



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Como e por que as internações compulsórias de crianças e adolescentes são decididas? Uma análise de casos em hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro”

por

Manoela Alves Salgado

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Simone Gonçalves de Assis
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Liane Maria Braga da Silv*

Rio de Janeiro, março de 2014.

Esta dissertação, intitulada

“Como e por que as internações compulsórias de crianças e adolescentes são decididas? Uma análise de casos em hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro”

apresentada por

Manoela Alves Salgado

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Ventura Couto
Prof.^a Dr.^a Patricia Constantino
Prof.^a Dr.^a Simone Gonçalves de Assis – Orientadora principal

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

S164 Salgado, Manoela Alves

Como e por que as internações compulsórias de crianças e adolescentes são decididas? Uma análise de casos em hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro. / Manoela Alves Salgado. -- 2014.

93 f.

Orientador: Assis, Simone Gonçalves de

Silveira, Liane Maria Braga da

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que ainda acreditam na saúde pública e exercem a sua profissão com carinho e dedicação de que a população precisa e merece.

AGRADECIMENTOS

Escrever os agradecimentos, ao final do mestrado, mostra-se uma tarefa difícil, pois diversas pessoas contribuíram para que esta etapa da minha vida pudesse se tornar uma realidade.

Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pais, que sempre me apoiaram nas minhas escolhas profissionais, entendendo as minhas necessidades, angústias, desejos e medos, aconselhando-me e oferecendo carinho nos momentos cruciais.

Aos meus preceptores da residência de psiquiatria, especialmente ao professor Fernando Ramos, que conseguiu transmitir seus conhecimentos de forma instigante e à professora Sandra Fortes, que me estimulou a investir na carreira acadêmica.

Agradeço a todas as minhas amigas, pela paciência durante esses dois anos de ausência das festas e encontros. Gostaria de fazer um agradecimento especial à minha grande amiga, Mônica, que me guiou nestes dois anos de mestrado, sempre me incentivando e auxiliando em um caminho que me era estranho.

À equipe do CAPSI Eliza Santa Roza, faço uma menção pela dedicação dos profissionais aos pacientes, onde eu realmente aprendi como um trabalho em equipe é feito, apesar de todas as dificuldades encontradas em um serviço de saúde pública.

Às minhas orientadoras, Simone e Liane, obrigado pela paciência em ensinar a difícil arte de realizar uma pesquisa, eu aprendi muito com vocês, mas tenho certeza de que é só o começo.

Finalmente, agradeço ao meu marido, Márcio, que sempre esteve ao meu lado, apoiando-me. Sem ele, nada disso seria possível.

A todos, o meu muito obrigado!

RESUMO

O objetivo desta dissertação é conhecer como e por que as internações compulsórias de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos no município do Rio de Janeiro são decididas. Foi realizado um estudo qualitativo nos moldes de estudo de caso, com a construção de casos clínicos, em que os dados desses foram coletados dos prontuários médicos através de um roteiro semiestruturado. Foram também utilizados, como fonte de informação, relatórios da Assistência Social e da Saúde, assim como da Justiça, anexados ao prontuário. Ao final de um levantamento inicial de casos de internação compulsório feito pela Coordenação de Saúde Mental, foram selecionados quatro casos, todos pertencentes ao período estabelecido de tempo entre 2007 e 2012. Os casos foram analisados sob um olhar das ciências sociais e quatro pontos de reflexão foram levantados e discutidos: *A difícil arte de exercer a clínica psiquiátrica*, sobre a inconsistência em se elaborar um diagnóstico psiquiátrico; *Afinal o que é ser normal*, sobre como é possível estabelecer o conceito de normal e o conceito de patológico; *O domínio do saber: Formas de controle social*, sobre as relações de poder e como elas se estabelecem; e *O pior cego é aquele que não quer ver- A família relegada*, sobre a falta de atenção às famílias das crianças e adolescentes em situação de risco social. Os resultados apontaram para uma grande dificuldade das equipes que cuidam de crianças e adolescentes em lidar com casos complexos, em que a agressividade se mostra de forma intensa. Percebeu-se que havia pouco diálogo entre as instituições envolvidas nos casos, tanto da Saúde, como da Justiça e da assistência social. Foi possível notar que ainda ocorre uma associação entre comportamento agressivo e doença mental. Finalmente, foi apontada uma fragilidade da saúde mental frente a outras instituições que trabalham com crianças e adolescentes, indicando uma dificuldade em ser reconhecida como detentora de um saber específico. Percebe-se que é necessário aprimorar o diálogo entre as equipes de saúde e a J, capacitar profissionais de outras áreas para a melhor condução dos casos complexos e fortalecer as equipes de saúde para que elas possam exercer seu trabalho de forma consistente.

PALAVRAS CHAVES: Internação Compulsória, psiquiatria, saúde mental da infância e adolescência.

ABSTRACT

This work aims to analyze how and why compulsory hospitalization of children and adolescents happens in psychiatric hospitals located in the city of Rio de Janeiro. A qualitative study was made using case study as principal method. The data to write these cases came from medical records and reports written by the justice department and social workers. It was used to collect the data a semi-structured form previously elaborated. After an initial appointment of cases of compulsory hospitalization made by the Coordination of Mental Health, it was selected four cases to develop the study, all of the belonging to the period of time between 2007 until 2012. The cases were analyzed using social sciences concepts and four items were pointed for discussion: *The difficult art of practicing psychiatry*, were it was discussed the inconsistencies of elaborating a psychiatric diagnoses, *So what is normal?*, about de difficulties in establishing when a behavior is normal or when it is considered a disease, *The dominance of knowledge: forms of social control*, were it is discussed the forms of power and how they are established and *The worst blind is the one that does not want to see: The relegated family*, were it is discussed de difficulties in taking care of the families of troubled kids. The results show the difficulties of the professionals involved with the care of children and adolescents in handling cases were aggression is constantly appearing. It was noticed that there was little dialog between the institutions involved in the cases exposed, including health, justice and social department. It was also noticeable that there still is an association between aggressiveness and mental illness. Finally it was pointed out a difficulty with the mental health institutes in being recognized for their specific knowledge. It is important to facilitate the dialog between mental health professionals and justice department, capacitating the professional that care for children and adolescents with complex cases and strength mental health professional so that can be recognized for their specific contributions.

KEY WORDS: Compulsory hospitalization, psychiatry, children and adolescent mental health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	QUADRO TEÓRICO	17
2.1	A construção do conceito de criança, adolescente e família	17
2.2	Políticas públicas relativas à criança e ao adolescente	22
2.3	Saúde mental infantil	25
2.4	Justiça e Saúde: a psicologia jurídica	29
3	OBJETIVOS	33
3.1	Objetivos gerais	33
3.2	Objetivos específicos	33
4	METODOLOGIA	34
5	RESULTADOS	40
5.1	Aquela que não pertencia a lugar algum - o caso Ana	40
5.2	A tentativa de domar o indomável - o caso Bruno	46
5.3	A loucura está nos olhos de quem vê - o caso Clara	51
5.4	Um grande vazio - quando não se sabe o que fazer: o caso Daniel	62
6	REFLEXÕES SOBRE OS CASOS	65
6.1	A difícil arte de exercer a Psiquiatria	65
6.2	Afinal, o que é ser normal?	69
6.3	O domínio do saber: formas de controle social	74
6.4	O pior cego é aquele que não quer ver - a família relegada	79
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
8	REFERÊNCIAS	86
9.	ANEXOS	93

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ALERJ	Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial
CBMERJ	Corpo de Bombeiro Militar do Estado do Rio de Janeiro
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
CRM	Conselho Regional de Medicina
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização Mundial da Saúde
PM	Polícia Militar
UNICEF	United Nations Children's Fund

1 INTRODUÇÃO

Como psiquiatra em um Centro de Atenção Psicossocial para Infância no Rio de Janeiro, por diversas vezes, deparei-me com casos de internação por mandato judicial e questionava-me sobre o motivo pelo qual a Justiça fez tal determinação. Comumente essas determinações judiciais chegavam ao meu serviço via ofício do Ministério Público exigindo que a internação fosse cumprida, sem que uma explicação fosse fornecida à equipe assistente sobre o motivo daquela decisão. Essa atitude gera angústia nos profissionais, pois, por um lado, não se pode recusar um mandato judicial; porém, por outro, não se pode esquecer que são profissionais de saúde, com responsabilidades específicas voltadas ao paciente e suas demandas.

Percebo que a dificuldade de diálogo, entre a equipe do serviço de saúde (composta usualmente por psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e médicos psiquiatras) e os profissionais da área jurídica (juízes e promotores) envolvidos, parece proceder de um abismo na relação entre esses diferentes campos de saber, que é traduzido por decisões jurídicas apartadas das avaliações de demais profissionais da área de Saúde.

Essa minha observação é compartilhada por Fortes (2010) que afirma o seguinte:

As dificuldades de diálogo entre os atores envolvidos, no que concernem as situações de encaminhamentos judiciais para avaliação psiquiátrica e/ou internação, bem como à crescente intervenção do judiciário sobre os procedimentos clínicos dos profissionais de saúde mental, têm acarretado questões de natureza ética, moral e social, que merecem debates aprofundados das partes e busca de resoluções e parcerias consensuais visando o bem do paciente. (FORTES, 2010, p.329)

Para iniciarmos a discussão em torno do tema da internação compulsória, é importante definirmos esse conceito. Em termos de legislação, como veremos em um capítulo adiante, a internação compulsória é caracterizada como um ato jurídico, onde a determinação de tratamento em uma instituição de saúde é feita por um juiz de direito, visando o bem-estar do paciente. Devemos diferenciar uma internação em hospital geral, por motivos de doença clínica, daquela feita em um hospital psiquiátrico, consequência de uma enfermidade mental. Segundo Barros (2009), a justificativa para tal intervenção na vida do paciente seria a perda da capacidade de cuidar de si, ficando sem autonomia e não mais conseguindo se adaptar a sua rotina e convívio social.

Considerando somente o aspecto descrito acima, há um caráter protetivo para estas decisões. Porém, não podemos deixar de analisar todos os aspectos que envolvem a internação compulsória, incluindo o impacto que ela pode gerar na vida da pessoa que a vivencia. Para Scisleski (2008), além de possibilitar o acesso à saúde para aqueles que, muitas vezes, têm dificuldade em conseguir assistência (normalmente por problemas clínicos, precisando de atenção médica de urgência), a internação compulsória pode ser vista como uma forma de punição, principalmente para as crianças e adolescentes, como as que veremos nos casos analisados nesta dissertação. O comportamento desafiador e desviante gera desconforto aos que lidam com tais situações, muitas vezes exigindo medidas rápidas e soluções imediatas para situações de conflito ou consideradas de risco. A Saúde, como instituição, é convocada pela justiça para fazer esse papel contentor ou disciplinar, como ocorre com a psiquiatria, deturpando o papel da Saúde na assistência à população. A mesma autora descreve a relação que se cria entre a Justiça e a Saúde nesses casos, gerando uma função única disciplinadora.

Destarte, o encaminhamento judicial à internação psiquiátrica, ainda que constitua um instrumento da esfera jurídica, não parece ser uma produção exclusiva desse saber, uma vez que, com frequência, o documento é embasado em pareceres médicos. Da mesma forma, o espaço hospitalar, ainda que seja o lugar por excelência do exercício do saber médico, não pode ser visto como recinto exclusivo deste, já que o jovem é admitido no hospital por determinação judicial. Assim, o que percebemos que está em jogo no procedimento do encaminhamento compulsório é a articulação dessas áreas de conhecimento para constituir e legitimar um consenso a respeito de uma intervenção destinada a uma categoria social, qual seja, a de adolescentes em situação de marginalidade social. (SCISLESKI, 2008, p.462)

Em relação ao público alvo das internações compulsórias é importante frisar que, tanto na minha experiência clínica, quanto na literatura, o padrão das crianças e adolescentes que se encontram nesta situação é de classes menos favorecidas, com baixa escolaridade e com uma rede de apoio fragilizada ou inexistente. Esta característica é comum entre os internados compulsoriamente e é destacada por Scisleski (2008) quando ela escreve:

A internação psiquiátrica por ordem judicial acaba convocando sempre a mesma categoria: a dos adolescentes em situação de marginalidade social, em conflito com a lei, usuários de drogas, geralmente o “crack”. Esses jovens frequentemente são reinternados – o que revela a ineficácia desse tipo de intervenção. (p.463)

Essa consideração, feita na última frase da citação da autora, aponta para um fenômeno que eu percebi atendendo os pacientes internados compulsoriamente. As suas fugas dos hospitais psiquiátricos eram frequentes, assim como a reinternação, o que aponta para uma ineficácia desse tipo de abordagem, já que, na maioria das ocasiões, o próprio paciente não entendia por que estava internado e não se identificava com o tratamento oferecido pela

instituição psiquiátrica. A intenção parece ser de querer mudar o comportamento dessas crianças e adolescentes através da patologização de suas vidas, assim como Vicentin coloca no seu texto:

O que se apresenta como ingovernável e intratável é, por essa razão, perigoso. Não se está mais diante da noção de periculosidade forjada no século XIX, a do “atributo intrínseco de um sujeito em si mesmo” mas, mais perto do perigo como “incontrolabilidade”, do que “escapa à gestão institucional. (2010, p. 271)

A atenção a crianças e adolescentes demanda uma abordagem multidisciplinar, incluindo diversos serviços públicos como escola, justiça, conselho tutelar, além da saúde para que se possa compreender melhor e atender àquela criança ou adolescente de forma mais completa, principalmente, aquele que se encontra em situação de risco social e de saúde. O Ministério da Saúde preconiza que:

Toda e qualquer ação voltada para a saúde mental de crianças e jovens precisa estabelecer parcerias com outras políticas públicas, como ação social, educação, cultura, esportes, direitos humanos e justiça. Não podemos também deixar de estabelecer interfaces com setores da sociedade civil e entidades filantrópicas que prestam relevante atendimento nessa área. (BRASIL, 2005, p.06)

O número de casos de saúde mental infantil comprometida no cenário brasileiro mostra-se relevante. A prevalência está em torno de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes. Os transtornos mais frequentes são a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil, os transtornos de ansiedade e o uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2005). A fim de estruturar uma política de saúde efetiva, é necessário basear-se em alguns princípios éticos voltados para o cuidado. A criança e o adolescente devem ser vistos como um sujeito de direitos, conceito este estabelecido na legislação através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que gera uma nova concepção de abordagem dessa população, entendendo que, para que se tornem adultos capazes de expressar todo o seu potencial, faz-se necessário atender às demandas específicas como pessoas em processo de desenvolvimento. Para que esses objetivos referentes à nova legislação sejam obtidos, é exigido, da equipe que atende a essas crianças e adolescentes, uma abordagem que valorize a singularidade do sujeito em questão, respeitando a sua individualidade, permitindo que ele expresse suas demandas (BRASIL, 2005).

Lauridsen e Tanaka afirmam que “a atenção à saúde mental infantil, como parte integrante da assistência à saúde integral da criança, ainda constitui desafio na organização do atendimento cotidiano” (1999, p. 14). Ainda os mesmos autores afirmam que as questões

relativas à identificação dos problemas a serem enfrentados, aos planejamentos e à organização de serviços, ainda precisam ser discutidas pelos vários grupos de profissionais que trabalham nessa área e visam melhorar esse tipo de atenção, a fim de ser possível concretizar as propostas de trabalho.

Os serviços de saúde mental infanto-juvenil precisam manter um diálogo com outras instituições, como escolas, igrejas, justiça e conselho tutelar, para que assim a atenção voltada para as crianças que frequentam o serviço de saúde seja feita dentro de uma rede articulada. Esse conceito partilha de uma das principais diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente que determina a partilha da responsabilidade em relação às crianças e seus direitos, não restringindo somente à família, mas estendendo ao Estado e à sociedade. Sendo assim, faz-se uma clínica de inclusão social, não utilizando somente a prática do isolamento em instituições fechadas como forma de intervenção. De acordo com Ministério da Saúde:

A política de assistência em saúde mental aponta para a necessidade de destituir do lugar de referência e de modelo de cuidado e assistência, as instituições baseadas na ideologia do reparo, de caráter excludente isolacionista. (BRASIL, 2005, p.14).

Para que se possa conhecer o atual cenário político-social em relação às diretrizes da saúde mental infantil e sobre as internações compulsórias, faz-se necessária uma breve recapitulação do processo histórico em que a psiquiatria geral se deu no Brasil. Até o final do século XIX e início do século XX, não havia uma política específica para as crianças portadoras de transtorno mental. Assim como se realizava com os adultos, elas eram internadas em grandes manicômios. Com a reforma psiquiátrica, ocorrida no final dos anos 80, redesenhando o modelo assistencial psiquiátrico em que se prioriza o atendimento aos pacientes no seu território, fora da internação em manicômios, criava-se assim uma nova política de saúde mental, que se fez necessária.

A despeito de tais mudanças, ainda permanece a cultura de isolamento daqueles considerados desviantes das normas sociais - na maioria, pobres -, apesar dos avanços nas políticas públicas para os portadores de transtornos mentais. O estigma da loucura permanece entranhado na sociedade, mantendo, de certa forma, a cultura da exclusão social, assim como o autor Lima apud Assis e Constantino menciona, “a internação é o resultado de uma política de saúde que, por seu caráter excludente, segregador e privatizante, transforma abandono, carência e pobreza em doença mental”. (2003, p. 104)

Uma análise da construção da legislação em relação a crianças e adolescentes também é importante para uma abordagem mais profunda do atual panorama do atendimento que este

segmento da população vem recebendo. Tal aspecto será abordado mais adiante em um capítulo do quadro teórico.

Na minha experiência como médica psiquiatra, percebo o preconceito social que os pacientes que atendo sofrem, sendo estes crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais graves, como esquizofrenia, autismo entre outros. Muitos apresentam dificuldade de acessar serviços básicos de saúde e de assistência social por causa do seu diagnóstico psiquiátrico. Além disso, sofrem rejeições da comunidade em que vivem e até de seus familiares, sendo gradativamente excluídos da sociedade. Outra questão que permeia o meu trabalho é o imaginário social de que a loucura precisa ser tratada através do isolamento e das internações em instituições psiquiátricas, pois ainda há o medo de contaminação através do contato próximo com o louco. Acredito que essa concepção persiste decorrente de uma construção histórico-cultural difícil de desconstruir.

Sabe-se que a uma internação em uma instituição total (GOFFMAN, 2007) tem efeitos sobre a vida das crianças que a sofrem. O isolamento pode afetar a percepção da criança sobre diversos aspectos da vida, assim como suas emoções e afetos, o que pode inviabilizar um desenvolvimento saudável, repercutindo em sua funcionalidade quando adulto:

Os problemas da institucionalização, principalmente por períodos prolongados, são de conhecimento público: ruptura de laços afetivos; privação do convívio familiar; entraves no desenvolvimento global; impessoalidade nos cuidados; disciplina, controle e punição como premissas educativas. (SIQUEIRA apud DAVID. GUIRADO; RIZZINI e RIZZINI, 2006)

Além disso, o estigma de ter sido internado em um hospital psiquiátrico acaba por perpetuar-se ao longo da vida daquele que passou por tal experiência, levando-o a sofrer, em decorrência disso, preconceitos sociais. Ao longo da minha experiência clínica, pude perceber que, muitas vezes, as crianças perdem o estímulo social para o seu desenvolvimento, tanto emocional quanto intelectual, devido ao isolamento de seu mundo durante a internação em um hospital psiquiátrico e ao afastamento da escola, dos amigos e da família.

O convívio com pacientes crônicos dentro desses hospitais amiúde faz com que essas crianças e adolescentes adquiram hábitos que podem ser considerados prejudiciais, como o fumo em excesso (pacientes psiquiátricos costumam fumar muito quando estão internados) e a utilização abusiva de medicações psicotrópicas. Há também risco à saúde física deles durante a internação em uma instituição psiquiátrica. Apesar de haver leitos separados para os menores de idade, a circulação em espaços comuns com pacientes adultos é frequente, pois não há uma enfermaria psiquiátrica exclusiva para as crianças e adolescentes internados.

Outra questão importante que será explorada nesta dissertação, visando apreender melhor a situação atual das internações compulsórias, é a conceituação sobre o que é ser criança e adolescente, sua construção simbólica ao longo da história e sua representação social. Tais conteúdos estão ancorados na perspectiva da Saúde e das Ciências Sociais, considerando que ambos apresentam influência na construção das atuais legislações vigentes (no que tange à Saúde e à Justiça) para crianças e adolescentes. Faz-se necessária, juntamente com a contextualização histórica previamente descrita, uma avaliação dessas legislações específicas, situando-as no contexto histórico e social em que foram forjadas.

A partir desse breve apanhado histórico cultural, adota-se, nesta dissertação, o pressuposto de que as internações psiquiátricas por ordens judiciais estão fundamentadas em decisões do saber judiciário, com uma visão próxima da presente na sociedade, em que predominam preconceitos remanescentes da evolução histórica brasileira. E que essas internações comumente não são respaldadas pelas equipes de saúde ou pelas atuais diretrizes de tratamento em saúde mental vigentes no país.

Venho percebendo, ao longo da minha prática, que a falta de diálogo entre as instituições envolvidas (Justiça e Saúde) somente intensifica as divergências sobre quando e como se deve fazer uma internação psiquiátrica, principalmente quando envolve crianças e adolescentes, evidenciando, com frequência, uma disputa de poder entre Justiça e Saúde. Essa observação também é compartilhada por Vianna:

Imbuídos da autoridade específica de seus cargos - sejam psicólogos, assistentes sociais ou juízes - buscam fazer cessar uma determinada conduta ou tomam decisões, como a da cassação do pátrio poder, em razão de tal conduta... A ação repressiva inclusive através da conduta aparentemente mais suave do aconselhamento, pode ser tomada como uma ação disciplinar e pedagógica que não apenas interdita, mas que produz realidade e valor... (VIANNA, ARB, 2002, pg 173)

A intenção deste trabalho é de aprofundar casos onde a Justiça interveio gerando a internação psiquiátrica. A coleta de dados advindos tanto da Justiça como da Saúde e de outros órgãos envolvidos no caso poderão contribuir para que a história dessas crianças e adolescentes possa ser contada com uma maior profundidade evidenciando a complexidade desse fenômeno, pois cada área de saber parece ter seu próprio discurso, com concepções distintas de diversos aspectos da vida dessas crianças e adolescentes atendidas por esses serviços.

Vivemos em uma sociedade onde, apesar dos avanços na legislação dos direitos civis das crianças e dos adolescentes e o reconhecimento das mesmas como sujeito de direitos, esta parcela da população ainda está submetida a deliberações judiciais que as tornam objetos da

sociedade em que estão inseridas. Percebo esse fato ao ler os jornais atuais e inúmeras reportagens que relatam o recolhimento de menores e a internação compulsória dos mesmos a fim de tratá-los, principalmente referente ao uso de drogas. Acredito que este tema mantém-se bastante atual e ainda não há um consenso claro sobre internação compulsória. Por um lado, existe um receio da equipe de saúde em lidar com o poder judiciário; por outro, a Justiça, constantemente, resiste em solicitar o auxílio da Saúde para casos complexos.

Ao longo da minha prática com psiquiatria, percebo que não há uma única solução para casos complexos envolvendo crianças e adolescentes, recorrentemente, culminando em situações limites, onde a vida dessa pessoa se encontra em risco. Faz-se necessária, para ambos, Saúde e Justiça, uma reflexão sobre o seu posicionamento frente a esses casos.

Indago o que estamos querendo tratar: a pobreza, a exclusão social, a falta de perspectivas, fatores estes que dificilmente serão modificados com o isolamento social. O ato de internar uma criança ou adolescente pode ser benéfico quando há um projeto terapêutico por trás dessa decisão. Porém, sem essa perspectiva em mente, a internação pode se mostrar tão higienista quanto o abrigamento dos loucos em manicômios no século XIX. Considero importante o aprofundamento dessa discussão tanto no âmbito político, quanto no clínico e social.

Ao iniciar minha pesquisa sobre esse tema, percebi que existem poucos artigos ou estudos sobre internação compulsória de crianças e adolescentes. A pouca bibliografia somente corrobora essa noção que tenho do impasse entre as equipes de saúde e a Justiça. Como saber sobre o impacto dessas internações se não há estudos sobre este tema? Para que se tome uma decisão clínica sobre um paciente é necessário embasamento teórico; a escassez dele somente dificulta a tomada de decisões, tanto da Justiça como da Saúde. Esta última, muitas vezes, faz duras críticas às internações em hospitais psiquiátricos. Todavia, não se debruça em profundidade sobre o tema. Precisamos refletir se todas as internações compulsórias são nocivas para a criança. Por outro lado, será que todos os pareceres dos profissionais de saúde são corretos quando não recomendam a internação compulsória? Essas questões se mostram pertinentes para o melhor desenvolvimento da atenção às crianças usuárias dos serviços de saúde mental.

