

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Flávia Blikstein

Destinos de crianças
Estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO
2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Flávia Blikstein

Destinos de crianças

Estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Social sob a orientação da Prof. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin.

SÃO PAULO
2012

ERRATAS

- p. 31, linha 21: onde se lê 1009, leia-se: 1909
- p. 60, tabela 5: onde se lê

Tabela 1. Número de internações por paciente no NIA (01/2005-12/2009)

Número de internações	%
1 internação	57,9
2 internações	9,0
3 internações	4,3
4 internações	1,0
5 internações	0,7
6 internações	0,5
7 internações	0,5

Destacamos a ocorrência de 14 casos (2,7%) que tiveram 4 ou mais internações.

Leia-se:

Tabela 2. Número de internações por paciente no NIA (01/2005-12/2009)

Número de internações	%
1 internação	58,8
2 internações	18,6
3 internações	11,4
4 internações	4,6
5 internações	3,4
6 internações	2,1
7 internações	1,1

Destacamos que 11,2% dos casos tiveram 4 ou mais internações.

- p. 62, linha 8: onde se lê 18,4%, leia-se: 22,3%

BANCA EXAMINADORA

In Memoriam
Saulo Duchovni

AGRADECIMENTOS

À Profª Maria Cristina Gonçalves Vicentin, pela orientação precisa, cuidadosa e atenciosa. Agradeço por todas as aulas, todas as discussões e indicações, que desde a graduação desvelam dimensões que eu nem desconfiava existir.

À Profª Silvana Rabello e à Profª Carla Bertuol pelas valiosas contribuições na construção deste trabalho.

À Profª Ana Aranha e Silva por me ensinar sobre a potência e a beleza da pesquisa acadêmica.

À Valdete Mendes Novais pelo acolhimento e apoio. Agradeço também às esclarecedoras reuniões.

À Ester, minha mãe, por acreditar tanto em mim. Agradeço cada um dos abraços, são neles que renasço mais forte. Obrigada por sempre estar ao meu lado.

Ao Izidoro, meu pai, por me ensinar que era preciso estudar sobre o significado das coisas. Ao final deste estudo posso dizer que é o seu olhar orgulhoso que trás cor à vida.

À Julia Carvalho, avó, mestra, guia, por toda a sabedoria e amor em forma de comida. Como é bom jantar sopa na sua casa!

Ao Daniel, por todo amor e por torcer tanto em silêncio (eu escutei!). Agradeço também a Adriana e a linda Bianca que sorri com os olhos.

Ao Davi por reclamar tanto do tamanho da minha lição de casa

Ao Paulo por ser exatamente como é. Agradeço copiosamente a quem me fez sua irmã. Obrigada por compartilhar a vida e por sorrirmos tanto.

À Simone pela imensa amizade. Obrigada pela delicadeza e pelo cuidado. E, é claro, pela fundamental ajuda com as tabelas.

À Paula Corrêa por encher minha vida de poesia.

À Camila Hoffmann, Marina Abramowicz e Paula Collet por nunca me deixarem entender por completo o significado da palavra solidão.

À Caroline Ballan e Maria Elizabete Meola por me acompanharem com tanta fidelidade nesta travessia. Obrigada pelos cafés, pelas runas e por tantas conversas.

À Débora Margarete Marinho pela essencial ajuda na produção dos dados. Obrigada por me ajudar a traçar tantos caminhos.

Ao Rafael Michel Domenes por todas as vezes que reclamou da minha falta. Agradeço o carinho e o privilégio de ser sua amiga irmã.

Aos colegas do núcleo pelas discussões e companheirismo, principalmente à Carolina Guidi e Dayse Bispo.

À Maria Aparecida da Silva por ter o sorriso mais lindo do mundo.

À Roberta Maria da Silva por me ensinar tanto sobre mim.

À minha família de amigos e amigas pelo encontro. Agradeço a cada um por deixarem a vida mais bela.

À equipe do CAISM Phillipe Pinel, em especial à Bianca por toda a ajuda nos prontuários.

À equipe do CAPS Itaim Bibi pelo trabalho e pelo apoio para a realização desta pesquisa.

À CAPES pelo apoio e incentivo na realização desta pesquisa

RESUMO

BLIKSTEIN, Flávia. Destinos de crianças – Estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico

A presente dissertação tem como principal objetivo colaborar com o desenvolvimento do campo da saúde mental infantojuvenil. Para tanto, este estudo propõe-se a investigar como e por que, apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira, se mantém a internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo.

Escolhemos como campo de pesquisa o CAISM Philippe Pinel por ser a instituição de referência para a internação de crianças e adolescentes no Estado de São Paulo. Por meio dos prontuários, investigamos o perfil das internações entre janeiro de 2005 e dezembro de 2009.

As estratégias metodológicas foram desenvolvidas a fim de apreender as particularidades das crianças e adolescentes internados neste período e evidenciar suas trajetórias institucionais até a internação.

A partir da análise dos dados produzidos, pudemos fazer algumas observações sobre o funcionamento do campo da saúde mental infantojuvenil. Em nosso estudo observamos que as crianças e adolescentes são encaminhados à internação de duas formas distintas: por serviços de saúde ou por ordem judicial.

