escola, quando havia sofrido uma situação de violência por parte de outros adolescentes. Danilo parecia tentar explicar para a pesquisadora, e também para si, que ele apenas havia agredido a sua mãe após ele mesmo ter sofrido certa violência:

“Danilo: Então, aí o que acontece, quando era na quarta-feira eu estava muito, como eu posso dizer, eu estava muito nervoso, sabe, estava muito revoltado, estava muito revoltado comigo mesmo. Ainda mais porque quando era na quinta e na sexta-feira tinha um simulado que eu tinha que fazer que era preparativo para o ENEM, sabe, preparativo para poder entrar em uma faculdade e ter um emprego quando eu for mais velho. Aí o que acontece, esse simulado que eu ia fazer que era preparado para eu e os colegas da minha sala para a gente se preparar para o ENEM, era super mega blaster difícil. Sabe, tinha 180 questões super difíceis, ia cair matéria do ano inteiro que a gente estudou, do primeiro e do segundo bimestre sabe. Muita coisa, muita coisa mesmo sabe, então todas as matérias, né? Ainda mais que eram dois dias, que quinta-feira tem 80 perguntas e sexta-feira mais 80 perguntas, aí o total dá. Ah não, pera aí, era 90 mais 90, que é 180. E aí o que acontece, quando era quarta-feira, que era na véspera da primeiro dia do simulado que era quinta-feira eu não tinha estudado nada, não porque eu não quis, mas porque não tinha dado tempo, porque eu tinha tanto trabalho, tanta lição de casa que nem tempo deu. Aí quando era na quarta-feira, eu estava super nervoso, sabe? Ainda mais porque quando foi quarta-feira foi um dos

piores dias que eu tive, que eu fiquei lá na minha escola. Por causa que naquele dia vários amigos meus que eu tinha, na minha escola, me traía. Que eu pensei que eles fossem meus amigos, mas percebi que muitos deles não eram, eles fazem amizade comigo por falsidade, sabe. Eram falsos, eram mentirosos. E aí por causa disso eu fiquei mais chateado e mais nervoso ainda, aí minha mãe veio e fez uma sacanagem comigo tremenda, e por causa disso eu me descontrolei totalmente e bati nela.

Entrevistadora: Que sacanagem foi essa, que é o fato marcante que você falou?

Danilo: Foi de ela ficar o dia inteiro pedindo para eu fazer um milhão de coisas para ela, me prejudicando pra caralho para eu não estudar para o simulado, porque ela sabia muito bem que eu tinha que estudar para o simulado, sabia muito bem que eu não estudei, sabia muito bem que lá era preparativo para o ENEM. Inclusive até falou saber notícias da diretora da minha escola, que é a Denise, sobre o ENEM, que eu já expliquei para ela mais de mil vezes que eu precisava estudar o dia inteiro para todas as matérias que o simulado ia ser muito difícil. Que ia cair várias perguntas também do ENEM que já caíram nos anos anteriores, sabe. Aí ela, sabe, aí ela, não sei, parece que ela queria me prejudicar, que quarta feira que era o único dia, assim, que eu podia estudar, a minha mãe ficou o dia inteiro, o dia inteiro, sabe, exigindo e fazendo um milhão de coisas para ela, o dia inteiro, o dia inteiro.

Entrevistadora: Então foi por tudo isso que você veio para cá?

Danilo: Foi, e eu já expliquei para a minha mãe um milhão de vezes, falei – ‘mãe, por favor deixa eu estudar, eu preciso saber isso logo’ – tipo assim, eu comecei a avisar para ela um mês antes do simulado. E, na véspera, ainda estava atrapalhando.”

Em outros dois momentos desta entrevista, Danilo foi taxativo ao nomear a principal pessoa responsável por sua internação, ainda que houvesse reconhecido, anteriormente, a sua responsabilidade subjetiva pela situação:

“Danilo: Juiz desgraçado, filho da puta.

Entrevistadora: O que o juiz fez?

Danilo: Me internou aqui, deixou aqui já faz 50 dias já.

Entrevistadora: Mas como é que é essa briga da escola, com a sua mãe, chegou até o juiz? Você sabe?

Danilo: Sei. Porque eu já fui levado três vezes para o Pronto-Socorro, aí depois da terceira vez o juiz decidiu me levar para cá.

Entrevistadora: É a primeira vez que você está aqui?

Danilo: Sim.”

“Danilo: Só vim mais porque o juiz que cuida de crianças e adolescentes daqui do Estado de São Paulo, ele viu que eu já fui para o Pronto-Socorro três vezes e acabou resolvendo me levar para cá. Por causa disso que estava acontecendo, porque ele estava achando que eu fosse um doente mental, aquela pessoa que eu bati na minha mãe. É claro que o motivo está errado, alguma coisa está errado, mas eu tive vários motivos para fazer isso também.”

Tal como Danilo, Cléber, compartilhava o ponto de vista de que estava internado em decorrência de uma decisão judicial, afirmando que sua família havia solicitado isso a um juiz:

“Cléber: Eu estou aqui porque a minha mãe e minha avô foi lá no juiz e pediu para encaminhar eu.

Entrevistadora: Foi assim que aconteceu?

Cléber: Foi, aí e o SAMU parou lá em casa, aí não queria vir. Aí eu quebrei a lâmpada.”

Em outro momento dessa mesma entrevista, Cléber, que estava em uma internação do tipo involuntário-judicial, retomou os motivos de sua internação, e, dessa vez, buscou dar uma explicação causal para a sua internação, afirmando que, por vendido e feito uso de drogas, um juiz havia determinado a sua internação:

“Cléber: Eu estou aqui porque fumei maconha. Porque o juiz ele liberou eu para ficar aqui.

Entrevistadora: Ele que falou para você ficar aqui? E porque ele falou para você ficar aqui?

Cléber: Porque eu estava vendendo as coisas, aí pega o dinheiro e comprava cerol.

Entrevistadora: Você estava vendendo o quê?

Cléber: Maconha.

Entrevistadora: E aí, o que mais aconteceu?

Cléber: Fumava palha. Com o Arthur, com um monte, com o Thiago, com o, qual o nome mesmo?

Entrevistadora: Quem são essas pessoas Cléber?

Cléber: Meus colegas.

Entrevistadora: Você me contou que o juiz falou para você vir e aí veio o SAMU?

Cléber: É.

Entrevistadora: Como é que foi para você ver o SAMU, você entendeu o que o SAMU estava fazendo lá na hora que eles chegaram?

Cléber: É, aí eu agredi.”

Aqui, a agressão, direcionada a um objeto – a quebra de uma lâmpada –, aparece como resistência, como oposição à decisão judicial de internação e ao mandato dos profissionais de levá-lo em uma ambulância para um lugar desconhecido. Em um terceiro momento, Cléber acrescentou mais um elemento aos motivos de sua internação, afirmando que o juiz a havia determinado a partir das solicitações tanto de um profissional de outro serviço, quanto de sua mãe, indicando que essas pessoas eram as responsáveis pela internação dele:

“Cléber: Minha mãe e a Zulmira.

Entrevistadora: Quem é a Zulmira?

Cléber: A assistente social da APAE, que faz acompanhamento comigo.

Entrevistadora: Você acha que é por causa delas...

Cléber: Ela que mandou internar eu, ela e uma outra.”

Nessa linha, Cléber parecia reconhecer que a decisão por sua internação estava atrelada a uma rede mais complexa de arranjos institucionais, sobre qual ele não exercia nenhum poder contratual.

Já Dênis relacionou os motivos de sua internação a uma história precedente em sua vida, quando foi envolvido em uma disputa entre dois donos de distintos bares em sua cidade e, ao final, um desses donos o ameaçou de morte. Afirmou em entrevista que após esse evento começou a se sentir “mal da cabeça” e, depois disso, foi internado:

“Entrevistadora: E o que aconteceu que você veio parar aqui?

Dênis: É que tinha um homem que eu morava lá, que me chamou falando que era para eu mim complicar uma mulher. Que não gostavam, mas os dois eram do bar, dono do bar. Daí, o dono do bar, daí me chamou, e daí disse que era para fazer ou matava eu e isso ficou na minha cabeça, né. Daí isso na minha cabeça, aí eu fiquei mal da cabeça, e fui piorando. Daí eu vim para cá. Entrevistadora: Mas me conta como era, tinha o dono de um bar e uma dona de um bar. O dono do bar falou para você denunciar a dona do bar? Denunciar pelo quê?

Dênis: Denunciar, que tinha um monte de coisa lá, vídeo pornô, que não devia. Aí era para eu fazer, aí eu fiz, né.

Entrevistadora: E ele queria que você fizesse uma coisa que não concordava, era isso? E aí ele tinha ameaçado de morte?

Dênis: Ameaçou eu de morte.

Entrevistadora: E aí você ficou com isso na cabeça.

Dênis: Foi isso.

Entrevistadora: Que duro.

Dênis: Duro mesmo, daí a mulher chamou eu para fazer. Aí eu vim para cá.

Entrevistadora: Teve algum, alguma coisa que você... você pediu ajuda para ela ou sua mãe [tia] percebeu?

Dênis: Dai minha mãe [tia] teve ideia. Daí parou todo mundo na delegacia, daí começou um processo. Aí depois disso eu fiquei bom.

Entrevistadora: E como que é que você veio para cá, você passou em algum lugar antes de vir para cá ou veio para cá direto?

Dênis: Vim para cá direto.”

Ora, é significativa a situação de violência a qual Dênis foi exposto e, ainda que a ameaça de morte não tivesse lastro no real, para Dênis tinha. Mesmo após terem ido à delegacia, Dênis procurou a ajuda de sua tia, a quem chama de mãe; esta tia, por sua vez, em busca de algum serviço assistencial que pudesse dar o devido suporte a Dênis, levou-o à instituição em que ele esteve internado.

Nessa mesma tendência, a de localizar um evento marcante que tenha deflagrado a situação de internação, Francisco relacionou um episódio em particular que viveu e que, para

ele, resultou em seu sofrimento psíquico. Segundo Francisco, ele foi internado por não ter conseguido lidar com uma determinada situação; na entrevista, afirmou que, após ter realizado um furto sob o efeito de drogas, foi pego, junto com um colega, por dois policiais, que os assustaram e os coagiram a realizar exercícios físicos:

“Entrevistadora: E o que aconteceu que você veio para cá?

Francisco: Foi por causa que eu estava com uma linha de perseguição dos outros querer me matar, coloquei na cabeça isso e não estava conseguindo tirar.

Entrevistadora: Mas, como foi isso?

Francisco: Tipo assim, já tinha feito um furto, já tinha feito três furtos, eu fiz lá na minha loja, só que eu pedi perdão para o meu gerente pelo o que fiz. Fiz um no Davó, e fiz um na Pernambucanas. O no Davó, foi isso que me marcou mais, onde começou o medo.

Entrevistadora: O Davó é o que?

Francisco: Supermercado Davó.

Entrevistadora: Ah, supermercado.

Francisco: Foi onde que começou o medo, porque os dois caras que me apreendeu no furto era policial, e eles falaram assim para mim, pediram meu endereço, pediu tudo, fizeram eu fazer até 50 flexões, e eu fiz 40 ou 35 flexões, acho.

Entrevistadora: Assim, ali na hora?

Francisco: É, na hora que pegou, nós não rouba. A gente furtou Smirnoff, estava drogado ainda, tinha usado droga. E na Pernambucanas eu tinha pego cueca, porque eu estava precisando, eu tinha feito diarreia nas calças e aí eu peguei. Mas foi no mercado que me marcou mais, que eu fiquei mais com medo, que aí começou tudo, o desespero, estes negócios.

Entrevistadora: É muito duro?

Francisco: É.

Entrevistadora: Estou vendo isso pelo seu rosto, você está passando para mim uma sensação de sofrimento.

Francisco: Foi onde eu senti mais medo.”

Mais uma vez, foi feita referência tanto às situações de uma violência prévia vivenciada pelos entrevistados, bem como a determinados comportamentos, que variavam entre equivocado e desobediente. Ainda, Francisco pareceu não fazer diferença entre as duas situações em que furtou objetos, culpabilizando-se por ambas, ainda que no evento referente às Lojas Pernambucanas tenha furtado uma cueca porque necessitava trocar a sua.

Juliano, por sua vez, construiu uma longa narrativa sobre os motivos que levaram à sua internação, pontuando que a principal razão foi o uso de drogas. Ademais, em sua narrativa, Juliano foi nomeando alguns aspectos de sua vida, que podem ser identificados como parte do contexto e do território de sua vida, tal como quando comentou que o seu melhor amigo foi preso.

“Juliano: O que aconteceu? Foi as interações com drogas.

Entrevistadora: Foi isso?

Juliano: Foi, foi o quê mais, porque eu usava muito no quarto entendeu. Quando eu saía do quarto, sabe aqueles quartos tipo emo, que quando você vai até, tipo, almoçar, você vai e só mostra a cara só. Então esse quarto era assim bem na cozinha, e não tinha uma lâmpada ou coisa para iluminar, e aí quando ficava muito doido eu apagava a luz e ficava ouvindo rock pesado.”

“Juliano: No ano passado eu ia para a escola e praticava artes marciais, com esse meu amigo que eu falei que gostava dos pensamentos dele. Foi aí que eu comecei a ficar mais isolado. Primeiro porque quando eu usava drogas eu usava só maconha, não cheirava. Aí quando eu comecei a usar cocaína, daí que eles começaram a se afastar de mim, entendeu, eles falavam coisas que queriam meu bem, que aquilo estava me fazendo mal porque era uma química, entendeu?

Entrevistadora: Sei.

Juliano: Aí eu parei de usar isso, comecei a usar drogas sintéticas. Comecei a usar drogas sintéticas, comecei a fazer os efeitos em mim mesmo, entendeu? É algo que você já sabe, entendeu. É por isso que eu disse, é algo que vai ecoar na eternidade, que você precisa saber, entendeu, que você precisa saber. Aí eles [os amigos] começaram a falar que fazia mal para mim. E um dos que disse que a droga fazia mal para mim não está agora mais nas ruas.

Entrevistadora: Está onde?

Juliano: Foi preso, mas era um dos meus melhores amigos, entendeu.

Entrevistadora: Entendi, e como é que você ficou com isso?

Juliano: Eu fiquei mal, né, por causa que eu gostava dele pra caramba. Mas, fazer o quê, eu não posso ter o domínio sobre a vida dele também.”

Importante notar que, apesar de ele haver mencionado que em decorrência de um uso mais abusivo de drogas ele havia se afastado de seus amigos, para Juliano, esse distanciamento de outras pessoas não era uma razão, em si, para a internação. Em outro momento da entrevista, Juliano narrou o percurso que o levou à situação de internação, afirmando que antes de ser internado havia morado em casas de diferentes familiares. Ainda, relatou que foi da casa de sua avó que o retiraram, pela primeira vez, para que fosse a uma UPA; após esse evento, retornou para a casa de seus pais, que, de lá, levaram-no para a internação na instituição onde se encontrava:

“Juliano: Aí depois, eu fiquei na casa da minha avó, quando fui para a casa da minha avó eu virei um químico, entendeu? Eu era astrônomo e físico na casa do meu tio, não, até na minha casa eu era astrônomo e físico. Gostava de astronomia e eu via física, entendeu, eu usava bastante. Porque na casa do meu tio, meu tio gostava de astronomia e física, e dedicava também, gostava de ficar estudando pelo computador, pelos recursos do computador em inglês, entendeu. E aí quando eu fui para a casa da minha avó eu virei um químico, entendeu. Eu pegava ficava fazendo interações com interações de droga, sabe, os sintomas da droga eu fazia em mim mesmo as interações e os efeitos, entendeu?

Entrevistadora: Então você experimentava as drogas e ficava vendo os efeitos em você?

Juliano: É, eu fazia os efeitos em mim mesmo, só por pesquisa, assim, para saber um pouco mais sobre drogas. Daí virei um químico, daí tiveram que arrombar a porta do quarto para entrar porque tinha, porque estava na casa do meu tio, e na casa do meu tio tinha até o Outlook.

Entrevistadora: Então volta, só para eu conseguir entender. Então você sempre morou com seus pais?

Juliano: Sempre.

Entrevistadora: E por que você quis morar depois com sua avó e depois com seu tio e depois com sua avó?

Juliano: Por causa da relação de mim com meus pais, entendeu?

Entrevistadora: Ah, o que foi que aconteceu?

Juliano: Foi uma intriga que teve que eu estava no Skype, era 06 horas da manhã, eu tinha virado de dia, tinha virado o dia, estava clareando o dia já. Eu estava em uma conversa com uma menina que era de outro país. Meu pai veio e desligou o computador, daí eu fiquei irritado, aí eu saí de casa, entendeu. Aí eu fui para a casa do meu tio, fiquei um mês lá na casa do meu tio.

Entrevistadora: Tá.

Juliano: Daí fui para a casa da minha avó, na casa da minha avó fiquei uns dez dias, acho.

Entrevistadora: Depois da casa da sua avó você veio para cá?

Juliano: Não, depois da casa da minha avó arrombaram minha porta, me deram injeção, me levaram para o Pronto-Socorro. Aí eu fui parar na casa da minha mãe de novo, depois na casa de minha mãe, minha mãe falou assim que ia ter que, ter que fazer um exame em São Paulo. Daí eu vim. Mas eu não vinha sabendo que ia ficar. Daí vim aqui, acabei ficando.

Entrevistadora: Você achou que era um exame?

Juliano: É.

Entrevistadora: Que exame você achou que ia fazer?

Juliano: Não sei bem, não sei bem.”

Leandro, na primeira vez, de um total de três vezes, em que foi entrevistado, fez um resumo breve dos motivos de cada uma de suas quatro internações na mesma instituição psiquiátrica. Vale destacar que Leandro solicitou as três últimas entrevistas, afirmando que acreditava que tinha mais a dizer. Assim, na entrevista inicial relacionou os motivos de suas internações, pontuando que, antes da primeira internação, não havia se comportado bem, antes da segunda havia ameaçado uma pessoa, e na terceira e na quarta internações havia sido internado por solicitação própria:

“Leandro: Uma por causa do comportamento muito ruim das coisas que eu faço. A outra foi porque eu ameacei matar uma mulher na rua da minha casa com uma faca, uma faca grande. E na outra eu pedi, e nessa aqui foi porque eu pedi também.

Entrevistadora: Você pediu para ficar aqui, internado? O que aconteceu que você pediu?

Leandro: Hum.

Entrevistadora: Você prefere não contar?

[*silêncio*]

Entrevistadora: Tudo bem. Vamos fazer o seguinte, se um dia você quiser contar essa história para mim, eu estou pronta para te ouvir.”

Em uma segunda vez que foi entrevistado falou especificamente das razões de sua quarta internação, a que estava vivenciando naquele momento, assinalando que estava sofrendo ameaça de morte e, por isso, ele havia solicitado ao juiz a sua própria internação:

“Leandro: Eu fui ameaçado de morte.

[*silêncio*]

Entrevistadora: Hum...

Leandro: Mas não estou ligando mais não.

Entrevistadora: Mas por que isso aconteceu?

[*silêncio*]

Entrevistadora: Foi o pessoal do seu bairro?

Leandro: Dos bandidos. Eu que quis vir para cá, não é por causa disso também. Um pouco porque eu quis vir para cá mesmo.

Entrevistadora: E para quem você pediu para vir para cá então?

Leandro: Diretamente para o juiz.

Entrevistadora: E o que ele falou, você chegou para ele...

Leandro: Foi demorado de eu conversar com ele. Eu fui, falei para o promotor um milhão de vezes. O promotor, o rapaz que fica lá o escrevente, depois conversei com o promotor. Daí depois do promotor consegui falar com o juiz.

Entrevistadora: Entendi. E aí ele falou tudo bem, vem para cá...

Leandro: Eu entrei na sala lá, ele começou a conversar comigo. Daí ele falou assim – ‘você tem certeza que você quer ir para lá mesmo’ – e eu falei: tenho. Mas eu errei em falar que tenho.

Entrevistadora: Você errou? Por quê?

Leandro: Porque eu nem devia estar aqui, foi bobagem minha eu vir para cá.

Entrevistadora: Você preferia estar aonde agora?

Leandro: Na minha casa, perto da minha família, da minha avó, e claro fumando um cigarro.”

Em outras entrevistas, Leandro retomou os acontecimentos que antecederam essa sua quarta internação. Como afirmado anteriormente, ele foi avisado de que a sua avó havia vendido a casa em que moravam juntos e que, agora, ele deveria morar perto de um lugar que considerava perigoso. Quando questionado sobre o que poderia acontecer com ele, caso ele se mudasse para essa nova casa, Leandro respondeu:

“Leandro: Matarem eu, isso que acontece, de matarem eu.

Entrevistadora: Mas alguém perto de você te ameaçou mesmo?

Leandro: Já, o rapaz no dia que ele bateu em mim, ele deu um passo segurando assim, e daí ele falou – ‘na próxima eu vou acabar com a sua vida’ – ele falou bem assim para mim.

Entrevistadora: Mas o que aconteceu, hein?

Leandro: Mande ele tomar no cu, e ele falou que ia dar maconha para ele, daí ele falou que não ia acontecer nada comigo. Daí eu mandei ele tomar no cu.”

Ao se referir a esse rapaz, Leandro relatou:

“Leandro: Nós fumávamos maconha juntos, nós bebíamos juntos. Depois que eu parei de beber, parei de andar com ele, parei de fumar com ele. Ele não gostou nada disso. Foi da minha parte parar de beber, parar de fumar maconha.”

Afirmou que, depois disso, passou a ser ameaçado de morte. Foi em resposta a esta ameaça que Leandro procurou um juiz, pois tinha o entendimento de que estaria protegido na instituição. Importante notar que em nenhum momento Leandro faz qualquer referência a experimentar um sofrimento psíquico, sendo os motivos de sua internação, para ele, completamente alheios a isso. Ainda, em outro momento, Leandro fez uma reflexão sobre a sua internação e sobre o que estava vivendo, e afirmou que estava internado porque lhe faltou “vergonha na cara”:

“Leandro: Eu penso nisso tudo como falta de vergonha na minha cara, de ficar vindo para cá.

Entrevistadora: É mesmo? É assim que você se sente?

Leandro: Falta vergonha em mim de querer vir para cá, isso aqui não é lugar para ficar passar colônia de férias não.

Entrevistadora: Mas você pensa aqui como uma colônia de férias?

Leandro: Aqui não é colônia de férias, aqui é hospício, é minha cabeça que...

[*silêncio*]

Entrevistadora: Que o quê?

[*silêncio*]

Entrevistadora: Foi alguém que te contou isso, que aqui não é colônia de férias?

Leandro: Eu.

[*silêncio*].”

Conveniente afirmar que essa expressão, “colônia de férias”, era frequentemente utilizada por alguns profissionais para se referir às crianças e aos adolescentes que estavam há muito tempo internados e que não respeitavam as regras institucionais. Essa aparente preocupação de Leandro, a de afirmar que ali não era uma “colônia de férias”, de certa forma significava que ele reconhecia que a instituição lhe requisitava estar de acordo com as regras e lhe incitava a ideia de que ele próprio deveria esforçar-se para não estar ali.

De modos distintos, essa preocupação apareceu em outras entrevistas. Como já exposto, Antônio e Danilo faziam grandes esforços nesse sentido. Antônio, em particular, ao ser questionado sobre o que achava da internação, respondeu o que lhe parecia que deveria responder – algo aparentemente bastante deslocado do tom e do tema da pergunta:

“Antônio: Agora eu vou me comportar, eu não vou beber, não quero saber de droga, quero saber só de amizade verdadeira agora. Vou ver quem é quem.”

Por fim, dentre os entrevistados, Rafael contou em entrevista que adorava empinar pipa em sua cidade, e relatou que entendia que estava internado em decorrência de ter mordido a sua mãe. Após afirmar isso, não deu seguimento ao assunto:

Rafael: Eu mordi minha mãe.
Entrevistadora: E como é que foi isso?
Rafael: Na raiva, na hora de comprar linha.
Entrevistadora: Ela tinha que comprar o quê?
Rafael: Linha.
Entrevistadora: Ah, ela não queria comprar linha para você.
Rafael: Já sabe, linha.
Entrevistadora: Sei, sei soltar pipa.”

Como essa questão, os motivos de internação na instituição psiquiátrica, era central na pesquisa, durante o trabalho de campo outras crianças e adolescentes, além dos profissionais, deram respostas breves, porém, significativas acerca deste ponto. As respostas eram dadas quando a pesquisa era explicada e a presença da pesquisadora na instituição justificada, ou seja, após a pesquisadora afirmar, por exemplo, que estava ali para entender o porquê de as crianças e os adolescentes ainda serem internados em instituição psiquiátrica. Nesses momentos, novas suspeitas em relação aos motivos de internação eram acrescentadas às indagações da pesquisa.

Dentre as colocações feitas pelas crianças e adolescentes, Gustavo, Edson e Mário afirmaram que foram internados por causa de brigas. Gustavo contou que agrediu a sua mãe após ela o ter agredido; já Edson mencionou, além das brigas e discussões, enquanto motivo de internação, o uso de medicação; e Mário contou que foi internado porque brigou na escola com a professora e com o seus colegas:

“No meu primeiro dia enquanto pesquisadora encontro na instituição Gustavo, um menino que adora brincar de artes marciais e me mostra alguns movimentos que sabe fazer. Quando explico quem sou e porque estou ali, Gustavo me responde: ‘Porque eu bati na minha mãe’. Pergunto como foi isso, e ele complementa: ‘Ah, ela fica me xingando, fica em cima de cima, só porque eu não queria arrumar o quarto, só porque eu não queria fazer lição de casa porque era chato, né. Eu queria só jogar videogame, eu queria ficar só na rua. Ela me bateu, eu bati nela também’” (Diário de Campo).

“Quando conto que estou aqui para entender o porquê de eles estarem aqui, Edson me responde: ‘Ah, muita briga, muita discussão, muito remédio’” (Diário de Campo).

“Conversando com Mário, conto sobre a pesquisa e, ao falar que estou aqui para entender os motivos de eles estarem ali, Mário me responde: ‘ah, briguei na escola. Com a professora e com todo mundo’” (Diário de Campo).

Carlos, muito brevemente, afirmou que foi internado porque “surtou”, atribuindo como significado o fato de ter ameaçado a sua irmã. A irmã de Carlos ia semanalmente à instituição. Ela chegava sempre muito exausta, uma vez que trabalhava durante a noite. Como Carlos era um adolescente mais calado, era a sua irmã que fornecia o mínimo de informações sobre Carlos e sobre a sua história de vida:

“A irmã de Carlos tem 26 anos e sempre vem aos grupos de família, sendo ela a única familiar de Carlos. Ela estuda durante o dia e trabalha durante a madrugada como lavadora de ônibus em uma garagem. Ela e o Carlos moram juntos. A mãe deles faleceu há dois anos e uma outra irmã mais nova deles, que tinha uma deficiência mental, faleceu há um ano. A irmã de Carlos conta que foi depois que essa outra irmã faleceu que Carlos não ficou bem. Na instituição, Carlos sempre fica em seu quarto, deitado. Não se aproxima de ninguém e, também, evita que outros aproximem-se dele. Hoje ele estava na sala (talvez, alguém tenha falado para ele ir lá). Quando converso com Carlos, ele me conta sobre o porquê de estar na instituição: ‘assim, eu tomava remédio lá no CAPS, aí eu surtei’, pergunto como foi isso, e ele me conta: ‘ameacei a minha irmã’. Fica olhando a televisão, como quem não quer continuar uma conversa” (Diário de Campo).

Já Henrique era um adolescente que havia abandonado a escolarização há muito tempo e que trabalhava como servente de pedreiro. Em uma conversa informal, Henrique afirmou que foi internado em decorrência do uso de drogas, e a internação seria um serviço para ele “sair do vício” (Diário de Campo):

“Acabo de fazer a entrevista com Antônio, que é um dos companheiros de quarto de Henrique. Quando Antônio conta para Henrique sobre do que se tratou a pesquisa, Henrique responde: ‘Drogas’. Entendendo que ele estava se referindo aos motivos e internação, pergunto como foi isso, e ele me conta: ‘eu comecei a usar drogas, desde os 11 anos eu uso droga. E aí minha mãe não sabia, eu nunca contei para ela. Aí ela descobriu, aí eu fui pedir ajuda para ela, para ela me ajudar a sair do vício que eu estava. Aí ela foi e procurou a internação, daí eu vim para cá’” (Diário de Campo).

Por fim, Jorge também quis expressar as suas suspeitas pelos motivos de internação. Jorge era um adolescente com uma deficiência mental que morava com a sua tia em uma cidade do interior de São Paulo. Ele relatou que se sentia muito só, e que por isso foi internado:

“Jorge, que adora conversar, me conta porque está aqui: ‘fico muito sozinho’. Vamos conversando, e ele fala que frequentava a APAE, mas que tinha deixado de ir lá porque queria ir para ‘uma escola normal’, mas um médico falou para ele que ele não poderia” (Diário de Campo).