O diálogo entre a Saúde e a Justiça precisa ser estreitado para que ambas as partes compreendam suas funções diante da criança que se mostra vulnerável frente à experiência de internação compulsória. Quando se reconhece o trabalho de cada instituição e se entende a importância dele na trajetória daquele sujeito em que queremos intervir, as forças de trabalho se unificam e fortalecem a rede de cuidados.

Esta dissertação é composta por Sete capítulos. O capítulo Quadro teórico é composto por 4 subseções, a saber: *A construção do conceito de criança, adolescente e família, Políticas públicas relativas à criança e ao adolescente, Saúde mental infantil, Justiça e saúde: a psicologia jurídica*. No capítulo 3, apresento os objetivos que almejou levantar o perfil sociodemográfico (sexo, idade, cor da pele, estrato social) das crianças e adolescentes internadas compulsoriamente nos hospitais psiquiátricos no município do Rio de Janeiro (Instituto Municipal Philippe Pinel, Instituto Nise da Silveira e Hospital Municipal Jurandir Manfredine) e conhecer os motivos clínicos, sociais e legais das internações compulsórias nos hospitais psiquiátricos, analisando as perspectivas dos atores da Justiça e da Saúde. No capítulo 4, discuto a metodologia utilizada e destaco as dificuldades encontradas decorrentes de aspectos ligados à liberação pelo comitê de ética. No capítulo 5, são apresentados os quatro casos selecionados em que houve um aprofundamento na sua história com o objetivo de traçar a trajetória feita por cada um culminando com a internação compulsória. Os casos geraram diversas reflexões que foram desenvolvidas em quatro itens no capítulo 6: *A difícil arte de exercer a Psiquiatria, Afinal, o que é ser normal? , O domínio do saber: formas de controle social, O pior cego é aquele que não quer ver- A família relegada*. Ao final, no capítulo 7, serão feitas algumas considerações em relação aos casos e questões que emergiram de sua análise. Algumas sugestões serão colocadas para possibilitar um processo de trabalho mais dinâmico e em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde para o atendimento de crianças e adolescentes.

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 A construção do conceito de criança, adolescente e família.

A concepção de criança e adolescente e a sua respectiva inserção na sociedade muda dependendo do contexto cultural em que esses atores se encontram inseridos. Enfatizo que, neste trabalho, focaremos as crianças e adolescentes inseridos em uma sociedade ocidental e democrática, e que essa estrutura apresenta vicissitudes específicas que devem ser consideradas em que tange a literatura utilizada. A análise da construção do conceito de criança e adolescente e família será feita a partir de duas perspectivas distintas: a sociológica e a psicológica. Foram escolhidas essas duas abordagens por dois motivos principais. Em primeiro lugar, levo em consideração a minha formação profissional de médica psiquiatra e em saúde mental, e, em segundo lugar, por causa da orientação que me foi ofertada com uma perspectiva socioantropológica. Acredito que essas duas disciplinas se complementam formando um cenário mais completo para a melhor compreensão de como a construção dos conceitos aqui abordados ocorreu e como se mostra complexa e mutável.

De acordo com Ariès (1981), o sentimento de infância e a conceituação de criança e adolescência e a sua representação social decorreu de uma construção histórica. O autor inicia sua análise reconstituindo a estrutura social na Idade Média. Ariès afirma que, naquela época, não havia uma consciência que distinguisse uma criança ou adolescente de um adulto. A criança não se encontrava incluída numa faixa etária considerada significativa, isso ocorria em decorrência do seu número de contingentes ser pequeno, pois a mortalidade infantil era de grandes proporções. Ao superar essa fase de vulnerabilidade de vida, a criança encaixava-se em um espectro contínuo do adulto. Essa estrutura social perpetuou-se por vários séculos até que um novo conceito de criança e adolescente começou a ser moldado.

Ao longo dos séculos XV, XVI e XVII, retratos da época começaram a mostrar uma evolução nas concepções sociais referentes a essa faixa da população. Crianças eram representadas com características angelicais e também com traços que se assemelhavam ao Menino Jesus. Ariès (1981) descreve que, ao final do século XVII, as pinturas de crianças sozinhas cresceram em números, o que pode ser considerado um indício de uma maior importância das crianças na estrutura social vigente. O autor citado afirma que, no século XVIII, a diferenciação entre adultos e crianças jovens se consolidou. Essa mudança pode ser

observada pelo fato de que características específicas relacionadas a crianças e jovens em função de seus corpos, hábitos e falas começaram a serem retratadas de forma mais sistemática. Os trajes utilizados, que antes não se distinguiam dos adultos, agora apresentavam diferenças significativas que tinham como propósito demarcar essa fase da vida. Ariès (1981) aponta para o surgimento do sentimento de infância em dois núcleos sociais específicos. O primeiro restringe-se ao meio familiar, onde as expressões de amor e cuidados são frequentes, o que ele denomina de “paparicação”. O segundo proveio de uma fonte externa à família. Incluía-se os eclesiásticos, os homens da lei e os moralistas do século XVII. Havia uma preocupação com a disciplina e a moralidade. No século XVIII, o núcleo familiar incorporou esses dois sentimentos e acrescentou a preocupação com a higiene e a saúde física.

Esse contexto histórico é importante para que possamos compreender que a concepção de criança e adolescência está estreitamente relacionada ao processo histórico-cultural em que estamos inseridos. Através dos estudos de Cohn (2005), percebemos que as fases da vida não podem ser simplesmente categorizadas por faixas etárias previamente estipuladas. O que, então, pode diferenciar a criança de um adulto? O autor sugere que a criança, assim como adolescente, utiliza um sistema simbólico próprio para elaborar o meio cultural em que está inserido. Porém, é preciso ressaltar que, de acordo com Cohn (2005), “a cultura não está nos artefatos nem nas frases, mas na simbologia e nas relações sociais que os conformam e lhes dão sentido.” (pg 20).

Com essa concepção, Cohn (2005) afirma que a criança e o jovem podem ter uma autonomia cultural em relação aos adultos. O autor enfatiza que esse papel atuante é importante para a constituição de relações sociais da criança com seus pares e com adultos.

Assim como a construção do conceito de criança e adolescente decorreu de um processo de transformação histórica-social, o surgimento do sentimento de família foi estabelecido de forma semelhante. A nova concepção de família mostrou-se de grande importância para a consolidação do novo conceito de criança e adolescente. De acordo com Ariès (1981), a partir do século XV, começa a surgir esse novo sentimento de família. O autor descreve que, antes desse período, para as classes mais pobres, a família restringia-se às instalações materiais do casal e seus filhos. Para as classes mais ricas, o núcleo familiar era visto como a possibilidade de perpetuação do patrimônio e de suas linhagens.

A mudança de paradigma em relação à criança e aos adolescentes, denotando à família uma maior responsabilidade sobre a educação de seus filhos, fez com que o núcleo familiar se tornasse cada vez mais privado, contrapondo-se ao que ocorria nos séculos anteriores: “a vida

no passado, até o século XVII, era vivida em público” (Ariès, 1981, p. 273). As mudanças em torno da família estenderam-se em relação à construção das casas com cômodos individualizados, valorizando a privacidade. Essas mudanças ilustradas são constatadas por Ariès (1981) nas iconografias que ele analisou em seus estudos. Antes do século XIV, o homem era ilustrado através de seu ofício, algo que podemos considerar individual. Ao avançarmos no século XVI, as iconografias estavam cada vez mais focadas na família e nas suas contribuições com o trabalho do patriarca. A função da família também começou a se transformar. À família começou a ser designado o encargo de mediar as exigências sociais em relação às particularidades da criança. O autor enfatiza que a transmissão de conhecimento de uma geração para a outra era garantida pela participação familiar das crianças na vida dos adultos.

Com a instalação da Revolução Industrial, no século XVII, e as mudanças sociais que se seguiram, a criança começa a ser vista cada vez mais a partir de sua capacidade de mão de obra, passando a ser objeto de conhecimento, afeto e investimento. À família, assim como ao Estado e à escola, começou a ser direcionado um conjunto de ações que visavam o psiquismo da criança. O objetivo seria a melhor adaptação dela na sociedade, tornando-se mais produtiva. Nessa nova sociedade, havia uma necessidade de conhecimento científico em relação à criança e à infância. Práticas como medicina da criança, pedagogia e psicologia da criança começaram a ganhar destaque a fim de ampliar o conhecimento acerca dessa fase da vida, reconhecendo suas nuances. (ARIÈS, 1981)

No início do século XX, os estudos psicanalíticos ganhavam cada vez mais força e espaço na sociedade europeia. Freud começou a focar seus estudos e teorias para o período da infância de uma forma mais sistemática. Esse maior interesse se desenvolveu ao criar-se uma nova concepção da importância das vivências ocorridas no período da infância e a sua influência na constituição do sujeito na fase adulta. De acordo com Telles (2006), o imaginário inconsciente descrito por Freud poderia remeter a essa fase da vida. O autor reforça essa teoria mencionando que “o infantil, segundo conclusão da experiência clínica com adultos designa uma construção que se realiza num percurso de uma análise e que será situado no centro de toda a neurose”. (TELLES, 2006, p. 6)

Os conceitos estabelecidos por Freud foram utilizados como base para que outros psicanalistas, de diferentes formações, desenvolvessem teorias próprias sobre a criança e seu desenvolvimento psíquico. Em seu trabalho, Telles (2006) descreve que Anna Freud, que constituiu suas teorias no período pós-segunda guerra mundial, valorizava a observação do

comportamento de crianças e adolescentes para que fosse possível compreender a personalidade de cada sujeito e, com isso, prever possíveis doenças psíquicas.

Outra abordagem que surgiu nesse período foi através dos estudos de Melanie Klein. Ela introduziu uma nova forma de estabelecer uma relação dentro da clínica psicanalítica com as crianças utilizando objetos e jogos, fazendo uso de uma técnica lúdica. Dessa maneira, tentava-se articular uma relação entre as brincadeiras de criança e às manifestações do inconsciente. (TELLES, 2006)

Já nos estudos realizados por Jaques Lacan, a criança era concebida não como um ser em desenvolvimento, mas determinado pela estrutura simbólica na qual se encontrava imerso. Esses foram apenas alguns exemplos de teorias e abordagens, que começaram a surgir no período pós- guerra ,que mudaram a forma como a criança era vista, não somente no meio científico, mas na sociedade. (TELLES, 2006)

Os estudos da psicanálise estenderam-se para a concepção de família. Segundo Telles (2006), Freud analisou a estrutura familiar e sua influência na formação do indivíduo. A princípio, os pais representavam a fonte de todo o conhecimento para a criança, provocando desejo nela de se igualar a eles. Posteriormente, a decepção da criança ocorre quando ela coloca à prova as qualidades dos seus pais em questão, comparando-os e criticando-os. Essa mudança de perspectiva se mostrava importante para constituição da personalidade daquele sujeito.

Em relação ao conceito de adolescente, é importante destacar que essa concepção também é resultante de uma construção histórico-social. Assim como a diferenciação entre crianças e adultos deveu-se a novas concepções de desenvolvimento e inserção desses em papéis sociais distintos, o adolescente ganhou destaque próprio na cultura contemporânea. De acordo com Eisenstein (2005), o período da adolescência pode ser considerado um tempo de transição entre a infância e a fase adulta. Há uma necessidade desse indivíduo de alcançar objetivos que são pré-estabelecidos pela cultura em que está inserido. Para Assis (2003), a fase da adolescência costuma ser vista, ao longo da história, como um período de grandes conflitos, gerados, principalmente, por uma impulsividade e descontrole emocional. Não se pode esquecer que há uma alteração na conformação hormonal que afeta não somente a parte física, mas o emocional, o sexual, o psíquico e o cognitivo. Porém, é importante não nos fixarmos nesse conceito como único e determinante para todas as características dessa fase da vida. De acordo com Nascimento (2005), a teoria desenvolvimentista, que utiliza essas características biológicas, não deve ser abordada de forma totalitária, como ele descreve neste trecho de seu artigo:

A partir das ideias de Foucault e da Filosofia da Diferença, defendemos que os sujeitos não possuem identidades fixas e impermeáveis, mas são atravessados por uma multiplicidade de forças que os subjetivam incessantemente. Dentro disso, a noção de desenvolvimento é uma construção, pois não há um conjunto de características a serem obtidas. (NASCIMENTO, 2005, pg. 8)

Para Nascimento (2005), essa noção de individualidade na construção da concepção do adolescente é importante para que não se refira a atitudes e comportamentos desses indivíduos como patologias, levando em consideração somente como questões físicas e hormonais, onde todos que passam por essa fase devem reagir de forma semelhante às mudanças que estão ocorrendo.

A evolução histórico-cultural descrita nos parágrafos anteriores em relação aos conceitos de criança, adolescente e família culmina no contexto atual em que se encontra a família, a criança e o adolescente. A interiorização do núcleo familiar criou uma situação de individualismo presente na cultura atual. Ariès descreve esta situação ao dizer que “é como se a família moderna tivesse substituído as antigas relações sociais desaparecidas para permitir ao homem escapar a uma insustentável solidão moral” (1981, p. 274). Para Cohn (2005), o simbólico atual de felicidade está no poder de capital e a criança está no núcleo do consumismo, favorecendo a possibilidade de violência, de conflitos e de tensões sociais. Essas novas concepções, anteriormente descritas, devem ser consideradas ao analisarmos as mudanças referentes aos cuidados prestados às crianças e aos adolescentes. À criança, designou-se uma expectativa de felicidade do homem moderno e a esperança simbólica dessa conquista.

Na minha experiência clínica, a família dos tempos atuais exerce uma menor influência nos valores incorporados pelas crianças e adolescentes do que o fez outrora. Há uma transformação cultural na constituição do núcleo familiar que pode estar criando esse vazio, o que facilita situações de conflitos e desvirtuamento de comportamento dessas crianças e adolescentes, criando situações onde as representações simbólicas utilizadas são projetadas em bens materiais.

2.2 Políticas públicas relativas à criança e ao adolescente

A construção da legislação atual referente a crianças e adolescentes é resultante de um processo histórico de entendimento da concepção da infância e o papel da criança e do adolescente na sociedade. Hoje em dia, com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o conceito de sujeito de direito se aplica a essa parcela da sociedade. Todavia, nem sempre isso ocorreu, como visto anteriormente. (VIANNA, 2002)

Antes da criação do Código de Menores de 1927, as leis que eram aplicadas aos adultos também eram consideradas para as crianças, como se deu na constituição do Império (1824), no Código Criminal de 1830, no Código Penal de 1890, na Constituição Republicana de 1891 e no Código Civil de 1916. Com o aumento da criminalidade envolvendo crianças e com diversas delas vagando pelas ruas das cidades, tornou-se necessária a criação de leis próprias que as englobassem. (VIANNA, 2002)

Na época da criação do primeiro código de menores, em 1927, havia um pensamento higienista onde se acreditava que a intervenção precoce em relação ao comportamento e costumes das crianças e adolescentes poderia prevenir problemas relacionados a doenças mentais, o que poderia torná-los adultos incapazes para a convivência em sociedade e improdutivos. O conceito de minoridade surge, nessa época, como uma construção social, com o intuito de ferramenta de controle social. De acordo com Vianna (2002), o conceito de minoridade pode ser considerado como uma forma de dominação. Não há uma categorização por faixa etária desse segmento da população, mas sim a determinação de que essas crianças e adolescentes não podem exercer direitos individuais e há uma responsabilidade do Estado e da família de vigiá-los. O Código de Menores de 1927 visa, primordialmente, crianças e adolescentes em situação irregular (conceito utilizado na época para caracterizar crianças e adolescentes abandonados e infratores). (CUNHA, 2010)

Com essa nova concepção, o juiz assume um papel central na execução desse novo código. Cabe a ele determinar a situação em que a criança se encontra e deliberar a sentença que achar mais conveniente. Conforme Arantes (2004, p.163) menciona, “o Estado podia, através do Juiz de Menor, destituir determinados pais do pátrio poder através da decretação da sentença de “situação irregular do menor”. Sendo a “carência” uma das hipóteses de “situação irregular”.

A internação em abrigos de menores, nessa época, era amplamente utilizada. Acreditava-se que o isolamento social era uma das formas de se alcançar a “cura” em relação

àquele comportamento desviante que representava a não adequação aos costumes sociais da época. O trabalho nesses locais era bastante utilizado, pois se acreditava que a estimulação a um ofício facilitaria a reintegração social dessas crianças. De acordo com Cunha (2010), havia um viés econômico para essa direção de trabalho, já que o Brasil entrava na era das grandes indústrias e era preciso mão de obra qualificada.

Com esse novo modelo de abordagem a crianças e adolescentes, a psiquiatria ganhava papel de destaque em relação ao atendimento a esse seguimento da população. Ao psiquiatra, cabia a investigação da vida desses menores, da situação em que se encontrava suas famílias e da possibilidade desse “comportamento desvirtuado” ser considerado hereditário. (OLIVEIRA, 2011)

Esse paradigma de atenção à criança e ao adolescente se manteve vigente durante muitos anos. Uma tentativa de reformulação ocorreu em 1964, com a criação da Fundação Nacional para o Bem-estar do Menor-FUNABEM. Com o objetivo de remodelar o atendimento dessas crianças e adolescentes, criaram-se centros de triagem de avaliação por equipes multidisciplinares, psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras para que fosse possível intervir na vida desses menores com uma visão ampla de cuidado. Porém, essas ações ainda eram realizadas no âmbito de uma internação em grandes instituições. (VIANNA, 2002)

Em 1979, começou-se a questionar esse modelo de atenção a crianças e adolescentes. Naquele momento, foi declarado Ano Internacional da Criança pela UNICEF (*United Nations Children's Fund*) e OMS (Organização Mundial de Saúde) e a noção de criança do mundo foi divulgada. Houve, nesse momento, uma tentativa de reformulação do Código de Menores. Porém, somente em 1988, com artigo 227 da nova Constituição Federal, foi que se criou, em linhas gerais, uma nova legislação da infância, que discorre da seguinte forma ao assegurar à criança:

o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1988)

Em 1989, a ONU (Organização das Nações Unidas) aprova a Convenção Universal de Direitos da Criança, estabelecendo o conceito de sujeito de direitos especiais, sendo dever da sociedade a oferta desses direitos (VIANNA, 2002).

Em 1990, com a promulgação da Lei n.º 8.069, o Estatuto da Criança e do Adolescente foi criado. O enfoque dessa nova lei era a oferta de proteção integral da criança e do

adolescente. Especifica-se que a responsabilidade em relação aos sujeitos de direitos especiais (crianças e adolescentes) deve ser partilhada entre a família, o Estado e a sociedade. A implementação das novas diretrizes exigia uma reformulação no sistema de cuidados voltado para a criança e o adolescente, valorizando a garantia desses direitos. Iniciou-se a municipalização do atendimento específico; a criação, nas quatro esferas administrativas (a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios), de conselhos de direitos da criança e do adolescente, formados paritariamente por membros da sociedade civil e do Governo; a criação e manutenção de programas específicos descentralizados político-administrativamente; manutenção de fundos financeiros vinculados aos conselhos; a integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança Pública e Assistência Social a fim de facilitar o atendimento ao adolescente a quem se atribua autoria de ato infracional e mobilização da opinião pública. (NASTARI, 2006).

Apesar dos avanços em relação à legislação, é importante refletirmos sobre algumas questões que surgem com esses novos conceitos inseridos. Ao colocarmos como primordial a proteção integral da criança e do adolescente e responsabilizarmos os pais e a sociedade dessa proteção, parece não haver uma consideração sobre a atual situação econômica e social em que o país se encontra. De acordo com Cruz (2005), não foram criados, paralelamente, meios para viabilizar o acesso de famílias mais carentes à saúde, à educação e à cultura. Para o autor:

o estatuto limita-se a afirmar direitos e a atribuir responsabilidades, distribuídas entre a família, a sociedade e o Estado. Portanto, não entra na lógica do possível, apenas enfatiza os direitos da criança como prioridade absoluta. (2005, p. 47)

Além de avaliar a legislação que discorre sobre os direitos da criança e do adolescente, é preciso também se debruçar sobre a atual legislação sobre saúde mental. Em relação à Lei 10.216, de acordo com Hirdes (2009), o Artigo Quarto aponta que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (princípio da beneficência). O Parágrafo Primeiro indica que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (princípio da não maleficência). O Artigo Sexto estabelece que a internação psiquiátrica somente deve ser realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Ao analisarmos essa lei, nota-se uma ênfase no cuidado ao decidir sobre a internação de um paciente, sendo necessária uma avaliação criteriosa.

As novas diretrizes de saúde mental também discorrem sobre os tipos de internações existentes, nas seguintes alíneas: 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. De acordo com o Artigo Oitavo, a internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médicos devidamente registrados no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde se localize o estabelecimento; Parágrafo Primeiro - a internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual (MPE) pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta; Parágrafo Segundo - o término da internação involuntária ocorrerá por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo médico responsável pelo tratamento. O Artigo Nono refere-se à internação compulsória que é determinada, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

A legislação referente à criança e ao adolescente, o ECA, mostra-se em consonância com a legislação atual de saúde mental, onde há um cuidado para que qualquer intervenção feita nesses sujeitos leve em consideração a especificidade do indivíduo, a preservação dos seus direitos como cidadão, contemplando prioritariamente o seu bem-estar.

2.3 Saúde mental infantil

Como vimos na seção anterior, o interesse pela figura da criança e do adolescente e suas vicissitudes é relativamente recente. A mudança de paradigma das famílias e o novo olhar sobre a criança e o adolescente fizeram com que a sociedade demandasse um maior conhecimento sobre esse seguimento da população. Na Europa, em meados do século XIX e início do século XX, médicos e alienistas começaram a demonstrar interesse pelo desempenho intelectual de crianças e adolescentes nas escolas, em especial naquelas que apresentavam distúrbios de comportamento e aprendizagem. Havia um interesse específico no que era entendido como debilidade mental, criando-se o termo psicometria, amplamente estudado por Kanner (TELLES, 2006). Acreditava-se, nessa época, que havia dois tipos de debilidade: a que era consequência de um déficit orgânico e a que era ocasionado por uma desordem

afetiva. É importante ressaltar que, nesse período, a medicina e a comunidade científica estavam em franca ascensão e conquistando cada vez mais reconhecimento de sua posição política na sociedade. (OLIVEIRA, 2011)

À medida que a criança e o adolescente foram reconhecidos como alguém a ser moldado dentro dos parâmetros da sociedade vigente, criava-se uma demanda de cuidados que não podia se restringir somente aos aspectos físicos, mas também aos morais, possibilitando a formação de um cidadão produtivo. Era preciso amparar e orientar as crianças e os adolescentes para que pudessem conviver em harmonia com essa nova sociedade que se formava. A disciplina, a ordem e a moral eram difundidas no dia a dia dos colégios com esse intuito.

Porém, apesar desse novo olhar sobre a criança e o adolescente, a psiquiatria aplicada no Brasil ainda não havia incorporado essa nova visão em seu rol de tratamentos e abordagens. A psicopatologia dos adultos era estendida às crianças, aos adolescentes e àqueles que eram considerados insanos (considerando o termo insanidade não pela presença de reais sintomas psiquiátricos, mas sim como sinônimo de desajustamento social), permanecendo internados juntos com os adultos nos manicômios recém-inaugurados. (SOUZA, 2008)

Ao recapitularmos a história da construção da psiquiatria no Brasil, vemos que a ideia de campo de atuação como especialidade médica começou a ser aplicada com a vinda da família real e um grande número de nobres europeus com ela, em 1808. As práticas já difundidas no velho continente começaram a ser introduzidas no campo da medicina brasileira. Assim, no Vice-reino do Brasil, não havia uma estrutura para atender os pacientes psiquiátricos, incluindo crianças. Em 1841, foi fundado o Hospício Pedro II, seguindo pela instituição da psiquiatria nos estudos de medicina na universidade em 1882, culminando com a promulgação da Lei Federal de Assistência aos Alienados, em 1903. Destaca-se que, após a proclamação da República, em 1890, criou-se o primeiro órgão destinado à organização da assistência aos alienados no Brasil - Assistência médico-legal a alienados, tendo as colônias da Ilha do Governador e do Hospital Pedro II como referência de cuidados.