Após uma análise comparativa entre estas duas formas de encaminhamento, pudemos observar que as internações via ordem judicial, em diversos casos, ocorrem em circunstâncias que contradizem as normas da Reforma Psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Concluimos assim que novas práticas e políticas públicas do campo da saúde mental infantojuvenil devem priorizar ações transversais e intersetoriais do poder público.

Palavras Chave: saúde mental, internação psiquiátrica, infância, adolescência.

ABSTRACT

Blikstein, Flávia. Children's Destinations - A study on the admissions of children and adolescents in a public psychiatric hospital

This dissertation's main objective is to contribute to the advancement of the field of mental health for children and adolescents. This study aims to investigate the causes of the continuation of the practice of hospitalization of children and adolescents in psychiatric hospitals in the state of São Paulo despite the advances of Brazilian Psychiatric Reform.

CAISM Philippe Pinel was chosen as the main research site, due to its status as a reference institution for the hospitalization of children and adolescents in the state of São Paulo. Through medical records, we investigated the profile of admissions between January 2005 and December 2009.

The methodological strategies were developed in order to grasp the nuances of children and adolescents hospitalized during this period, and highlight their paths to institutional admission.

Based on the data analyzed, we could make some key inferences about the functioning of the mental health field for children and adolescents. In our study, we observed that children and teenagers are sent to institutions in two ways: either through health services, or by court order. After a comparative analysis between these two forms of routing, we found that the institutionalization via court order, in many cases, occur in circumstances that contradict the norms of Psychiatric Reform and the Statute of Children and Adolescents.

We conclude that new practices and policies in the field of mental health must prioritize transversal actions between different sectors of governmental institutions.

Keywords: mental health, psychiatric admission, childhood, teenage.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE GRÁFICOS	11
ÍNDICE DE FIGURAS	12
ÍNDICE DE TABELAS	13
INTRODUÇÃO	14
Parte 1 – A emergência da “saúde mental da criança”	19
1.1 A psiquiatrização da infância e a constituição da infância anormal	20
1.2 A constituição do campo da saúde mental infantojuvenil	23
1.2.1 A posição da infância do Brasil colônia à república	23
1.2.2 O Movimento da Higiene Mental	26
1.2.3 Destinos institucionais das crianças	29
1.3 A Reforma Psiquiátrica e as novas inflexões para o campo da saúde mental da infância ..	36
Parte 2 – Contexto e percurso da pesquisa	43
2.1 Referencial teórico e metodológico	44
2.2 Produção de dados	47
2.3 Prontuários	49
2.4 Critérios para a produção dos dados	51
2.5 Apresentação e análise dos dados	52
Parte 3 – A internação de crianças e adolescentes no Pinel	53
3.1 Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental (CAISM) Philippe Pinel	53
3.2 O Núcleo de enfermaria da Infância e da Adolescência do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) Philippe Pinel	54
3.3 Apresentação e análise dos dados	57
3.3.1 Quem são as crianças /adolescentes que encontramos no NIA?	57
3.3.2 Os circuitos	61
3.4 O circuito 1: o circuito do sistema de saúde	66
3.5 O circuito 2: o circuito psi jurídico	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXOS	93

LISTA DE ABREVIACÕES

(Ordem Alfabética)

CAISM – Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CID – Código Internacional de Doenças

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

PSF – Programa de Saúde da Família

SAME – Serviço de Atendimento Médico e Estatística

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Internações por idade em cada circuito (01/2005-12/2009).....	62
Gráfico 2. Dias de internação por idade em cada circuito (01/2005-12/2009).....	63
Gráfico 3. Internações por instituição de procedência (01/2005-12/2009)	65
Gráfico 4. Internações por instituição de encaminhamento (01/2005-12/2009)	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prontuário de 1918 do Hospital Nacional de Alienados	32
Figura 2. Fotos da Clínica de Repouso Congonhas.....	35
Figura 3. Fotos da Clínica de Repouso Congonhas.....	35

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de CAPSi por estado brasileiro	41
Tabela 2. Número de internações no NIA por ano	58
Tabela 3. Gênero dos internos no NIA (jan/2005 – dez/2009).....	58
Tabela 4. Faixa etária dos internos no NIA (01/2005-12/2009).....	59
Tabela 5. Número de internações por paciente no NIA (01/2005-12/2009)	60
Tabela 6. Duração da internação por instituição de procedência (01/2005-12/2009).....	60
Tabela 7. Tipo de encaminhamento à internação dos internos no NIA (01/2005-12/2009)	61

INTRODUÇÃO

Não foi preciso muito tempo...

Não foi preciso muito tempo, foi rápido, quando percebi já estava completamente delirante. Foi logo no final do segundo ano da faculdade, nem tinha tido ainda as famosas aulas de psicopatologia. Só sei que, naquele meu primeiro dia de férias, 10 de dezembro de 2002, movida não sei exatamente pelo que, abri a lista telefônica na letra C, Clínicas Psiquiátricas, liguei: - "Alô. Gostaria de me informar sobre estágio."

Foi assim, esse foi meu encontro com a loucura. Foi dessa forma, quase despreziosa, que descobri a minha paixão pela diferença, pelo incomum, pelo campo da saúde mental.