Ora, tal como os entrevistados, muitas outras crianças e adolescentes pareciam relacionar como motivos de internação, de modo geral, o fato de terem brigado com outras pessoas, o uso de drogas, entre outras situações. No entanto, mesmo em conversas muito breves, esses sujeitos apontam ao menos um outro sujeito como parte dessa situação de agressão e, ainda, há os que trataram das dinâmicas relacionais que levaram a essas situações; além disso, há que se questionar que, talvez, essas ações – brigas, desobediência, uso de drogas, entre outros – sejam o que circule entre as próprias crianças e adolescentes como as suspeitas delas acerca dos motivos de internação.

Ademais, além dessas afirmações das crianças e dos adolescentes, chama atenção a fala de um médico psiquiatra, em uma conversa informal:

“Na sala da equipe, enquanto faço as transcrições dos registros institucionais, tendo à minha frente uma pilha de prontuários, converso com um dos médicos psiquiatras sobre a minha pesquisa. Após ele perguntar quais eram as informações que eu estava procurando, explico novamente a proposta da pesquisa e acentuo que o que me interessava eram os documentos de admissão, em razão de que esses deveriam conter as informações dos motivos de internação. Afirmo, ainda, que uma das informações que buscava era o diagnóstico de entrada. Durante a conversa sobre quais diagnósticos eram mais prevalentes na admissão, esse profissional afirma: ‘se tem agressividade, é só colocar F.29 que interna’, assinalando como se efetiva uma internação” (Diário de Campo).

Importante contextualizar que esse profissional, no cotidiano do serviço, contestava algumas das internações realizadas, tendo feito essa afirmação no sentido de uma crítica aos profissionais médicos psiquiatras que faziam as admissões e internavam as crianças e os adolescentes na instituição. Esse profissional, em particular, afirmava que em alguns casos não se devia fechar diagnóstico, mas colocar, nos relatórios de alta, os diagnósticos psiquiátricos como hipóteses. Mesmo assim, em seguida ao que falou, talvez pela preocupação de evitar ruídos institucionais, reiterou: *“o F.29 usualmente é colocado como diagnóstico de entrada, não chega a ser um protocolo, mas é de praxe”*. E, por último, acrescentou, encerrando a conversa: *“o F.29 é uma abertura para a investigação diagnóstica” (Diário de Campo)*, em um movimento que aparentava ser uma mudança no curso do discurso.

6.2.4 Rememorações do cotidiano e da vida

Alguns entrevistados, ao serem questionados sobre as suas vidas cotidianas, identificaram um conjunto variado de recursos: amigos, escola, trabalho, projetos de vida e outros. Em contraposição a estas falas, é possível notar um empobrecimento sensível da vida das crianças e dos adolescentes no dia a dia da instituição psiquiátrica, tendo em vista a destituição desses recursos ocasionada pela internação.

Antônio, em relação ao seu cotidiano, falou sobre aquilo que era prazeroso para ele; porém, mais uma vez, retomou o tema do respeito aos seus pais. Ou, dito de outro modo, relatou que realizava atividades prazerosas para ele, mas dentro daquilo que seus pais permitiam:

“Antônio: Eu jogava videogame, eu jogava bola, aí desses anos para cá eu não estava jogando bola todo dia, eu estava ficando em casa, para respeitar os meus pais.

Entrevistadora: Sei, entendi. Mas você gosta muito de jogar bola então?

Antônio: Eu gosto de jogar bola, eu amo.

Entrevistadora: E em que lugar você gostava de ir lá perto da sua casa?

Antônio: Aonde tem piscina, ficava, jogava bola com meus amigos. E é isso, jogava Play Station 2 com eles também.”

Já Cléber, com frases curtas e um vocabulário mais simples, além de apontar o que gostava de comer – o que talvez apareça na entrevista como uma marca do que ele sentia falta na instituição –, narrou a existência de um cotidiano permeado pelo aspecto lúdico – algo inexistente no dia a dia da instituição:

“Entrevistadora: E o que você gostava de fazer na sua cidade?

Cléber: Comer.

Entrevistadora: Comer? Comer o quê?

Cléber: Alface, leite, pão, costela, frango.

Entrevistadora: E como que era o seu dia a dia, o que você costumava fazer no seu dia a dia?

Cléber: Andar de bicicleta.

Entrevistadora: Andar de bicicleta, e o que mais?

Cléber: Andar de bicicleta, soltar pipa, passar cerol.

Entrevistadora: Passar cerol na pipa para cortar pipa dos outros?

Cléber: É.”

Em outros breves momentos do cotidiano institucional, Cléber oferecia pistas sobre os seus interesses e suas conexões com a vida fora do contexto da instituição:

“Certo dia, caminhando de um lado para o outro no corredor com o Cléber, de súbito ele entra no último quarto, que estava vazio, e me chama. Parado na janela, fala para mim: ‘escuta’. Muito ao longe, há um barulho de trem, que passa perto da instituição. Menciono o que escutei e Cléber me conta que perto de sua casa há um trem, que ele gosta desse barulho e que queria estar no trem. Cléber volta a caminhar pelo corredor” (Diário de Campo).

Importante notar que diferentes sujeitos, ao serem questionados sobre o seu cotidiano de vida, tratavam dessa questão fazendo certa comparação com a situação de internação, seja de forma explícita, seja com frases como *“lá, sim, que era bom” (Diário de Campo)*. Além disso, nas entrevistas, algumas crianças e adolescentes relataram eventos e situações vividas nos seus cotidianos que tiveram relação com a internação. Antônio foi uma dessas pessoas, afirmando em entrevista as diferenças entre os dois cotidianos; e, mais uma vez, retomando que era um garoto desobediente:

“Antônio: Ah, eu jogo bola, consigo brincar, tem vezes que eu fico jogando videogame. Agora, estava bem solto antes, por isso que eu não quero mais voltar para cá, porque aqui é sufoco você ficar aqui, só ver seus pais no dia. Eu quero ficar lá perto com eles.
Entrevistadora: Como é que era assim, um dia seu típico, você acordava de manhã e aí?
Antônio: Não, não tomava café, não respeitava minha mãe, que ela pedia para mim levantar e tomar café, e eu não ia.”

Ainda, é significativo que no espaço de entrevista, pensado também como um espaço de escuta, essas crianças e adolescentes tenham contado alguns aspectos de suas vidas que lhes eram mais importantes, por vezes em forma de confidência e outras vezes em forma de certa demanda pela valorização e pela ampliação do crédito de si. Por exemplo, Danilo enfatizou o quanto tinha um cotidiano, fora da instituição, bastante permeado pela questão da escolarização:

“Danilo: Eu vou para a escola porque eu estudo de manhã.
Entrevistadora: Estuda de manhã, e depois você volta e almoça aonde?
Danilo: Minha casa.
Entrevistadora: E aí o que você faz durante a tarde?
Danilo: Eu faço lição de casa, eu faço trabalho que eu preciso fazer, ler livros, estudar para as provas. Inclusive eu sou um dos melhores alunos da minha escola. Eu sempre tiro nota alta, eu tiro 9, 10, sempre sou um dos melhores alunos da minha sala, da minha escola. Eu já até ganhei bolsa de estudo, você acredita?”

Nesse contexto de internação, é relevante constatar que o entrevistado terminou a sua afirmação com a seguinte frase: “você acredita?”. Muitas vezes, durante as entrevistas, os entrevistados pareciam fazer uso desse espaço de escuta para poder contar sobre si, para além do que era o tema da entrevista, contar sobre as suas potencialidades, sobre aquilo que outras pessoas não davam crédito. Nas vivências no campo, certa vez, em uma reunião de equipe, foi pontuado por um dos profissionais que não era verdade que Danilo gostava de estudar, já que esse profissional o havia levado à biblioteca da instituição psiquiátrica e ele não havia se interessado por livro algum. No entanto, há que se frisar que a biblioteca da instituição é composta, em grande parte, por obras específicas de certos campos de estudo, como a medicina e a psicologia – temas que não são do interesse de Danilo, um adolescente. Tornou-se evidente no decorrer da vivência de campo que aquilo que, de fato, esses garotos desejavam compartilhar, podia ser feito com apenas alguns poucos profissionais.

Francisco, ao falar sobre o seu cotidiano, mencionou que trabalhava e que tinha muitos amigos. Ainda, que era parte de sua vida sair à noite com os seus amigos e fazer uso ocasional de drogas, nos chamados “rolês”. Acrescentou que hoje, estando internado, ele considerava que aqueles não eram hábitos adequados:

“Francisco: Eu ia para a escola, trabalhava, chegava em casa e dormia.

Entrevistadora: Onde você trabalhava?

Francisco: Pernambucanas. Trabalhava como jovem aprendiz, eu fazia tudo, estoquista, vendedor. Era bom, para mim era bom, ótimo. Eu não tinha muita mania de sair, de vez em quando eu ia para o final de semana, para o shopping com o meu amigo. Passeava, é antigamente quando eu usava droga, fazia uns roles meus, aqueles famosos ‘rolês’. Coisas que não têm nada a ver.”

Quando questionado sobre o que era importante para ele, Francisco falou sobre seus amigos, sobre a escola e indicou um projeto seu: estudar engenharia. Vale notar que, considerando que nesse momento a entrevista versava sobre o dia a dia, Francisco, ao citar um projeto seu, expressou como esse sonho tem, para ele, alicerce em seu cotidiano:

“Francisco: Escola, meus amigos, a maioria dos meus amigos que era bom era também de lá. Tenho saudade assim, das meninas de lá também.

Entrevistadora: É, que série que você está da escola?

Francisco: Estou no segundo.

Entrevistadora: Segundo colegial?

Francisco: É.

Entrevistadora: E você está pensando em fazer o quê da vida?

Francisco: Ah, eu estou pretendendo sair da escola e fazer uma faculdade de engenharia civil.”

Juliano, aquele adolescente com uma rede social bastante ampla, assinalou que tinha, do seu ponto de vista, recursos diversos em sua vida, que estavam para além da rede social. Ao ser questionado sobre o seu cotidiano, tal como Francisco, apontou para um cenário de projetualidade, assinalando que sua família tinha uma peixaria, então, por isso, poderia trabalhar facilmente:

“Entrevistadora: E como que era o seu dia a dia lá, em sua cidade, antes de vir para cá?

Juliano: Onde eu quiser trabalhar eu posso trabalhar, eu posso ter meu dinheiro com facilidade por causa que minha família tem uma empresa.

Entrevistadora: Sua família tem uma empresa de quê?

Juliano: De peixe, de peixaria.”

Ainda, afirmou em entrevista que em seus dias gostava de trocar o dia pela noite, mas que isso mudou com a situação de internação:

“Entrevistadora: E como que era um dia seu típico, antes de você chegar aqui?

Juliano: Um dia típico, o que eu mais gostava de fazer assim, em um dia típico, era passar a noite acordado assistindo filme, estudando, estudando inglês. Era o que eu mais fazia.

Entrevistadora: Você gostava de ficar mais na sua casa então?

Juliano: É, eu gostava de virar o dia, eu gostava de não dormir, entendeu. Agora aqui eu já durmo mais para os dias passarem mais rápido.”

Se muitos dos entrevistados indicaram, sob suas perspectivas, que tinham recursos e um cotidiano vivo, e alguns, ainda, assinalaram de modo espontâneo projetos futuros para o período após a saída da instituição, Leandro, ao contrário, parecia tratar sempre de um cotidiano mais frágil e com menor projetualidade, em uma vida permeada por discussões com a sua avó e muito empobrecida em relação à potência de vida das ações cotidianas:

“Entrevistadora: Você não quer me contar como é a sua vida lá na sua cidade?

Leandro: Conto. Eu chego em casa, é uma discussão danada com a minha avó.

Entrevistadora: Todo dia?

Leandro: Todo dia. Às vezes eu nem paro em casa, mas quando eu paro em casa é uma discussão danada. Só para a briga quando um vai para um lado e o outro vai para o outro.

Entrevistadora: E o que você costuma fazer na rua, que você não para em casa?

Leandro: Fumar loucamente. Fumando cigarro. Eu compro com meu dinheiro. Às vezes quando não tenho dinheiro eu peço no trabalho e ele me dá o dinheiro. Eu trabalho de pintar algo, de, o que aparece eu faço, pode dizer que o que aparece eu faço.

Entrevistadora: É? E o que mais assim, como é que é um dia seu típico lá, me conta? Que horas você acorda, o que você faz?

Leandro: A primeira coisa que eu faço quando acordo é fumar. A outra é tomar café da manhã quando eu vou comprar algum pão na padaria com o meu dinheiro. E quando eu trabalho eu vou trabalhar, porque eu não trabalho fixo, né.”

Por sua vez, Dênis contou que não gostava de estar na escola, mas não assinalou o motivo, e quando perguntado sobre o seu cotidiano falou sobre as atividades que realizava em sua casa:

“Entrevistadora: O que você costuma fazer lá na casa da sua tia?

Dênis: A gente faz um monte de coisa lá, a gente brinca, a gente conversa. E, quando eu estou lá, a gente assiste filme.

Entrevistadora: Que tipo de filme você gosta?

Dênis: De terror.”

Dênis não se recordava de outras ações cotidianas. Ele não frequentava a escola e, aparentemente, não saía de casa com regularidade. Justo ele, que tinha um cotidiano bastante empobrecido de recursos e possibilidades, afirmava que se sentia bem no cotidiano da instituição psiquiátrica.

6.2.5 Narrativas e afetos na experiência de ser internado

Em relação à chegada à instituição psiquiátrica para a internação, as crianças e os adolescentes experimentaram sentimentos diversos. Antônio, por exemplo, afirmou que não se recordava bem do momento em que havia chegado à instituição, mas que tinha certa lembrança de estar assustado:

“Antônio: Não consigo lembrar, eu estava bem assustado. Até o Heitor [auxiliar de enfermagem] sabe, todo mundo sabe que eu estava bem assustado. Estava bem apavorado, agora estou mais calmo conversando.”

Em outro momento da entrevista, relatou que estava assustado porque imaginava que sofreria violência física na instituição:

“Antônio: É um sufoco ficar aqui. Estranhei, estranhei, estava assustado por isso. Eu fiquei assustado, eu achava que era para bater em nós. Eu estava

meio perturbado, por isso que eu vou sair daqui calmo, fazendo tudo certo. Eu não gosto de briga, por isso que eu acho, eu não gosto de briga.”

Novamente, esta colocação de Antônio corrobora a ideia de que, para ele, a internação na instituição significava uma punição em razão de determinados comportamentos seus.

Já Cléber, de modo mais taxativo, afirmou que não gostou do lugar:

“Entrevistadora: E como é que foi quando você chegou aqui pela primeira vez, o que você achou desse lugar?

Cléber: Não achei bom.

Entrevistadora: É, por quê?

Cléber: Porque eu não gosto.

Entrevistadora: O que tem aqui que você não gosta?

Cléber: Muito escuro.

Entrevistadora: O que mais além de ser escuro?

[*silêncio*].”

Algumas vezes, durante a vivência do campo, acompanhei o exato momento em que as crianças e os adolescentes entravam pela primeira vez na instituição, após a admissão pelo médico psiquiatra. Usualmente, esses sujeitos, ao chegarem, ficavam sentados no sofá sozinhos; uns, aparentemente, tentando se localizar, outros, tentando reconhecer em que lugar estavam e, outros pareciam não se mover simplesmente, sob o risco de dar um passo em falso na instituição. Em contraposição a esse cenário habitual, uma chegada marcante foi a de Mário, que, quando chegou da avaliação com o médico psiquiatra para a internação, estava chorando muito, afirmando que havia sido enganado pelo assistente de enfermagem:

“No momento em que estou no posto de enfermagem, há uma nova internação – a de Mário. Ele tem apenas 10 anos, é bastante comunicativo e ativo. Na cena em que presencio, ele está muito bravo com alguém, e um dos profissionais do serviço leva-o para o posto de enfermagem para conversar com ele. Ele, chorando muito, fala que ‘o tio’ (um assistente de enfermagem) mentiu porque contou que ele ‘iria ao parquinho’ e o levou ‘para aqui (instituição)’, e solicita ao profissional com quem conversa que ‘expulse’ ele da instituição, em um linguajar da infância e referente ao contexto escolar. Mário relata que está lá porque brigou na escola, mas que quer pedir desculpas para poder ir embora, e pergunta quando poderá ir embora. Minha sensação é de que, para ele, fica como registro de que aquilo é um castigo por causa de um mau comportamento. Ele tenta negociar com a equipe e pede para ir ao parquinho como foi prometido, mas a equipe, de modo bastante técnico, afirma que não o levará hoje porque o procedimento é que o primeiro dia de internação é um dia de observação. Quando Mário fala que só sairá do posto de enfermagem caso o levem para o parquinho, o profissional se levanta e vai conversar com um enfermeiro; enquanto Mário grita, é ignorado pelo profissional que antes estava acolhendo-o. Mário é levado para fora do posto de enfermagem.”

Em um outro dia, na sala comum, em uma conversa informal sobre as novas internações de alguns adolescentes, eu e Mário conversávamos sobre os adolescentes que haviam sido internados recentemente. Quando pergunto se ele se recordava de sua chegada, em um primeiro momento, Mario parecia não ter lembrança disso, para, em seguida, falar que se lembrava, sim, e que precisava se “vingar” (*Diário de Campo*) do auxiliar de enfermagem, em um discurso que remetia à infância.

Interessante notar, também, como os discursos acerca da chegada à instituição são distintos e bastante dependentes do contexto de vida das pessoas. Danilo, por exemplo, afirmou que ao chegar à instituição não se sentiu bem:

“Entrevistadora: É, e como é que foi chegar aqui, como é que você sentiu, o que você achou quando você chegou?”

Danilo: Você fala o primeiro dia que eu estava aqui? Eu senti muito medo, muita tristeza, eu fiquei muito ansioso, muito nervoso, sabe. Eu fiquei morrendo de vontade de ir embora daqui, ir embora para casa. Não queria nem entrar aqui, sabe, não queria estar de jeito nenhum. Sabe, queria ficar com a minha mãe que estava comigo, sabe, porque ela veio comigo. As pessoas que me levaram aqui, que eu vim de ambulância, minha mãe veio. E eu queria ficar com ela, não queria ficar aqui, eu queria ficar com a minha mãe na minha casa e não aqui.

Entrevistadora: Alguém te explicou porque você iria ficar aqui?

Danilo: Minha mãe.

Entrevistadora: É, e o que você achou da explicação? Fez sentido para você ou não?

Danilo: Não lembro. Não, eu sinto que foi devido a ter ido três vezes para o Pronto-Socorro, porque isso não foi uma atitude errada minha. Porque eu já bati na minha mãe três vezes, e as três que eu bati na minha mãe eu fui para o Pronto-Socorro já.”

Em contrapartida, Dênis afirmou, em dois momentos distintos da entrevista, que se sentiu bem ao chegar à instituição, tendo gostado das pessoas com quem encontrou e se sentido cuidado. Vale lembrar que o discurso de um sujeito está amarrado às suas histórias e às suas experiências de vida, além da própria experiência de estar internado e a de ser entrevistado; sendo assim, é preciso não perder de vista a história de Dênis:

“Entrevistadora: E o que você achou quando você chegou aqui?”

Dênis: Ah, várias coisas, né. Parece que foi indo, conhecendo as enfermeiras, com os pacientes daqui, aí comecei a gostar daí, eu gostei, você acredita?”

“Entrevistadora: E qual foi a primeira coisa que você sentiu aqui, qual foi seu sentimento, você se lembra?”

Dênis: Eu senti que era carinho.”

Já Francisco refletiu que, em um primeiro momento, achou o espaço divertido (quando foi internado, havia um grupo numeroso de adolescentes internados de idades muito próximas à sua), mas, no percurso da internação, frente a um amanhã que nunca chegava, passou a desejar ir embora:

“Entrevistadora: E como é que foi o primeiro dia que você chegou aqui, hein?

Francisco: Bom, achei bom, achei até divertido.

Entrevistadora: É?

Francisco: É, achei bom, todo mundo estava animado, só que aqui você começa a ver todo mundo indo embora, você começa a ficar triste, que você sabe que não vai embora. Isso que me deixou triste.”

Por sua vez, Juliano relatou um conjunto de percepções que teve quando chegou à instituição, tendo sentido um impacto significativo em relação às pessoas que encontrou e também em relação à própria existência da instituição:

“Entrevistadora: E como é que foi chegar aqui?

Juliano: Eu descobri que era uma pesquisa psicológica.

Entrevistadora: Uma pesquisa psicológica...

Juliano: Não, era uma conversa psicológica.

Entrevistadora: E como é isso?

[*silêncio*]

Entrevistadora: E como é que você reagiu quando você descobriu que ia ficar aqui?

Juliano: Eu não quis nem saber.

Entrevistadora: Você nem quis saber?

Juliano: Não, nem quis fazer esforço, se quiser me deixa aqui.

Entrevistadora: E o que você achou desse lugar a primeira vez que você olhou para cá?

Juliano: Sei lá, eu vi que ia ter que viver com a loucura dos outros.

Entrevistadora: E tem alguma coisa que te chamou a atenção, além disso, que você está falando de ter que conviver com a loucura dos outros?

Juliano: Não, as pessoas mesmo, falava aí que Deus era perfeito sabe, aí deixou aqui, descobri que não é, sabe? Aí lembrei de Deus, falei assim – ‘não é isso’ – sabe.

Entrevistadora: Você ficou impactado?

Juliano: Fiquei.

Entrevistadora: Você imaginava que isso aqui existia, um lugar como esse?

Juliano: Eu não imaginava que era assim, sabe?”

A partir dessa colocação, pode-se entender que Juliano, a partir de uma reflexão com base em preceitos religiosos, ficou impressionado com a instituição e, mesmo não utilizando essas palavras, sentiu de alguma forma que estar ali era algo incabível no mundo; a ideia de fundo parecia ser a de um questionamento de como isso, estar nesta instituição, pôde ter acontecido com ele, e de como uma instituição como aquela poderia existir.

Já Leandro, por ter sido internado quatro vezes na mesma instituição psiquiátrica, tratou sobre a sua relação com a instituição de outro modo, fazendo comparações entre, principalmente, a primeira experiência de internação e aquela que estava vivenciando no momento da entrevista. O primeiro aspecto que Leandro relatou acerca do que lhe causou impressão na primeira internação referia-se a um procedimento realizado pela instituição: afirmou que no primeiro dia, como qualquer criança ou adolescente, ficou sob observação; a isto, Leandro acrescentou uma experiência de contenção química por meio de medicamentos. Em seguida, tratou de um tema que para ele era importante: a convivência na instituição com outras crianças e adolescentes, assinalando que na primeira internação era mais paciente com outras pessoas, mas que dessa vez a situação estava diferente:

“Entrevistadora: Quando você chegou aqui pela primeira vez, essa primeira internação, você lembra como é que foi, o que você achou do lugar, o que te chamou a atenção?

Leandro: O primeiro dia, eu ficava em observação comecei a ver esta vista aqui em cima. Tomei injeção porque falei que queria fugir, não queria ficar aqui não, tomei injeção, dormi que é uma beleza. Daí fiquei em crise dentro da clínica, depois que eu comecei a sair, foi ruim a convivência com outros pacientes. Eu não era tão sem paciência igual estou nessa internação. Mas dessa vez eu não tive nem um pouco de paciência.

Entrevistadora: Por que, o que aconteceu com a sua paciência?

Leandro: Esgotou.”

A referência de Leandro ao fato de que sua “paciência esgotou” remete a uma importante questão da experiência de estar internado para essas crianças e adolescentes: a vivência do vazio institucional. Se a baixa oferta de recursos, afetos e atividades é um problema em si, esse problema parece ser ampliado considerando que aquilo que costuma ser ofertado tem pouca ou nenhuma relação com o cotidiano de vida desses adolescentes, com os seus desejos e com os seus projetos de vida. As exceções pareciam ser o grupo de futebol e as idas ao AcessaSP para o uso da internet.

Em outros casos, as crianças e os adolescentes, em movimentos de resistência a esse vazio institucional – e à própria trama de institucionalização –, encontravam algum sentido bastante particular para uma atividade ou não encontravam sentido algum; assim, criar conexões com os cotidianos de vida e tecer sentidos dessa experiência pareciam ser um esforço para as crianças e para os adolescentes, em uma experiência de muita solidão, por haver um diminuto espaço de compartilhamento das percepções, vivências e projetos.

Para Antônio, por exemplo, pareceu ter feito sentido poder costurar um cachecol para presentear a sua mãe, mesmo sendo essa uma atividade estranha aos seus interesses. O sentido

de costurar um cachecol estava amarrado em sua trama de vida, já que entendia que a sua mãe apreciaria um presente e que, em parte, estava em uma relação de dívida com seus pais, por pressupor que estava internado por não haver respeitado e nem escutado a sua mãe; em sua situação, fazer um cachecol parece ter esse lugar específico. Vale destacar que, ainda assim, é de se estranhar que, no final, aquele produto que Antônio fez tenha sido ignorado e um outro cachecol, já pronto, lhe tenha sido entregue, como ele afirmou em entrevista:

“Entrevistadora: E o que vocês fazem aqui?

Antônio: É, nós come, nós vai lá, aprende a fazer crochê. Crochê não, é, como é o nome? Cachecol.

Entrevistadora: Cachecol?

Antônio: Então, nós aprende fazer isso, eu estava aprendendo a fazer o meu. Mas me deram linha velha, por isso que eu não terminei, aí me deram um pronto agora. Eu vou agradecer para a tia, eu gostei para eu dar para a minha mãe”

Para Francisco, por exemplo, parecia ter sentido ir ao NOTP – aquele espaço da instituição destinado, segundo a própria instituição, à capacitação profissional e à geração de renda –, visto que a participação nessa atividade resultava na geração de renda para os adolescentes, e ter renda abria um campo de possibilidades. Especificamente naquele momento, o NOTP estava trabalhando na confecção de cabeças de Papai Noel, algo que não era possível adivinhar, já que o trabalho consistia em encher de tecidos alguns fuxicos da cor bege; quem pôde explicar que aquelas bolas beges se tornariam cabeças de Papai Noel foi o Leandro, porque em uma de suas internações anteriores ele já havia produzido aqueles mesmos objetos. Essa situação expressa a lógica do entretenimento dessa instituição psiquiátrica, em que, ao mesmo tempo em que se ocupa com uma atividade qualquer o tempo e o vazio institucional, mantém-se dentro da instituição essas crianças e adolescentes.

Retomando, em entrevista, primeiro Francisco relatou uma pobreza do cotidiano institucional, afirmando que passava boa parte do dia deitado, ora tentando dormir, ora refletindo sobre a sua situação de internação; em seguida, pontuou que o único momento que lhe parecia mais razoável referia-se às atividades do NOTP. Por meio de sua entrevista, fica claro que o sentido de fazer cabeças de Papai Noel estava não em si, mas na possibilidade de, após a saída da instituição psiquiátrica, presentear de algum modo a sua mãe e compartilhar momentos afetivos com ela, tal como ele mencionou:

“Entrevistadora: E sobre aqui, como é que o dia a dia daqui, porque você me contou sobre o dia a dia lá da sua casa, e o dia a dia daqui?

Francisco: Aqui eu acho zoadado, eu não faço nada, eu só vou para o NOTP, trabalho no NOTP, é a única coisa que eu gosto de fazer, vou para o Acesso [AcessoSP]. Faço atividade com essa mulher loirinha que vem agora, só isso. E o resto do dia eu fico dormindo, como eu falei para você.

Entrevistadora: É, mas você dorme mesmo ou você fica mais deitado?

Francisco: Eu fico deitado, tentando dormir.

Entrevistadora: E aí você fica pensando em quê?

Francisco: Ah, eu fico pensando na minha vida, né, porque eu comecei a usar drogas, porque eu comecei tudo isso. Me deixa mais triste esse negócio, eu fico imaginando, pensando o porquê eu estou nesse mundo. Coisa que eu não queria entrar, então eu fico pensando nisso.

Entrevistadora: Aí você fica por aqui. E tem alguma coisa que você gosta de fazer aqui?

Francisco: É, como eu te falei, ir para o NOTP, ganhar um dinheirinho.

Entrevistadora: O que você está pensando em fazer com o dinheiro que você ganhou?

Francisco: Eu vou para o rodízio com a minha mãe quando eu sair daqui, pagar o rodízio.

Entrevistadora: Maravilha.

Francisco: Não vejo a hora. Dá vontade de fazer outra coisa, coisa diferente, comemorar meu dia de saída. Um mês aqui dentro trancado é ruim.”

Ora, é significativo que o único momento institucional que produzia sentido para Francisco era aquele no qual ele se permitia sonhar com o momento em que não mais estaria internado, sendo essa ocasião um motivo de comemoração. Nessa linha, a de assinalar a insustentabilidade do cotidiano da instituição, quando Danilo foi questionado sobre como ele percebia o dia a dia na instituição, ele respondeu:

“Entrevistadora: E como é que é para você aqui no dia a dia?