Em 1903, Juliano Moreira e Fernandes Figueira inauguraram um pavilhão anexo ao Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha, destinado a crianças portadoras de doenças mentais. É importante ressaltar que, nessa época, a psiquiatria infantil ainda estava voltada a questões relacionadas ao desempenho intelectual e cognitivo. O tratamento se dava através de orientações pedagógicas. (ODA, 2011)

Em 1924, foi criada a Colônia Juliano Moreira, no bairro da Taquara, localizado na Região Administrativa de Jacarepaguá. Denominada colônia de psicopatas-homens, atendia uma população de indigentes e pacientes crônicos advindos das colônias da Ilha do Governador, inclusive crianças e adolescentes. Acreditava-se, na época, que o contato com o trabalho pelos pacientes poderia ajudá-los na recuperação de sua capacidade de conexão com o mundo, possibilitando a reinserção social. O isolamento também era entendido como fundamental para a recuperação da saúde mental. (ODA, 2011)

A criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais estava vinculada à reforma do Departamento Nacional de Doenças. Suas ações eram segmentadas correspondendo aos agravos que os pacientes apresentavam. A gestão do seu primeiro diretor, Adauto Botelho, durou 13 anos (1941-1954) e focou na modernização das ações da psiquiatria na saúde pública, como a criação de diversas novas instituições voltadas para os cuidados dos pacientes internados. (ODA, 2011)

Em paralelo a essas mudanças na atenção psiquiátrica geral, ocorre a incorporação da ideia de higiene mental no Brasil. De acordo com Oliveira (2011), em 1922, Gustavo Riedel criou a Liga Brasileira de Higiene Mental com o intuito de prevenir transtornos mentais em crianças e adolescentes e também difundir os cuidados em psiquiatria aos pacientes portadores de transtornos mentais, evitando, assim, a hospitalização dos mesmos. Aos médicos, cabia a orientação às famílias sobre como criar seus filhos, evitando comportamentos desvirtuados que pudessem comprometer o desenvolvimento intelectual e social dessas crianças e adolescentes no futuro. Apesar desse caráter preventivo, a internação dos pacientes psiquiátricos, incluindo crianças e adolescentes, era mantida como regra. (SOUZA, 2008)

A superação do modelo manicomial no Brasil iniciou-se com os Movimentos dos Trabalhadores de Saúde Mental no final dos anos 70. Diversas denúncias foram feitas nessa época relacionadas às péssimas condições de atendimento dos pacientes, infringindo princípios básicos dos direitos humanos. Ao longo dos anos 80, diversas conferências de saúde mental ocorreram no país, delineando um marco político importante para a criação de novas leis que englobavam os pacientes psiquiátricos. (HIRDES, 2009)

Com a conferência de Caracas de 1990, os países da América Latina comprometeram-se a resguardar os direitos civis dos portadores de transtornos mentais, assim como rever o modelo hospitalocêntrico, criando novas formas de abordagem que estimulavam a reinserção social e os direitos civis destes pacientes. (HIRDES, 2009)

A constituição da reforma psiquiátrica no Brasil visa à desinstitucionalização, entendendo que esse movimento engloba o deslocamento do cuidado do paciente psiquiátrico do hospital para o seu território, visando a sua reinserção social. (HIRDES, 2009)

A Lei Federal 10.216/2001 assimilou esses princípios como a centralidade da proteção dos direitos humanos e de cidadania das pessoas com transtornos mentais, a necessidade de construir redes de serviços que substituam o modelo hospitalocêntrico e a pactuação de ações por parte dos diferentes atores sociais envolvidos. (HIRDES, 2009)

As mudanças no modelo de atendimentos em saúde mental estenderam-se às crianças e aos adolescentes, especialmente em decorrência do Estatuto de Criança e do Adolescente e da concepção de sujeito de direitos. Assim, mostrava-se necessária a reformulação da assistência aos pacientes portadores de transtornos mentais no âmbito da infância e adolescência. Era preciso incorporar as diretrizes do ECA nas políticas de saúde mental. Na Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental, ficaram marcados os efeitos perversos da institucionalização de crianças e adolescentes portadores de transtorno mental. A implementação de serviços substitutivos para a infância ocorre em consonância às novas leis e diretrizes do ECA e da Reforma Psiquiátrica. A atenção psicossocial faz-se, nos moldes atuais, de portas abertas, ou seja, evitando a internação psiquiátrica como única forma de tratamento. Foram criados centros de atenção psicossociais para a infância, que é composto por uma equipe multidisciplinar, incluindo médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e musicoterapeutas. O objetivo desses serviços é valorizar a participação social nos cuidados prestados às crianças e aos adolescentes, visando à reintegração dos mesmos na sociedade, prevenindo, muitas vezes, uma internação psiquiátrica. Preconiza-se, nesses locais, o atendimento dos familiares, a articulação da rede de cuidados, incluídas todas as instâncias onde essa criança ou adolescente pode estar inserido, para que assim o diálogo entre diferentes equipes flua com maior facilidade. (BRASIL, 2005)

Nesse novo molde de atendimento em saúde mental para a infância, os fóruns de discussão tornam-se locais de potencialização da rede e onde mudanças políticas que afetam o atendimento da população em questão podem ser debatidas pelos profissionais que atuam nesta área. (BRASIL, 2005)

Considero que as mudanças ocorridas ao longo da história político-social, no que tange a crianças e adolescentes, são de grande valor para esse novo modelo de cuidado que é oferecido. Tais valores novos precisam estar incorporados nas equipes que as acolhem,

possibilitando, dessa forma, a implantação, no cotidiano dessas crianças e adolescentes, do conceito de sujeito de direitos, como previsto na constituição.

2.4 Justiça e Saúde: a psicologia jurídica

Ao abordarmos o tema de internação compulsória nesse trabalho, percebi a necessidade de compreender melhor a forma como o sistema judiciário se estrutura e se articula. As decisões tomadas em relação às crianças e aos adolescentes não parecem partir somente de um indivíduo. Durante a coleta de dados, notei que os atores juristas utilizam profissionais de diversas áreas para tomar suas decisões. Os psicólogos judiciários têm um papel na conduta dos casos e é importante conhecer como é seu trabalho e qual o seu papel na trajetória jurídica de um caso. De acordo com França, “a Psicologia Jurídica é uma área de especialidade da Psicologia e, por essa razão, o estudo desenvolvido nessa área deve possuir uma perspectiva psicológica que resultará num conhecimento específico” (2004, p.74). A autora enfatiza que é preciso reconhecer as limitações que advêm de um conhecimento específico, que, portanto, seus resultados de análise não podem ser considerados verdades absolutas:

Deve-se reconhecer a limitação do conhecimento da conduta por meio da perícia. Neste contexto, torna-se necessário verificar a confiabilidade e a validade dos instrumentos e do modelo teórico utilizados, a fim de verificar se os mesmos respondem ao objetivo do procedimento. Em virtude dessa limitação do conhecimento produzido, torna-se imperativa a compreensão interdisciplinar do fenômeno estudado para melhor abordá-lo em sua complexidade. (FRANÇA, 2004, p. 75)

A autora avalia que é importante utilizar o conhecimento elaborado pela psicologia e agregá-lo a outras perspectivas técnicas ao analisar um caso na esfera jurídica. É importante ressaltar que, até meados da década de 20, a representatividade da criança na sociedade era quase nula, sendo ela considerada extensão de sua família, e esta responsável por seu bem-estar. Com a criação do código de menores e a implementação das práticas higienistas na área da saúde seu desenvolvimento, educação e saúde, passaram a ser do interesse do Estado. De acordo com Arantes:

A investida neste setor, inicialmente por parte dos médicos, mas logo seguida por outros profissionais, visava sobretudo a uma maior racionalidade da assistência

através da intervenção do Estado em um domínio até então considerado essencialmente caritativo. Assim, com a progressiva entrada do Estado neste campo - o que se deu a partir da década de 20 deste século -, tem início a formalização de modelos de atendimento, sem que isto signifique a diminuição da pobreza ou de seus efeitos. Neste sentido, a pretendida racionalização da assistência, longe de concorrer para a mudança nas condições concretas de vida da criança, constituiu-se muito mais em uma estratégia de criminalização e medicalização da pobreza. (2004, p.163)

Ao analisar a citação acima, o autor aponta para uma virada na forma de abordar questões que envolvem crianças e adolescentes, principalmente as oriundas de famílias de uma classe menos favorecida. Aos poucos, o Judiciário começou a se aproximar das áreas da saúde e assistência para trabalhar em casos de crianças e adolescentes, utilizando conhecimentos específicos dessas áreas, como aponta Arantes (2004, p.163)), “É nesta passagem que vamos encontrar os especialistas: os assim chamados técnicos ou trabalhadores sociais. Todo um novo ciclo se inicia”.

Essa aproximação, para alguns autores, facilitou o surgimento da ideia de que pobreza gera comportamento desvirtuado, como afirma Arantes:

Assim, através de um artifício que transformou pobreza em irregularidade jurídica, a criança pobre passou a ser definida como “menor carente” ou “menor infrator” (hipóteses de situação irregular) e, através de um conteúdo medicopsicosocial atribuído a estes menores, as medidas (ou penas) para sanar tal situação, dita de irregularidade, foram deslocadas para os próprios menores, e não para a situação. (2004, p.163)

As medidas judiciais aplicadas a essas crianças e adolescentes se transformaram de simples reclusão e isolamento social para acompanhamento médico, psicológico e educacional. Entendia-se, nessa época, que era possível ser feita uma intervenção no desenvolvimento dessa população, transformando-a em pessoal capaz de conviver em sociedade e ser produtiva. A aproximação entre a Justiça e Saúde possibilitou essas mudanças, validando cientificamente as intervenções feitas, conforme Arantes menciona:

O recurso é aplicar uma pena-tratamento ou uma pena-ressocialização. Ou seja, faltava à instância jurídica, para dar operacionalidade às medidas, definir o conteúdo médico-psicosocial-cultural desta irregularidade. E foi o que os psicólogos, médicos, assistentes sociais e educadores ofereceram, como integrantes do assim chamado “complexo tutelar” ou “rede de proteção à infância”: um conteúdo psicossocial, uma essência, uma natureza, uma “psicologia” da “irregularidade jurídica. (2004. p.163)

Nos dias atuais, uma das funções do psicólogo jurídico é de dar voz à crianças e adolescentes envolvidos nos processos das varas da infância e juventude. De acordo com Brito:

A escuta de crianças, no contexto jurídico, vem sendo defendida como um direito fundamental dos menores de idade. Alude-se, com frequência, ao artigo 12 da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989), o qual expressa o direito de a criança ser ouvida em procedimentos judiciais que lhe digam respeito (2006, p.68)

Com a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente, o conceito de sujeito de direitos foi estendido para essa faixa da população permitindo que suas opiniões fossem ouvidas e levadas em consideração pelos juristas. Porém, sabemos que a perspectiva de uma criança, ou até de um adolescente sobre sua situação familiar ou de vida pode ser um tanto fantasiosa, considerando que são ainda pessoas em desenvolvimento emocional e intelectual.

É importante também lembrar que a proteção integral estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, para alguns autores, também proporcionou uma maior intervenção do Estado nas famílias e nas crianças e adolescentes, muitas vezes relevando a opinião dos principais atores dos processos judiciais. Brito reforça esta posição ao afirmar que:

Na atualidade, estaríamos reduzindo poderes paternos, em contraposição a um aumento da intervenção do Estado no âmbito privado, daí decorrendo que a proteção deixa de ser um direito primordial da criança. Desta forma, argumenta que nos deparamos não mais com um paternalismo familiar, mas com um paternalismo de Estado, que arbitra sobre os “verdadeiros” interesses da criança. (2006, p.69)

As avaliações psicológicas das famílias e das crianças envolvidas nos processos jurídicos, por um lado, podem proporcionar o ponto de vista dos atores no processo; mas, por outro, podem também refletir a patologização de comportamentos de pais e de seus filhos. Hoje, há uma demonização de alguns padrões de comportamento, rotulando-os como negligente para Nascimento, que afirma que:

A família pobre ganha um novo estatuto: família negligente. Essa categorização justifica a intervenção estatal, pois o discurso não é mais o da falta de condições materiais para o cuidado dos filhos, e sim o desrespeito aos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, como saúde, educação, alimentação, entre outros, que tomam forma nos casos de violência intrafamiliar, “risco social”, exploração do trabalho infantil, etc. Sem considerar que, muitas vezes, a família pobre é privada desses direitos, e conseqüentemente não tem como suprir/garantir as necessidades de seus filhos. (2008, p.10)

Diferentemente de outros momentos na história, quando a legislação para a infância previa que a falta de condições financeiras era um motivo para retirar aquela criança de sua família, nos dias atuais, a negligência familiar tornou-se um motivo para esse afastamento. Negligência pode ser considerado um conceito abstrato e que depende do indivíduo que está avaliando aquela situação, com suas próprias concepções e formação profissional. Nesse

sentido, os profissionais que trabalham junto à Justiça, os psicólogos na maior parte dos casos, precisam fazer avaliações que podem ser tendenciosas e utilizadas pelo Judiciário para respaldar suas decisões. Assim, cria-se uma tensão entre os profissionais, pois, além de fornecer um parecer, o psicólogo precisa pensar no bem-estar do paciente que ele está avaliando, o que pode gerar opiniões divergentes sobre qual a melhor conduta tomar em relação ao caso apresentado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos gerais

Analisar as internações compulsórias de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos no município do Rio de Janeiro no período de 2007-2012.

3.2 Objetivos específicos

- Levantar o perfil sociodemográfico (sexo, idade, cor da pele, estrato social) das crianças e adolescentes internadas compulsoriamente nos hospitais psiquiátricos no município do Rio de Janeiro (Instituto Municipal Philippe Pinel, Instituto Nise da Silveira e Hospital Municipal Jurandir Manfredine).
- Conhecer os motivos clínicos, sociais e legais das internações compulsórias nos hospitais psiquiátricos, analisando as perspectivas dos atores da Justiça e da Saúde.

4 METODOLOGIA

Nessa pesquisa, pretendemos realizar um estudo qualitativo. Esse tipo de pesquisa tem como objeto de estudo “o universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade” (MINAYO, 2010, p.21). Ênfase será dada à análise de registros de dados secundários (prontuários hospitalares, banco de dados e processos judiciais), analisados qualitativamente. Propõe-se, para este trabalho, uma pesquisa utilizando o estudo de caso como metodologia principal. De acordo com Yin:

o estudo de caso é uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas (2001, p.23).

Essa metodologia foi escolhida, pois considero que as duas questões principais que abordo neste trabalho são: “como” as internações compulsórias ocorrem e “por que” elas ocorrem. O estudo de caso proporciona uma oportunidade para um maior aprofundamento sobre um tema complexo, que apresenta diversas frentes de compreensão e que exige uma análise mais detalhada das vicissitudes apresentadas. A possibilidade de um olhar minucioso sobre situações delicadas me fez tender a este tipo de estudo. Reforço que as duas questões mencionadas anteriormente podem ser consideradas explicativas, tratando-se de relações operacionais que ocorrem ao longo do tempo. Com isso, a utilização do estudo de caso mostra-se mais adequada (YIN, 2001), devido ao propósito fundamental de analisar intensivamente uma dada unidade social (GODOY, 1995). De acordo com Minayo (1992, p.164), “Os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão”.

Considerando os objetivos específicos na utilização do estudo de caso, algumas características podem ser destacadas assim como a compreensão do fenômeno em um grupo específico, considerando seus referenciais, a análise mais detalhada de processos organizacionais e a identificação de fatores que possam influenciar esses determinados processos. (MINAYO, 1992)

Julgo que um dos objetivos mais perseguidos pelo ser humano é o de conhecer a realidade de diversas situações que perpassam suas vidas. Essa percepção advém da minha

experiência como profissional de saúde que vive situações complexas e, amiúde, difíceis de serem explicadas ou até compreendidas. Acredito que seja importante tentarmos analisar problemas diários de forma mais imparcial para que uma solução ou um possível caminho a ser percorrido possa surgir de forma mais fluída. O meu desejo de compreensão de tais situações complexas levou-me a procurar a academia para tentar alcançar algumas respostas. Existem diferentes formas para se alcançar maior conhecimento e acredito que a pesquisa científica surge como uma dessas opções (MARTINS, 1994). O conhecimento científico pode ser considerado um processo que é desencadeado progressivamente, em função do devir a ser e que emerge da coexistência ou da relação entre teoria e prática, sendo que a prática é o fundamento da teoria. (BARROS, 1990)

Para se desenvolver uma pesquisa científica, é preciso seguir alguns passos básicos para que seja possível o desenvolvimento de uma hipótese e uma trajetória para o alcance de resultados. A esse conjunto de etapas, damos o nome de método. Segundo Minayo, metodologia é:

o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, suas capacidade pessoal e sua sensibilidade). (2010, p.14)

O conhecimento pessoal associado à experiência prática une-se para instigar o pesquisador a buscar novas ideias sobre aqueles eventos cotidianos do trabalho que sempre deixam questões a serem respondidas. Considero que essa inquietude é fundamental para que mudanças possam ocorrer, pois é preciso fundamentar nossas argumentações com conceitos teóricos para que soluções e sugestões factíveis surjam.

Considerando os objetivos específicos na utilização do estudo de caso, algumas características podem ser destacadas assim como a compreensão do fenômeno em um grupo específico, levando em conta seus referenciais, a análise mais detalhada de processos organizacionais, a identificação de fatores que possam influenciar estes determinados processos. (MINAYO, 1992)

Para a realização da presente dissertação, inicialmente foram coletadas informações do banco de dados disponível na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, referentes às internações de crianças e adolescentes por todas as causas nos hospitais psiquiátricos de referência: Instituto Municipal Philippe Pinel, Instituto Nise da Silveira e o Hospital Municipal Jurandir Manfredine, no período entre 2007-2012. Essas três unidades foram

selecionadas, pois são os únicos locais destinados a internação de crianças e adolescentes no município em questão. Existem quatro leitos destinados a essa parcela da população em cada unidade, dois para meninas e dois para meninos.

A despeito de contatos prévios realizados, no decorrer da dissertação, o setor responsável pela liberação das informações, a Coordenação de Saúde Mental, não liberou os dados nominais de crianças e adolescentes. Primeiramente, informou que não havia, nos registros institucionais, a diferenciação entre os motivos de internação das crianças e adolescentes; em seguida, falou que não seria possível liberar esses dados na íntegra, pois o Conselho de Ética em Pesquisa (CEP), que autorizou a realização da pesquisa que deu origem a esta dissertação, não havia especificado esse item no seu parecer. O exíguo prazo da dissertação impossibilitou recorrer novamente ao CEP para se ampliar a autorização já obtida.

A Coordenação de Saúde Mental liberou, para a pesquisa de campo, apenas alguns nomes de adolescentes com internação compulsória. Foram assim identificados três pacientes no Hospital Municipal Jurandir Manfredini, quatro pacientes no Instituto Nise da Silveira e um paciente no Instituto Phillippe Pinel. Devido a essas restrições de acesso, partiu-se para a busca dos oito prontuários previamente apontados pela Coordenação de Saúde Mental, desistindo-se de obter, para esta dissertação, o número total de pacientes internados no período de seis anos no município do Rio de Janeiro, como inicialmente pretendido. Com isso, se restringiu o acesso a informação sobre as internações como um todo, criando um viés de coleta de dados, que deve ser considerado de grande importância para esta pesquisa, falaremos mais sobre isso nas considerações finais.

No Hospital Jurandir Manfredini, foram analisados dois pacientes do sexo masculino, idades de 14 e 17 anos, ambos de cor parda e moradores de comunidade na Região Administrativa de Jacarepaguá. O terceiro caso é do sexo feminino, com idade de 12 anos, cor negra, também moradora de uma comunidade na mesma localidade.

Já no Instituto Phillippe Pinel, foi identificado um paciente do sexo feminino, com idade de 9 anos, moradora de uma comunidade localizada no Centro da Cidade.

No Instituto Nise da Silveira, foram identificados 4 casos, todos do sexo masculino: dois com idade de 14 anos e dois com idade de 17 anos; 3 adolescentes moravam, cada um, em outros municípios (Araruama, Duque de Caxias e Volta Redonda) e o último no bairro Rocha Miranda. Não foi possível identificar a cor de pele, pois não consegui receber, a tempo, da coordenação do hospital, a autorização para acessar seus prontuários. Logo, esses pacientes foram excluídos da presente dissertação.

Em relação aos oito casos inicialmente selecionados, foram analisados apenas aqueles internados no Hospital Jurandir Manfredini (3) e no Instituto Phillippe Pinel (1), agregando dados sociodemográficos e informações que refletissem a evolução do caso de forma mais global dentro dos hospitais psiquiátricos e no CAPSI de referência de cada paciente, enfatizando a situação social, familiar, histórico médico, evolução clínica e intercorrências durante a internação. Também foram utilizadas falas escritas pelas equipes assistentes e relatórios de diversas fontes encontradas nestes prontuários.

Em anexo, encontra-se o questionário semiestruturado utilizado no levantamento dos casos, elaborado a partir dos meus conhecimentos como médica psiquiatra onde considero importante, não somente abordar a possível patologia psiquiátrica por trás de cada caso, mas também toda a estruturação psíquica e social que envolve aquela criança ou adolescente, considerando as influências externas como possíveis colaboradores para o desfecho daquela situação encontrada e como aspectos que contribuem para a melhor compreensão do caso. Associada a minha experiência prática, utilizei-me da literatura existente sobre o tema da internação compulsória e afins, para selecionar o que seria importante em relação a informações recolhidas para a construção do caso.

Durante uma pesquisa documental, é importante considerar três aspectos para a coleta de dados: a escolha do documento, o acesso a eles e a sua análise (GODOY, 1995). Apesar do questionário mencionado anteriormente servir como um guia na coleta de dados, há, nesse tipo de estudo, uma flexibilidade para a aquisição de informações. Em seu decorrer, novas questões podem ser levantadas para um maior aprofundamento no fenômeno estudado. (STAKE, 2005)

Buscou-se obter, para esses quatro casos, seus processos judiciais. Estes se encontram nas comarcas referentes a cada hospital. Pretendia-se, ao investigar esses processos judiciais, conhecer os procedimentos adotados, a sentença aplicada e o motivo para a intervenção judicial. Essa coleta possibilitaria conhecer o cenário jurídico que culminou na determinação judicial de internação compulsória, além de fornecer a perspectiva dos agentes da Justiça sobre aquela criança e sobre sua situação sociofamiliar. Infelizmente, tal levantamento não pode ser executado no âmbito dessa dissertação, pois a juíza da comarca de referência negou o acesso, alegando sigilo dos processos. Mesmo argumentando que a identidade das crianças seria preservada, não houve liberação do acesso aos processos judiciais. Vale ressaltar que a mesma magistrada havia acenado com a liberação dos processos de forma informal, meses atrás. Com isso, utilizamos, na dissertação, apenas os documentos do Judiciário que se

encontravam anexados aos prontuários hospitalares. Essa é a fonte de dados judiciais presente nos estudos de caso.

Em relação à análise dos dados e a construção dos casos, a perspectiva das ciências sociais é utilizada neste estudo em decorrência, principalmente, da abordagem que esse campo de leitura oferece à compreensão de um fenômeno social. Ao analisar os dados, deverá ser levado em consideração o contexto histórico, político e social em que os atores do estudo se encontram, enfatizando, assim, as diversas dimensões existentes em função do fenômeno descrito. “As divergências e os conflitos, tão característicos da situação social, devem estar presentes no estudo.” (GODOY, 1995, p.30). No capítulo de reflexões sobre os casos, será tecida uma visão de autores sobre os temas que emergiram ao longo do estudo com o que foi narrado ao longo das histórias apresentadas. Com isso, criaremos um diálogo entre a teoria e o empírico, traçando, portanto, a história dos casos, em paralelo com a história da evolução da sociedade em que eles estão inseridos.

Algumas considerações éticas merecem ser tecidas. Foram muito demorados os procedimentos para aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Prefeitura do Rio de Janeiro. Foram solicitados diversos documentos que já se encontravam na plataforma Brasil, porém o CEP da Prefeitura ainda não estava conectado a essa plataforma. Foi exigida autorização de cada hospital. Ao entrar em contato com cada responsável nos hospitais, percebi que as regras exigidas pelo CEP da prefeitura não eram conhecidas, o que dificultou a obtenção das autorizações, inclusive inviabilizando a do Hospital Nise da Silveira.

Após entregar as autorizações exigidas ao CEP, o tempo para aprovação do projeto levou quase três meses. Foram apresentadas à responsável por recebimento de protocolos no CEP da Prefeitura, duas vezes, a mesma pendência de um documento que já havia sido entregue no ato de abertura do protocolo. Depois de alguns dias de contato diário com o CEP, descobriu-se que o que estava faltando era outro documento, o que atrasou mais o início do trabalho de campo. O número do protocolo de pesquisa aprovado é 107/13.

Em relação ao CEP da ENSP, a aprovação não foi demorada, levando 45 dias. Foi somente solicitada a troca dos TCLE elaborados para termos de anuência das instituições envolvidas. Essa mudança foi necessária, pois não haveria entrevistas com pessoas, mas sim coleta de dados secundários. Foi também solicitado que eu assinasse um termo comprometendo-me com o sigilo das informações colhidas, não identificando os pacientes descritos nos casos. O número do CAAE é 15855013900005240.

Sintetizando todo o material colhido na presente dissertação frente às dificuldades enfrentadas, tem-se que o levantamento documental se restringiu aos prontuários do Instituto Municipal Philippe Pinel e do Hospital Municipal Jurandir Manfredini, totalizando quatro casos analisados nesta dissertação. As informações utilizadas provêm dos registros da equipe assistente, de documentos da Justiça anexados e de documentos diversos da Saúde e da Assistência Social presentes nos prontuários hospitalares avaliados.