Estagiei um ano nesta clínica e não foi preciso muito tempo para perceber que havia diferentes modos de conceber e tratar a loucura. Resolvi procurar o meu, fui estudar. Encontrei, na Reforma Psiquiátrica, respostas para minhas inquietações. Nesse momento, percebi que minha trajetória profissional estava traçada: trabalharia com saúde mental na perspectiva da Luta Antimanicomial.

Após um ano de formada comecei a trabalhar em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) infantil, e logo pude observar problemas na rede de atenção e cuidado à infância e adolescência. Os atores: escola, CAPS, família, abrigos, Unidade Básica de Saúde (UBS) mantinham uma péssima, se não nula comunicação. O trabalho era árduo, éramos o único CAPS do município. Entretanto, não foi preciso muito tempo para que os resultados aparecessem. A construção da rede, a qual nos propúnhamos, logo se mostrou eficiente, aqueles meninos e meninas rapidamente respondiam às intervenções que fazíamos. Evitamos muitas internações, utilizávamos, em algumas situações, o Pronto Socorro (PS) infantil para retaguarda noturna. Até que, não sei bem o que aconteceu, algo nos escapou.

Numa noite, em novembro de 2007, estávamos eu e a enfermeira na ambulância, com a Maria¹, a caminho do Pinel, a caminho de sua primeira internação psiquiátrica.

Maria falava muito pouco, sempre frases curtas. Gostava mesmo era da água, molhava-se quase o tempo todo. Quando chegamos, no momento da triagem, Maria tinha as pontas dos dedos e as palmas das mãos ainda enrugadas de tão úmidas. Maria tinha também o olhar molhado, como se estivesse lacrimejando o tempo todo ou como se não parasse de chorar nunca.

¹ Nome fictício

O médico fazia perguntas, ela não respondia. Permanecia com a cabeça baixa, ambas evitávamos nos olhar. Era evidente que estava assustada, mas Maria, esqueci de comentar, era a menina mais corajosa do mundo. Esperou pacientemente que todo o protocolo de internação fosse realizado.

Depois do atendimento com o plantonista fomos andando, eu, a enfermeira e Maria em direção ao setor no qual ficaria internada. A enfermeira fumava, puxava muito ar em cada trago. Eu estava muda e Maria, neste momento, me fez duas perguntas que permeariam meu pensamento pelos próximos anos.

Maria disse: Por que eu vou ficar aqui? Não sabia o que responder. Por seu comportamento agressivo? Pela desestruturação de sua família? Pela pobreza? Pela desarticulação da rede de cuidado com a infância? Pela falta de serviços de assistência? Por um fracasso do CAPS? Por que a internação se fez necessária? Fiquei quieta.

Maria continuava: - Quem tá aí? Quem vai dormir no quarto comigo? Meu silêncio perdurou, essa pergunta era ainda mais difícil. Eu não sabia. Mais silêncio. A enfermeira termina o cigarro, abraçou Maria muito forte e lhe disse algumas coisas que eu não pude escutar.

Eu repeti o gesto, abracei Maria, me desculpei por não saber as respostas. Olhei em seus olhos, disse para ela descansar. No dia seguinte estaríamos lá para visitá-la e conversar com a equipe do hospital. Maria saiu andando, antes de entrar na enfermaria, olhou para traz e disse: - Ei... podem ficar tranquilas, eu sei que vocês virão.

Esta pesquisa é uma tentativa de responder às perguntas de Maria.

A pesquisa tem como objetivo investigar como e por que, apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira, se mantém a internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo.

A Reforma Psiquiátrica trouxe novos saberes e tecnologias sobre o tratamento em saúde mental e comprovou a ineficácia dos modelos asilares como terapêuticos. Sobre a reorientação do atendimento em saúde mental, Dell'Acqua e Mezzina (1991) ressaltam que os serviços substitutivos proporcionam a manutenção não apenas de vínculos familiares, mas também comunitários. Com isso, geram-se maior autonomia e menor cronificação. Em relação aos modelos asilares, podemos dizer que, no caso da criança, a institucionalização prejudica seu processo de socialização e desenvolvimento. (Rizzini, 2005) Entretanto, encontramos atualmente diferentes modalidades de institucionalização, dentre elas a psiquiátrica, motivada, muitas vezes por mandado judicial (Bentes, 1999; Scisleski et al., 2008). Vale observar, aliás, que, em diversos casos, as internações ocorrem em circunstâncias que contradizem as normativas da Reforma, como é o caso das internações compulsórias e por períodos prolongados.

Desta forma, encontramos aqui um paradoxo: se conhecemos os malefícios da institucionalização e temos tecnologia, legislação e incentivo financeiro para substituir o modelo hospitalocêntrico, por que crianças e adolescentes continuam sendo encaminhados para internações em hospitais psiquiátricos? Foi diante dessa questão que surgiu a inquietação e a motivação para a realização desta pesquisa. Não seria importante um grande investimento e concentração de esforços para essa população, a fim de evitarmos, futuramente, que esses sujeitos se mantenham segregados e sofram as perdas advindas da exclusão?