Danilo: Uma desgraça.

Entrevistadora: O que você acha deste lugar?

Danilo: Eu acho este lugar o pior lugar que existe na face da terra, o pior lugar que existe no planeta terra, o pior lugar que existe no universo inteiro.”

Afirmava que sentia isso porque estava longe de sua família, que parecia ser a sua única rede de suporte relacional; também porque, na instituição, além de não ter uma rede de relações, se sentia ameaçado pelas outras crianças e adolescentes internados. Ao tratar disso, afirmava que naquele lugar tinha gente que “usa droga, que já roubou, usa maconha”, corroborando com o imaginário de que haveria, nessa instituição, pessoas perigosas. Nesse sentido, afirmou sobre o lugar:

“Danilo: Esse lugar é muito chato, muito perigoso, sabe.

Entrevistadora: Perigoso?

Danilo: É.

Entrevistadora: Por que?

Danilo: É, porque aqui tem gente que, tipo assim, usa droga, que já roubou, usa maconha, por exemplo o Francisco que usa. E eu morro de medo deles [dos outros garotos], quase todos os dias eles me batem, eles ficam me xingando, passando no meio de mim. Eles dão ordem em mim, eles mandam em mim, sabe, eu não posso fazer nada, ainda mais que o Leandro já tem quase 1,75 e o Cléber tem quase 1,80. Os dois são super fortes, e eles me odeiam.

Entrevistadora: É difícil, né, para você estar aqui?

Danilo: É muito difícil, ainda mais longe da minha família.”

Já Leandro, um dos adolescentes internado por mandado judicial e que estava na instituição havia alguns meses, precisou construir uma outra possibilidade de estar na instituição; quando caminhava pela instituição para ir almoçar, jantar ou jogar futebol, cumprimentava, no caminho para essas atividades, diversos moradores da instituição psiquiátrica. Ele os reconhecia como amigos e, aparentemente, essas pessoas também o reconheciam assim:

“Leandro me convida para ir com ele e com uma auxiliar de enfermagem à cantina que há dentro da instituição. Vamos juntos e lá ele se oferece para me pagar um café. Agradeço, falo que não é necessário. Ele pergunta a uma pessoa que está no caixa da cantina quanto tem de crédito, faz algumas contas e pede dois mistos quentes e uma Coca-Cola. A velocidade com que ele come é surpreendente. Ele devora o lanche. Lá encontra a quem chama de amigo: os moradores da instituição. Oferece um pouco de Coca-Cola para um dos moradores. Em determinado momento, vê ao longe um outro profissional, sai correndo para cumprimentá-lo. Voltamos para a clínica” (Diário de Campo).

Em um certo dia, à caminho do refeitório, Leandro estava bastante irritado, já que vários adolescentes e crianças haviam tido alta hospitalar e ido embora e ele ainda não:

“Leandro vai chutando uma e outra pedra no caminho enquanto cumprimenta alguns dos moradores da instituição psiquiátrica. Começo a conversar com ele sobre isso, sobre como ele conheceu as pessoas. Leandro afirma que é melhor ir conhecendo desde já, pois, em suas palavras ‘sei que vou morar aqui um dia’. Quando confrontado sobre isso, reafirma que não há ‘nenhum lugar lá fora’ para ele” (Diário de Campo).

Ora, se os outros entrevistados assinalavam que o cotidiano institucional produzia uma experiência geral do não sentido, sendo o único horizonte de estar ali justamente a possibilidade de investir e de sonhar com o momento da saída da instituição, Leandro parecia colocar-se de um modo diferente. Visto que, para Leandro, em algum momento ele próprio seria um morador da instituição psiquiátrica, ele buscava já criar uma rede de relações com esses moradores; ainda, para ele, a possibilidade de ter renda a partir das atividades no NOTP

tinha como significado imediato ele poder, ao menos ocasionalmente, escolher o que comer, já que, com a sua renda, ele frequentava a cantina para comer lanches e tomar Coca-Cola – mesmo que esse processo (trabalhar, conseguir alguma renda, comprar algo na própria instituição) esteja no âmbito daquilo que continua a produzir situações de institucionalização.

Usualmente, antes das reuniões de equipe, Leandro passava na sala em que esta acontecia para tentar saber se teria alta ou não. Também usualmente, ficava sem essa resposta até o final da reunião. Um dia, ousou fazer diferente:

“Leandro chega na sala da reunião de equipe e fala que esta terá início, brincando de ser funcionário. Pega uma caneta e uma folha e finge que está organizando a mesa. Começa a relatar que a comida do refeitório é de bife de rato e de pomba, e que o suco é água suja de lavar talher. Alguns poucos profissionais estão presentes. Leandro começa a discutir o próprio caso, afirmando que este é ‘um caso muito difícil e que dá muito trabalho’. A ocasião tem certo caráter lúdico e enquanto uns levam mais a sério o que Leandro diz, outros riem. Em um dado momento, dizendo de si mesmo, mas na terceira pessoa do singular, Leandro afirma que ele é um ‘insociolata’. Quando questionado sobre o que isso significa, Leandro afirma que esse é um termo que usa para falar que ele é um vira-lata humano. Ninguém mais ri. Leandro continua discutindo seu caso, afirmando que não tem condições de viver em sociedade, por isso é um ‘insociolata’, uma coisa que, tal como um vira-lata, está simplesmente por aí, vagando a esmo. Constrangido, alguém da equipe solicita que ele saia da sala porque a reunião precisa começar” (Diário de Campo).

6.2.6 A vivência das regras de uma instituição

Alguns entrevistados apontaram a existência de um conjunto de regras institucionais que causaram uma impressão sensível e importante para eles. Em relação à experiência na instituição logo nos primeiros dias, Francisco relatou que percebeu de imediato que teria a sua liberdade cerceada, tanto pela situação de estar trancado, quanto pela vivência de um esquema institucionalizante:

“Entrevistadora: E o que você sentiu quando você chegou? Teve alguma coisa que te impactou?
Francisco: Tudo trancado.
Entrevistadora: Que aqui é tudo trancado?
Francisco: Sim.
Entrevistadora: O que você sentiu quando percebeu isso, que era tudo trancado?

Francisco: Ah, eu percebi que não ia poder fazer mais nada, percebi que ia ter horário para fazer tudo. Coisa que eu nunca quis, que eu nunca tive.
 Entrevistadora: E como que é para você ter horário para fazer tudo?
 Francisco: Ah, eu não gostei não. Não gostei porque a hora de almoçar é ruim, a hora de jantar é ruim, a hora do café é ruim, todas as horas que eles marca aqui é ruim. Ruim, para falar a verdade.”

Antônio, por sua vez, relatou que adaptar-se a um conjunto de regras externas à sua vida foi um processo que levou um tempo; mas, vale ressaltar que para ele era significativo cumprir todas as regras impostas na instituição, pois imaginava que assim iria poder sair o quanto antes:

“Antônio: É, demorou um pouco, mas depois eu me adaptei às regras. Não, eu não sei te explicar, era confusão da mente. Eu não questionei. É, horário para almoçar, para jantar, mas eu não queria ir. Eu agora só queria ir para o futebol agora.”

Nessa mesma linha, Juliano, em determinado momento da entrevista, ao afirmar que usava como estratégia para suportar o cotidiano dormir mais, assinalou que a instituição tinha regras que deveriam ser cumprida por todos; por conta dessa forte percepção, as entendia como “leis” a serem seguidas, tal como afirmou em entrevista:

“Juliano: Eu gostava de virar o dia, eu gostava de não dormir, entendeu. Agora aqui eu já durmo mais para os dias passarem mais rápido.
 Entrevistadora: Para os dias passarem mais rápido?
 Juliano: Por causa que aqui tem leis, sabe?
 Entrevistadora: Leis?
 Juliano: Não é leis, mas que eles propõem para a gente fazer, né.
 Entrevistadora: Tipo o quê?
 Juliano: Acordar a tal hora para ser medicado.
 Entrevistadora: Huhum, então aí você tem que entrar...
 Juliano: É, tem que entrar nesta lei, nesta concordância deles.”

Em outro momento da entrevista, Juliano complementou o seu pensamento, afirmando que o não cumprimento de tais “leis” poderia levar àquilo que ele entendia como uma situação de punição, que se referia à contenção química e à contenção física. Essa colocação de Juliano é carregada de significados, dentre eles, a ideia de que a instituição tem um caráter punitivo, havendo um rígido esquema para cumprimento das ordens, no qual um conjunto de pessoas – os internados – devem seguir tais regras, e outro conjunto – os profissionais – estabelecem as regras e aplicam as sanções, caso as regras não sejam cumpridas:

“Entrevistadora: E, você estava me contando um pouco que aqui tem leis, né...”

Juliano: Você tem uma concordância, né, assim. Se não vai para a faixa, você toma agulha.

Entrevistadora: O que é a faixa?

Juliano: É amarrar na cama, me amarraram o primeiro dia que eu cheguei.

Entrevistadora: Te amarraram no primeiro dia?

Juliano: É, que eu briguei com o menino.

Entrevistadora: Você brigou com o menino e foi amarrado?

Juliano: É, ele jogou sopa na minha cara, ele jogou sopa e eu dei um soco nele. Dei um soco nele, daí ele jogou sopa em mim. Ele estava sentado, eu dei um martelo nele, na cara dele, quando ele estava sentado. Que eu jogo capoeira, jogava capoeira também.”

A contenção física, usualmente – mas, não sempre – acompanhada da química, era uma das ações mais cotidianas da instituição psiquiátrica cenário de estudo. Tanto que todos os dias em que a pesquisadora esteve em campo, uma criança e/ou um adolescente ou já havia passado a noite anterior contido, ou era contido no decorrer do dia, tal como ocorreu no primeiro dia do trabalho de campo:

“Leandro conta-me que essa é a sua quarta internação e mostra-me alguns detalhes da instituição: bichos, folhas mofadas nas janelas, sofás rasgados e ranhuras nas paredes. Fala que não há nada o que fazer e que estava ‘arrependido de ter ido para [cita o nome da instituição]’. Gustavo mostra diversos movimentos de luta, em uma atitude entre o inocente e o infantil; quando pergunto o que ele acha daqui, ele olha para o lado (onde fica o posto de enfermagem) e fala que ‘não dá para falar essas coisas não’. Danilo quer me mostrar o seu quarto e as suas dobraduras. Como a instituição está vazia, cada um tem um quarto para si. No quarto de Danilo, vejo montada uma série de hangares e portos: há barcos, aviões e até foguetes. Danilo, insistindo para que eu não fosse embora, continuamente me mostra os aviões e como cada um deles voa.

Depois de certo tempo, Cléber se aproxima. Danilo fica bastante apavorado e começa a gritar falando que Cléber baterá nele. Cléber nada faz, mas Danilo continua gritando. Um psicólogo começa a conversar com Danilo sobre se essa é a melhor maneira de se proteger dessa situação e, nesse ínterim, Cléber retorna e prensa o Danilo contra a parede. Danilo berra e, por conta disso, Cléber é abordado por quatro ou cinco profissionais da enfermagem e é contido. Não houve diálogo. Não houve qualquer tentativa de compreensão daquela cena. Enquanto amarravam Cléber na cama com lençóis, ele gritava pedindo ‘Amarra não! Amarra não!’. Enquanto o amarravam, era possível escutar da enfermagem uma crítica aos outros profissionais (não enfermeiros) de que eles não faziam nada” (Diário de Campo).

“Cléber ficou amarrado, chorando e pedindo que de lá o retirassem. Danilo, em tom de justificativa, ficou insistindo que Cléber o havia machucado (de fato, Cléber é bem maior que o Danilo, mas não bateu nele e nem parecia tê-lo machucado). O mesmo psicólogo buscou problematizar esta cena com Danilo. Leandro e Gustavo foram para seus respectivos quartos. Fui para a sala de convivência, e lá encontrei o Lúcio e o Vinícius. Lúcio, sempre quieto, no único momento em que o ‘escolta’ (é assim que todos chamam o agente socioeducativo da Fundação CASA) saiu de perto,

ele falou para mim: ‘nunca vi isso nem na Fundação’. Em seguida, tornou a se aquietar com o retorno do ‘escolta’. Vinícius estava muito sonolento, quando perguntei para ele porque estava ali na sala ele me respondeu que ‘mandaram’ ele sair do quarto, e emendou: ‘aí se não saio embaça, não quero ser amarrado não, então fico aqui’, quase dormindo enquanto falava” (Diário de Campo).

A questão da contenção, seja por medicamentos, seja de modo físico, parecia ser um assunto proibido. Foram poucos os entrevistados que falaram sobre isso abertamente; porém, é preciso assinalar que essa não era uma pergunta prevista nas entrevistas. Alguns entrevistados, após trazerem esse fato espontaneamente, ou mesmo quando abordados em relação a esse assunto – depois de ter sido percebida a importância de tal tema –, buscavam criar escapatórias e tratar de outras questões, como ocorreu nas entrevistas de Rafael e de Cléber.

Rafael citou a questão da contenção física ao ser indagado se havia algo, para ele, que poderia ser considerado ruim na instituição, mas não avançou no assunto. Já Cléber, ao ser perguntado sobre essa experiência, pois era um dos adolescentes que passava por isso com maior frequência, mostrou desconforto e preferiu não responder com detalhes, talvez por relacionar a contenção como certa punição por uma conduta inadequada, e falar sobre isso poderia significar uma nova punição:

“Entrevistadora: Tem alguma atividade, alguma coisa que você gosta de fazer?
 Rafael: Não.
 Entrevistadora: E tem alguma coisa que é ruim aqui dentro?
 Rafael: Tem
 Entrevistadora: O quê?
 Rafael: Me amarrando.
 Entrevistadora: Te amarraram? O que aconteceu que te amarraram?
 Rafael: Eu bati no menino.
 Entrevistadora: E porque você bateu no menino te amarraram? Duro, hein?
 Rafael: É.”

“Entrevistadora: E Cléber, o que acontece quando você é amarrado, porque eu já vi isso aqui.
 Cléber: Por mau hábito. Não gosto muito.
 Entrevistadora: É, por quê?
 Cléber: Injeção, não gosto de tomar injeção.
 Entrevistadora: Não gosta de tomar injeção e nem ficar amarrado, é isso?
 Cléber: Posso sair já?
 Entrevistadora: Se você quiser, a gente já pode terminar.
 [silêncio]
 Entrevistadora: É difícil falar sobre ficar amarrado, né?
 Cléber: É, o outro foi amarrado também.”

Em um momento da vivência de campo, Mário também relatou que já foi contido, mas em seguida mudou de assunto, receoso de que algum profissional escutaria aquela conversa:

“Estávamos, mais uma vez, conversando na sala comum. Mário tem um papel em que anota o dia a dia da instituição. Diz que o que tem em mãos é como ‘aqueles papéis’, referindo-se aos prontuários de cada criança e adolescente. Entendendo isso como certa brincadeira, parte da equipe carimba e assina os seus papéis ao final do dia. E Mario vai guardando-os. Estávamos conversando sobre isso e, em certo momento, Mario conta que o que é mais difícil na instituição é ficar, em suas palavras, ‘amarrado’, e que ficou na data anterior contido. Quando pergunto por que isto aconteceu, Mario me responde: ‘vai que vão ouvir...’, e muda de assunto rapidamente. Mais tarde, pela equipe, fico sabendo que ele foi contido porque pegou uma revista de um adolescente internado e a rasgou” (Diário de Campo).

Já Juliano, que trouxe a questão espontaneamente, afirmou que, nas vezes em que foi contido, se sentiu só, nomeando essa experiência como algo “desumano”:

Entrevistadora: Como é que é a experiência de ficar amarrado?
 Juliano: Sei lá, é desumano isso, parece. Não é uma coisa que deveria fazer.
 Entrevistadora: Como é que você se sentiu naquela hora?
 Juliano: Ah, não tem para quem recorrer, né?
 Entrevistadora: Ficou alguém do seu lado?
 Juliano: Não. Só que eu passei mal, que eu tive uma crise de Risperidona, tive impregnação. Ai, nossa, me entortei, entendeu. Foi tenso. Daí tinha uma enfermeira do lado, tinha do meu lado, esqueci o nome dela.
 Entrevistadora: E aí, foi diferente ter alguém do seu lado?
 Juliano: É diferente, é totalmente diferente. Eu já tive convulsões já, sabe, duas.
 Entrevistadora: Aqui?
 Juliano: Não, fora daqui. Mas é melhor ter alguém do seu lado.
 Entrevistadora: Faz diferença então?
 Juliano: Faz bastante.”

Ainda sobre a questão da contenção física, esse tema foi tratado em uma reunião de equipe. Mais tarde, nesse mesmo dia, um profissional relatou que aquela havia sido a primeira vez que a equipe tratava desse assunto, e que acreditava que isto só havia ocorrido em decorrência da presença da pesquisadora, como alguém externo observando o cotidiano institucional:

“Foi discutido em equipe a questão da contenção. Parece que essa foi a primeira vez que isso foi discutido em um espaço coletivo. Ficou clara a divisão entre a enfermagem e os demais profissionais, com os enfermeiros acusando-os de deixar isso para a enfermagem. Foi colocado (pelo psiquiatra) que a equipe precisava apostar mais no diálogo e na contenção afetiva primeiro. Mais tarde, esse profissional contou-me que o número de contenções já diminuiu bastante, já que quando ele chegou (há cerca de um ano) essa era uma prática diária. Outros profissionais, na reunião,

apontaram que as contenções acontecem preferencialmente no período noturno e não à toa, já que isso se dá porque ‘os enfermeiros querem descansar, querem um ambiente calmo’ – em um tom de denúncia importante” (Diário de Campo).

Esse tema não foi abordado em nenhuma outra reunião de equipe durante o período do trabalho de campo. E, na contramão de tratar isso com a devida seriedade e questionamento crítico, outras questões do âmbito dessa mesma problemática foram acrescidas pela gerência da instituição, em uma reunião extraordinária. Nessa ocasião, a diretoria técnica da instituição psiquiátrica relatou que, a partir daquele momento, a instituição toda precisaria cumprir metas, o que significaria que as crianças e os adolescentes não poderiam ficar internados por um longo período; além disso, afirmou que algumas mudanças estavam sendo planejadas para a instituição:

“Reunião de equipe. A diretoria técnica convocou uma reunião extraordinária com a equipe para apresentar uma diretriz nova, denominada de ‘controle de programas: metas’. Primeiramente, é afirmado que a instituição precisará diminuir o período de internação das crianças e dos adolescentes, sendo necessário dar alta o quanto antes. Assinala que a enfermaria irá funcionar como uma ‘enfermaria de agudos’. Os profissionais assinalam que nos casos de internação involuntário-judicial isso não depende deles. Em seguida, foi apresentada pela diretoria técnica e discutida a possibilidade de criação e instalação de um ‘quarto almofadado’ por conta da ‘agressividade dos pacientes’. Parte da equipe discordou, e parte concordou. Ainda, a diretoria técnica afirmou que pretende instituir a ‘eletroconvulsoterapia’ no conjunto dos tratamentos. A diretoria técnica e um psiquiatra, entre outros profissionais, fizeram uma defesa do procedimento afirmando ser um procedimento ‘muito útil e eficaz’. Outros profissionais pareciam incomodados com a situação, mas um psicólogo foi o único que se posicionou contra isso abertamente. Sobre o ‘quarto almofadado’, é relatado que há um projeto de ampliar o setor infantojuvenil da instituição, com a ideia de no primeiro andar fazer uma ‘espécie de UTI de agudos’, em que ficariam os ‘pacientes mais agressivos’. A diretoria técnica citou como possível uso um caso da Enfermaria Feminina, onde encontrava-se ‘uma moça que está há uma semana agressiva’ e que poderia usufruir de um espaço como esse. No final da reunião, é acordado entre os presentes que acontecerão reuniões mensais com temas predefinidos pela gerência: eletroconvulsoterapia, ambiente livre de tabaco, e ‘quarto da crise’ (o tal do almofadado)” (Diário de Campo).

Até o momento em que foi finalizado o trabalho de campo nenhuma dessas reuniões citadas ou ações aconteceram. No entanto, há que se refletir sobre o que significa a diretoria técnica pautar tais assuntos e afirmar a necessidade, por exemplo, de “*eletroconvulsoterapia*” (comumente conhecido por eletrochoque) e de um “*quarto da crise*” (*Diário de Campo*), tendo em vista que tais temas dialogam diretamente com a ideia de uma suposta

periculosidade social já atribuída de antemão às pessoas com sofrimento psíquico e que, possivelmente, se as ideias propostas foram transformadas, de fato, em estratégias, estas ações podem vir a ocupar, junto com as contenções físicas, os procedimentos de punições institucionais.

6.2.7 Sonhos e projetualidade

O tema da projetualidade foi abordado nas entrevistas realizadas. Esse tema não era presente no cotidiano institucional, sequer na forma de constituição de projetos terapêuticos, quicá como horizonte para a vida. Durante o período do trabalho de campo a equipe decidiu, pela primeira vez, constituir um projeto terapêutico para cada uma das crianças e dos adolescentes internados. Até então, apenas Leandro tinha um projeto terapêutico. Usualmente, os denominados projetos terapêuticos consistiam basicamente em um rol de ações que a instituição colocaria em curso, ora com maior detalhamento, ora com menor, mas que não significavam, de fato, projetos terapêuticos singulares, tal como registrado nos prontuários de alguns dos entrevistados e transcrito, aqui, literalmente:

“Projeto terapêutico de Antônio: controle da medicação; atendimento individual e em grupo.”

“Projeto terapêutico de Danilo: Colher história clínica do paciente a partir do seu relato, da família e do psiquiatra; avaliação psiquiátrica, avaliação psicológica, de Terapia Ocupacional, Assistente Social e enfermagem; elaboração de hipótese diagnóstica multidisciplinar; solicitar interconsulta se houver necessidade na tentativa de clarear o diagnóstico; observar participação em grupo terapêutico; atendimento familiar; perspectiva longitudinal e transversal; identificar fatores de risco e proteção; identificar habilidades e competências; gerenciamento do pós-alta; cooperar para a apropriação do paciente de seu comportamento; alta e encaminhamento.”

“Projeto terapêutico de Francisco: Colher história clínica do paciente a partir do seu relato e da família; avaliação psicologia, psiquiatria, Terapia Ocupacional, Assistente Social e enfermagem; elaboração de hipótese diagnóstica; estimular participação em grupos terapêutico e recreativos; atendimento familiar; identificar habilidades/ competências; identificação de fatores de risco e proteção; discutir caso com a rede extra-hospitalar; alta; encaminhamentos.”

“Projeto terapêutico de Rafael: Paciente recém-admitido. Após melhor conhecimento do indivíduo será construído PT [Projeto Terapêutico].”

O de Leandro foi o primeiro a ser elaborado, antes mesmo dos reproduzidos acima. Com o passar do tempo, a equipe passou a denominar o projeto terapêutico de Leandro de “*Projeto Terapêutico Diferenciado*” (*Diário de Campo*) que, durante o período do campo, foi o único que teve alterações; para todos os demais, era feito um registro em uma das folhas do prontuário com o projeto terapêutico e isso não era modificado. As qualidades de alterações do projeto de Leandro, assim como, no geral, o próprio projeto, eram do âmbito normativo – algo que pode ser compreendido a partir de um recorte dos registros de seu projeto:

“Projeto Terapêutico de Leandro: Discutida com a equipe a possibilidade de conversar com a equipe do CAPS. Manter contato com familiar, revisar diagnóstico, participação em atividades de grupo.”

“PT [Projeto Terapêutico] atualizado em 12/07/2013 e que deve ser seguido por toda a equipe: quando agredir alguém, irá ser dada uma consequência (por exemplo, não sair da clínica). Por não receber visitas de seus familiares, o profissional de referência comprará alimentos para dar para ele no dia do grupo de família. A lista dos alimentos de quinta-feira será pensada/construída na segunda através de atendimento psicológico. Não atendendo a grupos e atividades. Leandro pode confeccionar o cachecol e também ir na cantina ou no NOTP. Incluindo colher laranjas e abacates, só não pode trazer para a clínica.”

“18/07/2013: Devido ao seu débito atual na cantina, Leandro não poderá sair mais para a cantina até a próxima quinta-feira. O PTS [Projeto Terapêutico Singular] será rediscutido na próxima reunião de equipe; orienta-se que qualquer valor que tenha para receber seja depositado no cofre da cantina.”

“08/08/2013: Leandro pode ir à cantinas nas quintas, acompanhado da referência.”

Pelo fato de ter sido elaborado um projeto específico para Leandro, para além daquele conjunto de prescrições de ações que já eram parte do cotidiano institucional, tais como atendimentos individuais, grupais e encaminhamentos, alguns atritos institucionais ocorreram, sendo que parte da equipe passou a afirmar que, em decorrência desse projeto terapêutico, Leandro, supostamente, tinha mais privilégios que outras crianças e adolescentes internados – por isso a denominação “diferenciado”. Importante afirmar que a produção desse projeto estava inserida em um campo de tensões institucionais, no qual alguns profissionais, incluindo o profissional de referência de Leandro, buscavam ampliar a noção de projeto terapêutico e construir algo significativo, enquanto outros profissionais buscavam reforçar a ideia de que eram as regras institucionais e o esquema institucional que deveriam reger qualquer cotidiano.

Na entrevista, Leandro falou sobre o que pensava de tal projeto terapêutico:

“Entrevistadora: Como é que é agora a sua relação com as regras, porque você me contou que aqui tem um monte de regra, né, lugar para comer, lugar para dormir, tem que participar de atividade, o que você acha de tudo isso?

Leandro: Então, na verdade piorou muito, piorou, mudou para pior.

Entrevistadora: Mudou para pior?

Leandro: Eu achei, podia sair todo dia, não tinha essa de projeto terapêutico, mudou tudo para pior.

Entrevistadora: Mas esse projeto terapêutico está te incomodando?

Leandro: Um pouco

Entrevistadora: Por que?

Leandro: Porque eu já vou embora, queria comer hoje na cantina, e daí ficou lá para quinta-feira. Quinta-feira eu vou embora para minha casa.”

Em um primeiro momento, já é possível notar que esse projeto terapêutico estava sendo percebido por Leandro como uma situação que colocava ainda mais restrições em seu cotidiano. Ainda, é significativo que nesse momento, diferentemente do que já havia expressado, Leandro afirmou sua perspectiva de sair da instituição em definitivo, retornando para a sua casa, em uma projetualidade que não estava colocada antes. Assim, ir à cantina em uma data ou em outra não era em si a questão, tal como abordado em seu prontuário; mas, aparentemente, a possibilidade de Leandro ir à cantina em um dia não definido previamente estava mais no âmbito de suas tentativas de resistir a um esquema institucionalizante. Ora, tanto mais interessante seria se, justamente, em uma primeira e frágil tentativa de abertura institucional, não houvesse um dia pré-determinado para Leandro ir à cantina, colocando em questão o poder dos profissionais em determinar quais datas ele poderia ou não sair do prédio.

Ainda, Leandro acrescentou que gostaria de ir à cantina todos os dias para comprar algo com seu dinheiro, o que pode estar relacionado com a ampliação do poder contratual que a possibilidade de ter renda pode gerar (seja perante a equipe, seja perante a outras pessoas internadas e moradoras da instituição) e, novamente, com a abertura de uma marca diferente no cotidiano institucional:

“Entrevistadora: Mas, me conta uma coisa, você ajudou a montar o seu projeto terapêutico ou falaram para você o que você tinha que fazer?

Leandro: Não, chegaram falando do projeto terapêutico, e eu tive que aceitar, né

Entrevistadora: Mas você propôs alguma coisa?

Leandro: Não.

Entrevistadora: Mas você faria alguma coisa diferente?

Leandro: Faria.

Entrevistadora: O que você faria diferente?

Leandro: Mudar tudo.

Entrevistadora: O quê, o que você gostaria de fazer?

Leandro: Ir na cantina todo dia, ter dinheiro para comprar. Ter dinheiro porque se eu não posso comprar nada, não posso comer nada.”

Em um terceiro momento da entrevista, foi retomado com Leandro aquela ocasião em que ele havia afirmado que, futuramente, iria morar na instituição psiquiátrica:

“Entrevistadora: Vou te contar uma coisa, teve um dia que a gente estava conversando ali fora. E uma coisa que me chamou a atenção que você falou para mim, que você queria morar lá nas casas dos moradores no futuro.

Leandro: Eu queria.

Entrevistadora: Você ainda quer ou foi só uma coisa de momento que você falou.

Leandro: Na verdade um pouco, eu quero um pouco ir pra lá agora. Não estou falando que é aquela coisa, quero, não, mas eu vou.

Entrevistadora: Mas o que você pensa que tem lá que pode ser bom para você?

Leandro: Eu penso que lá eu possa fumar meu cigarro, que eu gosto daqui aí eu vou poder continuar aqui. Eu gosto daqui, mas não para ficar trancado.

Entrevistadora: Você gosta daqui como o quê então?