Em relação às limitações ao presente trabalho, ressalto o pequeno número de casos estudados, não se podendo generalizar seus resultados. Contudo, consideramos este estudo de caso como excelente meio para gerar ideias e conhecimentos que poderão ser futuramente investigados em pesquisas mais amplas e complexas.

5 RESULTADOS

Neste capítulo, apresento os casos de Ana, Bruno, Clara e Daniel. Os nomes são fictícios para proteger suas identidades. Em relação às características sociodemográficas encontradas, foram analisados casos de duas meninas e dois meninos, com idades de 09 anos, 12 anos, 14 anos e 17 anos no momento da internação, todos moradores de comunidades carentes, três deles eram descritos da cor parda e um da cor branca. Ao longo dos casos, serão ressaltados pontos de discussão que serão abordadas no capítulo de reflexões. A intenção deste capítulo é de contar uma história e apresentar o que foi colhido de informação, porém de uma forma cronológica e que consiga narrar como foi que transcorreram os acontecimentos.

5.1 Aquela que não pertencia a lugar algum - O caso Ana

Um dos casos mais impactantes com que me deparei durante a pesquisa de campo envolveu uma menina de 09 anos. Referir-nos-emos a ela como caso Ana. A paciente era descrita como da cor parda, moradora no Centro da cidade do Rio de Janeiro, em uma comunidade carente. No boletim de entrada do hospital, durante a sua segunda internação psiquiátrica, em junho de 2010, consta que ela foi levada pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) com uma ordem judicial de internação compulsória. Esse documento menciona um mandado de busca e apreensão de Ana para que ela fosse encaminhada à Emergência do hospital psiquiátrico, pois havia uma suspeita de infração administrativa às normas de proteção à criança e ao adolescente (assim descrito no documento), sem muitas especificações e solicitava o acompanhamento do caso pelo programa de família acolhedora. Entendi, através do texto, que havia alguma forma de risco social que implicava em ameaça à integridade física de Ana. Acho importante ressaltar que não há menção de transtorno mental específico nos documentos de internação compulsória. Portanto, chamou-me atenção o fato de haver uma internação em um hospital psiquiátrico sem nenhuma elaboração médica para tal decisão.

Através do seu prontuário, descobri que sua primeira internação ocorreu em maio de 2010, também por ordem judicial. Segundo a Justiça, Ana se encontrava em risco de vida,

novamente sem muitas especificações sobre o que realmente ameaçava sua vida. Durante o atendimento na Emergência do hospital, Ana foi descrita pela plantonista como usuária de drogas, talvez, como uma forma de justificar seu atendimento na Psiquiatria, sendo esta a minha opinião. Porém, não havia sintomas psicopatológicos que justificassem a internação, sugerindo que o tratamento fosse feito no ambulatório. Entretanto, como havia uma ordem judicial, a internação foi feita. A paciente ficou no hospital durante 10 dias, mas fugiu, sendo acolhida em um abrigo quase que imediatamente. Não há relato de intercorrências durante essa internação. Novamente, deparo-me com uma situação, no mínimo, curiosa, uma vez que uma menina de nove anos - claramente com problemas sociais e familiares - acabava internada em uma instituição psiquiátrica sem que houvesse transtorno mental específico apontado pelos profissionais que a atendiam.

Com o aprofundamento da pesquisa, entendi que a sua internação ocorreu após uma audiência ocorrida poucos dias antes. Estavam presentes, na audiência, o psiquiatra infantil responsável pelo serviço onde Ana deveria ser acompanhada, a diretora do mesmo serviço (sua especialidade era terapia ocupacional), uma representante do Programa de Família Acolhedora e um representante da equipe técnica do abrigo onde a paciente costumava ficar por certos períodos. Na assentada, está descrito que o psiquiatra afirmou que Ana não apresentava sintomas psicóticos, que não apresentava dependência de drogas, e que não havia recomendação para que seu tratamento ocorresse em regime de internação psiquiátrica. Portanto, um especialista na área posicionou-se contra a internação. Todavia, esta ocorreu de qualquer forma, levando-me a questionar, qual, então, seria o papel do especialista nessas situações? Talvez, validar as decisões feitas pelos juízes, mesmo que não houvesse concordância entre os profissionais? O que pude entender dessa decisão, semelhante a outras descritas nesta pesquisa, é de que uma instituição fechada como um hospital psiquiátrico ainda é visto como um lugar de correção de desvios e de proteção de questões sociais. O comportamento desafiador apresentado por Ana é visto como um sinal de transtorno mental, necessitando de atenção especializada e isolamento social para o seu tratamento.

Novamente, o profissional de plantão que atendeu a paciente na Emergência do hospital, na segunda internação, enfatizou o uso de drogas, como um possível transtorno mental associado a um comportamento agressivo que parece impressionar os profissionais que a atenderam. Nessa descrição, foi levantada a hipótese de um transtorno de conduta, diagnóstico reconhecido pelo Código Internacional de Doenças, porém questionado por diversos psiquiatras devido à dificuldade de determinar seus sintomas e pela indefinição sobre como proceder em relação ao tratamento e prognóstico da doença. O que percebo, no meu dia

a dia de trabalho e nas anotações recolhidas do prontuário referente a Ana, é uma conotação pejorativa atribuída a esse diagnóstico, como uma sentença de marginalidade e comportamento desafiador. Na ocasião dessa internação, foi prescrito pelo médico prometazina, uma medicação antialérgica que utilizamos para combater efeitos colaterais de medicações antipsicóticas. No entanto, nesse caso, acredito que foi utilizada para sedar a paciente. Logo, não havia, naquele momento, um propósito específico para tratamento, somente uma solução rápida para a sua agitação e comportamento errático.

Dentre os diversos documentos encontrados no prontuário, havia um parecer social do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) enviado à Vara Da Infância e Juventude, em março de 2010. Nele, há um breve relato da passagem de Ana e sua família pela equipe de assistência social do município. A sua primeira passagem pela central de recepção, onde menores de idade são encaminhados quando se encontram em situação de risco e vulnerabilidade social. Isso foi em 2008, pois Ana se encontrava morando na rua, sozinha, com oito anos de idade. Nesse documento, a sua família é descrita como bastante conflituosa. No total, são oito irmãos, quatro falecidos, além de seu pai, que, supostamente, teria sido assassinado por traficantes. Em 2009, Ana estava morando com sua mãe e uma tia, porém foi expulsa de casa (motivo não especificado), indo morar na rua. Já se pode perceber a fragilidade familiar em que Ana estava inserida. Nesse período, Ana fora abrigada pelo Conselho Tutelar, havendo uma ressalva de que não fora possível localizar sua família. Fugiu logo em seguida, sendo reencaminhada, um mês depois, ao mesmo abrigo. Quando perguntada, Ana afirmava que estava na rua porque queria. Levando em consideração o relato apresentado pela equipe, não me surpreendem as fugas de casa e do abrigo. A falta de referencial dificulta a possibilidade de criação de vínculo afetivo.

A cada nova abordagem de Ana pela equipe de assistência social, ficava clara a dificuldade dela em confiar nas pessoas, tanto que ela sempre fornecia uma versão diferente sobre a situação dos seus pais. Primeiramente, que eles estavam mortos; depois, que batiam muito nela e, por isso, não ficava em casa. A impressão que me passou, ao ler os relatos, é de que ela não queria ser encontrada. De acordo com o conselho tutelar que acompanha o caso, a mãe de Ana tem outros cinco filhos. Eles a descrevem como negligente, de forma generalizada, sem especificar como ocorre essa negligência, ou em que circunstâncias socioeconômicas a mãe de Ana se encontra. A pobreza não é colocada como potencializadora dessa situação de suposto abandono dos filhos. Fica explícito, através desse relatório, que o Conselho Tutelar estaria planejando entrar em contato com o Ministério Público para solicitar a inserção de Ana e seus irmãos no Programa de Família Acolhedora. O que pude entender do

relato é que não foi pensada uma alternativa para essa família a não ser a retirada das crianças de sua mãe.

Em julho de 2009, Ana foi novamente abrigada, após sofrer tentativa de estupro, porém fugiu do abrigo logo em seguida. Em 2010, novamente, sofreu violência sexual e foi encaminhada para abrigo, fugindo em seguida. Destaco que, nesse mesmo relatório, não há menção a possíveis consequências emocionais em função dessas sucessivas violências sofridas por Ana. Seu comportamento é sempre descrito como hostil, agressivo e evasivo, principalmente em relação a perguntas sobre sua vida, contudo não há também uma ponderação do porquê desse comportamento. Tal fato me soa estranho, pois é um documento elaborado por pessoas supostamente experientes na área da infância.

Por fim, está descrita uma reunião entre a equipe do CRAS e a mãe de Ana com o objetivo de colher mais informações sobre a situação da família. A mãe disse ser cardíaca, hipertensa, deprimida e ter problema dos nervos (SIC), além de fazer uso abusivo de álcool. Acho interessante a utilização do termo “nervos” para a descrição de um transtorno emocional, talvez com a intenção de incluí-la no pacote de doenças ditas “orgânicas”. O fato de a equipe ter destacado essa fala no relatório pode ser interpretado como uma comprovação da inadequação dessa mãe para cuidar de seus filhos, pois possui doenças físicas e emocionais, além de pouca condição econômica, que fica evidente sabendo que ela trabalhava informalmente como faxineira noturna em um bar e que ela recebia benefício do programa Bolsa Família.

Destaco algumas citações que são atribuídas à mãe de Ana, uma vez que a equipe colocou no relatório (acredito que com o intuito de criar um desconforto ao leitor). Tomamos com exemplo: *“pancada é normal para ela aprender, ela sempre aprontou muito, me xinga, me bate, eu tenho que bater muito nela mesmo.”* Há uma aparente banalização da violência como forma de castigo e correção de comportamentos não aceitos pela mãe. Outro exemplo seria: *“ninguém aguenta essa mulher, nem os irmãos querem saber dela. Ela é rebelde, agressiva”*. Ao se referir a sua filha de nove anos como mulher, parece-me haver uma aceitação dessa mãe de que não há mais a figura de criança em Ana. Com isso, as cobranças para atitudes ditas adultas poderiam ser feitas de forma mais enérgica, podendo, inclusive, levar a esse comportamento agressivo. Em outro trecho ela diz: *“Ana se prostitui por dois reais em troca de crack, ela não tem jeito, eu já estou cansada.”* Aqui me parece haver um sentimento de desistência em relação a sua filha, como se não houvesse mais nada a fazer para reverter tal situação. Sendo assim, a mãe cria soluções para resolver seu problema dizendo: *“se ela for adotada, é melhor para mim”*. Porém, parece haver uma ambiguidade na sua fala,

pois, logo em seguida, ela diz: *“a justiça é engraçada... deveria me ajudar, e não pensar em tomar minha filha... deveriam mandar minha filha pra um colégio interno, com muros bem altos, pra ela não fugir e pra que eu possa visitar.”* O isolamento social, como forma de tratamento para um comportamento desviante, parece ser uma solução para essa mãe, bem como para outras pessoas envolvidas no caso.

O parecer final diz: *“é um caso de extrema gravidade e complexidade, visto às situações de extremo risco e vulnerabilidade às quais a criança está exposta diariamente, há grave violação de direitos humanos e sociais sofrida, ao risco de morte, de contágio de doenças sexualmente transmissíveis, entre tantos outros”*.

Criou-se um cenário onde parece não haver alternativa para Ana a não ser o afastamento de sua família, sendo essa solução corroborada pelo pedido da mãe. Apesar da descrição em detalhes da situação social de Ana, não há menção de transtorno mental, somente há relatos de um comportamento hostil e reativo, onde existe, por parte da paciente, uma dificuldade de permitir a aproximação de pessoas que queiram conhecê-la melhor.

No prontuário, há diversos relatos dos técnicos que atenderam Ana durante a sua internação, descrevendo-a sempre como provocativa, demandante de atenção, porém, quando recebia atenção, já não queria mais e se mostrava agressiva com a equipe. Pelas descrições, ela parecia ter muita dificuldade em respeitar os limites e regras colocados pela instituição. Essa dificuldade em seguir as regras era sempre vista como uma falha de caráter e que precisava ser corrigida. Em vários momentos, Ana se apresentava muito agressiva, quebrando objetos e tentando agredir pessoas. Esses episódios são descritos pela equipe com indignação, utilizando adjetivos como *“indisciplinada”* e *“desrespeitosa”* para descrevê-la. A impressão que me foi passada é de que havia uma grande dificuldade de relação entre a equipe técnica e a paciente, e que, nesses momentos de explosões, não havia um preparo para cuidar da situação sem haver uma reação oposta na mesma intensidade.

Há diversos relatos da Enfermagem de que Ana sempre recusava a medicação prescrita e, por isso, era feita medicação injetável Haldol (antipsicótico potente). Apesar de haver prescrição de medicação psicotrópica para Ana, não havia justificativa médica plausível para tal procedimento, pois não existia um diagnóstico fechado, nem descrição de sintomas psicopatológicos que justificassem as prescrições. As repercussões de se utilizar medicações potentes em crianças não parecem ter sido uma questão levantada pelos psiquiatras que a atenderam, pois não há nada descrito no prontuário em relação a esse assunto.

Em outros momentos, há relatos feitos pela equipe que atendia Ana de que ela queria brincar com as pacientes adultas, criando seus próprios jogos e brincadeiras e utilizando

objetos do hospital como brinquedos. Nessas ocasiões, parece-me que Ana voltava a ser vista como uma criança por aqueles que estavam a sua volta. Em outros momentos, Ana imitava as pacientes adultas, fumando cigarros e simulando sintomas de efeito colateral das medicações psicotrópicas, algo comum nas enfermarias psiquiátricas. Podemos interpretar esses atos como somente mais um tipo de brincadeira ou talvez um efeito nocivo da institucionalização que ela vivenciava. É importante ressaltar que a mãe de Ana só a visitou um mês depois de sua internação.

As intercorrências de Ana que envolviam brigas e agressividade intensificaram-se ao longo do tempo e a equipe parecia ter cada vez menos paciência com ela. Em julho de 2010, a paciente fugiu do hospital, retornando no dia seguinte ao mesmo, levada pela equipe do abrigo. Dois dias depois, fugiu novamente e, dessa vez, não voltando por dois meses, aproximadamente.

Destaco duas situações importantes nesse caso. A primeira seria a utilização da internação psiquiátrica como forma de proteção social e a visão de que o hospital seria um local “seguro” e “protegido”, já que os abrigos e a família não conseguiam proporcionar essas condições. Porém, não vejo este posicionamento como positivo, pois mantém a ideia de que o hospital psiquiátrico consegue excluir e segregar aqueles que se encontram lá, algo que, com a reforma psiquiátrica, tenta ser combatido constantemente.

Em segundo lugar, destaco como a doença mental é uma categoria médica nebulosa e, muitas vezes, manipulada para validar concepções ainda existentes em nossa sociedade. A associação entre pobreza, desvio e transtorno mental ainda se mantém intrincada, possibilitando que situações, como a descrita acima, ocorram nos dias atuais.

Em setembro de 2010, Ana procurou espontaneamente a Emergência do hospital solicitando uma internação. No boletim de atendimento, não havia especificados motivos para essa internação, porém acredito que ela foi feita devido ao histórico de Ana na instituição, servindo, mais uma vez, como proteção social. Durante o primeiro dia de internação, ela apresentou um episódio de agitação e agressividade, sendo administrada medicação injetável (Haldol e Prometazina) além de contenção no leito (tinha subido no telhado, tentando fugir do hospital). Ela conseguiu fugir no terceiro dia. Até o fechamento desta dissertação, não havia informações sobre o paradeiro da paciente.

5.2 A tentativa de domar o indomável - O caso Bruno

O paciente que chamaremos de Bruno tem 14 anos, é pardo e morador de uma comunidade localizada na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro. O Conselho Tutelar já acompanhava seu caso desde 2005. Seu irmão mais velho fora assassinado em consequência do uso de drogas e envolvimento com o tráfico de drogas. Bruno parou de frequentar a escola aos 11 anos, quando estava cursando a Primeiro ano do ensino fundamental na mesma época em que iniciou uso de drogas. É importante destacar uma repetição de comportamento dentro da família, pois seu irmão falecido também abandonou a escola e iniciou uso de drogas cedo, sustentando seu vício com pequenos furtos e com tráfico de drogas. No prontuário, está descrito que Bruno costumava ficar na rua a maior parte do dia, cometendo pequenos furtos.

Em um relatório elaborado pelo Conselho Tutelar, em 2006, que se encontra anexado ao prontuário, há uma descrição de como Bruno era visto pela equipe que o acompanhava. Nesse texto, há relatos de que Bruno sempre apresentava comportamento desafiador, com muita dificuldade em acompanhar os conteúdos escolares e de que era considerado desobediente por seus pais e familiares. Havia um comentário feito pela equipe de que Bruno vivia com poucas regras e limites em sua casa.

Iniciou tratamento com uma equipe de saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPSI) em 2005, principalmente, por seu comportamento agressivo, mas não deu continuidade, pois se recusava a ir ao serviço e participar das atividades que eram propostas. Achei curiosa essa anotação no seu prontuário, pois, nessa época, Bruno tinha 11 anos e seus pais não conseguiam levá-lo ao seu tratamento, o que reforçou a impressão da equipe do Conselho Tutelar de que realmente seus pais não conseguiam impor limites a Bruno. Nesse mesmo relatório, foi enfatizado o comportamento agressivo de Bruno. Devido a essa dificuldade de Bruno de aderir ao tratamento no CAPSI, o Conselho Tutelar solicitou que ele fosse abrigado em uma clínica especializada para usuário de drogas. Nesse momento, ocorreu-me uma pergunta: será que tal tentativa de internação era somente para tratar o uso da droga ou também como uma forma de impor um limite a Bruno, como uma forma de contenção do seu comportamento difícil e agressivo? A função do Conselho Tutelar é de proteger a criança, oferecendo-lhe cuidados, tanto na esfera da Saúde como na social. Talvez, essa tenha sido uma tentativa de proteção, porém não podemos deixar de questionar o quanto do comportamento de Bruno não influenciou nessa decisão.

O Conselho Tutelar levou Bruno, acompanhado por seus pais, em julho de 2009, à Emergência de um hospital psiquiátrico para que ele pudesse ser internado. O médico de plantão avaliou o paciente com agressivo, porém entendeu que ele poderia manter o tratamento de forma ambulatorial. Sendo assim, foi encaminhado novamente ao CAPSI. Nesse atendimento, foram-lhe ministrados os medicamentos Haldol (antipsicótico) e Prometazina (antialérgico) injetável com a justificativa de que Bruno precisava ficar mais calmo (SIC). A utilização dessa expressão para justificar o uso de medicações com alto poder sedativo indica que, possivelmente, Bruno estava irritado, ou até agressivo. Entretanto, diante de uma possível internação, é compreensível que Bruno se descontrolasse. A equipe que está diante dessas situações dramáticas precisa ter discernimento na utilização de medicação e outras formas de contenção, sabendo das implicações físicas e emocionais que elas podem ter.

Após esse episódio, Bruno continuou a cometer assaltos para comprar drogas, vendia objetos de sua casa e era muito agressivo com sua mãe, batendo nela e desrespeitando-a. Em vários momentos, durante seus atendimentos pela equipe do CAPSI, Bruno disse que queria morrer, ameaçava jogar-se do telhado da unidade de saúde ou cortar-se com facas, mas se restringia somente a ameaças. No começo de outubro de 2009, por causa dessas constantes agressões, Bruno foi encaminhado ao abrigo pelo Conselho Tutelar. Houve um entendimento de que ele não poderia, naquele momento, morar com sua família. Apesar de no prontuário não constar um diagnóstico psiquiátrico, foram iniciadas medicações como Carbamazepina, Clonazepam e Clorpromazina com a justificativa de controlar seu comportamento agressivo. O uso de medicações de forma inespecífica é uma prática comum na psiquiatria, principalmente na área da infância e adolescência, onde estabelecer um diagnóstico pode levar anos.

No mesmo mês Bruno foi levado à Emergência do hospital psiquiátrico pelo Conselho Tutelar. Contudo, dessa vez, com o aval da Justiça, solicitando a sua internação imediata. Nesse momento, a Justiça pareceu tomar conta de um vão que foi deixado pela Saúde e pela Assistência Social que, juntas, não conseguiram, de forma mais efetiva, auxiliar essa família em um momento extremamente difícil e delicado.

De acordo com a mãe de Bruno, ele estaria jurado de morte na comunidade onde moram, continuava a usar drogas e ficava cada vez mais agressivo. Diante do pedido da Justiça, a sua internação foi feita. A história que foi contada para a equipe que os atendeu naquela noite foi de que Bruno estava em um abrigo em decorrência de uma ordem judicial para sua proteção. No entanto, tinha fugido de lá naquela semana. Segundo sua mãe, Bruno começou a ameaçar seus familiares de morte dizendo que estava trabalhando para o tráfico de

drogas. A equipe de enfermagem relatou, no prontuário, que Bruno estava muito agressivo no dia da sua internação e que foram necessários diversos enfermeiros para contê-lo no leito, sendo, também, aplicada, em vários momentos, medicação injetável (Haldol e Prometazina) com a justificativa de acalmar sua agressividade.

Desde o início de sua internação, Bruno frequentou o CAPSI onde já fazia seu tratamento. A intenção era tentar criar um vínculo entre Bruno e a instituição, dado que, no passado, isso não tinha sido possível. Diversos relatos no prontuário indicam que Bruno tentou fugir do hospital, sempre sendo impedido e, conseqüentemente, precisando ser contido fisicamente e medicado. Nos atendimentos individuais registrados no prontuário, Bruno dizia sentir muita ansiedade e abstinência de drogas, porém notei que não havia um aprofundamento sobre essas questões e outras que envolviam sua vida e sua família. Encontrei poucos registros dos atendimentos em si e mais sobre as intercorrências na enfermaria envolvendo Bruno. Este recebeu alta do hospital, em novembro de 2009, e foi acompanhado pelo Conselho Tutelar e pelo CAPSI para uma internação em uma clínica especializada no tratamento de dependência química. Essa decisão me fez pensar que, talvez, a equipe que o assistia tinha um entendimento de que seu problema principal seria o uso abusivo de drogas. Os poucos relatos sobre a vida de Bruno no prontuário e os poucos atendimentos feitos a ele durante a sua internação poderiam indicar que a equipe que o assistia entendia que seu maior problema era a droga, não considerando os fatores sociais e familiares envolvidos, como a criminalidade na sua família, a experiência de perda muito cedo, com o falecimento do seu irmão, ou talvez a pobreza e a falta de perspectiva de vida que envolve muitas famílias pobres de nossa sociedade.

O segundo relatório social encontrado no prontuário pertencia ao abrigo para onde Bruno foi encaminhado para tratamento do seu uso de drogas. Esse documento descreve diversas intercorrências na unidade, como agressão aos educadores e outros adolescentes, ameaças de morte, fugas para uso de drogas, sendo a última no final de dezembro. Nesse episódio, Bruno tentou retornar no dia seguinte à clínica, mas a equipe não o aceitou, encaminhando-o ao Conselho Tutelar da área para avaliação da sua situação. No relatório, a equipe posicionou-se contra seu retorno à unidade, dizendo que ele não apresentava condições de conviver com os outros adolescentes em tratamento. Dessa forma, ele voltou para a sua casa. Novamente, deparamo-nos com a dificuldade em contornar situações de agressividade e, nesse caso, a instituição decidiu por não mais acolher Bruno, pois ele não se encaixava nos padrões pré-estabelecidos para o tratamento.

No mesmo dia em que Bruno voltou para casa, ele foi levado pela mãe à Emergência do hospital psiquiátrico. Ela contou sobre sua fuga da clínica para dependência e sobre a proibição de seu retorno para esse tratamento. A psiquiatra de plantão descreveu, durante seu atendimento, que Bruno mostrava-se bastante hostil, utilizou adjetivos como “agressivo” e “impulsivo”. Foi tentado contato com a clínica onde ele se encontrava internado, e a equipe do local informou que ele não poderia retornar. A impressão passada desse episódio e de que ninguém queria se responsabilizar por Bruno, gerando, novamente, um vazio assistencial.

Por causa da fuga da clínica, foi preciso aguardar decisão da juíza para determinar qual seria o destino de Bruno. Com isso, a nova internação no hospital psiquiátrico tornou-se compulsória. À medida que o tempo passava, durante a internação, Bruno começou a ficar cada vez mais agressivo, tentou fugir diversas vezes, precisando ser contido fisicamente e medicado, uma repetição de tudo que ocorreu na sua internação anterior.