Somada a outros fatores, a escassez de políticas públicas em relação à saúde mental infantil até a década de 1990 não teria sido uma das causas de um contingente enorme de moradores de hospitais psiquiátricos? Ou, melhor dizendo, a falta de assistência na infância não poderia gerar institucionalização e rompimentos mais severos das redes sociais, produzindo assim adultos cronificados com maiores chances de serem encaminhados a hospitais psiquiátricos ou instituições asilares? Essa questão é corroborada por Bentes (1999), ao afirmar que a internação, em instituições totais de crianças e adolescentes, provocam fragilização dos vínculos e estigmatização.

Nosso objeto de estudo ganha relevo ao analisarmos a situação da saúde mental infantil no mundo. O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 2005, alega:

Estudos realizados em 2004 constataram, finalmente, que nenhum país do mundo tem um programa de saúde mental para crianças e adolescentes claramente definido; somente, ainda, em trinta e quatro países foram encontrados programas que poderiam ter algum impacto benéfico sobre este grupo populacional. (OMS 2005, p.15)

Com a finalidade de contribuir para a estruturação do campo da saúde mental infantojuvenil, esta pesquisa baseia-se nas seguintes indagações: quais os motivos que levam uma família, um serviço de saúde ou o sistema de justiça à decisão de submeter uma criança ou adolescente a uma internação psiquiátrica? Seria a insuficiência de serviços de saúde? Ou a dificuldade de formação de rede de atenção psicossocial para a infância? Ou seria ainda por motivos relacionados a demandas sociais, como a pobreza?

Couto (2009) acrescenta ser evidente, no Brasil, a defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta da rede de assistência. Podemos também observar a escassez de pesquisas e de políticas públicas voltadas à infância no campo da saúde mental.

Em 2005, o Ministério da Saúde publica o documento *Caminho Para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil*, do qual trataremos mais adiante, na primeira parte desta pesquisa. Mas já gostaríamos de antecipar a seguinte observação: o documento menciona a existência de aproximadamente 30.000 crianças e adolescentes institucionalizados. (BRASIL, 2005b, p.61)

Estes dados corroboram a importância e urgência de produção de conhecimento e pesquisas nesta área. É o que aponta Rizzini (2005):

Outro desdobramento necessário é a realização de pesquisas que possibilitem o dimensionamento da situação no presente. Que instituições estão operando em todo o País? Quem são as crianças hoje institucionalizadas e porquê?(Rizzini, 2005b, p.33)

O Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, que abordaremos na parte 1, também indica a necessidade de realização de estudos e pesquisas sobre quais as razões determinantes e os efeitos da institucionalização de crianças e adolescentes. (BRASIL, 2005b, p.63)

Assim, a realização de pesquisas neste campo é fundamental para avaliarmos como as tecnologias desenvolvidas pela Reforma Psiquiátrica têm sido implementadas e se abarcam as necessidades da infância ou se é preciso desenvolver novas propostas de políticas públicas.

Para colaborar com esta discussão, a pesquisa propõe-se a mapear a demanda atendida num serviço de internação psiquiátrica, para crianças e adolescentes no município de

SP. Por meio da análise de documentos - prontuários - tentaremos identificar quem são os sujeitos submetidos a internações, em outras palavras, quais são as crianças consideradas loucas atualmente? Como ingressam no circuito da internação? E que motivos justificam esta entrada?

Para isto, na primeira parte desta pesquisa, procuraremos compreender como a infância foi apropriada pela psiquiatria. Assim, investigaremos a constituição da infância *anormal*, com a ajuda de autores que pensaram a conformação histórica desta figura, acompanharemos como foram forjadas as práticas psiquiátricas e a produção de discursos de saberes sobre a infância. Faremos também, nesta parte, um levantamento de marcos históricos e legais da saúde mental das crianças e adolescentes no Brasil.

Na segunda parte apresentaremos o desenho da pesquisa empírica, descrevendo seu contexto, percurso e procedimentos.

Na terceira parte do trabalho apresentaremos a conclusão da pesquisa, com base na observação dos dados relacionados ao referencial teórico. Vale ressaltar que a perspectiva de análise deste trabalho é compreender infância, loucura/anormalidade como construção sócio-histórica.

PARTE 1 – A EMERGÊNCIA DA “SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA”

Neste capítulo, veremos como a infância foi apropriada pela psiquiatria. Para tanto, trabalharemos com a constituição da infância *anormal*, desde os aportes de Michel Foucault. Faremos também esta contextualização para o caso do Brasil, observando o processo de constituição do campo da saúde mental.

Mas, antes, faremos algumas observações sobre o conceito de infância, considerando que as significações de ser criança estão vinculadas às transformações ocorridas nas disciplinas que têm a infância como objeto de estudo e intervenção. (Telles, 2010)

Vale observar que, nesta pesquisa, os conceitos de infância, normalidade, loucura e patologia são compreendidos como uma construção histórica e social. Desta forma, entendemos que o significado de “ser criança” varia não só entre sociedades, classes sociais, comunidades, culturas, mas também em relação à sua duração histórica. (Sarmiento e Pinto, 1997)

Importante marco sobre o conceito de infância, foi o livro "História Social da Criança e da Família", publicado na década de 1960. O autor, Ariès, discute a universalidade e a naturalização da infância por meio da análise do percurso histórico e de discursos e práticas sociais associados a esta etapa da vida (Prado, 2010).