Leandro: Por causa dos funcionários, dos pacientes, do convívio. Mas tem uma hora que eu não gosto de ficar dentro daqui. Eu já era para estar na minha casa, vou domingo.”

Importante notar a complexidade de elementos que Leandro traz nesta fala. De imediato, é preciso questionar o que a equipe entende por projeto terapêutico, como o define e como o constrói. Ainda, é preciso compreender o que significa ele não ter tido participação na construção de tal projeto terapêutico. Mas, para além disso, tratando especificamente da fala de Leandro, é significativa a sua afirmação de que ora ele projeta retornar à casa de sua avó, ora ele projeta morar um dia nos espaços da instituição destinado aos moradores da instituição psiquiátrica; esta foi a segunda vez que ele afirmou que iria embora, tendo primeiro falado “quinta-feira eu vou embora para minha casa” e, na terceira entrevista, afirmado: “vou domingo”. É fundamental perceber que tal projetualidade se colocava a partir de um lugar de falta de perspectiva e de um amanhã que nunca chegava: aquele era o único lugar que conseguia visualizar como um espaço em que poderia realmente morar, até porque o tempo passava e ele não saía da instituição. Em sua última frase, Leandro apontou que já deveria estar em sua casa, e que iria para lá no domingo seguinte. No entanto, ele não retornou para sua casa e permaneceu, ainda, na instituição.

Em contraposição, quando as crianças e os adolescentes foram questionados diretamente em entrevista acerca do que gostariam de fazer e sobre quais eram os seus planos após a saída da instituição, uma riqueza de projetos emergiu, alguns na perspectiva de sonhos e outros como ações práticas. Rafael foi a única exceção, afirmando não ter feito nenhum plano para quando saísse da instituição e não demonstrando interesse em projetar algo para a sua vida:

“Entrevistadora: E qual a primeira coisa que você gostaria de fazer quando sair daqui?”

Rafael: Eu não sei.

Entrevistadora: Você não pensou em nada ainda?

Rafael: Nem pensei.

Entrevistadora: Não pensou. Quer pensar junto comigo?

Rafael: Nem sei.”

Todos os demais entrevistados sabiam relatar com firmeza aquilo que projetavam e sonhavam, inclusive Leandro, que afirmou como sonho voltar a trabalhar, morar com a sua avó e terminar os estudos:

“Entrevistadora: E me conta uma coisa, o que você quer fazer quando sair daqui?”

Leandro: Vou focalizar no trabalho novamente, não ficar brigando com a minha avó. Os pacientes lá falam que eu agrido minha vó, nunca agredi minha avó, não sou eles não, não sou o Gustavo, não sou o Danilo, que agredem mãe. Nunca relei um dedo nela. Já agredi com palavras, me arrependo amargamente.

Entrevistadora: E escola, você pensa em voltar ou não?

Leandro: Depois que eu completar 18 anos eu vou fazer, como é o nome mesmo? Supletivo.”

Já Antônio afirmou que gostaria de treinar para ser jogador de futebol e, também, iria dedicar-se aos estudos, colocando ênfase que se esforçaria para aprender matemática porque acredita que seu pai gostaria disso:

“Antônio: Meu plano é sair e jogar. Antes eu trabalhava com meu pai, achava bem melhor trabalhar com meu pai, mas aí tenho um sonho, né, que é ser jogador, quero ser jogador. Só que eu escolho trabalhar com meu pai ou treinar e jogar bola.”

“Antônio: Estudar, que eu estou pensando porque eu estava com nota boa no começo do ano, eu não sei se eles vão aceitar. Por causa que faltei muitos dias por causa de internações.

Entrevistadora: Você está preocupado com o retorno para a escola?

Antônio: Por causa que eu estava com nota boa no começo do ano.

Entrevistadora: Você quer voltar a estudar?

Antônio: Quero. Que eu não lembro, tinha uma continha que eu não sabia fazer. Aquela lá que é de divisão, então, eu aprendi, eu fiz aqui, eu tive o ensino.

Entrevistadora: Beleza, hein?

Antônio: Eu aprendi mais, que nem, tem uma conta que eu já sei, que é mais e menos, mas essa daí eu já sabia.

Entrevistadora: Que série que você está da escola mesmo?

Antônio: Primeiro.

Entrevistadora: Primeiro colegial?

Antônio: Ah, e eu quero decorar a tabuada, que meu pai gosta da tabuada.

Entrevistadora: É, seu pai é muito importante para você, não é?

Antônio: É, os dois, meu pai e minha mãe.”

Cléber, que se interessava por transportes em geral, após reafirmar que o seu primeiro plano era sair da instituição, com um sorriso no rosto contou que sonhava em dirigir um ônibus:

“Entrevistadora: E o que você pensa em fazer quando você sair daqui?

Cléber: Ir embora.

Entrevistadora: Mas o que você tem vontade, o que você gostaria de fazer para sua vida?

Cléber: O meu sonho é dirigir um ônibus.

Entrevistadora: Dirigir um ônibus? Você gostaria de dirigir um ônibus, então?

Cléber: Huhum.

Entrevistadora: E você já contou isso para alguém?

[*sinaliza com um gesto de cabeça que não*].”

Danilo, que queria prestar vestibular e estava bastante preocupado com o ENEM, quando chegou à instituição contou para os profissionais que gostava muito de ler e de estudar. Como já afirmado anteriormente, a resposta dos profissionais foi levá-lo à biblioteca, que continha muitos livros técnicos que não faziam sentido para Danilo. Mas, quando questionado sobre o que pensava em fazer quando tivesse alta, Danilo reafirmou que, além de ter como principal plano nunca retornar para a instituição, desejava voltar a estudar e fazer uma faculdade. Ainda, acrescentou que iria pedir desculpas para a sua mãe, possivelmente considerando que isso asseguraria não ser internado novamente:

“Entrevistadora: Danilo, me conta uma coisa. Quais são seus planos quando você sair daqui, o que você pensa em fazer?

Danilo: Nunca mais voltar aqui, nunca mais. Continuar minha vida normal, continuar estudando na escola, continuar no colegial, acabar o colegial, fazer a faculdade. Nunca mais bater na minha mãe também, já pedi várias vezes desculpa para ela já, chorei várias vezes no ombro dela por causa disso, sabe.”

Dênis também assinalou que pensava em voltar para a escola e estudar, afirmando seu desejo de “fazer direitinho” a escola agora:

“Entrevistadora: E o que você pensa em fazer quando sair daqui?

Dênis: Eu quero voltar para a escola de novo, vou fazer direitinho agora.”

Juliano também foi taxativo ao relatar o que pretendia fazer quando saísse da instituição, retomando seu desejo de trabalhar na peixaria de seus pais:

“Entrevistadora: E me conta uma coisa Juliano, você estava falando para mim que quando você sair daqui, você está pensando em...
Juliano: Prestar o vestibular, começar a trabalhar na peixaria para pagar os estudos.”

E, por fim, Francisco, que já havia mencionado que pretendia levar a sua mãe para um rodízio de carne e que gostaria de ser engenheiro, afirmou que tinha como planos trabalhar, frequentar o CAPS, estudar e namorar:

“Entrevistadora: E o que você está pensando em fazer quando sair daqui, além de ir lá para o rodízio de carnes.
Francisco: Trabalhar, voltar para o CAPS também que vai ter que ser a primeira coisa que vou ter que fazer. Trabalhar, estudar, arranjar, ver uma namorada para mim de novo, que eu estou precisando.
Entrevistadora: Está precisando de uma namorada?
Francisco: Estou precisando, para desestressar um pouco.
Entrevistadora: Entendi.
Francisco: Porque estou estressado. É isso.”

Em outro momento da entrevista, Francisco, ao relatar o que havia perdido enquanto estava internado, afirmou que tinha saudades de seus amigos e que desejava retornar para seu trabalho, para a escola e para um curso que estava fazendo antes de ser internado – espaços de vida que constituíam o seu cotidiano e forneciam sentido para ele:

“Francisco: Eu tenho vontade de ver a rua, de ver meus amigos. Porque aqui eu não tenho os amigos que eu tenho lá fora, é isso que me deixa triste.
Entrevistadora: Sei, te dá saudades.
Francisco: É. Ir para a escola, voltar para o meu serviço, o meu curso também que eu fazia.
Entrevistadora: Curso de quê?
Francisco: Gestão de negócios.
Entrevistadora: E tem alguma coisa que você fazia lá fora que você acha que tentaram fazer aqui dentro para deixar seu dia a dia mais parecido?
Francisco: Não.”

Em suma, todas as crianças e adolescentes apresentavam alguma projetualidade, mesmo diante de um cotidiano institucional que os destituía de seus projetos de vida.

7. O complexo cenário dos motivos de internação de crianças e adolescentes em instituição psiquiátrica de caráter asilar: da definição do personagem dessa instituição à lógica do circuito do controle

Os resultados apontam para uma complexidade no cenário dos motivos de internação das crianças e dos adolescentes na instituição psiquiátrica. Sem uma análise crítica dos textos registrados nos documentos institucionais e das narrativas das crianças e dos adolescentes, se poderia supor que os motivos da instituição e aqueles percebidos pelos sujeitos internados seriam distintos, como se, de um lado, a instituição estivesse tratando das internações como episódios necessários em decorrência de um adoecimento, cujo aspecto principal seria a alteração da volição (agressividade/periculosidade) – visto que todos os sujeitos internados apresentavam em seus prontuários, além do registro de sintomas, ao menos um diagnóstico médico –, e, de outro, os entrevistados estivessem atribuindo àquela situação causas externas e/ou anteriores a um sofrimento psíquico. No entanto, não parece ser isso que ocorre.

Ora, de início vale afirmar que o propósito da pesquisa não era estudar a rede de causalidade das internações, mas as condições de possibilidade que as efetivaram. Ou seja, não se tratava de sobrepor os resultados dos documentos institucionais aos das entrevistas, em uma tentativa de reconstituir um itinerário geral de internação. Isso porque não é possível destacar apenas uma rede de causalidades, uma vez que cada sujeito apresentava um itinerário singular. Contudo, se não é factível indicar a existência de um percurso exato, é viável apontar para uma lógica geral operada nas internações das crianças e dos adolescentes; e, dessa lógica geral, assinalar quais são os aspectos do macroprocesso, que são os motivos de internação. Assim, retomando, o que se pretende é enunciar as condições de possibilidade de efetivação de internações de crianças e adolescentes no cenário de avanços da reforma psiquiátrica, com configurações que dão lugar às formas e aos percursos diversos de internação.

Isso posto, na análise dos resultados dos documentos institucionais e das narrativas produzidas pelos entrevistados, foi preciso localizar os pontos de contato e os de divergência, e, também, as relações de similaridade e as de estranhamento no âmbito dos próprios documentos institucionais e das entrevistas em si, como mostrado nos resultados. Mas, além disso, foi necessário compreender a relação entre os documentos institucionais e as entrevistas, configurando as macropossibilidades para as situações de internação. Nessa

análise, a partir das Categorias Analíticas definidas *a priori* e das Categorias Empíricas e Operacionais criadas a partir do trabalho de campo, os dados foram operacionalizados e foram criados quatro temas.

Primeiramente, será tratada a caracterização das crianças e dos adolescentes internados, por meio do tema intitulado de: o velho-novo personagem da internação em instituição psiquiátrica de caráter asilar: insocio-latas. Em seguida, serão abordadas as condições que efetivam as internações, com o tema: o problema das determinações e das justificativas inventadas para a internação de crianças e adolescentes em instituições psiquiátricas de caráter asilar: uma prática ideológica. Em um terceiro momento, será realizada uma reflexão acerca da situação de internação em que se encontravam essas crianças e adolescentes, com o tema: a continuidade de práticas institucionalizantes: a produção de relações de invalidação e objetificação do outro. Por fim, será apresentado o tema denominado de o circuito do controle: uma lógica vigente, que trata da lógica geral instaurada nas internações de crianças e de adolescentes em instituições de caráter asilar e que diz respeito aos outros três temas anteriores.

7.1 O velho-novo personagem da internação em instituição psiquiátrica de caráter asilar: insocio-latas

A análise crítica dos registros institucionais e das entrevistas realizadas aponta para uma situação clara no que se refere à definição de quem são as crianças e os adolescentes internados na instituição psiquiátrica de caráter asilar. Ainda que haja alguns pontos de afastamento, há uma convergência de aspectos que permite a afirmação de uma caracterização desses sujeitos: são crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade diversas, com uma frágil ou insustentável rede social, de suporte e de serviços, e para quem é conferido um conjunto de traços que os definem como sendo erráticos em relação a uma norma – seja através da atribuição de um conjunto de aspectos de sinais e sintomas, do ponto de vista da instituição, seja através da consideração de realização de comportamentos não aceitáveis socialmente, do ponto de vista dos entrevistados. Por vias diversas, é desenhado um retrato de um mesmo personagem com duas faces: para a instituição, meninos com uma doença mental; para os entrevistados, meninos maus. São, assim, sujeitos desviantes – tratados socialmente como “insocio-latas”.

O desvio em relação a uma norma dá-se em um jogo social, sendo a norma um limite imposto por uma coletividade dominante (BASAGLIA, 2010). De acordo com Basaglia (2010, p. 314), no âmbito normativo é instituído o “lugar no qual estão visíveis e legitimadas as categorias que até agora constituíram as ideologias e as práticas da corporação psiquiátrica e se difundiram no social como cultura”. Com isso, é necessário questionar quais são os limites colocados que, se ultrapassados, abrem caminho para a configuração daqueles desvios em categorias psiquiátricas, para as quais a resposta social é a internação em uma instituição psiquiátrica. Para tanto, vale retomar alguns aspectos da caracterização dos sujeitos e do mapeamento das internações apontados nos resultados desse estudo.

Em primeiro lugar, segundo documentado nos registros institucionais, é notável que grande parte das crianças e dos adolescentes internados eram moradores de regiões periféricas da grande São Paulo ou de cidades do interior de São Paulo que, reconhecidamente, têm uma população predominantemente com baixos ou escassos recursos financeiros. Nas entrevistas, as situações de experiências de vulnerabilidade e da própria vivência da miséria foram citadas de modo indireto, podendo ser aferidas por meio das narrativas dos entrevistados, tal como pela preocupação de Leandro acerca do seu novo local de moradia e da relação com o tráfico de drogas, o relato de Dênis sobre o seu envolvimento forçado na briga de dois donos de bares, além de todas as situações de crianças e adolescentes moradores de Casa Abrigo, dentre outras.

Uma das únicas referências nos registros institucionais sobre a rede social e de suporte das crianças e dos adolescentes internados era a menção feita acerca dos acompanhantes no momento da internação. Nos registros dos prontuários, conforme afirmado anteriormente, dos 45 sujeitos, 36 foram acompanhados por parentes, oito foram conduzidos por profissionais ou de equipamentos da saúde, ou da justiça, ou de organizações não governamentais, e um sujeito estava desacompanhado no momento da internação. No entanto, na vivência em campo observou-se uma realidade diferente da rede de relações dos sujeitos. Os profissionais que acompanharam as internações frequentavam o grupo de família porque assim o deviam, e, em relação aos familiares, enquanto algumas crianças e adolescentes recebiam visitas semanais, outros nunca receberam visita alguma. Ademais, além desse indicativo, observou-se que parte daqueles familiares que frequentavam o grupo de família tinha uma frágil rede de sustentabilidade relacional e de apoio; ainda, que parte dos familiares frequentava o grupo de família com a intenção de solicitar a manutenção do sujeito na instituição. Ou seja, para uma parcela significativa das crianças e dos adolescentes internados, o fato de ter sido acompanhado por um alguém no ato de internação e de alguém visitá-lo não significava a

existência de uma rede social e de suporte, e, muito menos, a existência de uma rede de proteção.

Além disso, nas próprias entrevistas, com algumas raras exceções, é possível notar a enorme fragilidade das redes dessas crianças e adolescentes internados. Antônio e Danilo assinalaram como rede os seus núcleos familiares; mas, enquanto a família de Antônio reclamava em todo grupo de família de que aquele não era um bom lugar para Antônio, a mãe de Danilo solicitava à instituição que seu filho continuasse lá. Cléber, acerca de sua rede social, mencionou a sua avó e a sua mãe, mas nunca ficava com a sua mãe quando ela vinha visitá-lo; citou, ainda, uma outra pessoa que fazia doces e um tio, sendo questionável se essas pessoas eram presentes em sua vida ou sujeitos por quem ele tinha afeto. Já Dênis parecia ter apenas uma tia que cuidava dele, após ter vivido uma história de violências e abandonos. O principal ponto da rede social de Francisco era a sua mãe e, mesmo tendo amigos, assinalou que, após a internação, passou a não mais considerá-los como parte de sua rede social. Juliano, a exceção desse grupo, tinha uma ampla rede social e de suporte, composta por familiares e amigos; contudo, como seus próprios familiares mencionaram, não havia uma rede de serviços efetiva em sua região. Rafael apenas mencionou alguns nomes de pessoas com quem se relacionava e por quem tinha afeto, considerando-as importantes em sua vida; pela experiência em campo, pode-se deduzir que a única pessoa de fato presente em sua vida era a sua mãe. Por fim, Leandro parecia não ter ninguém e, embora tivesse afeto pela sua avó, reconhecendo-a como sua família, por vezes, ele considerava que, realmente, estava só. Ou seja, de modo geral, mesmo considerando as menções que os entrevistados fizeram acerca da rede social, de suporte e de serviços, pode-se afirmar que para parte deles há uma importante fragilidade na rede relacional.

Ainda, os registros institucionais de 45 sujeitos indicaram que a grande maioria era adolescente, que perfaziam um total de 43, sendo que mais da metade – precisamente 25 sujeitos – estava em uma faixa etária entre 16 e 17 anos. No entanto, é significativo o fato de que, desses 43 adolescentes, durante o período do trabalho de campo, apenas 12 contavam com Ensino Médio incompleto e um havia concluído o Ensino Médio; ademais, há que se ressaltar que os registros institucionais não assinalavam se aqueles 12 adolescentes ainda estavam cursando o Ensino Médio ou se haviam abandonado a escolarização. Esse resultado aponta para um cenário muito diferente do que seria esperado (a grande maioria no Ensino Médio); e, considerando uma predominância de adolescentes com Ensino Fundamental incompleto, 23 ao todo, pode-se inferir que, possivelmente, há uma taxa significativa de abandono da escolarização. Essa hipótese é corroborada pelo relato das entrevistas. Por

exemplo, Antônio, de 16 anos, relatou que já aprendeu a somar e a subtrair, mas que agora queria aprender a multiplicar; Leandro pontuou que, quando saísse da instituição, iria cursar um supletivo; e Dênis afirmou: “eu quero voltar para a escola de novo, vou fazer direitinho agora”.

O baixo grau de escolarização é um indicativo importante para compreender quem são as crianças e os adolescentes internados, sendo possível indicar que prevalece como característica a situação de que uma parcela significativa dessas crianças e adolescentes estão fora do sistema educacional. Ao mesmo tempo, dos oito entrevistados, seis assinalaram que fazia parte de seus projetos de vida voltar a estudar, o que indica o desejo dessas crianças e adolescentes em estarem inseridos em uma instituição que se configura como um dos cenários principais dessa faixa etária e é um direito afirmado em lei.

Até aqui, se pode afirmar que as crianças e os adolescentes internados são sujeitos que, em sua maioria, vivem em condições de vulnerabilidade e de miséria, têm uma frágil rede social, de suporte e de serviços, e estão fora da escola. Esse conjunto de aspectos começa a delinear uma caracterização das crianças e dos adolescentes que são internados em instituições psiquiátricas de lógica asilar.

Sobre os percursos realizados pelos sujeitos para a internação, é importante ressaltar que todos os 45 sujeitos foram encaminhados por outras instituições à instituição psiquiátrica. Em sua maioria, as crianças e os adolescentes foram encaminhados diretamente por serviços de saúde (32 sujeitos), mas há também os que foram encaminhados por Secretarias Municipais de Saúde, por serviços da assistência social e por órgãos judiciais (13 sujeitos no total). Ainda, vale destacar que, no momento da internação, oito crianças e adolescentes não tinham relação com as suas famílias, por estas terem perdido a tutela desses sujeitos, estando eles ou na Fundação CASA, ou em Casas Abrigo, ou em associação não governamental; ademais, mesmo dentre os sujeitos que, antes da internação, moravam com seus familiares, encontram-se histórias de passagens anteriores por instituições do campo da assistência social, tal como no caso de Dênis, que morou em uma Casa Abrigo antes de morar com a sua tia.

Ora, parece haver um contrassenso na inserção institucional dessas crianças e adolescentes. Isso porque, se, de um lado, uma parcela significativa desses sujeitos está fora ou nas bordas da instituição à qual deveria estar vinculada (a escola), de outro, todos têm um percurso por outras instituições do campo da saúde e/ou da assistência social, sendo situações expressivas as daquelas crianças e adolescentes com passagens por órgãos judiciais, por Fundação CASA, e Casa Abrigo.

No que se refere à situação mesma de internação, é significativo que, das 45 internações, dez foram realizadas na modalidade involuntário-judicial, sendo compulsórias, e 32, na modalidade involuntária. Ainda, é importante salientar que, dos 45 sujeitos, oito já haviam sido internados anteriormente na mesma instituição psiquiátrica, o que caracteriza uma situação de múltiplas internações psiquiátricas.

Com efeito, considerando as passagens por outras instituições e pela própria instituição psiquiátrica, além do elevado número de internações involuntário-judiciais, pode-se concluir que, antes mesmo de uma carreira moral que ocorre em um Hospital Psiquiátrico, conceituada por Goffman (2013), há uma carreira de internação e psiquiatrização da vida, que envolve certo perfil desviante, a trajetória em algumas instituições e a exclusão de outras instituições. A título de esclarecimento, para Goffman, (2013 p. 24), a carreira moral de um sujeito internado em uma instituição psiquiátrica total – ou seja, de características asilares – refere-se a uma “série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu”. Trata-se de um processo de mortificação que provoca mudanças profundas no “eu da pessoa, e em seu esquema de imagens para julgar a si mesma e aos outros” (GOFFMAN, 2013, p. 112); há, nessa carreira, uma fase de “pré-paciente”, cujos aspectos morais começam com a “experiência de abandono, deslealdade e amargura”, e envolve um conjunto de circunstâncias de carreira, sendo que o circuito de “agentes e de agências” do sujeito, para o autor, tem um aspecto decisivo na sequência de mudanças de o sujeito conceber um eu (GOFFMAN, 2013, p. 118). Ademais, Goffman (2013, p. 117) cita que pode haver, também, nessa fase pré-paciente, um conjunto de contingências, tais como o “status sócioeconômico, visibilidade da transgressão, proximidade de um hospital para doentes mentais, entre outros”, que já provocam mudanças no “eu da pessoa”.

A perspectiva da desinstitucionalização, em um horizonte crítico e dialético, complexifica essa compreensão acerca das experiências de um sujeito em uma instituição de lógica asilar. Nessa perspectiva, o citado conjunto de contingências ocorridos antes da internação e do processo de institucionalização é marcante na trajetória de empobrecimento da vida de um sujeito e está relacionada não apenas a um percurso individual, mas a um contexto social, econômico e político – sendo essa uma das razões para a diferenciação que se faz entre uma fase pré-paciente do conceito de carreira moral de Goffman (2013) e a ideia de uma carreira de internação e psiquiatrização da vida.

Ora, essa carreira de internação e psiquiatrização da vida diz respeito às vicissitudes da vida – tais como a história do sujeito e a constituição das redes relacional, de suporte e de serviços –, a uma série de eventos pelos quais um sujeito passa – dentre eles, a transgressão de

uma norma e a passagem por certas instituições do âmbito da saúde, da assistência social e da justiça –, e à atribuição de um diagnóstico para o sujeito, sendo um marco a primeira internação em uma instituição psiquiátrica. Essa experiência de internação passa a ser uma divisa importante para a identificação de um sujeito, na linguagem da psiquiatria, enquanto um doente mental, e envolve, após uma eventual alta e saída da instituição psiquiátrica, a continuidade de um percurso por diversas instituições; esses aparatos institucionais, por meio de suas ações, incidirão em uma psiquiatrização da vida. Há que se indagar por quantas outras instituições passarão esses sujeitos e por quanto tempo permanecerão nessas; ainda, uma vez que foram internados, quantos farão uso contínuo de medicação e qual será o impacto dessa experiência em sua rede de relações e em seu território de vida.

Ora, no âmbito dessa carreira de internação e psiquiatrização da vida, falta ainda enfatizar um item importante na caracterização do personagem-tipo da instituição psiquiátrica de caráter asilar: o diagnóstico médico com base em uma nosografia psiquiátrica. Esse parece ser o elemento que entrelaça os demais, criando a conexão entre os aspectos que determinam o cruzamento da linha na carreira de internação e psiquiatrização da vida, uma vez que tanto pode ser atribuído ao sujeito antes mesmo da internação, quanto pode ficar afixado ao sujeito após a saída da instituição – se esta ocorrer.

O diagnóstico médico da instituição cenário de estudo tinha como base e referência o CID-10, sendo a lógica para a classificação diagnóstica baseada em um raciocínio protocolar, pautado pelo arrolamento de certo número e conjunto de sinais, enquanto comportamentos detectáveis, e sintomas, em uma distribuição temporal. O que é fundamental notar é que para todas as crianças e adolescentes internados foi atribuído ao menos um diagnóstico, sendo o mais frequente o F.29 (psicose não-orgânica não especificada). Ainda, chama atenção alguns dos diagnósticos pré-atribuídos às crianças e aos adolescentes internados que, supostamente, não seriam condizentes com o perfil esperado. Havia um número alto de sujeitos com diagnósticos de deficiência mental – denominado pelo CID-10 de retardo mental –, totalizando 13 sujeitos; ainda, foram registrados cinco diagnósticos de transtornos mentais orgânicos, um de epilepsia, e um de transtorno global do desenvolvimento. Importante notar, também, que o terceiro grupo de diagnósticos psiquiátricos mais atribuídos refere-se ao grupo de F.90-F.98 (transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência). Além disso, o diagnóstico de transtorno mental e comportamental devido ao uso de substâncias psicoativas foi atribuído a seis sujeitos, sendo que, no item “história atual da doença”, apenas a menção de o sujeito de ter

feito uso de substâncias psicoativas parecia já ser determinante para a atribuição de tal diagnóstico.

Nas entrevistas, a menção direta a um diagnóstico, tal como formulado pela psiquiatria, não foi feita por nenhum dos entrevistados. Ainda, curiosamente, apesar do elevando número de crianças e adolescentes com deficiência mental internados, em nenhum momento esse fato foi mencionado pelos sujeitos. Em contraposição, quatro entrevistados assinalaram que o envolvimento com substâncias psicoativas foi um dos fatores que determinou a internação deles, a saber: Antônio, Cléber, Francisco e Juliano; já Danilo tratou do uso de drogas feito pelos outros adolescentes como um problema, afirmando que ele não deveria estar no mesmo local em que pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas estão; e Leandro declarou que, por ter se envolvido com o uso de drogas e com o tráfico, precisou solicitar ser internado. Talvez, para os entrevistados, considerando que grande parte mencionou que dentre os motivos de internação estava a desobediência, o maior problema no uso de substâncias psicoativas como fator para a internação esteja no fato de elas serem ilícitas, não sendo relacionadas com um diagnóstico médico. Esta percepção parece, de alguma forma, convergir com o ato de atribuição desse diagnóstico, tendo em vista que, como afirmado anteriormente, qualquer menção ao uso de drogas parecia ser determinante para o diagnóstico.

Dessa forma, esses conjuntos de diagnósticos atribuídos às crianças e aos adolescentes por um médico psiquiatra parecem ser mais um estágio da carreira de internação e psiquiatrização da vida, configurando-se como um elemento marcante do personagem-tipo da internação em instituição psiquiátrica de lógica asilar. E, nessa medida, a psiquiatrização da vida, em grande parte, diz respeito à possibilidade de a própria vida do sujeito ser objetificada e circunscrita em torno da ideia de um diagnóstico de doença mental que, para Basaglia (2010, p. 62), “corresponde a um etiquetamento, além do qual não existe mais possibilidade de ação ou saída”, acometendo o cotidiano e a produção de projetos de vida de modo significativo.

Por esse conjunto de aspectos se afirma que, antes mesmo e para além de uma carreira moral, parece haver, no âmbito de um processo de institucionalização, uma carreira de internação e psiquiatrização da vida. Aqui, a ideia de que essa carreira vem antes e está para além da carreira moral não se dá no sentido temporal, mas, sim, de ser mais uma camada para a complexificação desse processo – visto que tem início antes da internação, e pode ter continuidade depois da passagem pela instituição psiquiátrica, tendo em vista que os aspectos dos percursos vivenciados pelos sujeitos internados constituem um conjunto de contingências

da vida e de circunstâncias de uma experiência que, capturadas pela ideologia psiquiátrica, inauguram uma carreira difícil de escapar. Isso porque, uma vez ultrapassados os limites instituídos em um âmbito normativo, o sujeito provavelmente já estará apreendido por um circuito que define para ele certo tipo de identidade, tal como ocorreu com Mário, que, após uma passagem em uma instituição psiquiátrica, foi medicado, encaminhado para continuidade de atendimento e passou a ser identificado, quando o seu irmão foi internado, como um sujeito “com doença mental”.