O CAPSI que atendia Bruno fez reuniões com o hospital psiquiátrico e com o Conselho Tutelar para tomar direções em comum relacionado ao tratamento dele. Contudo, era preciso aguardar decisão da Justiça sobre a sua internação, o que levou a uma espera em relação a sua alta, pois sua internação era compulsória. Durante esse período de espera, a mãe e o pai de Bruno alternavam-se no cuidado com ele dentro do hospital.

Um dos relatos encontrados no prontuário feito pela Enfermagem afirmava que Bruno tentou passar a mão nas genitálias de outras pacientes e, por isso, foi colocado de “castigo” no posto de enfermagem. Relações sexuais ocorrem, com certa frequência, entre os pacientes internados, todavia, quando descobertas, sanções sempre são aplicadas a esses pacientes. A utilização do termo “castigo” para qualificar uma intervenção em um paciente merece uma maior atenção, pois nos mostra que ainda há uma tendência a se moralizar o tratamento psiquiátrico, como se o que necessitasse de cuidado fosse o caráter do paciente e que seu desvio social indicaria uma forma de patologia mental.

Como havia ocorrido na outra internação, o CAPSI levava diariamente Bruno para passar o dia no seu serviço. Sua família também começou a ser atendida em uma tentativa de fortalecer o vínculo entre Bruno e a equipe do CAPSI. Em um desses dias de atendimento, Bruno fugiu, assim como havia tentado fazer no hospital. No dia seguinte, seus pais o trouxeram novamente para a internação. No dia 03 de fevereiro de 2010, após contato direto com a equipe do CAPSI e do hospital psiquiátrico, a juíza autorizou a sua alta e o encaminhando para tratamento no CAPSI.

Bruno retornou à Emergência do hospital psiquiátrico acompanhado de sua mãe no mês supracitado. Ela contou que Bruno estava na frente de casa e que foi ameaçado por

traficantes da comunidade. Com medo, ela o trouxe à Emergência para que ele pudesse ser abrigado. A internação psiquiátrica foi utilizada novamente como forma de proteção. A plantonista do dia entrou em contato com a Justiça solicitando que Bruno fosse transferido para um abrigo, o que foi feito rapidamente. Porém, alguns dias depois, a equipe do CAPSI foi informada, pelo abrigo, que Bruno fugira na noite anterior. Segundo a mãe, ele apareceu em casa, pegou algumas roupas e dinheiro e saiu.

Nesse período em que Bruno se encontrava longe de casa, ele começou a frequentar o CAPSI de forma esporádica e continuava a usar drogas. Em maio de 2010, a equipe do CAPSI ficou sabendo que Bruno estava no Instituto Padre Severino (unidade de internação para menores infratores). Foi apanhado por policiais na rua e encaminhado à delegacia. A sua mãe foi chamada a comparecer. Entretanto, ao chegar, recusou-se a levá-lo para casa. No dia seguinte, o juiz liberou Bruno, alegando que consumo de drogas não caracterizava crime. No mês de junho de 2010, novamente, Bruno se envolveu em uma confusão na rua. Supostamente, ele agredira um policial, sendo detido e encaminhado ao supracitado instituto, sendo novamente encaminhado para um abrigo.

Após dois meses nesse abrigo, Bruno fugiu e voltou para sua casa. A convivência em família sempre era descrita, pela equipe técnica, como muito conturbada, com brigas e ameaças entre todos os familiares. Sua mãe procurou o CAPSI em janeiro de 2011, queixando-se do comportamento de Bruno, dizendo que ele era agressivo com ela, que continuava usando drogas e se envolvendo em brigas de rua, a equipe pareceu perceber que a mãe de Bruno estava desorientada em relação aos cuidados com seu filho, sem saber como deveria se portar com ele. Havia, nesse trecho, um pedido de ajuda direcionado à equipe de saúde em como lidar com a criação de seu filho, o que fazer com esse comportamento desviante. Poucos dias depois, Bruno foi novamente internado no Padre Severino pelos mesmos motivos anteriores. No entanto, dessa vez, ele ficou mais tempo, sendo solto em novembro de 2011 e retornando ao seu tratamento no CAPSI. Depois desse episódio, houve uma mudança no seu comportamento, pois parou de usar drogas e cometer furtos, conseguiu um emprego, mas não quis voltar a estudar. Sua relação em casa melhorou, não tendo mais relatos dos pais de agressividade e brigas. Segundo a equipe do CAPSI, a família de Bruno ainda é acompanhada pelo CREAS.

Destaco que, entre a internação de Bruno no Padre Severino e sua alta e o subsequente acompanhamento no CAPSI, houve um lapso no tempo, pois não havia registros no prontuário sobre esse período. É importante ressaltar esse detalhe para que conclusões equivocadas não sejam levantadas, como, por exemplo, que a prisão de Bruno ser resolutive e

que teria conseguido, de alguma forma, modificá-lo. Não se sabe nada sobre esse período e o que realmente aconteceu.

5.3 A loucura está nos olhos de quem vê - O caso Clara

O caso que apresentarei a seguir foi que me motivou a fazer esta pesquisa. Quando iniciei meu trabalho em um CAPSI, durante a minha primeira reunião de equipe, eu ouvi, pela primeira vez, algo sobre Clara. Foi surpreendente que somente um caso poderia tomar conta de uma reunião de quatro horas com quase 20 profissionais, todos em busca de soluções para os problemas que surgiam ao longo do tempo. Clara é uma menina de 12 anos, parda, moradora de uma comunidade de Jacarepaguá, porém, no momento, residia com sua mãe e quatro irmãos em um abrigo de família. A família se encontrava nessa situação, pois a mãe de Clara perdera seu emprego e não conseguia pagar o aluguel.

O primeiro atendimento de Clara no CAPSI aconteceu após um encaminhamento feito pelo hospital de emergência onde ela fora atendida na noite anterior, em julho de 2010. Nessa ocasião, ela tinha subido no telhado do abrigo onde estava com sua família. Assustados com a cena, a equipe do abrigo chamou o SAMU e ela foi levada para atendimento psiquiátrico de emergência com a suspeita de tentativa de suicídio.

No CAPSI, Clara foi atendida por uma psicóloga e pela psiquiatra do serviço. Foi prescrito Fluoxetina (antidepressivo) e Risperidona (antipsicótico), sendo que a avaliação inicial foi de um quadro depressivo associado a um transtorno de conduta. Como mencionado em outro caso, há uma grande dificuldade em fechar um diagnóstico para essa faixa etária, pois é uma pessoa em formação emocional e intelectual, sujeita a influências externas e mudanças que podem acontecer em sua vida. Nesse período, ela chegou a frequentar o CAPSI de forma irregular e por um curto período de tempo. Havia uma dificuldade do abrigo em levar Clara aos seus atendimentos e sua mãe também não se mostrava disponível para tanto.

Em um dos primeiros relatórios encontrados no prontuário de Clara, apresenta-se uma descrição detalhada da trajetória de Clara no programa de família acolhedora. Esse relatório pertence à 7ª Coordenação de Assistência Social, datado de 07 de outubro de 2010 e foi enviado à Vara da Infância e Juventude que acompanhava o caso.

Clara foi inserida nesse programa, já que não conseguiu morar com seu pai, que ela conheceu no ano anterior. Foi decisão de Clara querer morar com ele por um tempo para

conhecê-lo melhor. A convivência não era tranquila, brigas eram constantes e Clara tinha muita dificuldade em respeitar seu pai. Costumava fugir da casa dele para ir para a casa de sua mãe. Ficou com ele nessa situação por alguns meses até ser devolvida à Vara da Infância.

Já a mãe de Clara tinha dificuldade em permanecer em um mesmo local, sempre trocando de casa ou ficando em abrigos de família. De acordo com o relatório, foi essa instabilidade na vida de Clara que fez com que a equipe da Assistência Social que cuidava de seu caso sugerisse a inserção dela no programa de família acolhedora. Experimentaram-se duas famílias acolhedoras no período do mês de outubro de 2010. Porém, Clara não conseguia permanecer nas casas, queixava-se de dificuldade de convivência e dos muitos conflitos que aconteciam. A impressão que me foi passada, ao ler esses relatos, é de uma insatisfação de Clara com a situação que estava vivendo, mas não sabia expressar o que sentia, ou talvez não tivesse oportunidade para isso.

Após a última tentativa de inserção em uma família acolhedora, a mãe de Clara se prontificou a ficar com sua filha, mesmo continuando em um abrigo. Por causa dessas fugas constantes de Clara, foi necessária uma audiência na Vara da Infância e Juventude para decidir com quem Clara ficaria. A juíza decidiu insistir na família acolhedora. Após ler o relatório que foi enviado à Justiça, acredito que a forma como estava descrita a mãe de Clara, enfatizando todas as suas dificuldades em lidar como comportamento de sua filha, influenciou a decisão da juíza. Nessa audiência, nem a mãe nem a filha foram ouvidas, o que considero um fato importante, pois demonstra uma indisposição da Justiça em querer entender o que estava acontecendo.

A equipe da Assistência Social retornou Clara a sua família acolhedora. Ela permaneceu lá por mais um mês, fugindo novamente. Clara disse aos educadores que a acompanhavam que sentia muita falta da sua mãe e de seus irmãos. Os encontros com sua mãe ocorriam semanalmente. Após insistência da equipe de assistência social, Clara voltou a morar com sua mãe com o aval da Justiça.

No mesmo mês de outubro, Clara foi internada em um hospital psiquiátrico. No seu prontuário, estava relatado que o motivo da internação foi porque ela havia subido no telhado do abrigo onde estava com sua família. Segundo Clara, ela não queria mais ficar lá, por isso subiu no telhado. A equipe que a atendia tentou ponderar com ela sobre seu ato, mas não conseguiu muita coisa, pois ela se recusava a falar. O médico de plantão que a atendeu descreveu seu comportamento como agressivo, que apresentava ideação persecutória e risco de suicídio, colocando como hipótese diagnóstica F29 (transtorno psicótico não especificado), que, para mim, significa que não se sabe o que a paciente tem, mas é preciso ter uma resposta

para esse comportamento dito desviante. A equipe do hospital, a princípio, pontuou que não havia indicação de internação, mas que esta foi feita, por causa da insistência na equipe do abrigo. Havia um medo de que, mesmo por acidente, Clara poderia se machucar e a equipe do abrigo não se mostrava preparada para lidar com esta situação limite.

Alguns dias após a internação, uma audiência foi feita para que o Judiciário entendesse como tudo aconteceu e o que deveria ser feito naquele momento. A equipe técnica do Conselho Tutelar contou sua versão da história, dizendo que a adolescente foi internada por apresentar um “surto psicótico” (assim foi colocado na assentada da audiência) e que tinha tentado suicídio. Por causa do histórico da paciente, o Conselho Tutelar sugeriu uma transferência da paciente do abrigo para uma residência terapêutica, que seria uma unidade especializada em pacientes com transtornos mentais graves, sem condições de gerir a própria vida, necessitando de cuidados constantes. A maioria dos pacientes nessa condição estava internada nos antigos manicômios por longos períodos. Portanto, não me parece uma sugestão muito coerente para uma menina de 12 anos que possui uma família.

Durante a mesma audiência, foi entregue um sumário psicossocial elaborado pelo abrigo onde Clara se encontrava. Nele, havia uma descrição do período em que Clara ficou nesse abrigo. Nos dois dias seguintes ao seu acolhimento, Clara tentou fugir por diversas vezes, sempre dizendo que queria ver suas irmãs e sua mãe. O relatório descreve o episódio em que Clara sobe no muro da instituição, a equipe fica com medo que ela se jogue e chama os bombeiros e estes a encaminham para a Emergência do hospital psiquiátrico. Ao final do relatório, há um parecer psicológico que sugere que Clara sofre de transtorno de personalidade e de humor necessitando ser acompanhada sistematicamente para reorganização de personalidade (SIC). Achei interessantes os termos utilizados nesse parecer, ao mesmo tempo em que tenta passar uma ideia de gravidade e, talvez, dificuldade em relação ao tratamento. Há uma falta de especificidade no diagnóstico psiquiátrico. Como disse anteriormente, ainda não havia um consenso entre os profissionais que atendiam Clara sobre seu diagnóstico. Menciona também a negligência dos pais como fator causal para seu comportamento e traços persecutórios. Há um caráter moralizador nesse comentário, afirmando que, por causa do seu meio, Clara é do jeito que é (SIC). O que percebi, em todos os casos que li, e na minha experiência como médica psiquiatra, é que os pais são constantemente culpados em relação aos problemas comportamentais dos filhos, muitas vezes, como uma forma de desresponsabilizar a equipe de saúde e assistência que atende aquela família.

Em conversas transcritas no prontuário entre a equipe do CAPSI e a equipe do abrigo, ficou claro o receio de que Clara ficasse agressiva durante a sua audiência e, por isso, ela não compareceu à mesma. Foi usada a expressão quebrar tudo (SIC) para descrever o que Clara poderia fazer durante a conversa com a juíza. Talvez, esse medo da equipe do abrigo tenha transparecido na audiência e, junto com o relatório, tenha contribuído para a decisão da juíza em manter a internação compulsória.

A equipe do hospital manteve contato com a mãe de Clara, sempre a atualizando sobre a situação da internação e pedindo que ela a visitasse, mas foram poucas as vezes em que ela compareceu ao hospital. Durante essa primeira internação, Clara frequentou o CAPSI quase que diariamente, consequência de um acordo feito para que ela não passasse o dia todo à toa no hospital. Ela participou de diversas oficinas e era atendida diariamente. Pelos relatos analisados, parecia aproveitar bastante o tempo que passava no CAPSI.

Apesar desses momentos de tranquilidade, Clara apresentou episódios de agitação e agressividade enquanto ficava na Enfermaria do hospital. Em alguns momentos, foram utilizadas amarras para contenção física dela, junto com uma prescrição extensa que incluía vários antipsicóticos e sedativos. No prontuário, ela era descrita, pela enfermagem, como agressiva e de humor exaltado, termos utilizados de forma repetitiva.

Em novembro 2010, um relatório foi elaborado pela equipe técnica do CAPSI e enviado à Justiça solicitando a sua alta. Esse documento explicava ao juizado que Clara não apresentava alteração psicopatológica que justificasse uma internação. Indicava que ela deveria morar com sua família. Afirmava também que não havia indicação de residência terapêutica (solicitação feita pela Justiça). Esse posicionamento da equipe do CAPSI, que discordava da assistência social, era importante de ser feito para que a opinião da saúde mental fosse explicitada.

No mês seguinte, foi entregue à Justiça, um relatório elaborado pela equipe de assistência social. Nesse documento, está descrito que a mãe de Clara possuía uma renda inferior a um salário mínimo, que ela morava em uma residência alugada, trabalhava como manicure, de forma informal, e percebia pensão do pai de Clara. Recentemente, tinha sido contemplada com auxílio aluguel, que utilizava para reformar a sua casa, que se encontrava em péssimas condições.

Já a equipe técnica do hospital psiquiátrico enviou à Justiça um relatório, no mesmo mês, apontando que Clara se encontrava de alta médica e que a permanência dela no hospital era prejudicial, pois ela se encontrava em convívio com pacientes que possuíam transtornos mentais graves.

Na audiência que aconteceu em dezembro, para reavaliação do caso, estavam presentes representantes do CAPSI, do hospital psiquiátrico, do abrigo, da Coordenação de Saúde Mental, da Defensoria Pública, da Promotoria e a mãe de Clara. O CAPSI foi o primeiro a falar, dizendo que o tratamento de Clara poderia ser feito fora do hospital e que ela deveria morar com sua mãe. Pelo hospital, foi dito que a mãe de Clara fazia visitas frequentes à filha e que desejava estar com esta e reforçou a posição de que seu tratamento poderia ser feito fora da internação. Já a mãe de Clara falou que o relacionamento com sua filha era difícil, porém tinha desejo de estar com Clara. Aproveitou para pedir que fosse feito procedimento de ligadura de suas trompas, pois já possuía 7 filhos. Pelo abrigo, foi dito que Clara apresentou diversos episódios de agressividade na instituição, o que justificaria a sua internação. A Coordenação de Saúde Mental afirmou que o tratamento deveria ser feito no CAPSI. A Defensoria Pública solicitou a reintegração familiar de Clara.

Após a audiência descrita acima, Clara recebeu alta e foi morar com sua mãe e mais três irmãs em uma casa paga com recursos oriundos de aluguel social. Continuou seu tratamento no CAPSI, apesar de algumas dificuldades em comparecer nos dias agendados. Em janeiro de 2011, Clara voltou a falar nos seus atendimentos que não queria mais morar com sua mãe e que gostaria de voltar para o hospital, que deixou de ser, para Clara, um lugar de tratamento para se tornar um lar. Sua principal reclamação era que não sabia conviver com sua mãe e as brigas eram constantes.

No final de janeiro, Clara chegou ao CAPSI se queixando muito de sua mãe. Começou a dizer que ela usava drogas e álcool e que mantinha um relacionamento amoroso com um garoto de 17 anos, que estaria morando com eles. Falou do seu desconforto em relação a essa situação e de como não sabia lidar com esse problema. Ela contou também que não foi matriculada na escola e que precisava cuidar de suas irmãs menores durante o dia, pois sua mãe precisava trabalhar. Insistiu que preferia morar em um abrigo ou voltar para o hospital. Nesse dia, Clara se cortou com um estilete em casa e mostrou os cortes à equipe do CAPSI. O pedido de ajuda ficava claro nesse momento do relato e o quanto é importante estar disposto a ouvir pacientes com esse tipo de sofrimento, devido a sua instabilidade emocional.

No dia seguinte, a equipe do CAPSI fez uma visita domiciliar para avaliar a situação da família de Clara. A mãe estava em casa e contou que se sentia muito sozinha e sem condições de cuidar de seus filhos. Dizia acreditar que essas dificuldades eram decorrentes de um relacionamento ruim que viveu com o pai de Clara, que era muito violento, e que, devido a isso, não saberia fazer diferente. Nesse momento, quem pediu ajuda foi a mãe e ela precisava estar bem emocionalmente para cuidar de seus filhos.

Em fevereiro, Clara foi novamente ao CAPSI contando que estava insuportável conviver com sua mãe e pediu que fosse abrigada. A equipe decidiu encaminhar Clara ao Conselho Tutelar para que fosse disponibilizada uma vaga de pernoite na Central Carioca. No dia seguinte, Clara chegou ao CAPSI acompanhada por um conselheiro que disse ter sido agredido por ela. Para que a situação não se agravasse, foi solicitada, por intermédio do Conselho Tutelar, uma vaga no Abrigo do Catete. Assim, ela não precisaria voltar para casa ou para a Central Carioca. Nas visitas feitas pelo CAPSI ao abrigo, Clara parecia satisfeita com essa situação. Porém, alguns dias depois, ela foi transferida para outro abrigo. Isso aconteceu, pois, de acordo com a equipe do abrigo, Clara tomou vários comprimidos que pegou de um dos cuidadores. Por causa desse fato, foi levada para atendimento emergencial em uma UPA. Os profissionais da Vara da Infância e Juventude entenderam que Clara corria risco de vida e precisava ficar em um abrigo com cuidados especiais. Por isso, encaminhou-a para um local de neuropatas.

Após alguns dias, nesse abrigo, Clara foi novamente realocada para um novo abrigo. Dessa vez, para adolescentes sem problemas neurológicos ou clínicos. Contudo, ela não permaneceu lá por muito tempo. De acordo com relatos feitos pela equipe do abrigo, Clara pegou uma foice que estava no pátio e ameaçou outras adolescentes durante uma briga. Uma equipe do SAMU foi acionada e, novamente, Clara foi levada à Emergência do hospital psiquiátrico. Ela foi avaliada pelo plantonista que prescreveu uma combinação de antipsicóticos e sedativos injetáveis e foi liberada para voltar ao abrigo. A hipótese diagnóstica interrogada na ficha de entrada foi F29 (psicose não especificada) e F60 (transtorno de personalidade, um diagnóstico que só pode ser atribuído depois dos dezoito anos).

No dia seguinte, a equipe do CAPSI solicitou uma internação provisória da paciente levando em consideração os fatos ocorridos, então, recentemente. Foi elaborado um relatório para a Justiça informando as dificuldades de Clara de se estabelecer nos abrigos e solicitando que ela fosse internada com a finalidade de conter sua agressividade, pensando em evitar que alguém se machucasse.

Logo após a internação, a equipe do CAPSI elaborou um ofício solicitando que a Vara da Infância e Juventude chamasse a mãe de Clara para que comparecesse ao local de atendimento de sua filha e cumprisse com os combinados feitos pela equipe. No mesmo dia, foi enviado um telegrama à mãe de Clara informando que ela estava internada no hospital psiquiátrico. A impressão que me foi passada ao ler esse trecho do prontuário é que o CAPSI se mostrou fragilizado com os pedidos constantes de ajuda de Clara e sua mãe e a pouca

efetividade que o tratamento estava tendo e talvez, por isso, foi necessário recorrer à Justiça para que soluções mais imediatas pudessem ser tomadas.

Assim como na primeira internação, Clara apresentou diversos episódios de conflitos e agressividades. Em um deles, ingeriu medicação de outra paciente dizendo que gostaria de dormir para sempre (SIC). Nesse mesmo dia, ela soube do falecimento de sua avó e falou, durante seu atendimento, que sentia muita vontade de morrer e, devido a isso, tomou os comprimidos. Ao longo das semanas, começou a queixar-se de insônia e sempre pedia para ser medicado, comportamento que poderia ser considerado institucionalizado, pois os pacientes que permanecem muito tempo em um hospital psiquiátrico costumam fazer esse tipo de pedido. A equipe do hospital começou a apontar que Clara parecia estar se sentindo dona do hospital (SIC) e que, constantemente, mostrava-se ameaçadora a outros pacientes e à equipe técnica. Estava se criando uma cultura do medo em volta de Clara.

Em junho de 2011, uma nova audiência aconteceu com a presença do CAPSI, que ressaltou que a mãe de Clara fez algumas visitas a esta no hospital. Foram feitas algumas tentativas de contato com o pai de Clara, porém o mesmo não se mostrou disponível para conversar com a equipe. Novamente, foi sugerido que Clara recebesse alta e fizesse o seu tratamento no CAPSI e que ela fosse reintegrada à sua família. A juíza disse que, através dos dados coletados do prontuário, ficava evidente que Clara não poderia conviver em sociedade, pois colocava sua vida e de terceiros em risco. Ela também ressaltou uma ocorrência durante a sua internação em março, em que, supostamente, agarrara um vergalhão com o intuito de se matar. A juíza também afirmou que não havia sido apresentado, até a presente data, um diagnóstico da paciente e, por isso, nomeou uma perita para avaliar o caso, solicitando o diagnóstico, se as medicações utilizadas seriam para pacientes psicóticos e se a paciente poderia ser tratada em ambiente aberto. Nesse momento, a juíza autorizou que Clara fizesse visitas à casa da mãe podendo passar os finais de semana com ela. Parece que a juíza, nesse caso, utilizou as falas encontradas no prontuário para tomar a sua decisão, considerando que Clara era um perigo para a sociedade, talvez uma opinião compartilhada por muitos que a atendiam.

Uma reunião subsequente entre CAPSI, o hospital psiquiátrico e a Assessoria da Saúde Mental foi feita, onde ficaram combinados os dias da licença de Clara e como ela seria levada até sua casa. Algumas tentativas foram feitas para que essas visitas ocorressem, porém sempre a mãe de Clara não estava em casa. A dificuldade em visitar a mãe gerou diversos episódios de agressividade no hospital. Ela se cortou algumas vezes com tiras de metal de uma lata de refrigerante, subiu no telhado do hospital ameaçando se jogar ou fugir. Em todas

essas situações, houve grande mobilização dos funcionários do hospital e, em alguns momentos, foi utilizada contenção física e medicamentosa.

Durante o mês de junho e julho de 2011, Clara conseguiu sair de licença durante os fins de semana para ficar junto a sua mãe, com a supervisão do CAPSI. As licenças ocorreram com tranquilidade. Em sua última licença, antes de receber alta, em julho, apresentou dificuldade em querer sair do hospital, dizia: “*não quero ir para casa da minha mãe, estou acostumada a ficar aqui*”. Esta fala me chama atenção para um sentimento de pertencimento que Clara parecia estar desenvolvendo com o hospital e a internação, algo comum em pacientes institucionalizados.

Em seguida, uma nova audiência na Vara da Infância e Juventude ocorreu. Nela, estavam presentes as equipes do hospital psiquiátrico e do CAPSI, além da equipe da 7ª Coordenadoria Regional de Educação (CRE). A equipe do hospital contou que a CRE não enviou um professor para Clara durante a sua internação como havia sido determinado pela juíza na última audiência. Para que Clara recebesse alta, foi necessário um acordo entre a equipe do CAPSI e do Juizado. Ela deveria frequentar, todos os dias, o serviço das 9 às 16 horas e que não poderia frequentar a escola, pois a juíza ainda considerava que Clara não era capaz de conviver com outros adolescentes. Era necessário que também fosse feito um relatório de acompanhamento pela 7ª CRE e pelo CAPSI. O pai de Clara foi intimado a comparecer ao CAPSI todas as sextas para atendimento com uma psicóloga. Também foi solicitado um relatório sobre o caso para a psicóloga da Justiça. Portanto, apesar de Clara ter saído da internação, ela ainda não poderia ser inserida na sociedade, sendo privada da convivência com outros adolescentes, uma vez que não poderia frequentar a escola, sendo obrigada a passar o dia no CAPSI, que se tornou um local de vigilância e controle para Clara.