Pinto (1997) destaca alguns pontos importantes deste estudo. Na Idade Média, as crianças eram vistas como miniadultos e não havia separação entre os espaços ou atividades; adultos e crianças trabalhavam, comiam, dormiam e se divertiam juntos. A separação entre infância e idade adulta ocorreu primeiramente na burguesia, no final do século XVII. A partir deste momento, a infância passou gradativamente a ser administrada: a criança não era mais vista como um miniadulto, mas como um ser que se tornará um adulto.

Essa premissa tem como consequência o fato de que a criança é considerada um vir a ser, perde a sua individualidade e subjetividade enquanto criança, tornando-se apenas uma potencialidade (Rosemberg, 1976).

No século XIX, a separação entre a criança e o adulto já estava enraizada na sociedade moderna, e a infância era vista como categoria social vulnerável e, por consequência, com necessidade de proteção (Soares, 1997). A população infantojuvenil ficou submetida às regras e leis do mundo adulto. Segundo Alanen (2001), a infância passou a ser cuidada, controlada, assistida, instruída e supervisionada.

Desta forma, devemos atentar ao fato de que as disciplinas e saberes que tomam a criança como objeto de conhecimento também sofreram mudanças, e estas, resultaram em variações sobre parâmetros, especificidades, problemas, discursos e práticas destinados à infância.

1.1 A psiquiatrização da infância e a constituição da infância anormal

As primeiras tentativas de inclusão da criança no saber psiquiátrico ocorreram no final do século XIX. Segundo Telles (2010), Bercherie divide o processo de consolidação da psiquiatria infantil em três etapas.

A primeira etapa ocorreu durante o século XIX, entre 1800 e 1880. Durante este período, a psiquiatria tinha como objeto a deficiência mental na infância.

O segundo período teve início em 1880 com a publicação, na Europa, dos primeiros tratados de psiquiatria infantil. Observa-se, entretanto, que estes estudos tinham como objetivo investigar na criança síndromes mentais que acometiam os adultos, e não a observação de doenças mentais próprias da infância.

Ainda segundo a definição de Bercherie, o terceiro período ocorreu após a década de 1930. Segundo o Autor, a partir deste momento, embora ainda pautada em orientação genética e funcionalista, a psiquiatria infantil se separa da psiquiatria do adulto e são desenvolvidas definições e práticas psiquiátricas exclusivas da infância. (Telles, 2010)

Vejam os detalhes, alguns aspectos importantes destes períodos, agora a partir das lentes que nos oferece Foucault. Veremos que os dois autores concordam que a entrada da criança no discurso psiquiátrico foi tardia, uma vez que, a princípio, procurava-se exclusivamente descobrir na infância sinais de predisposição da loucura.

Segundo Foucault (2006), não havia distinção entre a loucura, a imbecilidade, a estupidez e a idiotia até o fim do século XVIII. O Autor defende que foi a reelaboração do conceito de idiotia nos primeiros 50 anos do século XIX, que possibilitou a entrada da criança no discurso psiquiátrico. Assim, a psiquiatrização da criança não surgiu com a criança louca, mas sim com a criança idiota.

Em 1799, Philippe Pinel, em seu tratado médico-filosófico sobre a alienação mental, relata o caso de um menino, Vitor de Aveyron, que havia sido encontrado no sul da França. O autor descreve o garoto como portador de danos mentais irreversíveis, insensível a

qualquer espécie de afeição moral. Seu discípulo, Jean Marc Gaspard Itard, entretanto, propõe-se a educá-lo, contrariando a opinião de Pinel (Reis, 2010).²

Por volta de 1820, encontramos a descrição de outra criança abandonada em Nuremberg. O menino chamava-se Kaspar Hauser e apresentava severas dificuldades de comunicação e uso da linguagem, além de pouca habilidade no convívio social (Blikstein, 2009).³

Discípulo de Philippe Pinel, Jean-Étienne Dominique Esquirol faz novas investigações sobre a deficiência mental e forja o conceito de idiotia, não como doença, mas como sendo ausência de desenvolvimento. (Foucault, 2006) Desta forma, a ciência médica concentra-se na realização de estudos pautados na descoberta e controle de possíveis causas da deficiência mental (Reis, 2010).

Segundo Foucault (2006), as considerações de Esquirol são relevantes para o conceito de anormalidade, na medida em que o médico introduz a noção de desenvolvimento com a definição da idiotia. O desenvolvimento para Esquirol é algo que a criança pode ou não adquirir.