Tendo em vista a menção à ideologia psiquiátrica, vale assinalar que o discurso ideológico é aquele que pretende “engendrar uma lógica da identificação que unifique pensamento, linguagem e realidade” e, através dessa lógica, universalizar o “particular pelo apagamento das diferenças e contradições” (CHAUÍ, 2006, p. 15); esse processo, de constituição de uma ideologia, ocorre em um jogo social e político, de modo que, através dessa lógica, o discurso ideológico identifica os sujeitos “com uma imagem particular universalizada, isto é a imagem da classe dominante” (CHAUÍ, 2006, p. 15). Com efeito, pode-se afirmar que a psiquiatria está relacionada, em grande medida, com uma prática e um discurso ideológicos; essa prática se projeta como real, afirmando uma cientificidade na medida em que cria categorias para a vida e para os desvios de uma norma – que não se referem à própria vida dos sujeitos – e que, com base nessas categorias, estabelece conjuntos diagnósticos.

Com efeito, o perfil de crianças e adolescentes internados em instituição psiquiátrica de lógica asilar parece, de certo modo, não ter sofrido mudanças significativas em relação a um momento anterior ao da reforma psiquiátrica. Isso porque a internação e a institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência mental já é um dado conhecido e alarmante, com raízes históricas na atenção a essa população (BRASIL, 2005b; COUTO, 2004); e Arbex (2013), ao narrar algumas histórias de crianças e adolescentes que foram internados e institucionalizados no Hospital Psiquiátrico de Barbacena, conhecido por Colônia, demonstra isso. Já as internações com o diagnóstico de transtorno mental e comportamental devido ao uso de substâncias psicoativas ganharam mais espaço no cenário nacional recentemente, em particular nos grandes centros urbanos; considerando especificamente o Estado de São Paulo, tais internações ocorreram indiscriminadamente na cidade de São Paulo entre 2012 e 2013, por meio de uma ação nomeada de “Operação Sufoco”, uma operação policial e política que tinha como premissa a aplicação de ações repressivas, que resultaram em internações involuntárias e compulsórias em instituições psiquiátricas (RUI, 2013). Assim, ainda que se considere que todos os sujeitos internados com

o diagnóstico de uso de substâncias psicoativas tinham, ao menos, um outro diagnóstico associado, essas internações são relevantes porque as internações compulsórias pelo uso abusivo de álcool e outras drogas estão inseridas nesse cenário (JOIA, 2014). Vale recordar que essa é uma preocupação salientada no documento da VIII Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil que, tendo como tema o uso abusivo de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes, registrou, ainda, a apreensão dos participantes acerca da patologização do consumo de substâncias psicoativas e da penalização dessa população (BRASIL, 2014a).

Além desses diagnósticos, é reveladora do perfil que define as crianças e os adolescentes internados em instituição psiquiátrica a presença dos diagnósticos do grupo de “transtornos da personalidade e do comportamento adulto” e do grupo de “transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência”. Nesse âmbito, é preciso recordar que Vicentim, Gramkow e Rosa (2010) pontuam que esses diagnósticos estão relacionados com os processos de psiquiatria e de controle social, e que, conforme assinalado por Campos e Frassetto (s.d.), há uma tendência contrarreformista, em particular no Estado de São Paulo, que faz uso desses diagnósticos para a criação e manutenção de equipamentos de segregação e de controle.

Ora, os diagnósticos de “transtornos da personalidade e do comportamento adulto”, referem-se ao comportamento adulto e são definidos por “estados e tipos de comportamento clinicamente significativos que tendem a persistir e são a expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros”, e “representam desvios extremos ou significativos das percepções, dos pensamentos, das sensações e particularmente das relações com os outros em relação àquelas de um indivíduo médio de uma dada cultura” (DATASUS, s.d.). Os diagnósticos de “transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência”, por sua vez, são determinados pela “falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva”, e podem estar relacionados a outras “anomalias” como em crianças “hipercinéticas”, “frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes” e que “incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado” (DATASUS, s.d.). Em ambos os grupos de diagnósticos, é presente a ideia de que os sujeitos, para quem são atribuídos tais diagnósticos, apresentam um ou mais desvios em relação às normas sociais. Assim, o raciocínio utilizado para a definição desses

diagnósticos parece dizer respeito, sobretudo, às condutas e aos comportamentos, e não ao sofrimento psíquico. Nessa linha, o objeto da psiquiatria é, então, a determinação dos limites dos desvios e a identificação desses desvios, sob a forma de doença, em categorias; aqui, para além da caracterização geral dos sujeitos, começa a se revelar o motivo exato de internação, definidora da característica central do personagem-tipo de internação em uma instituição psiquiátrica.

Nesse sentido, as crianças e os adolescentes não poderiam ser mais certos em relação às suas percepções acerca dos motivos de internação, e mais genuínos do que a própria instituição. Para os entrevistados, foram situações de desobediência, entre outras, que acarretaram nas internações, ou seja, foram desvios em relação a normas impostas e vigentes – ou ao menos o que os entrevistados puderam inferir como as normas vigentes, ao citar, por exemplo, os “rolês”. Nessa linha, as internações, para os entrevistados, estavam no âmbito da culpabilidade de seus atos e, logo, tinham como propósito a punição. O exemplo mais explícito refere-se à entrevista de Antônio que, em inúmeros momentos da entrevista, buscava afirmar que se comportaria bem, não escutaria mais funk, e que respeitaria os seus pais. Danilo também foi enfático ao afirmar “ter certeza” do motivo de sua internação: uma briga com a sua mãe pela qual ele assumiu a responsabilidade subjetiva, mas que, segundo ele, teve múltiplos fatores para acontecer. Ainda, na mesma linha da realização de comportamentos inaceitáveis, Cléber afirmou que fumava e vendia maconha para comprar cerol. Já Juliano relatou um longo percurso envolvendo, predominantemente, o uso de drogas, que acarretou em sua internação em uma instituição que ele não acreditava que podia existir. Leandro, quando narrou os motivos de suas quatro internações, afirmou que nas duas primeiras se comportou mal, e nas duas seguintes pediu para ser internado, já que estava em risco por ter se envolvido com o tráfico de drogas. E, mesmo Francisco, que afirmou um sofrimento psíquico, associou que sentia “uma linha de perseguição”, considerando que outras pessoas queriam matá-lo em decorrência de dois furtos que ele havia feito e do uso de drogas. Dênis, talvez, seja o único dos entrevistados que não falava de um lugar de culpa, mas de ter sido envolvido em uma briga que não lhe dizia respeito. Dessa forma, mesmo que os entrevistados tenham feito esforços no sentido de desbravar uma multiplicidade de motivos de internação, possivelmente buscando compreender os motivos de estarem ali, a síntese final é de que eles, de um modo ou de outro, acreditavam que a internação havia ocorrido porque eles haviam se envolvido em determinadas ações e porque haviam se comportado mal.

Nas entrevistas, é revelador que as crianças e os adolescentes compreendem, de certo modo, que romperam com a ordem pública em decorrência de algum desvio de uma norma

social, e que isso os levou à internação em uma instituição psiquiátrica; uma das dificuldades parece ser a de localizar quais são os limites dessas normas, daí eles arriscarem afirmar que ir ao baile funk pode ser visto como um desvio. Já nos documentos institucionais, *grosso modo*, a noção de desviante apareceu através da alta frequência do registro da alteração da volição, na relação com a agressividade e a periculosidade; e a ideia de um rompimento com a ordem pública explicita-se por meio da expressão “risco para si e risco para outros”, no item “condições que justificam a internação”.

Com efeito, o propósito da instituição somente poderá ser o de proteção da sociedade. Ora, “se, de fato, a figura do ‘doente’ não é a finalidade da instituição, toda a organização fica esvaziada de qualquer significado” (BASAGLIA, 2010, p. 65) e, nessa medida, torna-se evidente que não é necessário apresentar, de fato, um sofrimento psíquico para ser internado. Destarte, a característica indispensável das crianças e dos adolescentes internados em instituição psiquiátrica de caráter asilar é ser desviante das normas sociais, sendo esse traço identificado pela instituição enquanto uma doença, que será objetificada, posteriormente, em um sujeito.

Em suma, através das entrevistas e dos registros institucionais é perceptível certa caracterização geral das crianças e dos adolescentes internados em instituição psiquiátrica de caráter asilar e pública. Em primeiro lugar, são sujeitos de baixa renda, que vivem em condições de vulnerabilidade social e de miséria; ainda, a grande maioria tem uma frágil rede de proteção, com uma limitada rede social e com pouca sustentação da rede de serviços de saúde e da assistência social. Além desse perfil, são sujeitos com passagens por outras instituições, seja do âmbito da saúde, da assistência social e/ou da justiça; por vezes, com múltiplas passagens, inclusive em instituições psiquiátricas. No entanto, justamente na instituição na qual deveriam estar fortemente inseridos, a escola, usualmente estão fora. Esse conjunto de características, combinado com o traço central de desvio de normas sociais, abre caminho para uma carreira de internação e psiquiatrização da vida; são esses os limites que, se e quando ultrapassados, introduzem a possibilidade de configuração de desvios em categorias psiquiátricas, os diagnósticos, para os quais a resposta pública, dada a demanda social, é a internação.

Assim, para a instituição, essas crianças e adolescentes são sujeitos que oferecem risco para si e para outros, sendo doentes mentais. Para os entrevistados, eles são sujeitos que desobedeceram as regras impostas por alguém ou pela sociedade, sendo meninos maus. De todo modo, trata-se daquele velho-novo personagem da internação em instituição psiquiátrica de caráter asilar: sujeitos que romperam com as estreitas e rígidas normas sociais, em relação

a quem a ideologia psiquiátrica afirma a impossibilidade de conviver em um meio social e atribui um diagnóstico, que serve como um etiquetamento, colocando a própria humanidade entre parênteses; é nesse sentido que esses personagens-tipo podem ser nomeados, nas palavras de Leandro, como insócio-latas. Aqui, reafirma-se que os entrevistados são assertivos naquilo que identificam enquanto motivo para a internação: uma demanda social pela exclusão de desviantes. Porém, há que se reconhecer o quão pungente é essa constatação, visto que os entrevistados não assinalam isso do lugar da crítica a esse sistema, mas, sim, da culpabilização de si: as crianças e os adolescentes se reconhecem naquilo que a instituição psiquiátrica lhes fornece como o único reflexo possível.

Com isso, resta reconhecer e compreender os mecanismos pelos quais a instituição psiquiátrica consegue, em primeiro lugar, definir quais são os desvios das normas sociais; em segundo lugar, organizar os registros nos documentos institucionais para a definição de crianças ou adolescentes enquanto desviantes; em terceiro lugar, conectar as premissas, as determinações e as justificativas para a internação em instituição psiquiátrica; e, em quarto lugar, articular-se com os aparatos jurídicos para sustentar a ideologia psiquiátrica. Por fim, é necessário compreender sobre como, com base nesses mecanismos, o cotidiano das práticas institucionalizantes e repreensivas em uma instituição psiquiátrica produzem para as crianças e adolescentes o reflexo de como se veem.

7.2 O problema das premissas, das determinações e das justificativas inventadas para a internação de crianças e adolescentes em uma instituição psiquiátrica de caráter asilar: uma prática ideológica

A prática da psiquiatria exercida na internação das crianças e dos adolescentes na instituição psiquiátrica estudada está pautada, primordialmente, na racionalização das situações e das contradições da vida, de modo a circunscrever problemáticas específicas, reduzindo a existência complexa do sujeito a um aspecto único e central: os seus desvios das normas sociais.

Segundo Basaglia e Ongaro Basaglia (2010, p. 165), o desviante aparece como aquele que se mantém no limite ou fora das normas sociais, sendo que esse terreno normativo é aberto e definido socialmente a partir de um conjunto de valores relativos “que ganham peso e significados absolutos no momento em que são infringidos”. Nesse processo, na instituição

psiquiátrica, tal transgressão dos valores é reforçada por meio da codificação de cunho cientificista, e, com isso, para o desviante, “procuram-se e recolhem-se – sob a cobertura da documentação clínico-social – os elementos negativos e os aspectos deteriorantes da personalidade, a fim de estigmatizar um comportamento” (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 2010, p. 166). Dessa maneira, através do registro de certos aspectos, afirmados como sendo da ordem da clínica, seja antes do ato de internação, seja no cotidiano institucional, são demarcadas e estigmatizadas determinadas situações enquanto comportamentos desviantes; a partir da absorção e da tradução desses desvios em uma linguagem psiquiátrica, são constituídas as codificações em diagnósticos psiquiátricos e os sujeitos são categorizados segundo esses códigos.

No caso das crianças e dos adolescentes internados na instituição psiquiátrica é notável esse processo, e tal prática de definição de sujeitos desviantes e atribuição de diagnósticos psiquiátricos constitui, junto com a carreira de internação e psiquiatrização da vida, as premissas, as determinações e as justificativas para a internação. Essa prática, enquanto uma operação, parece sustentar-se na instituição psiquiátrica a partir de dois mecanismos principais: o primeiro, envolve a constituição de um curto-circuito simplificador, circunscrevendo a noção de agressividade nos itens dos documentos institucionais que assinalam os motivos de internação em termos de uma semiologia psiquiátrica; e o segundo compreende a atribuição de um diagnóstico abrangente, o F.29, fundamentando a internação.

Para a compreensão desse primeiro mecanismo, vale retomar os registros dos documentos institucionais relativos à “queixa principal e duração”, “história atual da doença”, “sinais e sintomas clínicos” e “condições que justificam a internação”, importantes na compreensão do objeto da instituição psiquiátrica e em como a instituição constrói uma narrativa para definir quem é a criança e o adolescente que devem ser internados.

A começar pelo item “queixa principal e duração”, considerando os registros na íntegra, aquilo que foi mais mencionado como “queixa principal e duração” dizia respeito à combinação da alteração da volição referente ao par agressividade/periculosidade combinada com a alteração da psicomotricidade. A mesma situação procede quando, nesse item, os aspectos de cada um dos prontuários são considerados fora de seu conjunto original. A queixa de uma alteração de comportamento estava presente em 29 prontuários e, desses 29, 23 mencionavam expressamente que a agressividade e a periculosidade eram o mote para a queixa. Desse modo, fica nítido que as queixas principais que levavam à procura da internação psiquiátrica diziam respeito à ideia de que alguns tipos de comportamentos são

inaceitáveis em público, e o destaque faz-se para a queixa da agressividade e da suposta periculosidade do outro.

Em relação ao item “história atual da doença”, o aspecto mais frequentemente registrado referia-se à alteração da volição com relação à questão da agressividade e periculosidade; o segundo aspecto mais relatado referia-se à passagem por outro serviço de saúde mental; o terceiro, ao uso de fármacos; o quarto, ao histórico de alteração da volição relacionada ao par agressividade/periculosidade; e o quinto, ao uso de álcool e outras drogas e/ou dependência de substâncias químicas. Ou seja, a impressão registrada da história da doença era aquela relativa à de um sujeito com a marca da agressividade e periculosidade, com passagens em outras instituições, medicado previamente, que fazia uso de substâncias psicoativas e, para reforçar, com um histórico de agressividade e periculosidade. Mais uma vez, tratava-se de um sujeito desviante, que rompe com a ordem pública.

No que diz respeito ao item “principais sinais e sintomas clínicos”, a tríade de aspectos referentes à alteração da volição acerca do par agressividade/periculosidade, à alteração da psicomotricidade e à alteração do juízo de realidade foi a mais registrada. E, considerando cada aspecto em separado de seu conjunto, aquele mais registrado nos prontuários dizia respeito à alteração da volição com relação ao par agressividade/periculosidade.

Por fim, quanto ao item “condições que justificam a internação”, o aspecto mais registrado era aquele da alteração da volição na relação com a agressividade e a periculosidade, sendo que a expressão predominantemente anotada era: “risco para si e para outros”. Essa expressão, em particular, denota a racionalização do conceito de periculosidade social no terreno da psiquiatria, sendo destinada a sujeitos para quem é afirmado serem um perigo para a sociedade. Aqui, como já assinalado anteriormente, fica claro que a condição que justificava a internação não era um tratamento, mas a proteção social de outrem, dado que a criança ou o adolescente supostamente representavam um risco para a sociedade.

Ora, no momento em que a agressividade e a periculosidade que o outro representa aparecem como demanda de internação (visto que a agressividade é a queixa principal mais frequente), como elemento central na demarcação de uma história da doença, como o sintoma de uma doença, e como justificativa para a internação, torna-se patente um curto-circuito simplificador do raciocínio produzido e o objeto mesmo da psiquiatria, os desvios de normas sociais traduzidos em diagnósticos psiquiátricos. Não obstante, tem-se que está em jogo um mecanismo ideológico para circunscrever uma ideia de desvio, sendo que o reconhecimento da repetição do termo alteração da volição (agressividade/periculosidade) permite afirmar que a expressão de relações de agressividade é o que determina, de fato, a internação – e não o

caso de uma fragilidade vivenciada pelo sujeito em decorrência de uma situação de crise. Além disso, vale recordar que, por vezes, a condição que justificava a internação era colocada como sinônimo dos sintomas, nas ocasiões em que estava escrita no Laudo para Autorização de Internação Hospitalar a expressão “as acima”, endossando a ideia de um curto-circuito simplificador.

Nessa medida, na anamnese se produz um curto-circuito simplificador por meio de um mecanismo de racionalização e de redução da complexidade de vida. No ato da internação, eliminam-se as contradições sociais, os conflitos humanos, as diferenças, as singularidades e as dinâmicas relacionais de modo a localizar em um sujeito um desvio particular, e o termo agressividade, em seu par com a periculosidade, aparece como uma explicação simplificada da multiplicidade de um processo e da vida de um sujeito na relação com um território, em uma profunda diminuição da complexidade do viver e das necessidades reais do sujeito; nesse sentido, a ideologia psiquiátrica apropria-se da expressão da agressividade de um sujeito em uma relação específica para torná-la uma categoria objetificante. O que é nomeado de desvio passa a ser compreendido como um problema e, enquanto problema, passa a ser abordado por meio de técnicas baseadas em uma cientificidade. Dessa forma, a agressividade e a periculosidade aparecem como a expressão de um desvio objetificada em um sujeito; ao objetificar esse fenômeno enquanto doença cria-se a necessidade de tratamento, e ao objetificá-lo em um sujeito cria-se a culpabilização.

Em uma leitura crítica, é preciso compreender que o uso de um mesmo termo, com pequenas variações, está no lugar de criar um giro circular em um campo fechado, do qual as fronteiras desse campo não são transpostas porque é precisamente dessa forma que garantem a manutenção da ordem vigente, por meio da custódia de desviantes. Nesse cenário, omite-se o fato de que esse desvio, identificado como agressividade, ocorre, primeiramente, em relação a uma norma social produzida por uma classe dominante, definida no jogo social e amparada pelos profissionais da instituição psiquiátrica; e que envolve, ademais, um conjunto de conflitos que se dão em relações sociais. Com efeito, há pelo menos duas camadas do jogo social que esse primeiro mecanismo procura acobertar, sendo necessário tratar de cada uma delas antes de abordar o segundo mecanismo da ideologia psiquiátrica.

Por conseguinte, primeiramente, é por meio da objetificação da expressão da agressividade em um sujeito, com a afirmação da existência de uma doença, que um tratamento torna-se imprescindível, sendo realizada a custódia desses sujeitos desviantes. Aqui, há que se salientar que não se trata de negar um sofrimento psíquico, categorizado como certa doença, mas de questionar o mecanismo realizado para justificar um tratamento

em uma instituição de caráter asilar. A prática da custódia realizada em relação a essa população está inserida em um jogo social mais amplo e complexo, no sentido de que aqueles que são desviantes da norma tornam-se mais ameaçadores para a manutenção do jogo social quando são maioria; nessas situações, os desviantes são absorvidos pelo corpo social de modo a fazer com que o desviante entre, “justamente enquanto desviante, numa categoria ideológica que deve simultaneamente defini-lo (e assim continuar a produzi-lo na forma necessária) e controlá-lo” (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 2010, p. 204). Ou seja, a prática da custódia acontece em relação a uma determinada dinâmica social, em que alguns são absorvidos pelo sistema – pelo canal da cientificidade e da resposta aos problemas com certos tratamentos – com a função de manter uma ordem pública.

Nessa linha, é preciso compreender como as situações de rompimento com a ordem pública passam a ser, historicamente, de responsabilidade das instituições psiquiátricas. Mais ainda, como brigas e discussões passam a se configurar como um problema de ordem pública e como o que aparece a partir dessas relações conflituosas, o fenômeno da agressividade, passa a ser tutelado pela psiquiatria. Nesse sentido, é preciso questionar como, afinal, se aproximam a psiquiatria e as ideias de agressividade e de periculosidade, cuja nominação no escopo da semiologia psiquiátrica é de alteração da volição e, enquanto alegação para internação, aparece sob a expressão “risco para si, risco para outros”.

Segundo Foucault (2006), o avizinhamento entre a ideia de agressividade, o conceito de periculosidade social e a psiquiatria tem raízes na relação entre a própria psiquiatria e os aparatos da justiça, ou, mais especificamente, entre a loucura e o crime, sendo a base que possibilita a formulação do próprio poder psiquiátrico. De acordo com esse autor (2006, p. 320), é possível localizar essa aproximação através de uma análise documental: a partir de 1820-1825, constituiu-se um acontecimento inédito em que médicos, por iniciativa própria, buscavam sinais de alguma doença nos crimes cometidos na sociedade e, sem a solicitação da justiça para tal, emitiam publicamente as suas opiniões sobre esses crimes, procurando “reivindicar para a doença mental o próprio crime”. Disparada por essas ocasiões, criou-se uma noção de doença mental denominada de monomania, constituída por meio do seguinte raciocínio: se alguém comete um crime sem razão de ser, o fato de cometer um crime seria o sintoma de uma doença, sendo a essência dessa mesma doença o próprio crime; nessa lógica, o crime pertenceria à doença mental. Nessa linha, afirma Foucault (2006, p. 320), “se trata não tanto de demonstrar que todo criminoso é um possível louco, mas de demonstrar – o que era muito mais grave, porém muito mais importante para o poder psiquiátrico – que todo louco é um possível criminoso”. Ademais, em momento posterior a 1820-1825, o próprio

aparato jurídico passou a convocar (e ainda convoca) a psiquiatria para discursar sobre a periculosidade social por meio da figura do perito, que deveria relatar se a ação e os discursos de um determinado sujeito que havia cometido um crime passível de punição correspondiam ou não aos critérios de um quadro nosográfico. Ora, com isso, de acordo com o autor, é fundado o poder psiquiátrico em termos da periculosidade social, já que a psiquiatria ocuparia a função de proteger a sociedade do perigo que o outro representa.

Em consonância com essa ideia de uma particular proximidade entre a psiquiatria e os aparatos jurídicos, Basaglia e Ongaro Basaglia (2010, p. 301) assinalam que a sanção jurídica é o complemento da disciplina médica psiquiátrica, dado que, com os instrumentos próprios da medicina, a psiquiatria não consegue circunscrever a atenção ao sujeito e, em decorrência disso, “o conceito de ‘periculosidade social’ – próprio do campo jurídico” passa a ser “justificado e racionalizado dentro das categorias médicas, ou melhor, o modelo médico fica constrangido dentro da necessidade da sanção jurídica”. Assim, a ideia de periculosidade, combinada com a demanda social de manutenção da ordem pública, definem um conjunto de normas médico-jurídicas, pondo entre parênteses o próprio sofrimento subjetivo do sujeito (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 2010, p. 272).

Como já afirmado anteriormente, a racionalização da ideia de periculosidade aparece nos documentos institucionais por meio do registro, no âmbito da semiologia psiquiátrica, do aspecto da alteração da volição, na relação com o par agressividade/periculosidade, em uma perspectiva classificatória de desvios de normas sociais para a constituição de uma nosografia. A psiquiatria, na intenção de construir um discurso científico de sua prática, captura o fenômeno da agressividade no âmbito da clínica, enquanto um desvio, definindo-o como um sintoma que pode ser traduzido em um diagnóstico com evolução e prognóstico.

Dessa forma, a criança e o adolescente que experimentam em suas vidas um conjunto de contradições e de dinâmicas relacionais são identificados como desviantes com, majoritariamente, um problema referente a um comportamento agressivo e perigoso para si e para os outros. Por meio desse artifício, uma relação que manifesta o fenômeno da agressividade e que, obviamente, envolve ao menos dois sujeitos, sendo a agressividade expressão dessa relação, passa a dizer respeito à vontade de apenas um sujeito.

Nessa linha, compreendendo a outra camada do jogo social que o mecanismo de produção de um curto-circuito simplificador acoberta, é preciso perceber a agressividade como uma expressão de uma forma de relação com outros sujeitos particulares e atrelada à existência complexa das pessoas, e, nesse sentido, seria necessário apreender a diversidade de aspectos que produziram uma dada situação para entender de modo contextualizado o que

significa a aludida relação de agressividade (BASAGLIA, 1985). Esses aspectos envolvem a história de vida do sujeito, sua rede de relações, o território em que vive, os espaços que percorre, o que lhe é oferecido como possibilidade de vida e de expressão, entre outros.

Por meio da escuta das crianças e dos adolescentes através das entrevistas e da própria vivência no campo, esses sujeitos compartilharam aspectos de suas redes de relação e singularidades dos cotidianos de vida. Para compreender as relações de agressividade que os próprios entrevistados mencionaram, é preciso, também, entender como se constitui a história de vida, por exemplo, de Dênis, permeada por abandonos e rupturas; o que significa a relação de Danilo com a sua mãe, que solicitava à equipe mantê-lo na instituição; as condições e as necessidades concretas de Leandro em seu território de vida, que contou que abandonou a escola, envolveu-se com o tráfico e era criado por uma avó que, ao que tudo indica, não tinha laços afetivos fortes com ele. Ainda, é preciso contextualizar o desespero de Antônio e a culpa que sentia por ir a bailes funks, e a afirmação de Francisco de que não iria mais frequentar “rolês” em seu bairro com seus amigos e iria desfazer-se de vínculos de amizade; entender o cotidiano de Juliano, entremeado pelo uso de tecnologias e acesso a programas de internet e pelo uso de drogas, um cotidiano no qual a baixa oferta de serviços é parte da vida, tanto que não foi oferecida à família de Juliano outra possibilidade que não a internação em uma instituição psiquiátrica; e compreender a situação de Mário e de Lúcio e o que lhes era oferecido como possibilidade de viver e de se expressar, entre outros.

Nos registros institucionais, em particular no item “história da doença atual”, é evidente como tais aspectos da vida são desconsiderados para constituir a ideia de agressividade objetivada em um sujeito. Assim, brigas e discussões, em que se manifesta o fenômeno da agressividade, que é expressão das formas de relação no mundo – seja por uma situação vivida, seja pela dinâmica com o território, seja por um vínculo relacional, ou por outras questões –, aparecem objetificadas em um sujeito, no escopo da ideia de periculosidade social.

Ademais, as contradições do sujeito, a própria miséria de vida e a fragilidade das redes relacionais, quando não têm possibilidade de se manifestarem em um âmbito privado, são obrigadas a se expressarem em público na linguagem de uma doença, e, ainda, a linguagem do sofrimento psíquico é reduzida à linguagem de periculosidade social, que passa a ser um problema de ordem pública. Desse modo, a separação das experiências de vulnerabilidade e de sofrimento do sujeito da sua complexidade do viver, ao transmutar um desvio em doença, converte a própria doença na única positividade desse sujeito: o sujeito é doente mental.

Ora, o segundo mecanismo pelo qual a instituição psiquiátrica sustenta uma prática ideológica relaciona-se, justamente, com a definição de uma doença mental e a atribuição de um diagnóstico psiquiátrico, do grupo de transtornos mentais e comportamentais aos sujeitos, sendo por meio disso que é justificada a internação. Se, *grosso modo*, qualquer diagnóstico desse grupo tem a força da produção de uma afirmação acerca de uma identidade, sendo a isso conferido um caráter de cientificidade, um diagnóstico em particular parece sustentar a psiquiatria enquanto prática ideológica, o F.29. Em linhas gerais, esse diagnóstico refere-se a um transtorno mental sem uma causa orgânica detectada e sem nenhuma especificação em particular dos tópicos relativos à psicose, ou seja, seria um diagnóstico de indefinição e, por consequência, de larga abrangência.