Nos dias subsequentes à alta, Clara não conseguiu frequentar o CAPSI diariamente, como foi determinado. Dizia não ter dinheiro para a passagem e, depois, que a comunidade em que morava estava em conflito e que traficantes ameaçaram sua mãe, expulsando-a de casa. Novamente, a questão social atravessa a vida de Clara, comprometendo sua vida e dificultando o seu acompanhamento pela saúde mental.

Após vários pedidos de ajuda de Clara à equipe do CAPSI em relação à situação que estava passando, um relatório foi escrito e enviado à Justiça contando sobre a dificuldade financeira de Clara para frequentar o serviço diariamente. Menciona que o passe-livre havia sido solicitado, porém havia uma demora na entrega de, pelo menos, três meses. Também foi relatado o conflito na comunidade onde Clara morava, explicando que sua mãe tinha sido expulsa de sua casa e estava morando, junto com suas filhas, com uma amiga em outro local

mais distante. O relatório pedia ajuda à Justiça para que ela conseguisse intervir junto com a assistência social nessa situação, talvez conseguindo um abrigo provisório para a família de Clara.

No início de setembro, Clara foi ao Conselho Tutelar junto a suas duas irmãs mais novas pedindo para que elas fossem abrigadas. Ela contou que sua mãe precisou fugir com a filha mais velha, pois ela estava sendo ameaçada por traficantes da comunidade. A equipe do CAPSI foi informada dessa situação pelo Conselho Tutelar e Clara foi abrigada junto com as suas irmãs. No dia seguinte, a mãe de Clara também foi ao Conselho Tutelar e participou de uma reunião junto com o CAPSI. Sua filha mais velha também foi abrigada junto com as irmãs. No próximo dia, o CAPSI realizou uma visita institucional ao abrigo onde Clara estava. Entretanto, ao chegar lá, foi informado de que ela fora transferida para outro abrigo ficando junto com sua irmã mais velha.

Após alguns dias, o CAPSI foi avisado pelo hospital psiquiátrico de que Clara fora atendida na Emergência junto com outra adolescente do abrigo. Foram levadas pelo SAMU, que foi acionado pelo abrigo onde se encontravam. A equipe do abrigo contou que Clara, junto com a outra adolescente, quebraram todo o abrigo (SIC). Assim que chegaram ao hospital, o abrigo já tinha conseguido uma ordem de internação compulsória. No boletim de entrada, não havia hipótese diagnóstica e não havia descrição de como Clara estava. Foi feita uma medicação sedativa. Em uma reunião feita subsequentemente entre o abrigo e o CAPSI, foi dito, por uma funcionária, que houve uma briga generalizada entre as adolescentes, mas que Clara pagou o pato (SIC). Entendi, por essa fala, que ela não foi culpada diretamente pela briga. Contudo, por causa de seu histórico psiquiátrico, ela foi punida com uma internação.

Uma nova audiência foi feita. Nela, a juíza falou que Clara sempre se colocava em risco quando estava em sociedade, que a mãe de Clara mantinha um relacionamento com um traficante, o que colocaria em risco a sua vida e, por isso, não havia possibilidade de reintegração familiar. Sendo assim, o MP entrou com uma ação de perda do poder familiar. A juíza afirmou que Clara não podia ficar em abrigos, pois poderia matar as crianças, os adolescentes e os funcionários e concluiu que Clara era uma ameaça a todos os munícipes e que, por conta disso, deveria permanecer internada independentemente da alta médica. Todo esse discurso da juíza foi embasado pelos relatórios dos abrigos e das instituições que a acompanhavam, sendo ela descrita como uma ameaça. Houve um entendimento da Justiça de que Clara era incorrigível, não havendo possibilidade de cuidado e que a única solução seria o seu total isolamento, apesar de a equipe de saúde mental já ter sinalizado que esse não seria o melhor caminho.

Durante essa nova internação, Clara frequentou o CAPSI diariamente, participando das oficinas e atendimentos individuais. Pelos relatos no prontuário, a ideia era tirar Clara da convivência com outros pacientes crônicos do hospital. A equipe do CAPSI, junto com a equipe do hospital, decidiu que seria benéfico à Clara que ela saísse aos finais de semana, junto com alguém da equipe técnica, mesmo que contrariando uma ordem da Justiça de que ela deveria permanecer reclusa. Novamente, havia um entendimento de que era importante afastar Clara do ambiente hospitalar.

Clara continuava a criar situações de conflito com outros pacientes e com a equipe do hospital, mas com uma intensidade e frequência bem menor. A impressão que tive foi de que Clara começava a perceber que esse comportamento a prejudicava muito. Além dessas mudanças, Clara foi diagnosticada como hipertensa, ela estava bem acima do peso, consequência do uso prolongado de medicações psiquiátricas.

Alguns meses se passaram até que a equipe do hospital encaminhasse um novo relatório à Justiça. Nele, era enfatizado que a internação era prejudicial, pois Clara estava convivendo com pacientes psiquiátricos em quadros agudos e graves, além de usuários de drogas em tratamento. A equipe também reforçava a importância de reintegração familiar e que o tratamento deve ser feito no CAPSI.

No final de novembro, a juíza que substituíra a titular do caso ordenou a alta de Clara, baseada nas solicitações do hospital e do CAPSI. Porém, quando um dos técnicos dirigiu-se ao fórum para obter mais informações, soube que a juíza titular havia entrado em contato com a substituta e solicitado a permanência da internação.

Por causa desse impasse entre a equipe de saúde e a Justiça, a Coordenação de Saúde Mental entrou em contato com uma defensora pública para assumir o caso de Clara. Com isso, seria tentado um *Habeas Corpus*. Após contato pela equipe do CAPSI e do hospital com a Comissão de Direitos Humanos da ALERJ, Clara conseguiu uma matrícula para estudar em fevereiro de 2012, mesmo em regime de internação. Foi preciso enfrentar a Justiça e pedir ajuda de outros órgãos para que a situação de Clara começasse a mudar.

Em janeiro de 2012, ela fugiu do hospital e foi para o CAPSI, onde contou a um técnico que estava com medo, já que, na noite anterior depois de se recusar a tomar a medicação, foi ameaçada pelo enfermeiro de plantão. De acordo com Clara, ele disse que se não tomasse o remédio, ele iria bater nela (SIC). Esse episódio nunca foi investigado. Além de não querer tomar os remédios prescritos, Clara começou a fumar e sempre que ficava irritada ou contrariada pedia medicação sedativa, um comportamento característico de pacientes de longa internação.

Alguns meses depois, após a interferência de uma nova defensora pública no caso, Clara recebeu alta, com o aval de um desembargador. Ela foi colocada em um abrigo, mas ficou proibida, pela juíza, de ver sua família, pois havia um processo de destituição familiar. Continuou a frequentar a mesma escola em que estava matriculada durante a sua internação. Apresentou dificuldade em permanecer nas aulas, sempre querendo faltar. Dizia que ouvia xingamentos dos outros alunos, eles descobriam que ela ficou internada em um hospital psiquiátrico. Foram necessárias diversas reuniões entre o CAPSI e a direção da escola para melhorar a relação dela com os outros alunos. Após essas reuniões, o seu comportamento na escola melhorou além do seu desempenho, conseguindo acompanhar o ritmo de estudo e apresentando boas notas. Clara foi inserida no Programa Jovem Aprendiz para iniciar estágio de trabalho.

No abrigo, também apresentava dificuldade de convivência com os outros adolescentes e os educadores. Há diversos relatos de brigas e agressões, em que ela ameaçava os educadores, quebrava objetos, portas, computador, sempre quando era contrariada. Novamente, a equipe do CAPSI precisou realizar diversas reuniões com a equipe do abrigo para melhorar a convivência entre Clara e os outros moradores do abrigo. Ela não entendia por que não poderia mais ver sua mãe e irmãs e começava a fugir semanalmente do abrigo para visitar sua casa.

Depois da audiência de acompanhamento do caso, a juíza e promotora falaram para Clara que ela deveria esquecer sua mãe e suas irmãs, pois ela jamais as veria novamente. Após esse dia, Clara começou a falar em querer morrer, em fugir para qualquer lugar, em morar na rua, disse ter perdido tudo, começou a apresentar dificuldade de dormir, começou a faltar às aulas na escola e a desacatar os educadores do abrigo. Em certo momento, ela disse ao um técnico do abrigo: *“Precisava a juíza falar aquelas coisas para mim? O que eu fiz para ela?”*. Após essa audiência, suas fugas se intensificaram, não somente para casa da mãe, mas também para casa do pai e para a rua com outros adolescentes. Seu retorno ao abrigo sempre ocorria em pouco tempo e por vontade própria. Através das falas da juíza, eu percebi que havia uma questão pessoal envolvida nesse caso, claro que isso é especulação, mas era a sensação transmitida a todos os envolvidos no caso.

Após uma de suas diversas fugas, Clara e sua irmã foram levadas da casa da sua mãe para central de abrigos pelo oficial de justiça. Contudo, Clara fugiu da central de abrigos e passou a noite na rua andando pelo centro da cidade. No CAPSI, contou que precisou fugir, pois ficou com medo de um educador. Segundo ela, foram feitas diversas ameaças verbais caso ela não o obedecesse. Essa denúncia foi levada a sua defensora pública que acionou o

Ministério Público. Isso resultou na demissão de diversos funcionários e da instalação de uma sindicância na central de abrigos.

Clara continua a ser acompanhada pelo CAPSI e ainda reside em um abrigo. A questão em relação a sua mãe continua a ser avaliada pela Justiça, pois a destituição do poder familiar ainda não foi finalizada. A mãe de Clara está lutando na Justiça para conseguir a guarda de sua filha.

5.4 Um grande vazio - Quando não se sabe o que fazer: O caso Daniel

O último caso a ser apresentado é de um menino de 16 anos, de cor branca, morador de uma comunidade na zona oeste do Rio de Janeiro. Chamá-lo-emos Daniel. Em outubro de 2012, ele foi levado pelos bombeiros à Emergência do hospital psiquiátrico para cumprir uma ordem judicial de internação, baseada em relatos feitos pela mãe de Daniel a uma juíza. No boletim de entrada do hospital, o diagnóstico inicial foi de uso de drogas, que teria se iniciado aos 12 anos. Sua tia, que o acompanhava, contou que Daniel ficava vagando pelas ruas de sua comunidade e tinha abandonado os estudos na terceira série. Seu pai faleceu de tuberculose, era um homem agressivo, que obrigava Daniel a roubar e a mendigar. Sua mãe o criava sozinho junto com dois outros irmãos. Portanto, sua família era bastante fragilizada dentro de um contexto de pobreza e privação de figuras parentais.

Daniel já tinha sido internado antes em um hospital geral para tratamento de sua dependência, mas fugiu em poucos dias. Também já tinha sido encaminhado ao CAPSI para acompanhamento, mas não ia aos atendimentos e sua mãe também não conseguia cumprir com os combinados que eram feitos. Suas medicações tinham como propósito sedar e controlar sua impulsividade e agressividade.

Durante a internação, sua mãe foi atendida, diversas vezes, pela equipe do hospital. Ela contou que Daniel era violento, principalmente, depois de usar drogas e que tinha se envolvido com o tráfico para sustentar seu vício. Relata também que Daniel apresentava comportamentos bizarros como andar pelado dentro de casa e passar fezes nas paredes. A sua intenção, ao pedir uma internação ao juizado, era fazer com que Daniel aceitasse um tratamento.

Foram descritos diversos episódios de agressividade durante a sua internação, que incluíam brigas com outros pacientes, ameaças de morte a funcionários e até contra a sua mãe.

Em um dos episódios, ocorreu uma ameaça aos seguranças do hospital, Daniel dizia que, se não o deixassem sair, ele voltaria depois para acertar as contas (SIC). Nesses momentos, foi utilizada contenção física e medicamentosa para controlar a situação. Por causa dessas intercorrências, a equipe do CAPSI foi chamada para iniciar um atendimento e tentar criar um vínculo com Daniel. Há também diversos relatos da enfermagem de que a mãe do paciente não ficava com ele na internação, saía várias vezes do hospital sem avisar ou ficava na guarita dos seguranças conversando com eles. Novamente, é importante destacar que os relatos dessas confusões sempre são carregados de emoção e, muitas vezes, passando um sentimento de raiva ao leitor, que a convivência parecia insuportável com esse tipo de comportamento dentro do hospital.

Daniel insistia em receber alta do hospital e prometia que iria manter seu tratamento no CAPSI. Em novembro, tentou fugir sendo impedido pelos seguranças. Repetia que estava com muita saudade de sua irmã mais nova e queria vê-la. Desse dia em diante, há diversos relatos da enfermagem de que o paciente se mostrava agressivo com a equipe técnica e com os outros pacientes, sendo necessária a aplicação de medicação injetável e contenção física. Falava, a todo instante, que estava de saco cheio (SIC) de ficar internado, ameaçando fugir sempre.

Finalmente, no final de novembro, conseguiu fugir do hospital pelo telhado e foi direto para casa da sua mãe. Ela, prontamente, chamou o SAMU que levou Daniel de volta à Emergência do hospital psiquiátrico. O paciente contou à equipe técnica que fugiu, pois estava com saudades de sua irmã e queria usar drogas. Disse que somente ingeriu álcool, ficou agressivo e bateu na sua tia.

Depois do seu retorno à internação, a mãe de Daniel ficou bastante ausente e ele percebia essa ausência e se queixava bastante, também demonstrava insatisfação em estar internado, dizendo para equipe que não era louco e não precisava ficar naquele hospital. Falava bastante de estar preocupado em ficar internado durante o Natal. Em um novo episódio de agressividade, tentou enforcar outro paciente. Foi descrito que parecia não apresentar remorso depois desses rompantes de agressividade.

Em dezembro, foi solicitado, pela Justiça, um relatório médico do paciente. Esse foi o primeiro pedido feito pela Justiça desde a internação em outubro. Todavia, o paciente fugiu antes que supracitado documento pudesse ser enviado.

Em maio de 2013, o hospital psiquiátrico recebeu novo mandado de internação compulsória a ser cumprido com pena de desobediência, caso o paciente recebesse alta médica. Segundo a médica de plantão, o paciente chegou à Emergência do hospital escoltado

pela PM, CBMERJ e um oficial de justiça. Não havia familiar presente e foi trazido de sua casa. A equipe do hospital ficou sabendo que Daniel não deu continuidade ao tratamento no CAPSI e voltou a usar crack e álcool. Segundo relato da enfermagem, ele estava bastante sujo, com roupas velhas e se encontrava emagrecido. Não ficou muito tempo no hospital, pois fugiu novamente pelo telhado. Não há mais notícias sobre Daniel.

Apesar desse caso não ter muitos detalhes no prontuário, principalmente ofícios da Justiça e da Assistência Social, pude perceber que havia uma distorção do uso da internação psiquiátrica. Nesse caso, esta novamente foi feita, talvez, com o intuito de proteção e de forçar um tratamento para a dependência química. Seu comportamento agressivo parece ter contribuído para a impressão daqueles que estavam envolvidos no caso, como Justiça e Assistência Social, de que Daniel poderia ser portador de algum transtorno mental, apesar de essa hipótese não ter sido levantada pela equipe técnica de saúde que o acompanhava.

Daniel já estava cometendo pequenos furtos e participando do tráfico de drogas, tendo uma função, não somente de sustentar o vício, mas como uma profissão. Há indicativos, nesse caso, de que, novamente, a relação entre comportamento desviante e doença mental foi reforçada, através da insistência da Justiça em encaminhar o paciente para uma internação em um hospital psiquiátrico, repleto de pacientes com graves comprometimentos mentais.

6 REFLEXÕES SOBRE OS CASOS

Neste capítulo, serão abordados temas que foram levantados pelos casos acima apresentados, questões que apontam para um entendimento de por que essas interações ocorreram. Um diálogo entre a teoria e prática será tecido e, com isso, tentaremos traçar a trajetória que foi construída para cada caso e seu desfecho. A discussão foi dividida em quatro partes: A difícil arte de exercer a Psiquiatria, Afinal; o que é ser normal?; O domínio do saber: formas de controle social; e O pior cego é aquele que não quer ver - A família relegada.

6.1 A difícil arte de exercer a Psiquiatria

Nos dias atuais, a evolução do conhecimento científico apresenta-se de forma ágil e constante, exigindo, daqueles que se utilizam de suas informações, a necessidade de atualização de seus conhecimentos. A ciência, atualmente, apresenta um padrão de transformação acelerado, em que novas teorias e mudanças são apresentadas, não somente para o meio científico, mas para a população em geral. A psiquiatria, por fazer parte da medicina, também necessita de novidades, principalmente de conteúdo biológico e farmacológico, para responder à intensa demanda por conhecimento e explicar os transtornos mentais. Porém, é importante pontuar que, diferentemente das outras áreas médicas, a psiquiatria ainda não conta com recursos biológicos ou visuais de diagnósticos. Os transtornos mentais são descritos através de sinais e sintomas colhidos durante uma anamnese, e é utilizado um sistema de classificação desses sintomas para determinar qual transtorno mental se apresenta. Segundo Para Kutchins:

Constructs are abstract concepts of something that is not real in the physical sense that a spoon or motorcycle or cat can be seen and touched. Constructs are shared ideas, supported by general agreement. (1997, p. 23)¹

¹ *Constructos são conceitos abstratos para algo que não é fisicamente real, no sentido como uma colher, motocicleta ou um gato, que podem ser vistos e tocados. Constructos são ideias compartilhadas, apoiadas por uma aceitação generalizada. – tradução da autora*

Para o autor, essa forma de classificação pode ser descrita como *constructo*, que seria algo abstrato, necessitando ser aceito por um grupo como verdade, assim como ele menciona em seu trabalho:

É importante mencionar esse conceito, pois um *constructo* pode ser modificado com o tempo, não por causa de novas descobertas científicas, mas sim por influências externas como mudanças políticas e sociais. Determinar o que pode ser considerado como comportamento normal e socialmente adequado e o que se apresenta fora da curva mostra-se complexo e delicado. Como determinar esse limite sem ser arbitrário? Para o autor Kutchins (1997), as fronteiras para doenças mentais são nebulosas e, muitas vezes, podem levar a patologização de experiências humanas, que, outrora, poderiam ser consideradas normais. Essa ideia é também reforçada no trabalho de Szazs (1978) ao afirmar que, nos dias atuais, transformamos questões sociais e políticas em doenças:

Atualmente, esse processo de tornar médicos e psiquiátricos e, em geral, técnicos os problemas pessoais, sociais e políticos, como têm sido notados frequentemente, é uma característica dominante na era moderna e burocrática. (1978, p.13)

Um maior cuidado se faz necessário quando nos deparamos com conceitos que são socialmente construídos por uma categoria profissional, como os transtornos mentais na psiquiatria. Até que ponto a determinação de que um paciente possui um sintoma psicopatológico e não uma reação natural humana é feita em benefício do seu bem-estar e não uma resposta a conjecturas morais em função do desvio de comportamento que ele apresenta? Em casos específicos, seria possível fazermos um questionamento da validade desse diagnóstico psiquiátrico, como Kutchins (1997) menciona em seu trabalho, que a validade de um *constructo* depende do quanto se acredita nele.

Em relação aos casos apresentados, percebi uma discrepância nos diagnósticos psiquiátricos atribuídos aos pacientes. A cada atendimento feito por um psiquiatra diferente, havia apontamentos distintos em relação a sintomas psicopatológicos percebidos e, dessa forma, diferentes diagnósticos foram elaborados. As classificações diagnósticas foram elaboradas com o intuito de uniformizar a psiquiatria, criar uma única língua e estreitar o entendimento da classe profissional, porém o que eu percebo é uma grande brecha para interpretações pessoais do que é patológico ou não. Kutchins (1997) aponta para esse fenômeno dizendo que:

The illusion that psychiatrists are in agreement when making diagnoses creates the appearance of a united professional consensus. In fact, there is considerable professional confusion. (1997, p. 53).²

A sociedade contemporânea, cada vez mais, exige que o sofrimento, que antigamente seria natural, seja visto como uma patologia, passível de intervenção, tanto farmacológica quanto de outra ordem, como da Justiça. Com isso, cria-se um contexto de patologização do cotidiano, utilizando os manuais diagnósticos intermináveis da psiquiatria como veículo que possibilita a existência desse fenômeno, assim como Guarido descreve abaixo:

A ampla gama de sintomas presentes nos manuais bem como a forma diagnóstica proposta por eles permitem que muitos acontecimentos cotidianos, sofrimentos passageiros ou outros comportamentos, possam ser registrados como sintomas próprios de transtornos mentais. (2007, p.158)

Distinguir o que pode ser considerado um comportamento normal de um patológico se mostra uma tarefa difícil para o dia a dia do profissional de saúde mental. Casos complexos, como os apresentados neste trabalho, expõem as fragilidades dessa área da medicina. Percebemos que, em todos os casos ilustrados, havia um componente de agressividade intenso, que gerava desconforto e irritação naqueles que conviviam com os pacientes. Como exemplo, temos Clara, que mudou diversas vezes de abrigo porque sempre brigava com outros adolescentes ou com a equipe, ou Bruno que foi expulso da clínica de dependência química, por ter quebrado diversas portas e objetos. Como fazer uma avaliação neutra em situações de limite é uma questão que me fiz durante esta pesquisa.

Avaliar se um comportamento é patológico implica em utilizar nossos próprios conceitos do que é certo e errado, do que devemos e não devemos fazer em relação a nossas vidas e na interação com o outro. Para o autor Szasz (1977), a concepção acerca de um comportamento considerado divergente é algo complexo e que é imposto por um grupo restrito de pessoas que determinam como devemos ser e agir:

A divergência social é um termo que abrange uma vasta categoria. Que tipos de divergências sociais são considerados como doenças mentais?
A resposta é que são aqueles que provocam uma conduta pessoal que não está de acordo com regras de saúde mental psiquiatricamente definidas e impostas. (1977, p.27)

² *A ilusão de que psiquiatras estão em concordância quando elaboram um diagnóstico cria a impressão de haver um consenso único profissional. Na verdade há uma considerável confusão entre os profissionais. - tradução da autora*

A questão que considero fundamental nesta pesquisa é: em relação aos casos estudados, havia realmente uma patologia mental no momento em que a internação compulsória ocorreu? A internação psiquiátrica deve acontecer quando o paciente, além de apresentar um diagnóstico psiquiátrico, também se coloca ou a terceiros em risco e, em muitos casos, não aceita o tratamento, podendo apresentar rompantes de agressividade. Através dos documentos obtidos em cada caso, fica nebuloso indicar em que ponto o transtorno mental foi detectado, levando em consideração os critérios clínicos para se estabelecer tal diagnóstico. No caso de Clara, a justificativa utilizada seria uma suposta tentativa de suicídio durante a primeira internação. Contudo, percebemos, com o tempo, que esse diagnóstico não se sustentava, considerando que não fora detectado um quadro depressivo associado ou qualquer outro transtorno mental, somente um comportamento desafiador. Em relação a Bruno, havia uma indicação de abuso de drogas, entretanto pudemos perceber que o fator principal para a sua internação fora seu comportamento também agressivo. Com Ana, sua situação social pareceu ser o fator principal para sua internação, sendo utilizada como uma forma de proteção, já que ela fugia de todos os abrigos a que era encaminhada. Daniel realmente parecia ter um problema importante com o uso de drogas, porém ficou claro que seu local não seria dentro de um hospital psiquiátrico, junto com pacientes gravemente comprometidos. Ele expressava isso em suas queixas de que “*não era louco para ficar ali*”.

A dificuldade em localizar esse momento do diagnóstico e da indicação médica para uma internação em uma instituição psiquiátrica gera um questionamento que considero importante: qual seria o propósito por trás de cada decisão judicial feita?

Os relatórios sociais apresentados à Justiça parecem ter tido um grande peso para as assentadas. A utilização do conhecimento psiquiátrico, por diversos profissionais, foi feita de forma constante, embasando cientificamente decisões jurídicas. Essa assessoria ao Judiciário pode ter consequências negativas, pois se cria uma ilusão de que todo comportamento desviante é patológico, logo deve ser tratado. Para Amarante (2010), ao declararmos alguém como sendo portador de uma doença mental, abrimos portas para um poder sobre essa pessoa, determinando o que ela pode ou não fazer e descreditando sua posição de sujeito no mundo:

A ‘doença mental’, como categoria de acusação, é um recurso amplamente utilizado para nomear a diferença e a diversidade de alguns ou para invalidar a atitude rebelde ou de luta de pessoas e sujeitos coletivos. (2010, p. 153)

Não podemos negar as consequências implícitas em atribuir um diagnóstico psiquiátrico a uma criança e a um adolescente, em relação ao seu desenvolvimento emocional e também ao seu papel social. Como também é importante lembrar que, apesar de os avanços feitos na psiquiatria auxiliarem na difusão da especialidade e aumentar as pesquisas sobre doenças mentais, também ocorreu certa banalização dos seus conceitos e uma utilização equivocada, pois, como a elaboração de um diagnóstico psiquiátrico depende exclusivamente daquele que está analisando o paciente, quem analisa está sujeito aos seus próprios conceitos e preconceitos, podendo ser distorcido com extrema facilidade.