A noção de desenvolvimento traz uma dupla normatividade à infância. A primeira é em relação ao adulto considerado como tendo o desenvolvimento completo, e a segunda é em relação às próprias crianças que determinam variedades de estágio e de velocidade no desenvolvimento. (Foucault, 2006)

Édouard Séguin, discípulo do Itard, defende a educabilidade do idiota (Lobo, 2008) e não define a idiotia como doença. O idiota é tido como uma criança com lentidão para avançar os estágios do desenvolvimento. O idiota é um tipo de criança que está, entretanto, num grau menor da norma. Assim, a infância é atravessada por crianças de diferentes graus de idiotia. O idiota pertence à infância e a disciplina médico-pedagógica é a maneira de educá-lo. (Foucault, 2006)

Há, entretanto, uma observação importante sobre a educação dos idiotas: estes devem ser especialmente educados e observados, pois a lentidão no desenvolvimento pode ocasionar o descontrole sobre os instintos da criança, levando-a a atitudes e comportamentos fora da normalidade. Os idiotas, portanto, não apresentam sintomas, mas estão entregues aos

² Em 1969, François Truffaut lança um filme sobre este caso intitulado "L'enfant sauvage".

³ Sobre a história de Kaspar Hauser, Werner Herzog, em 1974, lança o filme intitulado "Jeder für sich und Gott gegen alle" (Cada um para si e Deus contra todos). Em português o título é "O Enigma de Kaspar Hauser".

instintos. Vemos, aqui, o surgimento da criança anormal. Os comportamentos do idiota não são doentios, mas desviantes; dessa forma, o idiota não é uma criança doente, mas uma criança anormal. (Foucault, 2006)

A categoria anomalia é rapidamente absorvida pela psiquiatria e, como vimos, não afetou o adulto, mas a criança. Foi por meio da psiquiatrização da infância que a ideia de anormalidade se constituiu e se disseminou para todo o campo social. Assim, a infância possibilitou a generalização da noção de doença mental. (Lobo, 2008) Nas palavras de Foucault: “A difusão do poder psiquiátrico se deu a partir da criança”. (Foucault, 2006, p. 255)

Apesar da separação entre a doença mental e a idiotia observamos a assimilação institucional do idiota e do louco juntos. Em 1830, com a demanda de trabalhadores pela Revolução Industrial, a institucionalização dos idiotas ocorreu a fim de liberar os pais para o trabalho. Construíram-se na França os "asilos de alienados". A categoria de alienação mental englobará loucos, idiotas e imbecis, anulando as distinções entre idiotia e doença mental. (Foucault, 2006)

Deste modo, a psiquiatria ultrapassa a categoria da infância e a instituição asilar, e se responsabiliza por tudo o que é considerado anormal nos âmbitos da escola, do trabalho e da família. A psiquiatria passou a definir, controlar e corrigir o anormal. Por este motivo Foucault sustenta que a difusão do poder psiquiátrico realizou-se na infância, isto é, a partir da psiquiatrização da infância. (Foucault, 2006)

Vale ressaltar que outros discursos científicos também contribuíram para a consolidação da psiquiatria infantil. Bentes (1999) cita como determinantes principais o surgimento da psicometria, da psicanálise e a consolidação do movimento de higiene mental.

A psicometria surge como ciência a partir da preocupação em torno da deficiência mental. Binet e Simon defendem a ideia de que toda criança pode ser situada dentro de uma escala de desenvolvimento cognitivo e desenvolvem uma escala normativa da capacidade escolar. Assim, podemos dizer que a psicometria cria um instrumento que se propõe a mensurar o normal e o patológico na infância.

A disseminação de ideias e conceitos advindos da psicanálise também tem papel fundamental na tomada da infância como objeto de estudo da ciência. Isto porque a teoria elaborada por Sigmund Freud determina a infância como a época fundamental do desenvolvimento psíquico. Assim, Freud chama a atenção não apenas para o fato de que traumas na infância podem resultar em doenças psíquicas no adulto, mas também para o fato de que a relação dos adultos com a criança pode adoecê-la.

Consideramos, entretanto, como prevaemente propulsor da psiquiatria infantil, o movimento da higiene mental, pois este demarca a infância como o principal objeto de estudo e de ações (Gomes, 2009). Este movimento, sobre o qual falaremos a seguir, define a infância como o grupo social sobre o qual se deveria intervir tendo como objetivo garantir a boa formação de caráter nas crianças para evitar delinquências e insanidades e, conseqüentemente, garantir adultos sãos e capazes de estabelecer relações harmoniosas. A psiquiatria se uniu à higiene mental numa relação vantajosa para as duas abordagens. Por um lado, a higiene mental carecia de uma teoria científica para corroborar seus ideais, que eram até então baseados apenas em valores morais, e a psiquiatria infantil, por sua vez, necessitava da ampliação de seus conhecimentos e inserção na sociedade (Telles, 2006).

Assim sendo, podemos observar que as práticas e discursos desenvolvidos para a saúde mental na infância sofreram modificações durante os séculos. Desta forma, concomitante ao desenvolvimento da sociedade moderna, a criança passa a ocupar um papel social de suposto merecedor de cuidado, atenção e proteção. Como consequência, observamos a ocorrência da universalização de discursos que passam a regular tanto as relações a serem estabelecidas quanto atos mais apropriados relacionados à infância e à adolescência (Telles, 2010).

Queremos destacar por meio desta breve retomada do conceito de criança anormal alguns aspectos relevantes para este nosso estudo. O primeiro é a entrada tardia da criança no discurso psiquiátrico, como sujeito com singularidades, comparativamente ao adulto; o segundo é ressaltar que a origem, a psiquiatria infantil, ocorre associada à deficiência e ao déficit, articulando a infância a esta posição. O terceiro aspecto importante é que a figura da infância anormal, ligando idiotia e loucura, funciona como modo de gestão generalizando as condutas de crianças (e dos adultos) e produzindo o efeito de psiquiatrização.