Vale recordar que das 45 crianças e adolescentes que estiveram internados no período de realização do estudo, 22 foram diagnosticados com transtornos do grupo F.20-F.29 (esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes), e desses, 16 tinham o diagnóstico de F.29. Ou seja, mais de um terço das crianças e dos adolescentes internados na instituição tinham como diagnóstico, ou como ao menos um de seus diagnósticos, o de uma psicose não-orgânica não especificada. Ainda, considera-se que é preciso olhar com cuidado para esse dado, uma vez que, se esse é afastado do contexto em que é produzido e dos enunciados dos atores sociais, poderia ser afirmado que a atribuição de tal diagnóstico seria uma demonstração de cuidado por parte da instituição psiquiátrica, no sentido de não fechar um diagnóstico psiquiátrico para crianças e adolescentes, abrindo hipóteses diagnósticas. Contudo, se tivermos em vista a prática da instituição e o enunciado de um médico psiquiatra que, quando expostas as questões desse estudo, afirmou: “se tem agressividade, é só colocar F.29 que interna”, tem-se que o uso e a atribuição desse diagnóstico estão, muito provavelmente, não no sentido de evitar que um desnecessário diagnóstico psiquiátrico marque a vida de um sujeito, mas, sim, de criar uma justificativa, com o aval da ciência, e legitimar a internação de crianças e adolescentes em instituições psiquiátricas, visto esse ser um diagnóstico de ampla extensão e inespecificidade ao mesmo tempo.

Tal situação ocorre não à toa, considerando a função da instituição psiquiátrica. Na sustentação de uma prática ideológica da psiquiatria, por meio do primeiro mecanismo, a produção de um curto-circuito simplificador com registros em prontuários que funcionam como giros em si mesmos, a instituição pode afirmar que a agressividade é determinante para uma internação; e, através do segundo mecanismo, torna-se justificável e legitimada, pela autorização da ciência, a necessidade de internação. Dessa forma, é, ao menos, por meio desses dois mecanismos que certa ideologia psiquiátrica parece se sustentar.

Para além disso, considera-se aqui que ocorre um processo em que, primeiramente, afirma-se uma ideia geral, a de que expressar no mundo relações de agressividade significa um rompimento de uma norma social; na sequência, esse fenômeno é codificado como uma doença mental e, logo, a expressão desse fenômeno é um indicativo de que um sujeito tem sofrimento psíquico. A partir da introdução dessa ideia estabelece-se que a participação de um sujeito em tal ideia pode significar a necessidade de internação psiquiátrica. Dessa maneira, parece ser, também, pelo estabelecimento dessa operação que a ideologia psiquiátrica proporciona à agressividade, em seu par com a periculosidade, o caráter de determinação. Trata-se de um pensamento que constitui cortes arbitrários em um conjunto móvel – a própria vida –, classificando as experiências como um mesmo; com a afirmação da identidade de uma ideia, são excluídas as multiplicidades e as contradições da vida. Assim, àquilo que tem participação nessa ideia é conferida a noção de realidade da própria ideia; ou seja, um sujeito com uma dada experiência de vida, que tenha participação nessa ideia geral, no sentido de que em algum momento de sua história de vida tenha vivenciado relações com outras pessoas em que foi expressada a agressividade e, por isso, pode ser considerado socialmente perigoso, está previamente apto a ser identificado como doente mental e, logo, internado e tutelado pela instituição psiquiátrica; daí, o que é preciso para garantir a internação, é justificar essa ideia por meio de um diagnóstico, posto o aval da ciência que esse tem, legitimando a internação. Nesse sentido, Basaglia e Ongaro Basaglia (2010, p. 304) afirmam que o “conceito de periculosidade social representa [...] a grande ‘categoria diagnóstica’ a partir da qual se recortam e se diferenciam subsequentemente as outras”.

O problema da agressividade, nomeado dessa forma e tomado para si pela instituição psiquiátrica, passa a ser identificado pela ciência e apartado com técnicas afirmadas como apropriadas pela ciência; ou seja, afirma-se que é um problema do âmbito da saúde, para o qual há um tratamento possível, o psiquiátrico, em uma instituição precisa, a psiquiátrica; nesse equipamento, diferentes profissionais se responsabilizam por tutelar os sujeitos para os quais foi atribuída a problemática da agressividade. É nessa perspectiva que:

[...] o desviante como problema real (que evidencia a face perdutora do capital enquanto rejeição aos seus valores ou expressão de sua falência parcial) deve tornar-se o ‘problema’ do desviante, segundo as características ideológico-reais de todo problema ‘científico’ que requer técnicas e ideologias adequadas para resolvê-lo (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 2010, p. 204).

Ora, o desviante – que é expressão da face falida de um sistema político, econômico e social porque é justamente quem o sistema segrega para garantir seu funcionamento – passa a ser uma face de um capitalismo benemérito e vitorioso, “no sentido de que ele é assumido como problema técnico, para o qual estão prontas as soluções técnicas mais apropriadas” (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 2010, p. 205).

Na anamnese são recolhidos aqueles aspectos deteriorantes do sujeito na relação com o corpo social – realização de pequenas infrações, passagens por Fundação Casa, uso de drogas e outros – e tem-se a imagem de um sujeito com maior possibilidade de internação psiquiátrica em uma instituição de caráter asilar. A partir disso, a ultrapassagem dos limites de certas normas sociais, em particular a que define como e em quais espaços pode ser expresso o fenômeno da agressividade, determina quem representa uma situação de periculosidade social, por participação nessa ideia abstrata da psiquiatria – trata-se do início da mencionada carreira de internação e psiquiatrização da vida. Esse processo de apanhar um conjunto de aspectos e de experiências de extrapolação de normas sociais, fazendo tornar idêntica a complexidade da vida de um sujeito com a ideia abstrata de periculosidade da psiquiatria, é perceptível, por exemplo, pela leitura do item “história atual da doença” nos registros institucionais, como já relatado. Ainda, esse processo aparece nas falas dos entrevistados, dado que eles mesmos, no decorrer das entrevistas, vão elencando aspectos que indicam os motivos de internação, sendo esses elementos, algumas vezes, de um lugar de rompimento da ordem pública e, outras vezes, daquilo que aparece como de menor valor na sociedade, como fazer “rolês” e ir a bailes funk.

Considerando isso, a resposta da instituição psiquiátrica pode ser considerada uma resposta ideológica à situação apresentada pelo sujeito porque em nada altera a realidade daquela pessoa, não modificando as condições de possibilidade que suscitaram a situação de vulnerabilidade e de fragilidade em que a pessoa se encontra. Um cotejo entre os documentos institucionais e as falas dos entrevistados acerca das redes sociais e do cotidiano e da vida fora da instituição mostra uma distância entre como a instituição afirma que os sujeitos são, definidos apenas como desviantes, e como os próprios entrevistados referem que são. No estudo em campo, por meio de entrevistas, foram relatadas condições muito adversas de vida: as crianças e os adolescentes entrevistados mencionaram, como sendo importante para eles, a existência de redes relacionais – mesmo que bastante frágeis – e a vivência de cotidianos diversos, bem como trataram de situações de violência no território e no contexto familiar, de miséria de vida e de miséria relacional, entre outras, já citadas anteriormente. Já na anamnese e na prática cotidiana do serviço, tais situações não eram habitualmente reconhecidas.

Os sujeitos internados vivenciam, portanto, uma situação de duplo desencaixe: de um lado, das relações e das normatividades sociais que afirmam que eles são desviantes e, de outro, da própria instituição psiquiátrica, que no processo de codificação, a partir de uma ideologia específica, cria categorizações para eles que não dizem respeito às suas vidas, objetificando-os em um ou mais diagnósticos a partir da classificação de desvios (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 2010). Sendo assim, Basaglia e Ongaro Basaglia (2010, p. 305) afirmam que o “objeto da psiquiatria define-se com base no perigo constituído pelo comportamento desviante”; e à justificativa de que a psiquiatria operaria com a ideologia médica, é possível responder que, para a psiquiatria, a ideologia médica “serve de escudo a um julgamento político-moral que tem muito pouco a ver com a medicina” (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 2010, p. 176).

Junto à ideologia psiquiátrica, como já indicado anteriormente, a ideologia jurídica presta serviço para conter os desvios e garantir a manutenção dos valores da norma (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 2010). Nessa linha, outros aparatos são constituídos no sentido de garantir a ordem, como, por exemplo, a ocorrência de determinações judiciais para internação. Nessa aproximação entre a psiquiatria e a justiça, Basaglia e Ongaro Basaglia (2010, p. 262) destacam que, na internação psiquiátrica, para além da punição de um ato circunscrito – tal como a justiça costuma proceder através da aplicação do Código Penal –, há uma ideia de punição não de um ato reprovável, mas de todo o comportamento do sujeito “pelo acionamento dos processos de controle e de modificação de conduta sobre os quais irão centrar-se o ‘tratamento’ e a ‘terapia’”. Ou seja, no reconhecimento e na objetificação da loucura em um sujeito, esse passa a ser controlado, corrigido e modificado, em uma punição que não ocorre por um ato, mas por uma existência no mundo. Nessa linha, Basaglia e Ongaro Basaglia (2010, p. 266) afirmam que:

Se o cárcere punia o delito do ‘insensato’, o manicômio chegará, sobretudo, a punir as ameaças, as intenções, os perigos presumidos num comportamento que não apresente claramente o caráter de racionalidade. A ampliação do domínio da razão para ‘o que poderia acontecer’ e para o que ‘presumivelmente pode acontecer’ está na base daquela que será a gradativa invasão da intervenção médica no terreno da conduta humana; e a sombra da transferência do louco do cárcere para o manicômio pesará sobre o próprio conceito de ‘doença mental’, porque a doença ‘transferida’ foi identificada sobretudo nos atos delituosos cometidos por ‘insensatos’ que a nova racionalidade começava a ver como irresponsáveis, considerando-os doentes. Essa sombra irá projetar-se sobre a ‘doença’ e penetrar-lhe as zonas mais profundas, determinando aquela que se tornará, mais tarde, sua natureza essencial: a periculosidade social.

Ora, nessa gradativa invasão da disciplina psiquiátrica no âmbito da condição humana e dos territórios sociais, atrelada à existência de uma instituição segregativa e de caráter asilar, a psiquiatria possibilitou e possibilita ainda hoje a objetificação de uma doença em sujeitos que sequer apresentam sofrimentos psíquicos graves. Se, de acordo com Basaglia e Ongaro Basaglia (2010, p. 263) a separação entre razão e loucura deu-se na tentativa de separar o “amálgama confuso de desrazão e culpa, incrustadas de miséria”, é de se questionar se, talvez, a indistinção entre a desrazão, com uma punição global, e a culpa, com uma punição por um ato específico, nunca se tenha dado de fato. Pune-se toda a existência com a internação, mas também, como os entrevistados mencionaram, se pune um ato específico porque descontextualizado da complexidade da vida: pune-se uma mordida, pune-se agredir os outros, punem-se infrações e delitos; e, ao meio de tanta punição, outros entrevistados mencionam: pune-se ir ao funk, pune-se fazer “rolês”, pune-se não obedecer aos pais. Ora, não se trata de justificar essas ações das crianças e dos adolescentes, mas, sim, de afirmar que o que é preciso é constituir possibilidades para que eles se responsabilizem subjetivamente por suas ações, construindo perspectivas e cenários cuja marca seja de uma justiça restaurativa, e não da culpabilização e determinação de internação, que ganha a característica de uma punição.

Ademais, nesse estudo, é marcante a presença de um número alto de crianças e adolescentes internados sem qualquer necessidade específica de atenção em saúde mental. Novamente, afirma-se que nenhuma dessas internações na instituição psiquiátrica estudada deveria ocorrer: nenhuma dessas crianças e desses adolescentes deveriam ter sido internados em instituição psiquiátrica de caráter asilar, sendo que aqueles que apresentavam um sofrimento psíquico, o que deve ser reconhecido, teriam que estar sendo cuidados nos serviços da RAPS, ocupando pontos de acolhimento noturno, em um serviço estratégico da rede ou em um leito em Hospital Geral, estando vinculados a um CAPS. Não obstante, é muito significativo que crianças e adolescentes que não apresentavam demanda de acompanhamento em serviços de saúde mental estivessem internadas na instituição. Aquele amálgama entre desrazão e culpa, com um componente forte da miséria, pode ser notado nas falas dos entrevistados quando, por exemplo, Francisco relata que foi internado porque estava com a mente confusa, porque tinha cometido uma infração e porque havia usado drogas. Na instituição, ao invés de ser reconhecida a complexidade de vida e de sofrimento, nesse caso, o de Francisco, é atribuído um diagnóstico. Tal como Basaglia e Ongaro Basaglia (2010, p. 269) assinalam:

Reconhecer a dignidade de doença nessa loucura/miséria é um dos modos de não responder à globalidade da miséria e dividir os seus diversos aspectos, mantendo exclusivamente as coisas como são; hipótese que será confirmada pelas sucessivas evoluções do manicômio em suas reciclagens institucionais, cuja relação primordial continuará sendo com a pobreza e com a indigência, por intermédio da doença.

Inclusive, historicamente, na prática das instituições psiquiátricas não é preciso o intermédio de um sofrimento psíquico para a internação, tal como demonstra Arbex (2013) no estudo sobre o Hospital Psiquiátrico de Barbacena. No entanto, no contexto atual, dada a necessidade da indicação de internação psiquiátrica por meio de um laudo feito por um médico psiquiatra, é preciso um diagnóstico. Assim, se não há um sofrimento psíquico, inventa-se um, bem como afirmou aquele médico psiquiatra, “[...] é só colocar F.29 que interna”.

Ora, se o rompimento com a ordem pública na relação com a pobreza e a indigência, e que aparece através do par agressividade/periculosidade, é aquilo que determina a internação, esta é justificada por meio da atribuição de um diagnóstico psiquiátrico F.29 a um sujeito. Crianças e adolescentes miseráveis, sem redes sociais, sem redes de serviços, majoritariamente fora da instituição à qual deveriam estar vinculados – a escola –, com passagem por outras instituições, e que rompem com a ordem pública e representam um desvio em relação a uma norma social, é a população que pode ser internada na instituição. Algumas apresentam sofrimento psíquico, outras não. Assim, se, como apontam Basaglia e Ongaro Basaglia (2010, p. 269), “a loucura encarcerada é sempre a loucura da miséria”, tem-se também que a miséria apenas pode ser encarcerada sob a figura da loucura, avalizada pela ciência.

Trata-se da contenção de uma suposta potencial subversão da ordem, em que:

Doença, psiquiatria e instituição hospitalar reduzem-se a um mero nominalismo, dado que a doença é a periculosidade presumida que convém conter; a psiquiatria, um ramo da justiça que pune todo suspeito de periculosidade; e a instituição hospitalar, o cárcere em que essa presumida periculosidade fica segregada (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 2010, p. 273).

Conclui-se, portanto, que a codificação dos sujeitos internados a partir de um viés cientificista possibilita que aquilo que é a demanda social pela internação dessas crianças e desses adolescentes – o controle dos desvios e a manutenção da ordem pública – apareça sob a forma de justificativa. Por meio de mecanismos do aparato psiquiátrico pelos quais se agressividade é a determinação para a internação e o diagnóstico F.29 a justificativa,

cristaliza-se uma demanda de internação, e as demandas e as necessidades reais dos sujeitos são desviadas, e expressas enquanto necessidades artificiais à imagem da instituição.

7.3 A continuidade de práticas institucionalizantes: a produção de relações de invalidação e objetificação do outro

A instituição psiquiátrica cenário de estudo pode ser considerada uma instituição de caráter asilar dado um conjunto de características que produzem situações de objetificação do outro, de violência, de institucionalização, entre outras. Primeiramente, a instituição tem um claro esquema institucionalizante, baseado em um princípio autoritário-hierárquico e determinado pelo regramento do cotidiano, com a função de manter a organização da própria instituição, a partir do qual a vida se organiza; em um esquema como esse, os sujeitos internados e institucionalizados estão “à mercê dos outros, sem a mínima iniciativa pessoal, com seus dias fracionados e organizados segundo horários ditados unicamente por exigências organizacionais”, não levando em conta as singularidades dos sujeitos (BASAGLIA, 2010, p. 24).

Os entrevistados expressaram isso com clareza, quando, por exemplo, Francisco relatou que ficou impactado ao perceber que o espaço era trancado e “que não ia poder fazer mais nada” porque na instituição “ia ter horário para fazer tudo”, ou seja, Francisco concluiu que ali perderia sua liberdade, devendo transformar-se no próprio ritmo da instituição. Juliano encontrou um bom termo para definir as regras impostas pela instituição, denominando-as de “leis”, uma vez que entendia que se a criança ou o adolescente internado não acatasse as normas institucionais – nas palavras dele, “tem que entrar nesta lei, nesta concordância deles” – poderia haver sanções, como a contenção física.

Considerando o discutido até aqui, tal constatação parece óbvia, já que o objetivo mesmo da instituição não é o de produzir cuidado. Conforme afirmam Basaglia e Ongaro Basaglia (2010, p. 49), “se o doente, antes de ser visto como tal, vem a ser considerado perigoso para si e para os outros, as regras sobre as quais o asilo se edifica só podem ser instituídas em função dessa periculosidade”. Afirmado isso, é preciso reconhecer e explicitar as formas pelas quais a instituição assegura o estabelecimento dessas regras, desenvolvendo um tipo específico de relações com os sujeitos internados de maneira que esses sujeitos objetifiquem-se nas próprias regras e modos de relação que os determinam.

Nessa linha, as crianças e os adolescentes indicaram nas entrevistas – ora refratando a lógica institucional, e ora refletindo-a – o quanto esse esquema captura o sujeito, de modo a, passado certo período de tempo, o sujeito próprio reconhecer-se nas regras e na rotina da instituição. Um exemplo refere-se à ocasião em que Leandro utilizou os mesmos termos que a equipe usa para relatar a sua chegada à instituição – em referência ao procedimento de que todos no primeiro dia ficam em observação – e para contar que foi contido com medicações porque descumpriu uma regra da instituição: “eu ficava em observação comecei a ver esta vista aqui em cima. Tomei injeção porque falei que queria fugir, não queria ficar aqui não, tomei injeção, dormi que é uma beleza”. Importante notar que Leandro não tratava disso do lugar de um questionamento, unicamente afirmando que era assim que acontecia e, com isso, Leandro parecia assumir que é justificável conter quimicamente alguém quando esse sujeito deseja sair da instituição; justamente, essa é uma forma pela qual a instituição cumpre o papel de garantir a organização da própria instituição, bem como o controle e a manutenção da segregação. Já Antônio, em sua entrevista, o tempo todo permanecia em uma posição ambivalente, já que, se de um lado, assinalava o quão era difícil estar ali, parecia, por outro, buscava afirmar para si mesmo que ele precisava passar por isso para poder sair. Inicialmente assinalou: “é um sufoco ficar aqui. Estranhei, estranhei, estava assustado por isso. Eu fiquei assustado, eu achava que era para bater em nós. Eu estava meio perturbado, por isso que eu vou sair daqui calmo, fazendo tudo certo” e, em outro momento da entrevista, quando questionado especificamente acerca das regras institucionais, comentou: “demorou um pouco, mas depois eu me adaptei às regras. [...] Eu não questioneei”.

Outro exemplo, advindo do trabalho de campo, que indica mais uma maneira pela qual esse esquema institucionalizante captura os sujeitos, refere-se a quando Vinícius descobriu onde o Leandro escondia os seus cigarros – nos vãos da janela do quarto em que ficava – e, em razão de ser proibido qualquer sujeito fumar na instituição, contou para um determinado profissional o que Leandro guardava. Em um processo de identificação com as regras, Vinícius acabou exercendo o papel de servente, tal como definido por Foucault (2006), reportando o ocorrido para os profissionais da instituição, que têm, por seu mandato social, o papel de vigilantes. Nessa situação, Vinícius, para além de ser objetificado nas regras da instituição, identificou-se com essas, prestando-se ao papel de garantir a manutenção da ordem da instituição psiquiátrica.

Para se ter clareza de como a objetificação do sujeito está para além da assimilação de regras, vale retomar as entrevistas de Francisco, Danilo e Leandro; o primeiro passou a se referir àquilo que lhe era parte da vida como sendo besteiras, enquanto o segundo e o terceiro

assumiram o discurso da instituição e passaram a reproduzir oralmente que certos tipos de ações e de sujeitos representam um perigo para a sociedade. Assim, Francisco, ao contar de sua vida fora da instituição, afirmou que muitas das suas ações cotidianas, que eram a sua própria vida e que faziam parte dos códigos e símbolos de seu território, eram uma bobagem: “passeava, é antigamente quando eu usava droga, fazia uns ‘rolês’ meus, aqueles famosos ‘rolês’. Coisas que não tem nada a ver”. Danilo, por sua vez, relatou que a instituição era ameaçadora, pois tinha em seu interior pessoas ditas perigosas: “porque aqui tem gente que, tipo assim, usa droga, que já roubou, usa maconha, por exemplo, o Francisco que usa”, reforçando a ideia do próprio Francisco. Leandro fez algo semelhante, ao afirmar que na instituição havia “meliantes de alta periculosidade”, referindo-se, em particular, aos adolescentes com passagem pela Fundação CASA.

Não obstante muitas situações de internação terem a dimensão da objetificação do sujeito nas próprias regras e práticas de instituição, aquela de Leandro parecia ser particularmente grave, já que muitas crianças e adolescentes ainda mantinham um grau maior de projetualidade, enquanto Leandro, mesmo que por vezes se permitia sonhar em sair da instituição, em tantos outros momentos relatou que precisava conhecer os moradores da instituição e ter com eles um bom relacionamento; nas suas palavras: “sei que vou morar aqui um dia”. Leandro, como todas as outras crianças e adolescentes internados, estava à mercê das regras e ordenamentos da instituição, estava despido de sua singularidade e em uma relação de opressão; entretanto, no caso dele, parecia ser mais forte o impacto pela possível perda de um futuro fora de um circuito institucional. Tratava-se de uma significativa situação de institucionalização em curso.

Acerca disso, vale retomar que a institucionalização do sujeito ocorre pela vivência de um esquema institucionalizante, sendo que esse esquema ocasiona o próprio aniquilamento do sujeito, de suas singularidades e de seus projetos. De acordo com Basaglia e Ongaro Basaglia (2010, p. 52), um sujeito que vivenciou um processo de institucionalização, no qual foi a tal ponto nulificado de sua singularidade e destituído de possibilidades de vida, se ocorrer de sair da instituição psiquiátrica, “deixará uma comunidade onde, em troca da tutela, teve de renunciar a si mesmo, e será lançado em um mundo onde não encontrará lugar. Habitado a não contar consigo mesmo, será imediatamente derrotado”. Esse é o risco aberto por qualquer internação em uma instituição psiquiátrica de caráter asilar. Assim, é significativa e é motivo de preocupação a presença dos sinais de institucionalização que as crianças e os adolescentes demonstravam.

Há que se afirmar, por outro lado, que as crianças e os adolescentes entrevistados também davam sinais de resistência a esse esquema institucionalizante, ou mesmo o denunciavam, refratando em suas entrevistas a lógica da instituição. Em relação a esse ponto, são importantes os gestos das crianças e dos adolescentes internados sobre de que maneira, frente a um vazio institucional e a uma instituição que não respondia às suas necessidades reais, eles criavam novos sentidos para certas atividades. Um exemplo claro disso refere-se à participação nas atividades do NOTP, por meio da qual, por exemplo, Francisco projetava ganhar dinheiro para levar sua mãe para fazer uma refeição em um restaurante quando ele saísse mesmo frente a uma clara lógica de entretenimento realizada pela instituição por meio desse serviço (SARACENO, 2001; BASAGLIA, BASAGLIA, O., 1979b). Outro exemplo é a ação de Mário, que brincava de fazer o papel dos profissionais, anotando em uma folha onde estava cada profissional, quais eram os seus movimentos, o que estavam fazendo e como havia sido o dia na instituição, em quase uma paródia daquele cotidiano institucional. Ou mesmo, vale arriscar, o gesto de Danilo, ao informar a pesquisadora que era muito importante que os seus pais soubessem o que ele contaria em entrevista, em uma possível tentativa de criar uma abertura de diálogo para se apresentar de um modo diferente, considerando o que a instituição afirmava sobre ele.

Ainda, se as crianças e os adolescentes não chegavam a resistir e a denunciar, davam indícios claros de que percebiam que algumas daquelas práticas institucionais não estavam no âmbito da produção de cuidado. Esse aspecto é notório nas situações em que as crianças e os adolescentes entrevistados falaram explicitamente sobre o cenário de contenções físicas e químicas da instituição. Havia aqueles, como Rafael, Cléber e Mário, que reconheciam que as contenções ocorriam na forma de punições por maus comportamentos, mas não as questionavam enfaticamente; Rafael, quando perguntado se havia algo de que ele não gostasse na instituição, respondeu que se incomodava em ser “amarrado”; e ao ser questionado sobre o que havia acontecido para isso ocorrer, respondeu que havia batido em um outro sujeito internado. Já Cléber, assinalou que era contido “por mau hábito” dele. Mário, amedrontado de receber uma nova sanção apenas por falar sobre o assunto, evitou a conversa, afirmando: “vai que vão ouvir...”. Contudo, havia aqueles sujeitos que, de fato, questionavam a prática de contenções, como Juliano, que afirmou que era uma prática “desumana” e que assinalou claramente que, se os internados na instituição não respeitassem as “leis” impostas pelos profissionais, eram contidos.

A respeito desse assunto, é espantoso o modo como ainda hoje, em um cenário de avanços significativos da reforma psiquiátrica, a contenção física e a química são práticas

recorrentes de instituições psiquiátricas de caráter asilar. Para além disso, é preciso prestar atenção nos raciocínios e nos argumentos utilizados pelos defensores dessa ação; por exemplo, a diretoria técnica da instituição cenário de estudo afirmou em reunião de equipe que estava sendo estudada a possibilidade de criação e instalação de um “quarto almofadado” – destinado às ditas situações de crise – e do uso de “eletroconvulsoterapia”, com vistas a enfrentar a suposta agressividade das crianças e dos adolescentes internados, em um discurso pautado na ideia de periculosidade da pessoa com sofrimento psíquico.

Como já afirmado anteriormente, apenas a ideia de uso dessas estratégias já é sinal do quanto nessa instituição o conceito de periculosidade social, do âmbito jurídico, em seu par com a agressividade, é avizinjado à prática da psiquiatria. Ainda, dado o grau de simplificação de uma situação de crise – definida na instituição por meio de um esquema que reduz a complexidade de vida para delimitar um conjunto de sintomas e diagnósticos, sobrepondo uma expressão de agressividade de uma determinada relação, enquanto periculosidade, a esse esquema generalizável –, tem-se que a resposta da instituição de criação de um “quarto almofadado” é mais um indicativo do modelo de relação em que se baseia a prática institucional. Mais uma vez, enfatiza-se aqui que essa objetificação da expressão de uma relação em um sujeito, com a consequente elaboração dessas práticas violentas, aniquila as contradições, nulifica o sujeito enquanto um dos polos da relação, e está a serviço de garantir a organização e a eficiência da instituição, reforçando ainda mais o mandato social dos profissionais.

Ademais, essa colocação feita em reunião por um membro da diretoria da instituição, além de ser um claro exemplo acerca do grau de violência institucional e da assunção, pela instituição, da impossibilidade de relação com um sujeito internado, aponta para o fato de a instituição não lidar com as necessidades reais apresentadas pelas crianças e pelos adolescentes, de modo a apenas construir necessidades artificiais pautadas na objetificação do sujeito, desconsiderando que o sujeito com sofrimento psíquico é “uma realidade que sofre com muitas necessidades” (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 1979, p. 53). Uma dessas necessidades refere-se, justamente, à compreensão, no caso de situações de crise, de que a própria “condição de crise corresponde a uma complexa situação existencial”, sendo necessários “complexos instrumentos e recursos para afrontá-la” (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 55).

As situações de crise e os conflitos que se manifestam nessa conjuntura estão relacionados não apenas a uma série de contingências da vida, mas, também, às dinâmicas relacionais e sociais com as quais o sujeito está envolvido. Nesse sentido, coloca-se a

importância de um serviço compreender a configuração do território de vida de um sujeito, responsabilizando-se pela sua situação global e complexa de modo que, na atenção à crise, possa realizar a “reconstrução da história” do sujeito em “seus locais de vida, com a sua rede das suas relações, com os seus problemas materiais e concretos”, inserindo a própria experiência de crise “no interior de uma série de nexos que são capazes de torná-la compreensível (não de explicá-la!), de dar um senso à crise e, enfim, de recuperar a relação entre as valências de saúde, os valores de vida e a própria crise” (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 56).

Ora, considerando as portas fechadas, o esquema institucionalizante e o modo de relação estabelecido com os sujeitos, a resposta da instituição às situações de crise está baseada no modelo geral de funcionamento institucional e a proposta de criação de um “quarto almofadado” está inserida dentro dessa estrutura simplificadora; trata-se, assim, de mais uma resposta pré-formatada às necessidades artificiais produzidas pela própria instituição, na busca pela construção de modos de controle que sustentem exclusivamente a sua organização. Tal como afirma Basaglia e Ongaro Basaglia (1979, p. 7), as necessidades artificiais, “por serem estranhas à realidade concreta [...], servem para desviar a atenção dos problemas e necessidades reais” e, dessa forma, “a distância entre a necessidade real e a necessidade artificial é o que serve como instrumento de dominação”; nesse lugar parece estar inscrito o argumento da instituição tanto para a criação de um “quarto almofadado”, bem como para o uso de instrumentos de contenção.