6.2 Afinal, o que é ser normal?

Um aspecto importante a ser considerado em relação a todos os casos apresentados diz respeito ao padrão de comportamento descrito por aqueles que se encontravam envolvidos de alguma forma com os personagens do estudo, descritos de forma constante como desviantes, onde o desafio das regras e normas sociais era apontado como falhas de caráter, que geravam situações conflituosas com familiares e outros, prejudicando a convivência deles nos estabelecimentos onde deveriam estar inseridos.

Havia uma similaridade entre os relatos encontrados nos prontuários de todos os casos apresentados, palavras como “desobediente”, “desafiador”, “incontrolável”, “insuportável” e assim por diante eram utilizadas como adjetivos para essas crianças e adolescentes. Como consequência de seus comportamentos considerados descontrolados, medidas que podem ser interpretadas como punitivas eram tomadas, não somente durante a internação deles nos hospitais, mas também durante a própria internação compulsória, que pode ser utilizada como forma de punição. Ressalto um trecho do caso de Clara, que, após uma briga no abrigo onde ela se encontrava, foi levada, junta com várias adolescentes, para uma avaliação psiquiátrica de urgência, porém somente ela ficou internada e soube-se depois que, por causa do seu histórico de comportamento agressivo, de certa forma, foi penalizada com a internação, ou como uma das funcionárias do abrigo descreveu: “pagou o pato”. Outras formas de punição encontradas seriam as intervenções, principalmente, da equipe de enfermagem, com os pacientes internados. Caso estes desobedecessem alguma regra do hospital ou criassem alguma situação de conflito, eles eram medicados e, muitas vezes, contidos fisicamente.

Como exemplo, temos o caso de Bruno que, após tentar seduzir uma paciente, foi punido com medicação injetável e contenção e isso foi descrito no prontuário com a palavra “*castigo*”.

É importante ressaltar que o comportamento desviante é estabelecido dentro de um contexto social, por pessoas que nele estão inseridas, assim como Becker (2007) explica que “desvio não é uma qualidade que reside no próprio comportamento, mas na interação entre a pessoa que comete um ato e aquelas que reagem a ele” (p. 27).

Nos exemplos que citei acima, podemos corroborar essa opinião, pois, no caso de Bruno, o ato de sedução não é normalmente considerado comportamento desviante. Todavia, no contexto de internação de hospital psiquiátrico, seu conceito muda, tornando-se algo repudiável e passível de punição, tal qual vimos no exemplo de Clara, cuja briga, por ter um histórico de agressividade e por estar inserida em um abrigo com regras próprias, se tornou um problema mental que devia ser tratado em uma internação.

Portanto, nesses dois casos descritos, não havia questões médicas a serem trabalhadas, mas sim questões morais, desvios de conduta que exigiam enquadrar esses jovens dentro do regime disciplinar do hospital ou do abrigo, mesmo que isso significasse utilizar medicações psicotrópicas, contenção física ou internação. O que não podia ser controlado fora do hospital seria feito ali, dentro dos muros do manicômio. Quando patologizamos o comportamento desviante, abrimos uma porta perigosa para a moralização de todo tipo de ato que não condiz com o que a sociedade nos impõe. Para Velho (2003), essa necessidade de estabelecer os limites da normalidade faz parte de nossa cultura, como mencionado nesta passagem:

Tradicionalmente, o indivíduo desviante tem sido encarado a partir de uma perspectiva médica preocupada em distinguir o “são” do “não-são” ou do “insano”. Assim certas pessoas apresentariam características de comportamento “anormais”, sintomas ou expressão de desequilíbrio e doença. (2003, p. 11)

Busca-se, na ciência, o conceito de normalidade e, com isso, um direcionamento de como devemos nos portar no contexto social. Contudo, sabemos que, apesar de ser mais fácil estabelecer parâmetros para questões biológicas, como limite de pressão arterial e glicemia, para o comportamento humano, isso fica mais nebuloso. Afinal, se houvesse somente um tipo de comportamento ideal, isso implicaria em dizermos que a nossa sociedade permanece a mesma com o passar dos anos, sem modificações e evoluções, o que sabemos que não é verdade, como Velho (2003) já descreveu:

O pressuposto de um monolitismo de um meio sociocultural leva, inevitavelmente, ao conceito de inadaptado, de desviante etc. A cultura não é, em nenhum momento,

uma entidade acabada, mas sim uma linguagem permanentemente acionada e modificada por pessoas que não só desempenham “papeis” específicos mas que têm experiências existenciais particulares. (2003, p. 21)

Para Canguilhem (2009), os conceitos e as questões que permeiam a normalidade e a busca dela na sociedade é o que une às práticas psiquiátricas e jurídicas, tendo em vista que estabelecer o que é normal é uma tarefa difícil e que exige uma imposição na sociedade, necessitando de figuras de poder e respeito para fazê-las. O jurídico trabalha com a imposição da ordem e utiliza a psiquiatria para estabelecer o que está dentro ou fora dessa ordem, tendo assim funções complementares. O autor descreve bem esse conceito na seguinte passagem:

A anormalidade não é senão um fenômeno intermediário entre o médico (pois foge das médias estatísticas e, conseqüentemente, dos valores desejáveis) e o jurídico (pois foge do modo como um comportamento ou fato deveria ser). A anomalia está associada à diferença, à variabilidade de valor negativo, num sentido ao mesmo tempo vital e social. É aquilo que uma sociedade considera como jurídica e medicamente perigoso, o nocivo, aquilo que representa, ao mesmo tempo, desvio da média e ameaça às normas (Canguilhem, 2009, p.204).

O que pude perceber em comum entre os casos apresentados é que todos transgrediam, de alguma forma, as normas sociais, gerando incômodos naqueles que precisavam lidar com essas crianças e adolescentes, inclusive o poder judiciário. Tomamos o caso de Ana como exemplo, uma menina que se recusava a ficar com sua família e não aceitava morar em um abrigo, logo morava nas ruas e ficava exposta a todo tipo de violência. Cabe ao poder judiciário e seus colaboradores oferecer proteção a essa menina, no entanto ela parece não querer; então fica decidido forçar essa proteção, impondo uma internação em um hospital psiquiátrico, mesmo a paciente não apresentando qualquer doença mental. Pode-se inferir que, nesse caso, a junção de comportamento desobediente e situação de pobreza criaram uma ideia de fragilidade psíquica, ora somente um “louco” não quer um lugar para morar e uma família. Ao interná-los em um hospital psiquiátrico, buscava-se consertar algo que estaria “quebrado”, talvez com a intenção de adaptá-los e integrá-los melhor à sociedade. Para Foucault (2010), a norma não deve ser encarada com um algo que exclui, mas sim com uma forma de incluir aqueles que estão de fora, que não se encaixam. Ao estabelecer um parâmetro de normalidade, podem-se criar formas de enquadrar aqueles que ainda não se encaixaram, assim como ele menciona nesta passagem:

A norma traz consigo ao mesmo tempo um princípio de qualificação e um princípio de correção. A norma não tem por função excluir, rejeitar. Ao contrário, ela está sempre ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a uma espécie de poder normativo (2010, p.43).

A partir dos casos, percebe-se que essas crianças e adolescentes eram vistas como causadoras de seus problemas e, conseqüentemente, responsáveis por seu comportamento desviante. O contexto social, cultural e familiar que as envolviam parece não ter sido considerado como fator, ou até causador do desvio. Assim, pensou-se pouco em estratégias para abordar esses contextos, como no caso de Daniel, que foi internado compulsoriamente no hospital psiquiátrico, diversas vezes, por uso de drogas. Porém, ao se analisar o caso, Daniel já estava inserido no mundo do tráfico, não fazia mais aquilo somente para sustentar seu vício, mas como forma de trabalho. Para isso, a abordagem de interná-lo mostrou-se ineficiente, já que ele não considerava que tinha um problema com drogas, muito menos um transtorno mental, o que ele realmente não tinha. Dessa forma, ele não se identificava com outros pacientes, sempre fugindo do hospital. Tanto sua vida social quanto familiar estava envolvida com a droga de alguma forma, necessitando de uma abordagem diferente de somente impor abstinência e isolamento.

Historicamente, a psiquiatria sempre foi designada a cuidar dos casos de desvios, acolhendo em seus hospitais tudo aquilo que não era aceito na sociedade. Claro que, com a reforma psiquiátrica, a exclusão ficou mais difícil de acontecer. Contudo, como podemos ver com os casos estudados, não foi extinta por completo e, em situações excepcionais, quando uma conjuntura de fatores, nesse caso, menoridade, pobreza e comportamento desviante, se juntam, há uma reedição de um circuito que ocorria no passado. Para Foucault, as condutas ditas anormais sempre pertenceram à psiquiatria, onde a readaptação social era uma prática defendida. Para ele, “entre a descrição das normas e das regras sociais e a análise médica das anomalias, a psiquiatria será essencialmente a ciência e a técnica dos anormais, dos indivíduos anormais e das condutas anormais”. (2010, p.139)

Cria-se um contexto em que há uma expectativa de que a psiquiatria conseguirá, através da internação, transformar e adaptar aqueles ditos “anormais”.

O que considero importante analisarmos nesses casos é que as internações compulsórias se deram em um contexto de não adaptação às regras sociais, gerando conflitos que foram levados à Justiça, que embasou suas decisões de internação em relatórios sociais e descrições sobre essas crianças e adolescentes que, como vimos, eram tendenciosas, pouco explicativas e sem muitas propostas para mudar o contexto de vida no qual as crianças e adolescentes estavam inseridos. Considerando que a psiquiatria se constituiu, culturalmente, como a disciplina dos anormais, como Foucault (2010) afirma, é mais do que natural que se

recorra a ela nesses casos mais extremos, onde todos os envolvidos se fazem tão presentes como ausentes:

Como exame tem-se uma prática que diz respeito aos anormais, que faz intervir certo poder de normalização e que tende, pouco a pouco, por sua força própria, pelos efeitos de junção que ele proporciona entre médico e o judiciário, a transformar tanto o poder judiciário como saber psiquiátrico, a se constituir como instância de controle social. (2010, p.36)

Destarte, o que podemos ver com esses casos é que há uma falência das redes de apoio a crianças e adolescentes que se encontram nas situações descritas e utiliza-se o hospital psiquiátrico como recurso a assistências e controle delas. Entretanto, com isso, cria-se uma associação entre desprovimento econômico, social e familiar e doença mental, gerando interpretações errôneas em relação a comportamentos ditos desadaptados ou “surto”, como, muitas vezes, foram descritos nos relatórios e nos prontuários. O surgimento dessa conexão pode gerar naqueles que são leigos em saúde mental uma impressão de que todos que apresentam tais comportamentos são portadores de transtorno mental, como, amiúde, a Justiça fez. Para Scisleski (2008), isso poderia justificar o circuito que as crianças e adolescentes traçam quando são internados compulsoriamente, pois dificilmente se limita a uma internação:

Em síntese, inventa-se uma espécie de circuito (vivência nas ruas, passagem pela polícia e juizado, etc.) por onde transitam os adolescentes considerados perigosos. Assim, emerge uma categoria social que demanda cuidados e investimentos institucionais específicos. (2008, p.459)

Os casos estudados se mostraram complexos e, muitas vezes, dramáticos. Todavia, não devemos considerá-los incapazes de nos fornecer a impressão de que não refletiriam características de nossa sociedade, devido ao fato de termos encontrados poucos casos.. Basta um exemplo, corroborado por extensa leitura e embasamento teórico, para se mostrar que padrões sociais ainda se repetem. Neste estudo, o contexto social de cada um dos casos aponta para uma inevitável desestruturação de vida, pois, com o pouco suporte familiar e direcionamento equivocado das equipes assistenciais, essas crianças e adolescentes tinham poucas chances de mudar seus destinos, assim como Vianna (1999) coloca em seu estudo, onde ela explicita a ideia de definição de percurso por aqueles que envolvem a criança e o adolescente em questão como “infâncias definitivamente erradas e sujeitas ao aparato administrativo mais explicitamente repressivo, a polícia ...” (p.12)

6.3 O domínio do saber: formas de controle social

Uma temática que se destacou nos casos apresentados e que podemos considerar de grande valor para o desdobramento da discussão que se faz neste estudo envolve o corpo e suas questões em um sentido amplo que vai da saúde física à emocional, contribuindo para a sua funcionalidade e produtividade social. Ao se utilizar diagnósticos e condições médicas como justificativa para a intervenção na vida de uma pessoa, podemos dizer que ocorre uma forma de poder sobre aquele corpo. A valorização de uma pessoa como aquela que contribui para a engrenagem econômica de uma sociedade é o que poderia justificar a intervenção do Estado naquele sujeito que não consegue mais se encaixar nos padrões sociais estabelecidos como funcionais e que, portanto, não são mais considerados produtivos. Foucault (1984) descreve bem esse conceito através do seguinte texto:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia bio-política. (1984, p.47)

O entendimento de que a prática médica está interligada à política é antigo e importante de ser abordado para um entendimento mais aprofundado das relações de poder que foram estabelecidas nos casos estudados. A união da Justiça com a Psiquiatria fortalece o poder que ambas exercem sobre os indivíduos, amplificando a influência das duas práticas sobre questões sociais. Para Zola (1972), o conhecimento científico é utilizado como verdade e difundido de forma sistemática para a sociedade, servindo-a de explicações para acontecimentos cotidianos, criando uma ilusão de controle maior sobre nossos corpos e nossa vida, assim como ele menciona em seu trabalho, *“It is becoming the new repository of truth, the place where absolute and often final judgments are made by supposedly morally neutral and objective experts”* (p.487). A impressão de neutralidade que a ciência transmite facilita que ela seja difundida e utilizada como forma de direcionamento sobre questões do nosso cotidiano, ditando regras e determinando o que estaria certo e o que precisa ser corrigido.

A característica descrita acima auxilia a aproximação do Judiciário com a medicina, como forma de validação de decisões jurídicas, tendo como embasamento a verdade científica. Foucault (2010) descreve essa aproximação no seu estudo sobre os anormais, em que ele diz:

a partir do fim do século XIX, isso é importante, vemos desenvolver-se, pouco a pouco, uma espécie de reivindicação comum dos juízes no sentido da medicalização da sua profissão, da sua função, das suas decisões. E, depois, uma reivindicação

gêmea da institucionalização, de certa forma judiciária, do saber médico: ‘como médico, sou juridicamente competente’ - repetem os médicos desde o século XIX. (2010, p.34)

Como podemos perceber, foi uma aproximação que se desenvolveu através do tempo, à medida que a ciência se estabelecia como entidade detentora de conhecimento e o seu reconhecimento e a sua importância na sociedade cresciam. Foucault (2010) também enfatiza que a psiquiatria sempre foi utilizada como forma de estabelecer uma normatização de comportamento, evoluindo para uma forma de controle social ao descrever comportamentos e ditar normas de conduta consideradas adequadas, como ele descreve no seguinte texto:

Antes de ser uma especialidade da medicina, a psiquiatria se institucionalizou como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que o gato da doença, ou de tudo o que se possa assimilar direta ou indiretamente à doença, pode acarretar à sociedade. (2010p. 101)

Com isso, quando a aproximação da Justiça com a psiquiatria torna-se uma realidade, há uma maior validação, perante a sociedade, de determinadas condutas jurídicas, gerando uma nova forma de controle social e de imposição e poder. É importante ressaltar que, nem sempre, a relação de poder é algo imposto através da força, mas sim aceito por vários e difundido de forma sistemática, assim como Alvarez (2004) menciona que o controle social tem como finalidade produzir comportamentos sociais considerados adequados.

Tendo esse objetivo em mente, fica claro que a aproximação da Psiquiatria e da Justiça era inevitável, pois a combinação de uma ciência essencialmente disciplinar com uma entidade que impõe a lei cria um ambiente de grande poder.

Considerando o exposto acima, podemos iniciar a análise dos casos em questão, colocando o uso do poder combinado na trajetória de cada criança e adolescente envolvido. Cada caso apresentou uma particularidade em relação à forma de poder que se estabeleceu. Destarte, algo em comum entre os casos apresentados foi uma deturpação do uso da psiquiatria para determinar doença em comportamentos desviantes, como vimos anteriormente. Não se está excluindo por completo o sofrimento emocional que envolveu cada caso, mas sim a utilização de critérios da clínica psiquiátrica para determinar doenças que, muitas vezes, não se sustentaram. Para Fortes (2010), nesses casos, há uma forma de controle social através da psiquiatrização de crianças e adolescentes, associando, muitas vezes, o crime à doença mental.

Começamos a nossa análise com o caso de Ana, que foi internada em um hospital psiquiátrico através da Justiça mesmo com a indicação da equipe do hospital de que não havia

doença mental que justificasse tal internação. Porém, ficou evidente que, através dos relatórios elaborados por equipes da assistência social, utilizando-se de descrições do comportamento de Ana como agressivo e rebelde e estabelecendo um grave risco social decorrente desse comportamento, poderia haver algum transtorno mental envolvido e que a internação se justificaria. Portanto, apesar do psiquiatra ter sido contra a internação, o conhecimento psiquiátrico foi utilizado nesse caso para validar a Justiça na sua tomada de decisão, pois havia uma tendenciosidade nos relatórios, mesmo que não de forma explícita, associando o desvio de comportamento com a doença mental. Assim sendo, Ana foi internada de forma compulsória para que fosse possível protegê-la de si mesma, mas será que essa era a solução de seus problemas? Ana fugiu diversas vezes da internação, não aderindo a qualquer dispositivo que lhe era oferecido e sempre preferia ficar nas ruas. O poder que tentou ser imposto nessa menina, para que ela mudasse e se adaptasse aos padrões sociais, pareceu não ter tido muito resultado, pois não se sabe mais de seu destino depois da sua última fuga.

O caso de Clara se assemelha ao de Ana, pois foi também através dos relatórios sociais, que tendiam a mostrar alguma doença mental, que a Justiça se embasou para determinar a sua internação, contra a vontade da equipe de saúde mental. Em um dos relatórios sobre o caso, é dito que Clara possuía um “Transtorno de Humor” e que era necessário acompanhamento sistemático para reorganização de sua personalidade. Durante todo o caso, nenhum diagnóstico psiquiátrico foi fechado pelos médicos que a acompanhavam, porém esses termos específicos, com características científicas, utilizados pela assistência social pareciam ter a intenção de induzir o leitor a acreditar que havia uma doença mental, associado a um desvio de caráter. Novamente, ocorre o uso da psiquiatria para validar a Justiça em determinar uma internação, mesmo que não houvesse indicação médica para tal. Havia uma justificativa de que era necessária uma intensidade para mudar um padrão de comportamento, caracterizando este tratamento como moralizador. Em uma das assentadas da Justiça, a juíza do caso justifica a sua decisão salientando que Clara era um risco a todos os municípios, embasada nos relatórios que eram apresentados, sempre escritos de forma dramática, correlacionando os episódios de agressividade com “surtos psicóticos”. Portanto, para a proteção de todos, era necessário manter Clara afastada e com intenso tratamento para mudar o seu comportamento.

Outra forma de poder que se estabeleceu nesse caso foi em relação à mãe de Clara. Ela já tinha perdido a guarda de quatro filhos, antes de Clara ser internada. A justificativa era sempre a mesma: a falta de condição social, econômica e emocional no cuidado com as crianças. Novamente, a destituição de poder familiar foi feita com Clara e suas outras irmãs,

desmontando toda a família. A proteção integral à criança foi um direito adquirido com a criação do Estatuto da Criança e do adolescente (ECA), porém até que ponto isso pode ser feito sem interferir nas relações familiares dos envolvidos. Assim como a ciência é utilizada para determinar padrões de comportamentos aceitáveis, o ECA também impõe seu poder dizendo o que deve ou não ser feito com uma criança, nem sempre considerando o seu contexto cultural e social, designando a terceiros o poder de determinar se uma família está apta para continuar junta ou não. Nesse caso, ficou determinando que a mãe de Clara não era uma pessoa adequada para cuidar de seus filhos, os mais novos foram adotados e os mais velhos ficaram em abrigos. Ela continua na Justiça na tentativa de reaver o seu direito parental.

Consideraremos agora o caso de Bruno e Daniel. Ambos apresentavam problemas relacionados com o uso de drogas. A Justiça, nos dois casos, impôs um tratamento através da internação compulsória. No caso do Daniel, fica claro que não havia um planejamento junto com a equipe de saúde em relação ao seu tratamento. Foram quatro tentativas de internação, todas terminavam com a fuga de Daniel e o seu retorno às ruas. A tentativa da Justiça em controlar Daniel e, através da psiquiatria, transformá-lo, de alguma forma, para que pudesse ser novamente inserido na sociedade, mostrou-se infrutífera.

No caso de Bruno, a associação do uso de drogas com o comportamento agressivo contribuiu para que a Justiça fizesse a interferência na sua vida. Os relatórios sociais apresentados, que descreviam um menino sem limites e que não respeitava seus pais ou qualquer outra pessoa, não apresentavam propostas concretas sobre o caso, somente comentários sobre a personalidade de Bruno. Quando ele foi expulso da clínica de tratamento de drogas, por ter quebrado objetos e fugido, a Justiça entendeu que não havia mais lugar para Bruno que não o hospital psiquiátrico. Durante toda a sua internação, ele deixou clara a sua insatisfação, não se identificando com os outros pacientes, esses portadores de doença mental grave. Seus atos de rebeldia eram contidos de forma física e medicamentosa, exemplificado o poder exercido pela equipe de saúde sobre os pacientes. Durante a sua internação, não havia espaço para questionamentos e contrariedade, era preciso seguir as ordens impostas pela instituição. A contenção social exercida pela Justiça e propagada pela saúde e pela assistência social não foi eficaz nesse caso, pois Bruno sempre achava uma maneira de burlá-la, fugindo.

Em todos os casos apresentados, o poder foi exercido por vários, não somente a Justiça, pois ele pode estar presente e ser feito de diversas maneiras. A imposição de uma lei ou de uma maneira de ser, agir, cuidar, falar pode ser vista como manifestação de poder sobre o outro mesmo que ele não perceba. Para Alvarez (2004), o poder disciplinar está entranhado

na sociedade atual e é propagado por aqueles que se destacam como figuras de liderança, como juízes, médicos, conselhos tutelares, assim como o autor descreve no seguinte texto:

O novo poder disciplinar será, deste modo, um poder voltado para o “adestramento” dos indivíduos. E, para isso, esse poder utilizará alguns mecanismos simples: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame. A vigilância hierárquica induz, através do olhar, efeitos de poder: o indivíduo adestrado deve se sentir permanentemente vigiado. A sanção normalizadora implica toda uma micropenalidade do tempo, da atividade, da maneira de ser, do corpo, da sexualidade visando os comportamentos desviantes. O exame, por fim, indica uma técnica de controle normalizante que permite qualificar, classificar e punir ininterruptamente os indivíduos que são alvos do poder disciplinar. (2004, p.172)

A utilização da vigilância social mostra-se cada vez mais presente, como vimos nos casos. Todos eram acompanhados pelos conselhos tutelares que atuavam, de certa forma, policiando as famílias envolvidas. Seus relatórios se mostraram de grande relevância para apoiar a Justiça em suas decisões. A proteção integral, nesses casos, parece ter sido utilizada de forma equivocada para justificar as internações, passando por cima do poder médico e das decisões da Saúde. A utilização dos termos técnicos psiquiátricos, como “surto” e “transtorno”, inflavam os relatórios, gerando uma ideia de que todos os meninos e meninas dos casos, de alguma forma, estavam doentes. O autor Rauter (2009) abordou esse tema em seu trabalho, apontando para o uso indevido do que ele chama de “especialismo” e como ele pode ser fonte de poder:

Os especialismos são centros de poder que, nas suas múltiplas faces, produzem corpos-objetos, produção da matéria-prima que, doravante, circulará em meio aos saberes-práticas-discursos sacralizados e legitimados como universais (2009, p.271).

Em todos os casos analisados, havia uma estrutura de controle, com um circuito formado entre o Conselho Tutelar/Assistência Social, a Justiça e a Saúde. Cada um exercendo o seu papel de poder diante das famílias envolvidas e das crianças e adolescentes acompanhadas.