Veremos agora como ocorreu entrada da criança na psiquiatria no Brasil.

1.2 A constituição do campo da saúde mental infantojuvenil

1.2.1 A posição da infância do Brasil colônia à república

As crianças do período colonial eram ignoradas; o indivíduo só adquiria importância social ao se tornar adulto. Neste período, sobre saúde e doença na infância, encontram-se apenas textos relacionados à mortalidade infantil, costumes e comportamentos. (Freyre, 2006)

Importante observar que as normas sociais, no período colonial, eram estabelecidas pela Igreja e pela classe dominante dos senhores do engenho. A Igreja era a instituição responsável pela educação, assistência e pelos cuidados das crianças abandonadas e pobres, principalmente depois da criação da roda dos expostos.^{4 5} O recurso financeiro advinha da caridade cristã que, associada ao amor a Deus, colocava como dever do indivíduo o cuidado com o próximo, o que poderia ser feito por meio de doações e esmolas. Assim, os pobres estavam subordinados à generosidade da classe rica e às práticas eclesiásticas. (Rizzini, 2008)

Até o século XIX, observa-se a ocorrência de altos índices de mortalidade infantil; este fato, entretanto, não representava um problema social com necessidade de ação do Estado. Não havia nenhuma política de intervenção. A morte das crianças era naturalizada. Não exigia nenhuma prática das famílias, além da resignação. Encontramos, nesta mesma época, a produção de discursos sobre a normalidade da morte. Exemplo disso pode ser observado pela figura do anjo, que representa a ideia de que as crianças transformam-se em “anjinhos” ao morrerem, por serem puras e inocentes. (Serra, 2011)

No século XIX, entretanto, a classe médica, gradualmente, assume a determinação de comportamentos por meio do discurso científico, em decorrência de mudanças ocorridas no contexto social e econômico. A proclamação da República e a abolição da escravatura proporcionaram mudanças importantes na ordem social, educacional e econômica. O processo de independência do Brasil fez emergir duas novas classes sociais: uma classe pobre, composta de ex-escravos, e uma classe rica, a burguesia, que via na medicina um meio de propagar suas ideias políticas. (Serra, 2011)

Podemos dizer que a infância, gradativamente, deixa de ser uma categoria social ignorada para ser objeto de interesse da família e da Igreja e, por fim, responsabilidade do Estado. A preocupação em relação à infância teve início com a proclamação da república. O regime republicano propunha outra organização social: tudo que era relacionado ao antigo regime passou a representar atraso e ignorância. O Brasil seria reconstruído e a nova nação brasileira estaria livre do passado colonial. Para isso, o Estado, defendendo o nacionalismo, teria que propor também modificações nas próprias relações entre os indivíduos. É neste

⁴ “Rodas dos Enjeitados” ou “dos Expostos”: um dispositivo de madeira fixado, geralmente, na entrada de um asilo cuidado por religiosos, onde a pessoa depositava o bebê que enjeitava. A pessoa tocava uma sineta para avisar que um bebê havia sido abandonado e deixava o local sem ser reconhecida. (WEBER, 2000)

⁵ O conto de Machado de Assis "Pai contra mãe" trata do tema da Roda dos Expostos. (ASSIS, 2008)

contexto político, associado a ideias da puericultura e às teorias do positivismo, evolucionismo e darwinismo, que surge a preocupação com a infância no Brasil. A criança deve ser educada visando ao futuro do Brasil, transformando-se em símbolo do porvir e de esperança. De categoria social ignorada transforma-se em patrimônio da nação. Zelar pela criança passa a significar um gesto de humanidade, de patriotismo. Os novos discursos científicos, como as teorias evolucionistas, positivistas e os ideais eugênicos, corroboram esta hipótese. (Rizzini, 2008)

A infância passa a ser considerada como o principal campo sobre o qual o Estado deveria intervir, para a construção de uma sociedade sadia por meio da normatização dos indivíduos. Assim, para a efetivação da construção nacional, são definidos padrões de normalidade nas crianças e, conseqüentemente, práticas e discursos científicos voltados à infância. A criança do Brasil colonial que, como vimos, era vista como anjo, alma cândida, perde sua pureza e passa, no período republicano, a ser encarada como sujeito sobre o qual se deve agir. (Serra, 2011)

Nesse momento, observamos que a ciência médica, paulatinamente, destitui o papel da Igreja na determinação de padrões morais, físicos e intelectuais e passa a exercer grande influência sobre os indivíduos, propondo e impondo normas de saúde.