Ainda, há que se considerar que, além da atenção às situações de sofrimento psíquico e crise, as necessidades reais dessas crianças e adolescentes dizem respeito, entre tantas outras, a fazer escolhas, a ter suas singularidades preservadas, a se comunicar, a se relacionar em um grau de reciprocidade com os profissionais, a ser escutados por esses profissionais e pela diretoria da instituição. Dentre essas necessidades reais sufocadas pelo esquema institucionalizante, a impossibilidade de comunicação era nítida na instituição, a começar pelo pesado silêncio existente em boa parte do dia. Ademais, as breves frases das crianças e dos adolescentes internados indicam que a comunicação não estava no campo do possível na instituição, seja na ocasião em que Mário ficou receoso de falar sobre alguns assuntos, seja na vez em que Lúcio aguardou o momento preciso para relatar, em relação a uma cena de violência institucional, “nunca vi isso nem na Fundação”, seja em todas as ocasiões em que as crianças e os adolescentes solicitavam ser entrevistadas, vendo nesse espaço uma possibilidade mínima de escuta. Não à toa, as crianças e os adolescentes costumavam ficar em suas camas, ainda que acordados. Essa é mais uma faceta da instituição psiquiátrica de caráter

asilar enquanto uma instituição da violência, dado que reafirma a diferença de poder entre dois polos da relação (BASAGLIA, 1985).

Ora, esse modo de relação de diferença de poder e de necessidade de controle transcende a instituição psiquiátrica, sendo a ação profissional inter-relacionada a um contexto sociopolítico. De acordo com Basaglia e Ongaro Basaglia (2013), há uma relação direta entre a classe dominante, os profissionais (tanto os intelectuais que produzem a ideologia psiquiátrica, quanto os técnicos que a traduzem na prática), e a finalidade de uso dessa ideologia; é articulada a essa dimensão que se estabelece o mandato social dos profissionais da instituição. Por meio desse mandato, os profissionais são delegados a eliminar as contradições e os conflitos sociais, acobertando-os por meio da justificativa de um tratamento; ou seja, o profissional tem um duplo papel por meio de seu mandato social, o de, ao mesmo tempo, segregar essas crianças e esses adolescentes e prover tratamento. Isso, segundo Basaglia e Ongaro Basaglia (2013), evidencia a enorme distância entre o que um Hospital Psiquiátrico afirma que é (uma instituição para cuidado e tratamento) e o que ocorre na prática (ser um lugar de segregação e violência).

Ainda nessa linha, ao aceitar essa situação, objetificando um sujeito, esses profissionais irão confirmar para a sociedade a segregação desse sujeito; esse aspecto do mandato social dos técnicos e da função da instituição fica ainda mais evidente quando, nesse estudo, verifica-se que as determinações judiciais para a internação são descritas como queixa principal em quatro prontuários, ou seja, apenas é acatada a demanda de outra instituição. Com efeito, com posse de seus mandatos sociais, os profissionais acobertam as necessidades reais das crianças e dos adolescentes e sobrepõem a elas um conjunto de necessidades artificiais (BASAGLIA; BASAGLIA, O., 1979) Aqui cabe destacar que, apesar de haver uma centralização de poder em torno do profissional psiquiatra, todos os demais profissionais incumbidos pela atenção à população internada e institucionalizada em instituições psiquiátricas de caráter asilar têm um mandato social para, com diferentes funções, garantir a manutenção da ordem pública; com efeito, o psiquiatra não é o único profissional vinculado a uma prática de defesa dos limites da norma.

Segundo Basaglia e Ongaro Basaglia (2013), esses profissionais vivem uma condição de alienação, enquanto opressores, ao identificarem-se em seus mandatos sociais e ao exercerem seus papéis de funcionários de certo consenso social, sendo garantidores da ordem pública; assim, a serviço da ideologia psiquiátrica, pode-se afirmar que esses profissionais cometem crimes de paz. Ora, para superar esse papel profissional de segregação de um sujeito e garantia de controle social é preciso, antes de tudo, recusar esse mandato social; mais ainda,

tal como afirmam Basaglia e Ongaro Basaglia (2013), é preciso que o próprio profissional rompa com a sua condição de alienação.

A partir dessa recusa, as contradições e conflitos podem aparecer, relações de reciprocidade podem ser estabelecidas e as próprias diferenças de contratualidade podem ser confrontadas no cotidiano da instituição. Faz-se necessário ressaltar que essas transformações acontecem em um campo de tensões e de lutas; na instituição cenário de estudo, enquanto parte da equipe enfatizava o poder psiquiátrico, alguns poucos profissionais buscavam resistir a isso com tentativas de recusa de seus mandatos sociais. Ainda, tendo em vista a função da instituição psiquiátrica de caráter asilar em um determinado contexto social e a sua relação com a norma vigente, a superação do que é delegado aos profissionais realizarem passa necessariamente por uma transformação das relações entre a própria instituição, com as pessoas envolvidas nessa, e a sociedade. Aliás, a necessidade de modificação das formas de relações, com a abolição do princípio autoritário-hierárquico da instituição e a recusa do mandato social por parte dos profissionais, atravessa todo o processo de transformação institucional; nesse sentido, levar a sério a desinstitucionalização enquanto perspectiva significa, para todos, a necessidade de rever os modos de relação e os papéis sociais, e de criar relações de reciprocidade.

Nesse cenário, um aspecto fundamental é compreender os diferentes graus de poder contratual das relações, sendo a brutal diferença entre esses graus um dos aspectos de uma prática institucionalizante. Segundo Basaglia e Ongaro Basaglia (2010, p. 214) as pessoas segregadas em instituições psiquiátricas de caráter asilar, dentre outras, estão fora das forças de produção, no sentido de não participação nesse jogo; com efeito, são pessoas que não têm ou nunca tiveram uma “força contratual com as fontes produtoras”, sendo sujeitos com baixo ou nulo poder de contrato na esfera social. Vale recordar que, de acordo com Kinoshita (1996), as pessoas com sofrimento psíquico têm um baixo ou nulo poder contratual na sociedade, sendo suas mensagens, afetos e bens deslegitimados.

No ato da internação, como já afirmado anteriormente, torna-se evidente como as crianças e os adolescentes são desconsiderados como sujeitos que produzem mensagens, bens e afetos legítimos e com valor, a começar pela própria anamnese realizada, em que dos 45 sujeitos internados no período do estudo, constata-se que pode ser que apenas três tiveram as suas colocações sobre as suas experiências, ou parte delas, escutadas. Além disso, na anamnese realizada, determina-se a subsequente internação por meio da caracterização das crianças e dos adolescentes como participantes na ideia abstrata da agressividade/periculosidade – como se esta questão não fosse uma problemática da relação

com, ao menos, um outro sujeito e não apresentasse um conjunto de contradições e de diferenças de força contratual. Ainda, na própria situação de internação, percebe-se uma prática de aniquilação do poder de contrato dos sujeitos por meio da instauração de um cotidiano baseado em um princípio hierárquico e autoritário. Outro indicativo desse baixo grau de contratualidade pode ser o elevado número de internações involuntárias, feitas a pedido de um terceiro, e involuntário-judiciais, por serem compulsórias.

O entendimento que aqui se faz é o de que esse nulo poder de contrato é estendido a todas as crianças e adolescentes internados em uma instituição psiquiátrica de caráter asilar, tenham eles sofrimento psíquico persistente ou não. Na chegada à instituição não têm suas vozes escutadas, na permanência na instituição estão submetidas a um esquema institucionalizante, e, ainda, não têm poder de tratar das suas saídas da instituição. Mesmo antes disso, nas situações de internações involuntárias e compulsórias, essas crianças e esses adolescentes não têm possibilidade de negociar as suas situações de vida.

Ora, são sujeitos que não têm poder de contrato com as forças produtoras, o que significa que o baixo grau de poder de contrato é relativo às relações que estabelecem na instituição, mas, também, na rede de relações e no trato com outras instituições. O que se percebe é que, antes mesmo de entrar na instituição psiquiátrica, essas crianças e esses adolescente são objetificados pela ideologia psiquiátrica, na medida em que uma série de aparatos são acionados, de modo a destituir gradualmente esses sujeitos de um poder de contrato forte no tecido social. Essa vinculação interinstitucional, instituída no tecido social, está relacionada à produção de um controle social realizado em torno dos desviantes, sendo exercido não apenas pela instituição psiquiátrica. Assim, faz-se necessário compreender como esse controle total é produzido, no sentido de constituir uma lógica geral que perpassa todas as situações de internação.

7.4 O circuito do controle: uma lógica vigente

A análise dos documentos institucionais e das entrevistas realizadas traz à tona uma complexidade de percursos de internação, que envolvem os cenários concretos de vida, os territórios de existência e de vulnerabilidade, as redes de relação e de suporte, a oferta da rede de serviços, entre outros. Em uma leitura transversal que compreende os macroprocessos de internação, percebe-se que há nas diferentes situações uma mesma lógica operando, aquela

que constitui o estabelecimento e o cerceamento das contradições da vida a partir da composição de um circuito do controle.

Esse circuito do controle é constituído por meio de dependências recíprocas de aparatos institucionais; trata-se de uma relação estabelecida entre, primordialmente, o sistema de saúde, a justiça e a assistência social, relacionado a aspectos econômicos, culturais e sociais. Contudo, o equipamento principal que sustenta esse circuito nas situações de internações é a própria instituição psiquiátrica. A própria existência de tais instituições produz, segundo Basaglia (2010, p. 246), “uma série de círculos concêntricos de contágio, correspondentes a outros tantos aparatos institucionais”; com efeito, a permanência de instituições psiquiátricas de caráter asilar alimenta, no tecido social, a prática de segregação de determinados sujeitos para a manutenção da ordem pública. Nessa mesma linha, de acordo com Basaglia (2010, p. 246):

O hospital psiquiátrico, ainda que modificado e transformado, permanece – enquanto tal – causa de doença, foco de infecção, não só em sua função de reconhecimento, codificação e expropriação do sofrimento enquanto distúrbio psiquiátrico; não só por estender para o território a cultura e as regras mediante as quais efetua esse reconhecimento e expulsão que daí resulta; mas, também, na medida em que, com a sua própria existência, pré-forma os conteúdos da demanda, endereçando-a aos canais convenientes, a fim de que a abertura da crise, em qualquer nível, seja automaticamente compensada com a expulsão do portador para o bolsão de contensão. Nesse caminho, sabemos de antemão quem acabará caindo ali.

Ademais, considerando os resultados deste estudo, é preciso acrescentar que a população que sabemos de antemão que será internada nestas instituições é não apenas as pessoas com evidente sofrimento psíquico, com escassos ou nulos recursos financeiros – advindos de uma classe social baixa – e que rompem com a ordem pública, mas, de modo geral, qualquer sujeito de uma classe social baixa ao qual lhe são atribuídos um ou mais desvios em relação à ordem social vigente, vide os casos de crianças e adolescentes internados apenas com o diagnóstico de deficiência mental ou mesmo de transtorno de conduta.

Segundo Basaglia e Ongaro Basaglia (2010, p. 202), é significativo o fato de as “sanções mais rígidas sempre caírem sobre quem não dispõe de um espaço privado, onde possa expressar – em segurança – o próprio desvio no momento em que ultrapassa o limite”. Há que se afirmar que as crianças e os adolescentes internados na instituição cenário de estudo são, se não absolutamente, predominantemente provenientes de classes sociais baixas. Esse dado pode ser afirmado a partir da percepção e da compreensão das condições concretas

de vida daqueles sujeitos, não existindo nenhuma informação desta especificidade nos documentos institucionais. De todo modo, para colocar fim à lógica e ao funcionamento de aparatos institucionais que constituem um circuito do controle, é fundamental o rompimento com instituições de caráter asilar, assentadas na psiquiatria, que têm a função da tutela de determinados sujeitos e grupos sociais.

Nessa linha, a experiência italiana instaurou, em um primeiro momento, a importância de colocar em crise a psiquiatria enquanto instituição e enquanto saber, quando em um mesmo momento colocava-se em questão o espaço concreto, o Hospital Psiquiátrico, e o conjunto de saberes abstratos que, exercendo uma função social, estavam relacionados com as problemáticas da manutenção de uma ordem pública e de controle de desvios (BASAGLIA, 1985). Na compreensão da lógica da instituição de caráter asilar ancorada pelo saber e prática da psiquiatria, tratou-se de afirmar uma contradição fundamental entre a justificativa do tratamento e a prática concreta da custódia. Todavia, para além disso, era preciso compreender a dinâmica ocorrida entre tal instituição e um determinado território, com as práticas sociais em jogo que criavam condições para que esta instituição fosse a delegatária do controle e da tutela de sujeitos sem poder contratual. Assim, afirma-se que a ideologia psiquiátrica está para além da prática e dos saberes da psiquiatria e, desse modo, a denúncia à existência e à lógica da psiquiatria, entendida, pois, enquanto instituição, precisava estar, igualmente, atrelada à necessidade de questionar a própria sociedade enquanto organização do Estado e enquanto sociedade dividida em classes (BASAGLIA, 2010).

Ora, a existência da instituição asilar baseada no saber psiquiátrico é o principal aparato repressivo; no entanto, não é o único. Daí que a crítica precisa ser complexificada, para a compreensão da existência de uma lógica de circuito do controle que se estabelece em uma prática social e intrainstitucional. Há, nessa linha, aparatos jurídicos, econômicos, culturais, ideológicos e administrativos que criam as condições de possibilidade para a existência de uma demanda de internação. Justamente por isso, o desafio presente no contemporâneo é o de enfrentar o paradoxo de, ao mesmo tempo, criar rupturas nas redes de dependência entre as instituições e promover uma aproximação via diálogo entre as instituições, no sentido de possibilitar tais rupturas e os mecanismos que as interconectam.

Neste estudo, um exemplo do circuito do controle vigente, que tem como centro a existência destas instituições, refere-se às nove situações de internação nas quais a instituição precedente eram os serviços estratégicos pertencentes à RAPS, os CAPS, sendo: quatro precedentes de CAPSi; três, de CAPS-I; uma, de CAPS-II; e uma, de CAPSad. Esta situação, na perspectiva e na dinâmica de construção de serviços substitutivos abertos e de base

territorial, é particularmente grave, e seria necessário compreender os múltiplos aspectos desses acontecimentos em suas singularidades. Contudo, é possível afirmar que a lógica geral que permeia essa situação é daquela do circuito do controle; ou seja, há um conjunto de equipamentos que operam de modo interconectado e criam um circuito institucional que objetiva, justamente, o controle do outro. Ainda, essa situação reitera o caráter problemático da continuidade da existência da instituição psiquiátrica de caráter asilar, que produz círculos concêntricos em torno de si, criando abertura e possibilidade real de produção do circuito do controle, pois é o principal aparato dessa lógica.

De todo modo, tal lógica está para além de ser exercida em apenas um serviço, no caso, a instituição psiquiátrica de caráter asilar, sendo, como afirmado anteriormente, operada entre as diferentes instituições. Aqui, dentre esses outros equipamentos destaca-se a escola (por repelir os sujeitos do sistema de ensino), e os serviços de saúde e de assistência social (por apanhar e conter os sujeitos em suas dimensões). Ora, a baixa escolarização desses sujeitos é um traço evidente, tendo em vista que, dos 45 sujeitos internados no período do estudo, 23 contavam com Ensino Fundamental incompleto, sendo que era esperada uma maior concentração, respeitado o tempo presumível de escolarização, de estudantes no Ensino Médio. Além disso, há que se recordar que todos os 45 sujeitos foram encaminhados de outras instituições, seja do âmbito da saúde, da assistência social, da justiça ou de outras. E, considerando a própria instituição cenário do estudo, das 45 crianças e adolescentes internados, oito já haviam sido internados ao menos uma outra vez nessa mesma instituição psiquiátrica.

Ainda, é preciso ressaltar a relação com os aparatos jurídicos, sendo que, de todas as internações, dez eram definidas como involuntário-judiciais para a instituição psiquiátrica cenário de estudo, o que significa que equipamentos do âmbito da justiça estavam diretamente ligados à internação dessas crianças e adolescentes; além dessas internações, há que se recordar que existem, também, aquelas do tipo compulsória para os Municípios, o que significa que o número de crianças e de adolescentes com passagem direta pelos aparatos jurídicos é maior do que o afirmado nos documentos institucionais. Nesse cenário de internações compulsórias, são particularmente graves as situações cujos serviços de precedência eram pertencentes à RAPS, sendo que dos dez sujeitos com internações involuntário-judiciais para a instituição cenário de estudo, um era proveniente de CAPS-I; um, de CAPS-II; um, de CAPSad; e um, de CAPSi.

Ademais, dada a relação de extrema proximidade entre a ideologia psiquiátrica e os aparatos jurídicos na constituição de um circuito do controle, para compreender mais uma

face dessa relação faz-se necessário acompanhar e refletir sobre quais são os argumentos jurídicos e teses utilizadas para sustentar as determinações de internações compulsórias. Ora, no âmbito jurídico, é importante recordar que a Lei Federal n.º 10.216/01 prevê no artigo 6º três modalidades de internação, que só podem ser autorizadas mediante laudo médico: voluntária (consentida pelo sujeito), involuntária (não consentida pelo sujeito e a pedido de terceiro) e compulsória (determinada pela justiça). Embora, ao mesmo tempo, pelo artigo 4º, veda qualquer internação em instituição de caráter asilar. Segue o quanto dispõem os mencionados artigos:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (BRASIL, 2001).

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 2001).

Importante ressaltar que a Lei Federal n.º 10.216/01 estabelece que uma instituição de características asilares é aquela que é desprovida dos recursos citados no artigo 2º da Lei e que não assegura os direitos citados nesse mesmo artigo, a saber:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Ainda, acerca das modalidades de internação voluntária, involuntária e compulsória, a Lei prevê nos artigos 8º e 9º:

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (BRASIL, 2001).

Ora, nesse sentido é preciso colocar em questão, em primeiro lugar, todas as internações realizadas na instituição psiquiátrica de caráter asilar, que era o cenário de estudo, uma vez que essas são vedadas pela Lei Federal n.º 10.216/01 (BRASIL, 2001). As internações realizadas de acordo com a aludida Lei somente podem ocorrer quando autorizadas por um profissional médico e, especificamente a internação compulsória, além do laudo médico, deve ser, segundo o artigo 9º, “determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente” (BRASIL, 2001). Sendo assim, as dez internações involuntário-judiciais para a instituição, além das demais não contabilizadas, foram realizadas a partir de uma interpretação questionável da Lei Federal n.º 10.216/01, tendo em vista que esta proíbe expressamente internações em instituições de caráter asilar, embora tenha sido utilizada como fundamento legal para que tais internações fossem determinadas. Tendo esse ponto de vista sido enfatizado, é preciso compreender como são justificadas aquelas cinco internações compulsórias, denominadas de involuntário-judiciais, as quais se teve acesso.

Primeiramente, em relação às internações compulsórias determinadas com base na Lei Federal n.º 8.069/90, que institui o ECA, chama atenção o uso de certos artigos da Lei para

determinar a internação. Isso parece ocorrer, principalmente, por meio das determinações judiciais para a internação baseadas no artigo 101, que estabelece que a “autoridade competente poderá determinar”, tal como redigido no inciso IV, a “inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente”, e, tal como o texto do inciso V, a “requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial” (BRASIL, 1990c). Ainda, o artigo 101 prevê que essas aludidas medidas são cabíveis, “desde que verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98”, que estabelece que:

Art. 98. As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:
I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;
II - por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;
III - em razão de sua conduta (BRASIL, 1990c).

Assim, por meio da afirmação de que os próprios direitos daquelas crianças e adolescentes estavam ameaçados ou violados conforme um dos incisos do artigo 98, determina-se, mediante um laudo médico, o tratamento. Ademais, considerando o provável desconhecimento dos profissionais dos aparatos da justiça acerca da realidade das instituições psiquiátricas com características asilares – no sentido de que são instituições para as quais deveriam ser atribuídas essas características nos termos do artigo 2º da Lei Federal n.º 10.216/01, mas que efetivamente acabam sendo consideradas instituições aptas a oferecer o tratamento, tendo em vista a falta de conhecimento público acerca da realidade desses estabelecimentos –, determina-se que o referido tratamento médico seja realizado nesta instituição psiquiátrica. E, como nesses laudos médicos pode ser declarado que os serviços da rede mostraram-se insuficientes – tal como registrado nos documentos institucionais estudados – justifica-se que as internações em instituições psiquiátricas são necessárias dada a insuficiência de recursos extra-hospitalares da rede. Dessa forma, nas determinações judiciais acaba-se por definir a custódia como condição e forma de tratamento.

Ainda, considerando os incisos I e IV do artigo 129 da Lei Federal n.º 8.069/90, afirma-se que é uma medida aplicável aos familiares ou responsáveis o “encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família” e a “cursos ou programas de orientação” (BRASIL, 1990c). Desse modo, além da imposição do tratamento das crianças e dos adolescentes, determina-se que os familiares sejam encaminhados para aquilo que essa Lei denomina de programas de proteção à família e programas de orientação, sem qualquer esclarecimento mais preciso do que isso significa no cenário de internações; a hipótese que se

faz é a de que se assume que uma instituição psiquiátrica de caráter asilar se constituiria como um programa de proteção à família e que ofereceria orientação, o que seria, novamente, um claro sinal de falta de conhecimento, por parte dos aparatos da justiça, do que é essa instituição.

Eis aqui a ironia dessas determinações judiciais para internação em instituições psiquiátricas de caráter asilar: com a prerrogativa de defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, ferem-se esses mesmos direitos por meio da determinação judicial para a internação em uma instituição psiquiátrica.

Além desse cenário, provavelmente o mais comum nas situações de internações compulsórias de crianças e adolescentes, há um outro mais grave que se refere à determinação judicial para a internação com base na própria Lei Federal n.º 10.216/01. Considerando as crianças e os adolescentes do cenário de estudo, para um dos sujeitos internados na modalidade compulsória a decisão de internação baseava-se no artigo 4º dessa Lei, com destaque para a insuficiência de recursos extra-hospitalares. Nesse caso, o argumento jurídico estava fundamentado, ainda, no que afirmava ser uma jurisprudência para a demanda, fazendo referência a uma situação de internação compulsória de um sujeito com dependência química. Essa decisão, em particular, é uma clara situação de afronte ao que estabelece a Lei Federal n.º 10.216/01.

De todo modo, o que parece ser fundamental destacar é a relação de proximidade entre o âmbito da psiquiatria e o da justiça, em que os aparatos da justiça corroboram a ideia de custódia de desviantes. É preciso fazer destaque, ainda, para aquelas internações involuntárias solicitadas a pedido de um terceiro, quando esse terceiro é, por exemplo, o Conselho Tutelar ou o Ministério Público, situação que pode ser identificada com precisão em duas das internações involuntárias realizadas no período do estudo. Dessa forma, diferentemente do que é apontado no estudo de Blikstein (2012, p. 61), no qual as internações em instituições psiquiátricas ocorrem a partir de dois circuitos distintos, o de “internações ocorridas por meio de equipamentos de saúde” e o de “internações por ordem judicial”, pode-se afirmar que, devido a uma lógica geral de circuito do controle, estas duas vias de internações estão, na realidade, intimamente articuladas.

As via da atenção em saúde e da justiça têm uma relação, de fato, intrincada, não se configurando como dois circuitos distintos: é um mesmo circuito com aparatos diferentes, dadas, inclusive, as relações históricas existentes entre a psiquiatria e a justiça, a organização médica e a lei, permeadas pelas regras que articulam as relações sociais (BASAGLIA, 2010; FOUCAULT, 2006, 2007); esses aparatos compartilham de um conjunto de aspectos

jurídicos, econômicos e ideológicos que criam a demanda para a situação de internação, em um circuito que é da ordem do controle.

No âmbito de uma lógica que estabelece um circuito do controle, a perspectiva da relação entre os serviços precisa ser, portanto, complexificada. As internações não se dão apenas porque, por exemplo, determinado serviço de saúde ou da assistência social não teria tido os recursos necessários para sustentar a não internação de um sujeito, conforme justificado em uma internação compulsória, ou porque teria havido uma falta de diálogo entre a rede de serviços que poderia impedir a situação de internação. Mas, porque a presença e a vida desviante do sujeito é capturada por um circuito de controle dos desvios das normas de um jogo social em curso. Ou seja, na constituição de um circuito de controle, aquilo que aparece como sendo um funcionamento inadequado ou insuficiente dos serviços e da rede de suporte é o que, nessa lógica, funciona bem: a existência de instituições psiquiátricas de lógica asilar e as conexões estabelecidas entre essas e os diversos equipamentos da justiça, da saúde e da assistência social, amparadas pelas normas sociais de uma classe dominante, ao eliminarem as contradições da vida e anularem o sujeito enquanto um dos polos da relação, efetivam o circuito de controle, garantindo a manutenção da ordem pública.

Nessa linha, diferentemente do que usualmente se propõe como estratégia de saída para as situações de internação, que é a simplificação da resposta à situação por meio da afirmação da necessidade de ampliação do diálogo entre serviços e entre instituições, além da criação de mais serviços, é preciso em primeiro lugar questionar, mais uma vez, a existência de instituições psiquiátricas e lógicas asilares e, em seguida, compreender como ainda se mantêm os mecanismos dessas relações intrainstitucionais que garantem a continuidade e o bom funcionamento de um circuito do controle, baseados ainda hoje, de modo significativo, no objeto da psiquiatria: uma ideologia. Assim, é de suma importância a superação definitiva das instituições psiquiátricas, uma vez que “a organização da psiquiatria como circuito de instituições disseminadas produziu a polarização da sanção numa área específica que, no jogo das cumplicidades recíprocas, garante e perpassa o funcionamento de todo o setor” (BASAGLIA, 2010, p. 312).

Ademais, nesse contexto, não apenas as internações de médio e longo prazo são preocupantes. Pode-se afirmar que as internações de curto e curtíssimo prazo também são graves para o cenário da reforma psiquiátrica, visto que cada vez que um sujeito é internado em uma instituição psiquiátrica de caráter asilar ele cruza a linha daquela carreira de internação e psiquiatrização da vida, e passa a carregar um estigma em sua vida. Neste estudo, mais uma vez, é notável a gravidade desse acontecimento tendo em vista que na ocasião em

que o Thiago, irmão de Mário, foi internado na instituição constava em seu prontuário a expressão: “irmão com doença mental”, em referência ao Mário e à sua breve internação. Assim, Mário, de apenas 10 anos, possivelmente carregará esse estigma, o da doença mental, por um longo período de tempo, por ter sido uma vez internado por 52 dias em uma instituição psiquiátrica de caráter asilar.

Com efeito, na efetivação de diversas internações de curto prazo – nas quais quanto menor o tempo de cada uma das internações, maior é o número de internações que podem ocorrer em um determinado período, considerando a liberação das vagas e, logo, maior é o número de crianças e adolescentes para quem são determinados diagnósticos da nosografia psiquiátrica –, constitui-se uma situação, ao mesmo tempo, de pulverização do objeto da psiquiatria na vida social e de criação de determinado contingente populacional com uma carreira de internação; esses sujeitos já estão objetivados pela psiquiatria e carregarão o estigma na diferentes situações da vida. Ora, se as internações de longo prazo são perniciosas pela significativa possibilidade de institucionalização dos sujeitos, as internações de curto prazo são nefastas porque retroalimentam uma lógica de um circuito do controle. Ademais, é preciso considerar que a institucionalização não ocorre, necessariamente, a partir de um determinado tempo cronológico; como afirmando anteriormente, é a imposição de um esquema institucionalizante que acarreta em situações de institucionalização dos sujeitos e, sendo assim, adentrar em uma instituição com um marcante princípio autoritário-hierárquico, mesmo que por um período de tempo relativamente breve, pode ser o princípio de uma institucionalização.

Há que se questionar, ainda, quais são os impactos produzidos nos territórios quando um sujeito que habita o local tem uma passagem por uma instituição psiquiátrica. O que cada um dos entrevistados irá relatar para seus amigos, se esses existirem? Será dito que o mau comportamento leva à internação em uma instituição psiquiátrica? Ou, como afirmou Antônio, que escutar funk e envolver-se com drogas é sinônimo de perigo e de risco de sofrer uma internação? O que as pessoas que constituem a rede de relação dos sujeitos internados narram em seus territórios? Talvez, o que os entrevistados e todos os demais sujeitos internados criam de entendimento dessa experiência seja transmitido às pessoas de um determinado território, criando uma ideia geral de que alguns desvios não são tolerados. Embora, talvez, essas crianças e adolescentes já cheguem estigmatizados, e nenhuma de suas mensagens terá lugar no tecido social. De um modo ou de outro, qualquer internação ocorrida em uma instituição psiquiátrica reforça a lógica do circuito do controle; nesse sentido, talvez essas breves internações, combinadas com o estabelecimento do circuito do controle, acabem

criando a pulverização da lógica psiquiátrica no tecido social, em uma certa imagem de um manicômio difuso.