6.4 O pior cego é aquele que não quer ver - A família relegada

Um dos primeiros ensinamentos que se tem, quando se inicia o aprendizado no atendimento com crianças e adolescentes, é o de que a família exerce uma grande influência no seu desenvolvimento, tanto de forma positiva quanto de forma negativa. Assim sendo, é fundamental estabelecer uma proximidade, criando laços com aqueles que cuidam daquela criança e adolescente, podendo ser seus pais ou qualquer outra pessoa que tenha estabelecido uma relação de confiança e de cuidado. Com isso, o estabelecimento de um tratamento, quando necessário, pode fluir de forma mais natural e duradouro.

Os serviços que atendem crianças e adolescentes que se encontram em situação de risco precisam dialogar com a família para que as abordagens feitas a eles tenham alguma eficácia. O Ministério da Saúde preconiza esse tipo de abordagem, incentivando os profissionais a entenderem a importância em se auxiliar todos os membros daquela família que possui uma criança ou adolescentes com problemas de qualquer ordem:

No contato com as famílias, por menor que seja o tempo disponível para o atendimento, os profissionais de saúde precisam enfatizar alguns valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável, tais como respeitar os direitos da criança e do adolescente e expressar afeto e carinho, dentre outros. (BRASIL, 2010, p.15)

O atendimento precisa englobar a relação que essa criança estabeleceu com seus familiares e tentar compreender, de alguma forma, que mudanças são necessárias para que seja possível quebrar ciclos de violência. É preciso manter-se atento ao que é dito pela criança e pelo adolescente, bem como pelos pais e familiares, possibilitando um diálogo e entendendo a necessidade e a demanda que aquele núcleo familiar apresenta. O profissional possui um papel de articulador de toda uma rede de cuidado, que ele necessita saber que existe e que precisa acioná-la quando ela for necessária, assim como o Ministério da Saúde aponta:

A atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violência em linha de cuidado fortalece a responsabilização dos serviços, o envolvimento do profissional numa cadeia de produção do cuidado em saúde e de proteção social no território. (BRASIL, 2010, p.50)

O atendimento dessas crianças e adolescentes em situação de risco não pode se limitar a somente escutá-los, mas deve entender em qual contexto de vida eles estão inseridos, e quais fatores sociais, familiares e econômicos contribuíram para que sua trajetória de vida necessitasse do auxílio dos órgãos governamentais. Esse olhar integral mostra-se de grande

valor na abordagem de casos complexos e é reafirmado pelas diretrizes do Ministério da Saúde:

O conceito de integralidade permite pensar o sujeito na sua totalidade, mesmo que não seja possível responder a todas as suas demandas. É nessa perspectiva que o setor saúde busca intervir em situações específicas de vulnerabilidades e de risco para a saúde da população, criando as condições para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. A atenção integral extrapola ainda a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada dos serviços de saúde, que requer o trabalho articulado com outras políticas sociais no território (BRASIL, 2010, p.89)

Considerando o que foi exposto acima, percebemos que essas diretrizes traçadas pelo MS não foram contempladas nos casos apresentados. Em dois deles, houve uma tentativa da equipe de saúde em se aproximar da família, mas foi feita de forma pouco resolutiva e sem o suporte de outras instituições.

No caso de Clara, a equipe do CAPSI tentou realizar atendimentos a sua mãe, porém eram feitos de forma esporádica, pela dificuldade de acesso a ela. A situação social dessa família era pouco abordada pelas equipes envolvidas no caso. Ela possuía um benefício para pagar o seu aluguel, mas, quando foi expulsa de sua casa por traficantes, ficou sem um lugar para morar e não recebeu assistência adequada, precisando pedir auxílio a amigos. Havia uma necessidade de fortalecer essa mãe, não somente no aspecto emocional, como também financeiramente para que ela pudesse cuidar de seus filhos.

Com Bruno, apesar de seus pais serem ouvidos, de forma esporádica, pela equipe de saúde mental do CAPSI, pouco pôde ser feito por essa família. Havia uma dificuldade enorme de relação entre Bruno e seus pais, que gerava diversos conflitos e demanda das internações. O pouco diálogo entre eles contribuía para situações de violência, porém isso parece ter sido pouco abordado, não somente pela equipe de saúde, mas também pela equipe de assistência social, que, em seus relatórios, somente mencionava a impotência dos pais de Bruno, mas não criavam propostas para fortalecer a relação familiar e facilitar a comunicação entre eles. Com isso, criou-se a impressão de que Bruno era somente um garoto violento e desafiador, excluindo qualquer fator familiar que pudesse influenciar este tipo de comportamento.

Em relação a Ana, sua mãe era somente procurada para fornecer informações sobre a menina e seu comportamento em casa. A equipe de saúde não tentava entrar em contato com a mulher ou com outros familiares e a equipe de assistência social descrevia a mãe de Ana como alguém doente e sem condições de cuidar da filha, não apresentando propostas para auxiliar na convivência entre mãe e filha. Ana já tinha sido abrigada diversas vezes e já se tentara, para a menina, família acolhedora, sem sucesso. Ana sempre fugia dos locais para

onde era encaminhada e voltava para rua ou para casa de sua mãe, apesar dos conflitos. Havia uma necessidade de fortalecer a rede de apoio de Ana. Como não se podia contar com a mãe, era necessário procurar, em outros locais, pessoas em quem ela poderia confiar e, com isso, estabelecer uma relação com Ana, criando uma via possível para abordá-la. Essa estratégia é também preconizada pelo Ministério da Saúde, descrito no seguinte texto:

Destacam-se as voltadas para a organização de redes e de mobilização da comunidade e pessoas (vizinhos, amigos outros familiares), tendo como principal meta seu fortalecimento; a utilização de mentores (orientadores) para as crianças e adolescentes em situação de risco; e a promoção de atividades de recreação. (BRASIL, 2010, p.19)

Portanto, como vimos nos exemplos acima, a família foi pouco abordada e a sua relevância parece ter sido considerada de menor importância, frente às urgências dos comportamentos agressivos e desafiantes apresentados nos casos. As famílias relacionadas nesses apresentavam uma dinâmica de violência. Contudo, parece que não houve um entendimento, das equipes que acompanharam os casos, de que, provavelmente, a situação familiar de cada um pudesse influenciar, de alguma forma, a trajetória de vida e as escolhas feitas por eles. Uma rede de cuidados articulada e integrada, que entende a criança e o adolescente como parte integrante de um sistema familiar, pode gerar mudanças mais concretas e estabelecer vínculos mais duradouros.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após expor os casos e as reflexões que eles geraram, algumas ideias e sugestões emergiram que podem conduzir a novas discussões. As histórias apresentadas são impactantes e, muitas vezes, dramáticas. Todavia, de certa forma, refletem uma realidade social. Aquela onde a pobreza, não somente econômica, mas cultural e de acesso a serviços, prevalece, expondo aqueles que estão nela inseridos aos caprichos de uma sociedade que ainda mantém preconceitos e ideias arcaicas de como devemos nos portar socialmente, quais devem ser nossos desejos ou como uma família deve se estruturar, ou seja, como devemos conduzir nossas vidas.

A verdade é que não existe certo ou errado absoluto no que tange a como devemos conduzir nossas vidas. Claro que o respeito com o próximo e as leis pré-estabelecidas precisam ser levadas em consideração para uma convivência mais harmônica, mas é necessário que aqueles que aplicam essas leis saibam avaliar caso a caso, considerando as vicissitudes de cada um e como as diferenças podem somar para uma sociedade mais plural e rica.

A necessidade de se normatizar comportamentos e estabelecer uma média em tudo que nos envolve pode até nos fornecer uma sensação de controle. Porém, como pudemos ver nos casos apresentados, esse controle torna-se uma falácia. Não há como impor ao outro os nossos conceitos e acreditar que eles serão aceitos por todos sem questionamento. O questionamento e transgressão, até certo ponto, podem ser transformadores, contribuindo para a evolução de uma sociedade. Em relação aos casos, eles se mostraram complexos e que, em certos momentos, parecia não haver uma saída para as situações-limite que apareciam. Portanto, essa dimensão precisa ser considerada na avaliação da história de cada criança e adolescente.

As transformações nas leis que envolvem pacientes de saúde mental e crianças e adolescentes contribuíram para dar visibilidade a uma parcela da sociedade que, até pouco tempo atrás, não tinha voz e não podia se manifestar, assim como podemos constatar no trabalho de Bentes (1999), em que ela analisa casos de internação compulsória de crianças e adolescentes no único hospital psiquiátrico que existia para adolescentes naquela época. Trabalho este feito antes de 2001, quando foi implantada a lei para redução de leitos em hospitais psiquiátricos, e retrata uma realidade difícil, em que a internação era recurso comum e banalizado para crianças e adolescentes considerados difíceis.

Apesar de alguma mudança positiva, algo que parece não ter se modificado envolve aqueles casos de exceção, como os que foram apresentados. Todos de classe pobre, moradores de comunidades carentes, negros ou pardos, com baixa escolaridade e com uma estrutura familiar fragilizada. O comportamento agressivo e desafiador foram associados, de certa forma, a uma manifestação de doença mental, por aqueles que, supostamente deveriam estar cuidando do bem-estar de cada um deles. Com isso, o circuito moralizador do tratamento psiquiátrico se repetiu em cada caso, gerando, ao final de uma trajetória de pouca rede de cuidado e de escasso apoio familiar, as internações compulsórias.

No início do trabalho, o pressuposto teórico sugerido seria de que as decisões de internação eram consequência de preconceitos embutidos nos juristas, fruto de uma construção de um imaginário social que envolve doença mental, isolamento e desvio moral. Porém, após a avaliação dos casos, não se pode deixar de mencionar que essa visão é compartilhada também por outras instituições que trabalham com crianças e adolescentes em situação de risco, com as equipes de assistência social, os conselhos tutelares e até mesmo por alguns profissionais nas equipes de saúde mental.

Nos casos descritos, a impressão passada foi de que as equipes de saúde ficaram reféns das outras instituições, tendo pouca voz e não se impondo quando era necessário. De certa forma, criou-se um vazio de cuidado para os casos mais difíceis e que demandam mais atenção e proteção. Quando não há um enquadramento dessas crianças e adolescentes nas esferas de cuidado assistencial, a Justiça convoca a Saúde, de forma impositiva, para que uma solução seja encontrada. Como mencionado no capítulo de reflexões, a psiquiatria se torna um instrumento de controle social, validando as decisões judiciais e descredenciando, de certa forma, a opinião das equipes de saúde.

Outro importante ponto que deve ser destacado é a invisibilidade das famílias diante das equipes envolvidas. O pouco esforço despendido ao atendimento e a abordagem delas reflete, de certa forma, como os problemas apresentados pelas crianças e adolescentes eram entendidos. Havia uma individualização do problema, atribuindo as motivações para aquelas alterações de comportamento, exclusivamente, a crianças e adolescentes, pois se entendeu que havia uma doença mental e não se aventou a possibilidade de circunstâncias sociais e familiares estarem contribuindo para a situação vivida.

Em relação à pesquisa e como se deu seu processo, é importante destacar as dificuldades encontradas nas coletas de dados. Primeiramente, pela demora na aprovação do CEP da prefeitura, que colocou diversos obstáculos e demonstrou que não havia muita comunicação entre as instituições, considerando a falta de informação daqueles que seriam

responsáveis pelos centros de estudo e pesquisa dos hospitais. Em seguida, a restrição aos dados da Secretaria de Saúde foi de certa forma, surpreendente, pois acreditava que seria facilitado depois de algumas conversas e reuniões, porém não pude ter acesso aos números totais de internação, com a justificativa de que não estaria especificado no parecer do CEP, a possibilidade de acesso a tais dados. Com todos esses obstáculos, há um desestímulo em se fazer pesquisas nos órgãos governamentais e, quando se consegue fazer, ocorre limitação de fornecimento de dados, como aconteceu neste trabalho. Por fim, com a Justiça, o problema se mostrou mais profundo, pois houve uma recusa em fornecer qualquer informação, mesmo com a garantia de sigilo. A impressão passada é de que há certo receio de permitir que pessoas de fora das instituições possam ter acesso às informações, possibilitando um entendimento melhor dos processos de trabalho. Os motivos para que isso aconteça podem ser diversos, talvez como o medo de críticas à forma de trabalho ou à falta de motivação para mudanças estruturais das instituições, que, diversas vezes, se encontram engessadas. Enfim, muito pode se especular sobre as motivações, mas é importante nos questionarmos por que isso aconteceu.

Algumas sugestões podem ser levantadas ao final deste trabalho, em relação às internações compulsórias e como podemos evitar que elas aconteçam na saúde mental. Primeiro, é preciso estreitar os laços entre a Saúde e a Justiça, para que os casos que envolvem os dois possam ser abordados e entendidos de forma semelhante, com cada saber contribuindo para encontrar um caminho possível de abordagem que vise ao bem-estar daquele envolvido e da sua família. Segundo, é importante capacitar às equipes de assistência social e dos conselhos tutelares para que eles tenham mais ferramentas de trabalho na abordagem de casos difíceis, onde a agressividade está presente e uma solução parece não existir e, dessa maneira, se evite recorrer a uma internação psiquiátrica. Por fim, é fundamental fortalecer as equipes de saúde, criando condições que elas possam exercer seu papel de cuidado, não somente subordinadas à Justiça, ou avalizando suas decisões, mas conseguindo se colocar em destaque com seu conhecimento específico e desmistificando a doença mental, como algo que necessite de uma abordagem moralizadora.

Após a leitura dos casos e as análises feitas nesta dissertação, considero importante pontuar uma impressão que ficou para mim e que talvez fique para o leitor. Ao não se conseguir definir um destino, ou traçar uma linha de cuidado para aquelas crianças e adolescentes e suas famílias que se encontram em situação de risco, o recurso da internação psiquiátrica funciona como uma forma de proteção, o que pode ser considerado um paradoxo, já que estamos privando esta criança ou este adolescente de diversos cuidados outros tão

importantes para o seu desenvolvimento tanto emocional quanto social e intelectual. Ao mesmo tempo, o ato de internar também funciona como uma forma de proteger a sociedade destas crianças e adolescentes que, desprovidas de oportunidades e de cuidados, são vistas, muitas vezes como um perigo iminente. O risco de reeditarmos o circuito manicomial e de reforçar a impressão, que ainda prevalece na sociedade, que a loucura é uma forma de ameaça à sociedade, faz necessária uma reflexão a todos aqueles envolvidos no processo de trabalho com a saúde mental, exigindo que sempre seja feito uma avaliação criteriosa de nossos posicionamentos profissionais e o impacto que eles podem gerar naquele que recebe o nosso cuidado.

8 REFERÊNCIAS

ALVAREZ, M.C. Controle Social: notas em torno de uma noção polêmica. **São Paulo em perspectiva**, 18(1): 168-176, 2004

AMARANTE, P. TORRE, E.H.G. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: NOGUEIRA, R.P. (ogs) **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010

ARANTES, E. M. d. M. "De "criança infeliz" a "menor irregular" - vicissitudes na arte de governar a infância." **Mnemosine** 1(0): 162-164, 2004

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981

ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. Violência contra Crianças e Adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. (ogs) **Violência sob o olhar o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 284 pp.

ASSIS, S. G. e. al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(3): 669-680, 2003.

ASSUMPCÃO JR., F.B. & KUCZNSKY, E. **Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2003

BARROS, A.de J. P. de; LEHFELD, N.A. de S. **Projeto de Pesquisa: Propostas metodológicas**. 8ª. edição. Petrópolis: Vozes, 1995, 95p.

BARROS, D. M., SERAFIM, A. P. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 36(4):175-7, 2009.

BECKER, H. S. **Segredos e truques da pesquisa**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed, 2007.

BENTES, A.L.S. **Tudo como dantes no quartel d'abrantes: Estudo das internações psiquiátricas de crianças e Adolescentes através de encaminhamento judicial**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BOARINI, M.L., B, R.F. Demanda infantil por serviços de saúde mental: Sinal de crise. **Estudos de Psicologia**, 3(1), 83-108, 1998.

BOARINI, E. J. M. Z. e. M. L. Infância e vulnerabilidade: Repensando a proteção social. **Psicologia & Sociedade**; 23(2): 272-281, 2011.

BRASIL, M.S., Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília, 2010.

BRITO, A. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (1):143-149, 2005

BRITO, L. A., L.; AMENDOLA, M. A escuta de crianças no sistema de justiça. **Psicologia & Sociedade**; 18(3): 68-73, 2006

CANGULHEM, G. **O Normal e o patológico**. Ed Forense Universitária, 2009.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [2]: 529-549, 2009

CAVALCANTE, L. I. C., C. M. C. MAGALHÃES, et al. **Institucionalização precoce e prolongada de crianças: discutindo aspectos decisivos para o desenvolvimento**. Aletheia (25), 2007.

_____. Processos de saúde e doença entre crianças institucionalizadas: uma visão ecológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(2), 2009.

COHN, C. **Antropologia da criança**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005

COUTO, M.C.V., DUARTE, C.S., DELGADO, P.G.G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**.30(4):390-8, 2008.

CUNHA, C.C., BOARINI, M.L. A infância sob a tutela do Estado: Alguns apontamentos. **Psicologia: Teoria e prática**, 12(1): 208-224, 2010.

CRUZ, L., H. B. & G. N. Infância e políticas públicas: um olhar sobre as práticas psi. **Psicologia & Sociedade**, 17(3): 42-49, 2005

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**, 2(2), 2005.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil.**, 10(2), 2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

_____. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2010

FRANÇA, F. Reflexões sobre Psicologia Jurídica e seu panorama no Brasil. **Psicologia: Teoria e Prática** 6(1): 73-80, 2004

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007

HIRDES, A., A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):297-305, 2009.

KUTCHINS, H, KIRK, S. Making us crazy. **The free press**, 1997.

LAURIDSEN, E. P.P. ; TANAKA, O.Y. Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. **Revista de Saúde Pública**, 33 (6), 1999.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber- Manual de metodologias da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre, Ed Artmed, 1999.

LIMA, A.A. História da psiquiatria no Brasil: uma revisão da produção historiográfica (2004-2009). **Estudos e Pesquisas em psicologia**, UERJ, 2010.

LOWENKRON, L. **O monstro contemporâneo. A construção social da pedofilia em múltiplos planos**. Programa de Pós -Graduação em Antropologia Social. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

MARTINS, G.A. **Manual para elaboração de monografias**. 2ª. Edição. São Paulo: Atlas, 1994, 107p.

MINAYO, M.C. de S. (org) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29ª. Ed. Petrópolis: Vozes, 2010, 108p.

_____. **O desafio do conhecimento- Pesquisa qualitativa em saúde** Rio de Janeiro, Abrasco, 1992.

MISKOLCI, R. Normalidade e Desvio social. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, 13/14: 109-126, 2002/2003

MOURA, R. H.; BOARINI, M. L. A saúde da família sob as lentes da higiene mental. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan.-mar. 2012, p.217-235.

NASCIMENTO, C. C. F. B. M. L. d. Subvertendo o conceito de adolescência. **Arquivos brasileiros de psicologia** 57(1): 2-11, 2005.

NASCIMENTO, M. L. C., F.L. & Vicente, L.M.D. A desqualificação da família pobre como prática de criminalização da pobreza. **Psicologia Política** 14(7), 2008

NASTARI, M. Políticas Públicas de atenção à infância e adolescência no Brasil: Uma breve abordagem sobre origens, diagnóstico e perspectivas. In: ALBUQUERQUE, M. C., (Org.) **Participação popular em políticas públicas: espaço de construção da democracia brasileira**. – São Paulo: Instituto Pólis, 2006. 124p.

ODA, A.M.G.R. Juliano Moreira e a (sua) história da assistência aos alienados no Brasil. **Revista Latino-americana de Psicopatologia**. Fundamental, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 721-727, dezembro 2011

OLIVEIRA, C. Eugenizar a alma: a constituição da euphrenia no projeto de higiene mental voltado à infância da Liga Brasileira de Higiene Mental. **Revista Latino-americana Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 627-641, dezembro 2011.

RIBEIRO, N.D.; CONSTANTINO, P. Pessoas institucionalizadas e violência. In: NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. (orgs) **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ-EAD/ENSP, 2ª. Edição, 2009

RIBEIRO, P.R.M. História Da Saúde Mental Infantil: A Criança Brasileira Da Colônia À República Velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2006.

RIZZINI, I. . Infância e globalização: análise das transformações econômicas, políticas e sociais. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 58(2), 2006.

_____. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro: Ed PUC-Rio, 2004.

SANDER, J. A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. **Psicologia & Sociedade**; 22 (2): 382-387, 2010.

SCISLESKI, A C C, MARASCHIN, C. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 3, p. 457-465, jul./set. 2008.

SCHUCH, P. Uma lei moderna X uma cultura tradicional: notas sobre reformulação do campo de atenção à infância e juventude no Brasil. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais** 2(4), 2010.

SILVA, C. R. and R. E. LOPES. **Adolescência e juventude: entre conceitos e políticas públicas**. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, 17(2): 87-106, 2009.

SILVA, M. B. B. e. **Entre o “desmame” e os “galinha d’água”:** a vida fora dos hospícios no contexto da primeira condenação do Brasil por violação de direitos humanos. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2011.

SILVA, R. P. d. Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX. **Revista Latinoamericana. Psicopatologia. Fund.**, 12(1): 195-208., 2009

SOUZA, M.L., BOARINI, M.L. A deficiência mental na concepção da Liga Brasileira de Higiene Mental. **Revista Brasileira**. Ed. Esp., Marília, Mai.-Ago. v.14, n.2, p.273-292, 2008.

STAKE, R. E. **Investigación com estúdios de casos**. Colección: Manuales, Ed Morata SRL, Madrid, 2005.

SZASZ, T. **Ideologia e doença mental**. Trad. José Sanz. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

_____. **A fabricação da loucura-um estudo comparativo entre inquisição e o movimento da Saúde Mental**. Rio de Janeiro, Ed Zahar, 1978.

TELLES, H. P. R. d. S. **Infância e saúde mental: teoria, clínica e recomendações para políticas públicas**. Pós-graduação em Saúde Pública. São Paulo, Universidade de São Paulo. Mestrado em Saúde Pública. 2006.

VELHO, G.. **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.(1985(2003)).

VENANCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde –Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.35-52.

VIANNA, A.R.B. **Limites da Menoridade: Tutela, família e autoridade em julgamento**. Rio de Janeiro: UFRJ-Museo Nacional Pós-graduação em Antropologia Social, 2002, 173p

VIANNA, A. **O mal que se Advinha: polícia e menoridade no Rio de Janeiro, 1910-1920**. Rio de Janeiro, 1999.

VICENTIN, M. C. G., GRAMKOW, G., MATSUMOTO, A. E., Patologização da adolescência e alianças psi-jurídicas: algumas considerações sobre a internação psiquiátrica involuntária. **Boletim do Instituto de Saúde** 12 (3) - Dezembro de 2010.

YIN, R. K. . **Estudo de caso Planejamento e métodos**. Porto Alegre, Bookman, 2001.

ZANIANI, E. J. M. & BOARINI, M. L. Infância e vulnerabilidade: repensando a proteção social. **Psicologia & Sociedade**; 23 (2): 272-281, 2011.

ZOLA, I. K. Medicine as an institute of social control. **The Sociological Review.** 20 (4): 487-504, 1972.

9 ANEXO I

QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS

Prontuário:

1) Como foi feita a avaliação médica inicial referente ao acaso em questão? (considerar o exame psíquico feito pelo médico que recebeu a solicitação de internação compulsória, um possível diagnóstico clínico elaborado e condutas que foram prescritas inicialmente)

2) Como transcorreu a internação? (considerar intervenções medicamentosas, abordagens terapêuticas não médicas aplicadas pela equipe assistente, situações de crise do paciente)

4) Houve abordagem da família do paciente, pela equipe técnica, durante a sua internação? (considerar apontamentos da equipe assistente sobre a conformação a família em questão, os laços sociais existentes da família e do paciente)

4) Como se deu a relação da equipe técnica com a justiça? (ofícios enviados e recebidos pela equipe, presença em audiências)

5) Houve indicação de alta médica pela equipe assistente?

6) A internação foi mantida a revelia da equipe assistente?

7) O paciente já fazia atendimento em saúde mental antes da internação compulsória?

Processos Jurídicos:

1) Por que o caso em questão foi encaminhado à justiça?

2) Por que houve a indicação de internação compulsória?

3) Foi feita uma avaliação clínica da equipe técnica de saúde mental a pedido da justiça?

4) Como que se encontrava a situação da família perante a Justiça? (considerar processos anteriores em relação a outros filhos e aos pais ou familiares responsáveis).

5) Houve entrada da assistência social no caso em questão a pedido da Justiça? (considerar se foram concedidos benefícios sociais)

6) Foi tentada pela Justiça uma articulação com equipe de saúde mental referente ao caso em questão antes que se recorresse a internação compulsória?

7) Durante o processo de internação compulsória, a equipe de saúde mental assistente foi ouvida pela Justiça? (considerar a presença e a convocação de membros da equipe técnica assistente em audiências)