Justamente por isso que são os modos de funcionamento e a ideologia em que estão baseados tais aparatos que precisam ser removidos, sendo necessário desmontar, em primeiro lugar, o próprio equipamento que constitui o alicerce do circuito do controle: a instituição psiquiátrica. Tal como afirma Basaglia (2010, p. 257), não se trata de modernizar as formas de gestão e de ação da instituição psiquiátrica; a superação dessa instituição ocorre no momento em que uma crise nos aparatos de controle e sanção é instaurada, significando “a ruptura do complexo mecanismo de distribuição da clientela na sua dosagem equilibrada de sanção”.

Em suma, a lógica do circuito do controle envolve diferentes instituições, bem como tem diversas camadas que se enredam para produzir a captura de sujeitos objetificados em um ou mais desvios das normas sociais.

8. Considerações finais: desfechos do texto e caminhos possíveis

“O que era a instituição a ser negada? A instituição em questão era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: ‘a doença’, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto ‘periculosidade’. Por que queremos a desinstitucionalização? Porque, a nosso ver, o objeto da psiquiatria não pode e nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo da pessoa). Para nós, o objeto sempre foi a ‘existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social’. O mal obscuro da psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade” (ROTELLI, 2001, p. 90).

De início, o cenário pode parecer desolador. Esse estudo aponta para uma contradição no contexto contemporâneo da reforma psiquiátrica, dada a coexistência de equipamentos com contraditórias lógicas de atenção às pessoas com sofrimento psíquico, o que revela, dentre outras questões, a continuidade de uma lógica de circuito do controle.

Considerando, especificamente, a população infantojuvenil, por um lado, constata-se um aumento significativo do número de serviços de atenção estratégicos, os CAPSi, em uma composição com os diversos equipamentos que constituem a RAPS, com destaque para a possibilidade de oferta de hospitalidade noturna em Hospitais Gerais e CAPS-III. Contudo, por outro lado, mesmo com os avanços significativos da reforma psiquiátrica, as instituições psiquiátricas de caráter asilar e as internações nessas instituições continuam a existir, sendo sustentadas por uma ideologia psiquiátrica que produz, ainda hoje, situações de violência pela objetificação dos sujeitos. Há que se destacar que, tendo em vista que a população dessas instituições é uma maioria desviante, sequer é necessária uma experiência de sofrimento psíquico para o ingresso nesses equipamentos.

Na perspectiva de um horizonte social desejável, para interromper um circuito do controle é preciso instaurar uma profunda mudança nas formas de relação entre os sujeitos no jogo social e na própria produção da sociedade, suprimindo os estreitos limites que definem as normas sociais e encerrando a divisão entre os sujeitos que estão dentro das normas e a maioria desviante. Com isso, pode haver um alargamento das normas sociais e, nesse sentido, a demanda social pela segregação de sujeitos desviantes poderia extinguir-se. Assim, pode ser constituído um tecido social em que as singularidades e as contradições podem conviver.

No âmbito da transformação do campo da atenção psicossocial, considerando especificamente o que se produz nas instituições psiquiátricas, são princípios de caminho para essa mudança social a extinção de instituições asilares ancoradas na ideologia psiquiátrica, o questionamento do objeto da psiquiatria, e a recusa, por parte dos profissionais, de seus mandatos sociais. Com esses alicerces, pode ser que uma parcela significativa dos sujeitos internados – os velhos-novos personagens da internação em instituições psiquiátricas – escape de uma carreira de internação e psiquiatrização da vida, evite situações de institucionalização, e fique desprendida das amarras de um circuito do controle. Ademais, se as crianças e os adolescentes que não apresentam sofrimento psíquico, mas que são internados em instituições psiquiátricas de lógica asilar, passam a ter as suas situações de vulnerabilidade efetivamente cuidadas pelos equipamentos e instituições adequados, instaura-se a possibilidade de olhar com maior atenção não só para com esses sujeitos, como também para com as situações específicas dos sujeitos com sofrimento psíquico. De todo modo, considerando todos os avanços do cenário da reforma psiquiátrica, é necessário afirmar que esse é um processo em curso, mesmo que não tenha sido efetivado por completo ainda.

A partir disso, tendo em vista a perspectiva da garantia de direitos das pessoas com sofrimento psíquico, é preciso investir tanto na construção de inéditas práticas e novos saberes, ancorados não mais no objeto fictício da psiquiatria, como também na criação de múltiplas e inventivas estratégias de atenção vinculadas aos serviços de base territorial, os CAPS. Note-se que, no que tange às crianças e aos adolescentes, o foco não pode ser, apenas, a criação e a implementação de CAPSi; obviamente, esses equipamentos são os serviços estratégicos na atenção a essa população com sofrimento psíquico e devem ser implementados na necessária proporção de número de habitantes por região de abrangência, garantindo uma cobertura adequada de serviços. O que se pretende afirmar, aqui, é que uma efetiva rede de atenção psicossocial para crianças e adolescentes constitui-se não apenas de número de CAPSi, mas, sim, de estratégias e práticas realizadas nesses serviços e nos outros equipamentos da RAPS e do território, bem como de ações para além desses serviços, em práticas intersetoriais que visem a transformação das condições concretas da miséria e da vida dos sujeitos.

Os CAPSi, enquanto contestação das instituições psiquiátricas de caráter asilar, precisam, também, contestar a si mesmos, recusando em suas práticas as categorias objetificantes da psiquiatria que deram fundamento e legitimidade para a ideologia psiquiátrica. Ainda, a saída da lógica de um circuito do controle não se refere apenas à mera inserção de sujeitos em serviços de saúde mental, ainda que de base territorial; além disso,

esses serviços não respondem sozinhos às situações de múltiplas vulnerabilidades das crianças e dos adolescentes com sofrimento psíquico. É preciso, sim, a responsabilização por parte do serviço da existência complexa do sujeito em sua relação com o território, o que significa aproximar-se da multiplicidade de demandas e de necessidades relativas às situações de vida e de conflito de sujeitos e coletivos, estabelecendo relações de reciprocidade e produzindo ações conectadas com outros setores.

Nessa linha, tendo em vista o conjunto de princípios, de norteadores e de diretrizes da RAPS, é preciso considerar que as ações na atenção psicossocial estendem-se para além dos serviços estratégicos da rede, sendo necessário constituir modos de acolhimento das singulares demandas dessa população na relação com a diversidade de características dos territórios e das regiões; por exemplo, no caso dos Municípios que não contam com CAPSi em sua rede de serviços, dado o baixo número de habitantes, é preciso criar estratégias de cuidado em outros equipamentos da RAPS, como os CAPS-II e os serviços da atenção básica. No contexto da rede de serviços, vale notar a importância atual da implementação de leitos de atenção em Hospital Geral para as situações de maior fragilidade de pessoas com sofrimento psíquico – população adulta e infantojuvenil –, visto que essa estratégia de atenção pode não apenas evitar a internação em instituições psiquiátricas de caráter asilar, mas, também, instaurar um importante anel de conjunção entre a medicina e a psiquiatria, enfraquecendo as amarras com o âmbito jurídico.

De todo modo, o que vale destacar é que o trabalho fundamental a ser realizado não ocorre apenas no âmbito dos serviços, mas, sim, nas relações estabelecidas com o território de vida dos sujeitos e com os outros equipamentos que compõem a rede de serviços. Nesse sentido, e retomando a importância da saída de um circuito de controle, é necessário um diálogo entre as instituições de diferentes sistemas em uma justa medida, rompendo com as dependências recíprocas constituídas historicamente; a construção desse tipo de aproximação interinstitucional é um desafio atual, sendo necessária a produção dessa relação para, por um lado, compreender de modo mais complexificado as situações de vulnerabilidade e de miséria vivenciadas por uma parcela considerável de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico e, por outro, transformar os modos de tratamento dessas situações, tendo como propósito a produção de vida em suas contradições e multiplicidades.

Além disso, é preciso considerar, na perspectiva da desinstitucionalização, que é necessária a transformação efetiva da relação entre a sociedade e o imaginário acerca do sofrimento psíquico, tal como vem sendo constituído o processo da reforma psiquiátrica. Justamente, nesse campo tem-se a expressão máxima da proposta da desinstitucionalização:

superar a instituição psiquiátrica significa não apenas extinguir as instituições psiquiátricas de lógica asilar, mas, também e em grande medida, trabalhar com vistas à desinstitucionalização de todas as formas de relação envolvidas nessa lógica, abarcando as relações sociais, os saberes, as práticas, as instituições, entre outros. Trata-se de um processo complexo, dinâmico e de profundo impacto, que tem início com a reforma psiquiátrica e que ainda está em curso. Desse modo, abre-se a possibilidade de, mediante a recusa do mandato social dos trabalhadores em saúde mental, serem constituídos mandatos éticos que produzam novas formas de relação entre todos os envolvidos, em uma perspectiva de ampliação das possibilidades de emancipação dos sujeitos com sofrimento psíquico e de constituição de territórios de vida em que as contradições e as diferenças tenham espaço de expressão.

Assim, recuperando a insígnia da luta antimanicomial produzida em 1987 pelos trabalhadores de saúde mental na inauguração do processo de reforma psiquiátrica, recoloca-se a necessidade ainda presente de lutar por uma sociedade sem manicômios, seja com a extinção do concreto dos muros, seja com a eliminação das muralhas invisíveis criadas nas relações sociais pela invalidação e objetificação do outro. O horizonte ampliado continua o mesmo: a luta por uma sociedade em que as singularidades possam conviver em liberdade e no exercício de seus direitos. E nos momentos em que isso parece mais distante, considerando os diversos graus de opressão e retrocesso, basta recordar que, cada vez que um sujeito que se encontra institucionalizado retorna a viver em liberdade, cada vez que um CAPS sustenta a possibilidade de cuidado do sujeito no território, cada vez que a experiência de sofrimento psíquico encontra espaço de compartilhamento em um campo comum, são alargadas as rígidas normas desse sistema, e a própria sociedade é transformada nesse processo. Assim, a experiência prática da reforma psiquiátrica é otimista e demonstra que essa é uma práxis possível: a utopia de um projeto tem se tornado real. Por isso, pode-se afirmar que o horizonte da reforma psiquiátrica está hoje mais próximo do que já esteve um dia, e essa é a demonstração da força viva desse projeto: no interior mesmo de um sistema opressor expressa-se a potência de resistir, de recriar e de reinventar, constituindo a possibilidade da vida em liberdade.

9. Referências bibliográficas

AMARANTE, P. (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P.(Org.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

AMARANTE, P. **Áreas do saber e territórios da reforma psiquiátrica**. In. XI Congresso Brasileiro De Terapia Ocupacional, 2007, Goiânia. Anais XI Congresso Brasileiro De Terapia Ocupacional: Goiânia, 2007.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARROS, D. **Jardins de Abel** - desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Lemos/EDUSP, 1994.

BARROS, S.; BICHAFF, R. (Org.). **Desafios para a desinstitucionalização**: censo psicossocial dos moradores de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: Fundap: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, 2008.

BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa**: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo, SP: Brasil Debates, 1979.

_____. **A Instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985 [1968].

_____. Apresentação. In: BASAGLIA, F. **A Instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985 [1968].

_____. Introdução Documentária. In: BASAGLIA, F. **A Instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985 [1968].

_____. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização [1964]. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamnond, 2010.

_____. Apresentação a Che cos'è la psichiatria? [1967]. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamnond, 2010.

_____. O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica [1977]. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

_____. Lei e psiquiatria [1979]. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BASAGLIA, F.O. Transformação institucional e objetivos comuns. In: BASAGLIA, F. **A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985 [1968].

BASAGLIA, F, BASAGLIA, F.O. Corpo e Instituição – considerações antropológicas e psicopatológicas em psiquiatria institucional [1968]. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

_____. Introdução a Asylums. [1969] In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamonnd, 2010.

_____. A doença e seu duplo: propostas críticas sobre o problema do desvio [1970]. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

_____. A maioria desviante [1971]. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamonnd, 2010.

_____. A utopia da realidade [1974]. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamonnd, 2010.

_____. **O homem no pelourinho**. São Paulo: Tradução IPSO - Instituto de Psiquiatria Social, 1979.

_____. Crimini di pace. [1975]. In: BASAGLIA, F, BASAGLIA, F.O, (a cura di) **Crimini de pace: ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione**. Milano: Baldini&Castoldi, 2013

_____. Loucura/delírio [1979]. In: BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BASAGLIA, F.; LANGER, M.; SZASZ, T.; CARUSO, I.A.; VERÓN, E.; SUÁREZ, A.; BARRIENTOS, G. **Razón, locura y sociedad**. Argentina: Siglo XXI, 1978.

BENTES, A. L. S. **Tudo como dantes no Quartel d'Abrantes**: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial. 1999. 141f. Dissertação. Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

BLIKSTEIN, F. **Destino de crianças**: estudo sobre internações de crianças e adolescentes em Hospital Psiquiátrico Público. 2012. 93f. Dissertação. Psicologia Social: PUC, São Paulo, 2012.

BRAGA, C.P. **Anotações pessoais referentes à visita institucional no Hospital Psiquiátrico Cenário de Estudo**. Disciplina Instituições, Processos de Desfiliação e Inclusão Social, do Curso de Terapia Ocupacional da USP. 2006.

BRASIL. Conferência Nacional De Saúde, 8ª, Brasília, 1987. **I Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final. 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

_____. Lei Federal n.º 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990a.

_____. Lei Federal n.º 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990b.

_____. Lei Federal n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990c.

_____. Portaria Federal n.º 224, de 29 de Janeiro de 1992. Estabeleceu Diretrizes e Normas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1992.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da II CNSM. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 1994.

_____. Portaria Federal n.º 106, de 11 de Fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2000.

_____ Lei Federal n.º 10.216, de 06 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2001.

_____ Portaria Federal n.º 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPSad II. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002a.

_____ Portaria Federal n.º 251, de 31 de Janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002b.

_____ Portaria Federal n.º 2.391, de 26 de Dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei no 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002c.

_____ Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002d.

_____ Lei Federal n.º 10.708, de 31 de Julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2003a.

_____ Portaria Federal n.º 2.077, de 31 de Outubro de 2003. Dispõe sobre a regulamentação da Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2003b.

_____ Portaria Federal n.º 1.946, de 10 de Outubro de 2003. Cria Grupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2003c.

_____ Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. Brasília: Ed MS, 2004a.

_____ Portaria Federal n.º 52, de 20 de Janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004b.

_____. Portaria Federal n.º 1.608, de 03 de Agosto de 2004. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília: Ed MS, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil**. Brasília: Ed MS, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006**. Brasília: Ed MS, 2007.

_____. Portaria n.º 2.644, de 28 de Outubro de 2009. Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivos para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental em Dados - 7, ano V, n.º**. Junho de 2010. Informativo eletrônico. Brasília: Ed MS, 2010.

_____. Portaria n.º 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

_____. Lei Federal n.º 12.594, de 18 de Janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis n.ºs 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 7.998, de 11 de janeiro de 1990, 5.537, de 21 de novembro de 1968, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, os Decretos-Leis n.ºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942,

8.621, de 10 de janeiro de 1946, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental em Dados - 11, ano VII, n.º 11**. Informativo eletrônico. Brasília: Ed MS, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Consulta Pública. **Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para construir direitos**. Versão Preliminar. Brasília: Ed MS, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Fórum Nacional de saúde mental infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012**. Brasília: Ed MS, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para construir direitos**. Brasília: Ed MS, 2014b.

BUENO, A.C. **O Canto dos Malditos**. São Paulo: Rocco, 2001.

CAMPOS, F.C.; FRASSETO, F.A. **Em defesa da liberdade: Reforma Psiquiátrica e Defensoria Pública**. s.l: s.e, s.d. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/emdefesaflorianitaefrasseto.pdf>>. Acesso em: 12 de novembro de 2013.

COIMBRA, C.M.B.; NASCIMENTO, M.L.; AYRES, L.S.M. **Pivetes: encontros entre a Psicologia e o Judiciário**. Curitiba: JURUA, 2008.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, CA; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate** v.25, n.58, p. 12-25, 2001.

COUTO, M.C.F. Por uma política de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIA, T. (org.) **A criança e a saúde mental: enlases entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica/FHC-FUMEC, 2004, p. 61-74.

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. Considerações preliminares. In: Lauridsen-Ribeiro, EL & Tanaka, OY. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Ed.Hucitec. 2010, p. 271-279.

DALGALARRONDO, P. **Psicologia e Semiologia dos Transtornos Psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DATASUS. **Classificação estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
Acesso em: 10 maio de 2014.

DELL'ACQUA, G; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar**. s.l.: s.e., 1991.

DELGADO, P.G. Saúde Mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos brasileiros de psicologia**. v.63, n.2, 2011.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (orgs) **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade**. Vol II: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Grall, 1984.

_____. **A história da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2005 [1972]).

_____. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006 [1973-1974].

_____. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão: um caso de parícidio no século XIX**. São Paulo: Martins Fontes, 2007 [1977].

GADAMER, H.G. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes, 1997 [1960].

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2013 [1961].

HORKHEIMER, M. Teoria tradicional e teoria crítica. In: BENJAMIN, W.; HORKHEIMER, M.; HABERMAS, J.; ADORNO, T. **Textos escolhidos**. São Paulo: Abril Cultural, 1980 [1937].

Teoria Crítica I. São Paulo: Perspectiva, 2012 [1933].

JOIA, H.J. **As tóxicas tramas da abstinência:** compulsoriedades nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em vulnerabilidade social. Dissertação. Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2014.

KINCHELOE, J.L.; McLAREN, P. Repensando a teoria crítica e a pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (orgs) **O planejamento da pesquisa qualitativa:** teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A. **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996.

LEAL, E.M. Trabalho e reabilitação psiquiátrica fora do contexto hospitalar. In: COSTA, C.M., FIGUEIREDO, A.C. (Org.) **Oficinas terapêuticas em saúde mental:** sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. Manifesto do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. **Carta de Bauru.** 1987. Disponível em: <http://www2.pol.org.br/lutaantimanicomial/index.cfm?pagina=carta_de_bauru> Acesso em: 31 de Março de 2015.

MANIN, B. Legitimidade e deliberação política. In: WERLE, D.; MELO, R. (orgs.). **Democracia deliberativa.** São Paulo: Singular, Esfera Pública, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

NICÁCIO, F. **O processo de transformação da saúde mental em Santos:** desconstrução de saberes, instituições e cultural. Dissertação. Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1994.

Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. Tese. Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

ROTELLI, F. Ri-abilitare la riabilitazione [1993]. In: ROTELLI, F. **Per la normalità.** (microtesti, 3), s.d.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

RUI, T. Depois da “Operação Sufoco”: sobre espetáculo policial, cobertura midiática e direitos da cracolândia paulistana. **Contemporânea. Revista de Sociologia da UFSCar**. v.3, n.2, jul-dez, 2013.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia – TeCorá, 2001.

SCHWANDT, T.A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (orgs) **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SCISLESKI, A. **Governando vidas matáveis**: as relações entre a saúde e a justiça dirigidas a jovens em conflito com a lei [dissertação]. Porto Alegre: Ciências Sociais: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2006.

SILVA, F.G.; MACHADO, M.R.; MELO, R. A esfera pública e as proteções legais antirracismo no Brasil. **Cadernos de Filosofia Alemã**, USP, São Paulo, s.v, n.16, p.95-116, 2010.

STEIN, E. Dialética e Hermenêutica. **Síntese - revista de filosofia**, s.l. v.10, n.29, p.21-48, 1983.

UNICEF. Notícia. **UNICEF promove participação de adolescentes e jovens no Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil**. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_24553.htm#listaadolescentes>. Acesso em: 31/03/2015.

VASCONCELOS, E.M. Reinventando a vida e a saúde mental: narrativas pessoais de convivência com o transtorno mental, de recuperação de uma vida ativa e de engajamento social. In: VASCONCELOS, E. M., LEME, C. C. C. P., WEINGARTEN, R., NOVAES, P.R. (Org.). **Reinventando a vida**: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. Rio de Janeiro: EncantArte, 2005.

VICENTIN, M.C.G.; GRAMKOW, G.; ROSA, M.D. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de "novos" manicômios judiciários. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo. v.20, n.1, p.61-69, 2010.

10. Anexos

ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA ABERTA

1. IDENTIFICAÇÃO

- Nome
- Data de nascimento
- Contexto familiar
 - Com quem morava
 - Como se constituía sua rede de suporte e proteção social/ Referências e relações vividas
- Cotidiano de vida antes da institucionalização
 - O dia a dia
 - O que gostava de fazer/ Lugares que frequentava
 - Dificuldades

2. MOTIVOS E SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO

- Motivos de internação
 - Razões que levaram à situação de institucionalização
 - Complexidade do cenário: múltiplos motivos e fatos marcantes
- Situação de internação
 - A chegada à instituição
 - Sentimentos experimentados
 - A relação com a equipe, com demais usuários e com a instituição
 - O dia a dia
 - O que gosta de fazer
 - Dificuldades
 - Projetualidade: planos pós-saída da instituição

ANEXO B

APROVAÇÃO PLATAFORMA BRASIL

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Institucionalização de crianças e adolescentes em um Centro de Atenção Integral em Saúde Mental: as perspectivas dos usuários e dos registros institucionais

Pesquisador: Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11923413.5.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 295.895

Data da Relatoria: 29/05/2013

Apresentação do Projeto:

Atualmente está consolidada a Política Nacional de Saúde Mental com um modelo de atenção aberto e de base territorial, inserido nos contextos reais de vida das pessoas com sofrimento psíquico e promotor de reintegração social e cidadania. Porém, apesar do cenário ser o de atendimento de base territorial diferentes estudos indicam que ainda hoje ocorre a internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos muitas vezes sem a prerrogativa da atenção integral, sendo recorrentes as internações por medidas judiciais. Sendo assim, é preciso compreender os motivos dessas internações e a própria situação de institucionalização para crianças e adolescentes, pois somente assim será possível produzir cuidado em saúde na perspectiva da integralidade.

Trata-se de pesquisa qualitativa na qual estão previstos o acompanhamento de até oito crianças e/ou adolescentes internados no CAISM [REDACTED] durante o período de coleta de dados, realização de entrevistas aberta com os sujeitos participantes e análise de seus respectivos documentos institucionais, tais como prontuários, relatórios e outros.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo é estudar os motivos de internação e a situação de institucionalização de crianças e jovens em uma instituição de atenção à saúde mental do Estado de São Paulo a partir da escuta

Endereço: DOUTOR ARNALDO 455

Bairro: PACAEMBU

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8004

CEP: 01.246-903

E-mail: cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 295.895

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nenhum

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto sem restrições éticas, devolvido unicamente para ser incluído termo de assentimento a ser aplicado aos adolescentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou termo de assentimento

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

SAO PAULO, 06 de Junho de 2013

Assinador por:

Paulo Euripedes Marchiori
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 455

Bairro: PACAEMBU

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8004

CEP: 01.246-903

E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:.....
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO : .M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE.....
 CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO.:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE:
 CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “**Institucionalização de crianças e adolescentes em um Centro de Atenção Integral em Saúde Mental: as perspectivas dos usuários e dos registros institucionais**”.
2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: ANA FLÁVIA PIRES LICAS D’OLIVEIRA
 CARGO/FUNÇÃO: DOCENTE FMUSP INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº CRM-SP 57885
 UNIDADE DO FMUSP: DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA DA FMUSP
- PESQUISADOR EXECUTANTE: CLÁUDIA PELLEGRINI BRAGA
 CARGO/FUNÇÃO: MESTRANDA INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 12662-TO
 UNIDADE DO FMUSP: PÓS GRADUAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA DA FMUSP
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
- RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐
 RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐
- 4.DURAÇÃO DA PESQUISA : QUATRO MESES

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

O objetivo desse estudo é estudar os motivos de internação e a situação de institucionalização de crianças e adolescentes em um centro de atenção integral a saúde mental do Estado de São Paulo a partir da escuta desses sujeitos e da análise de registros institucionais. Como procedimento metodológico, serão realizadas entrevistas abertas com os

sujeitos participantes e será feita a análise dos documentos institucionais dos sujeitos participantes pela abordagem compreensiva da hermenêutica-dialética.

Não são esperados desconfortos e riscos para os sujeitos da pesquisa. Não há benefício direto para o participante. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a **Dr Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira** e a pesquisadora executante é **Cláudia Pellegrini Braga**, que podem ser encontradas no endereço Av. Dr. Arnaldo, 455 - Cerqueira César - CEP: 01246-000 - São Paulo - SP - Brasil - Telefone: 55 11 3061-7000. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Avenida Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 2º andar – Cerqueira César – São Paulo – SP, CEP: 01246-903, Fone: 55 11 3061-8004, e-mail: cep.fm@usp.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição; está garantido, também, o direito de confidencialidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros sujeitos participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum sujeito participante da pesquisa. O participante também tem direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais dessa pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. O pesquisador se compromete em utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Institucionalização de crianças e adolescentes em um Centro de Atenção em Saúde Mental: as perspectivas dos usuários e dos registros institucionais”.

Eu discuti com a **Cláudia Pellegrini Braga** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em

participar desse estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nesse serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data / /

Assinatura da testemunha Data / /

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desse paciente ou representante legal para a participação nesse estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data / /

ANEXO D

TERMO DE ASSENTIMENTO

Meu nome é Cláudia Pellegrini Braga e eu juntamente com a Prof. Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira estamos convidando você para participar de uma pesquisa, que tem como título: **“Institucionalização de crianças e adolescentes em um Centro de Atenção Integral em Saúde Mental: as perspectivas dos usuários e dos registros institucionais”**. Eu vou informar você sobre essa pesquisa e você pode escolher se quer participar ou não. Já discuti esta pesquisa com seus responsáveis e eles sabem que estamos pedindo seu acordo. Se você concordar em participar dessa pesquisa, seus responsáveis também terão que concordar. Mas, se você não desejar fazer parte da pesquisa não é obrigado, até mesmo se seus responsáveis concordarem. Você pode decidir se quer participar ou não dessa pesquisa depois de termos conversado e não é preciso decidir imediatamente. Pode ser que você não entenda algumas palavras que eu disser ou coisas que você quer que eu explique mais detalhadamente porque você ficou mais interessado ou preocupado. Por favor, peça que pare a qualquer momento e eu explicarei o que você quiser.

Esse estudo tem como objetivo entender os motivos de internação e a situação de institucionalização de crianças e adolescentes em um centro de atenção integral a saúde mental, onde estamos agora, a partir da escuta dessas crianças e adolescentes e da análise de registros institucionais, como prontuários. Entendemos que é importante estudar esse assunto porque, apesar de termos uma Política Nacional de Saúde Mental que prevê um modelo de atenção aberto e de base territorial, alguns estudos indicam que ainda hoje acontece a internação de crianças e adolescentes em instituições psiquiátricas, sendo comuns as internações por medidas judiciais. Por isso, é importante compreender porque acontecem essas internações e entender a própria situação de institucionalização para essas crianças e adolescentes. Para entender isso, vamos realizar entrevistas com crianças e/ou adolescentes dessa instituição que quiserem participar e será feita a análise de documentos institucionais, como prontuário e outros, dessas pessoas pela abordagem compreensiva da hermenêutica-dialética.

Para você participar desse estudo o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, e se você não quiser participar não sofrerá nenhuma penalidade ou modificação na

forma em que é atendido nesse serviço. Você não terá nenhum custo financeiro e também não irá receber nenhuma quantia por participar da pesquisa. Você não irá ser identificado em publicações e não falaremos para outras pessoas que não trabalham nessa pesquisa qualquer informação que revele quem você é. Seu nome ou o material que indiquem a sua participação não serão liberados sem a permissão do responsável por você. Depois que a pesquisa acabar, você poderá ver os resultados dessa pesquisa. Todo o material utilizado nessa pesquisa ficará arquivado por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo será destruído. Esse estudo apresenta um risco considerado mínimo. Esse Termo de Assentimento está impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador executante, e a outra será dada a você.

Nesse estudo o principal investigador é a **Dr Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira** e a pesquisadora executante é **Cláudia Pellegrini Braga**, que podem ser encontradas no endereço Av. Dr. Arnaldo, 455 - Cerqueira César - CEP: 01246-000 - São Paulo - SP - Brasil - Telefone: 55 11 3061-7000. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética dessa pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Avenida Dr. Arnaldo, 455 – – Instituto Oscar Freire – 2º andar – Cerqueira César – São Paulo – SP, CEP: 01246-903, Fone: 55 11 3061-8004, e-mail: cep.fm@usp.br.

Eu, _____, portador(a) do documento de identidade _____ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia desse Termo de Assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do(a) menor

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____