Esta ascensão da medicina sobre o corpo social deve ser compreendida não apenas em decorrência do desenvolvimento da ciência, por meio de estudos e pesquisas, mas também pela união entre a classe médica e a elite brasileira. (Costa, 2004)

A nova elite intelectual e política do Brasil estava à frente do projeto de desenvolvimento do país, determinando, portanto, as novas leis e normas. Utilizava-se, como discurso, o nacionalismo e o progresso. O Brasil era um país novo que deveria ser moldado e, para tanto, era necessário que as novas regras fossem inseridas no funcionamento social. Desta forma, a medicina se tornou uma aliada da elite, pois funcionou como instrumento de acesso aos costumes e valores da população. (Costa, 2004)

Além da elite, como vimos, ocorre a formação de outra classe social: a classe pobre, formada por ex-escravos e imigrantes. A pobreza, entretanto, era associada à degradação. Os pobres, a criminalidade e a mendicância não se encaixavam no futuro da nação. Assim, educar e ensinar novos costumes para a massa pobre passa a ser legitimado e necessário. Dentro dessa perspectiva, os médicos são convocados a elaborar uma nova estrutura física para as cidades e uma nova organização da população. O movimento da *Higiene Mental* se encarrega desta tarefa e cria, em relação às cidades, novas políticas de higienização e saneamento. Já para a população, o movimento determina novos

comportamentos e valores morais que deveriam ser cumpridos para garantir a saúde do indivíduo e, por consequência, o progresso do país. (Serra, 2011)

Um exemplo disso pode ser observado no fato de que o Estado, ao constatar a existência de um número grande de pobres e mendigos nas cidades, muitos dentre eles ainda crianças, utilizou-se do saber médico para intervir junto a essa população. A solução para os adultos foi o trabalho, por meio da fomentação do discurso médico segundo o qual maus comportamentos estariam ligados a ociosidade, enquanto bons comportamentos eram associados ao trabalho. Desta forma, era necessário que o adulto trabalhasse e quem insistisse em escapar poderia ser punido, pois este comportamento ameaçava a sociedade como um todo. A atividade laboral passou a ser considerada a forma absoluta de resolução dos problemas dos indivíduos, inclusive morais. O ato de trabalhar passou a ser considerado dignificante e enobrecedor. (Rizzini, 2004)

As crianças, por sua vez, tiveram como solução a educação e a disciplina. Foram encaminhadas para instituições educativas que seriam responsáveis pelo ensino de bons hábitos. Além disso, observamos que a instituição familiar também sofreu mudanças e passou a ter o dever de educar os filhos sob as novas regras definidas pelo Movimento de Higiene Mental. Os costumes, condutas e padrões de comportamento foram modificados tão radicalmente que as práticas coloniais ligadas à infância e à família foram extintas. (Rizzini, 2004)

1.2.2 O Movimento da Higiene Mental

No Brasil, o Movimento da Higiene Mental teve seu auge entre as décadas de 20 e 30 no século XX, com significativa importância no cenário político. (Maciel, 2011)

O Movimento era composto principalmente por médicos e propunha uma reorganização social; preocupava-se com a eugenia e com a preservação da ordem pública. Assim, o discurso higienista dirigia-se a todo o corpo social, isto é, visava agir sobre valores e condutas sociais. (Telles, 2006)

A etimologia da palavra *eugenia* em grego -- literalmente, eu, "bom" + genia, "origem", "raça" -- nos auxilia a compreender os pressupostos do movimento higienista. Podemos dizer que a higiene mental baseia-se na ideia de que há um conhecimento único e que, a partir dele, poder-se-ia criar uma "boa" sociedade com cidadãos "bons e saudáveis". Assim, a hereditariedade era tida como determinante de traços físicos e de capacidades mentais. Essa premissa ressaltava a periculosidade das classes pobres e colocava na

intervenção médica a solução para a evolução humana e aperfeiçoamento da espécie, isto é, a ciência poderia acelerar e garantir a melhoria da raça por medidas preventivas. (Serra, 2011).

Como resultado do avanço da industrialização, vemos, no Brasil, durante o século XX, um crescimento populacional. As cidades se tornaram centros urbanos importantes e as capitais se desenvolveram. Rio de Janeiro e São Paulo cresceram rapidamente e iniciaram seu processo de urbanização. Em São Paulo, além do aumento da população pobre, observamos a instalação da elite cafeeira. Segundo Serra (2011), este fato acirrou a preocupação com a "raça"⁶ paulista, e os higienistas implantaram diversas ações na cidade, desenvolvendo campanhas de saúde pública, além de projetos urbanísticos.

Com o objetivo de garantir a saúde da população, isto é, descobrir, prevenir e tratar doenças, os médicos higienistas criavam normas para o cotidiano das pessoas. Passaram a definir padrões de condutas e controlar hábitos por meio de inspeções sanitárias. As campanhas de saúde pública foram um método importante e eficiente de comunicação entre os médicos e a população. Os novos projetos urbanísticos, por sua vez, foram responsáveis pela segregação espacial e pela normatização do uso da cidade. (Ribeiro, 2006)

As intervenções do Movimento, baseadas no discurso da ciência, inseriam-se em diferentes instituições: a escola, a fábrica, a família, etc. A família e a escola eram as principais responsáveis pela educação e formação das crianças e, como consequência, sofreram modificações significativas (Gomes, 2009). É importante citar que as ações defendidas pelo movimento em relação à infância eram, segundo Serra (2011), justificadas por serem medidas profiláticas para impedir manifestações "anormais", isto é, evitar delinquências e insanidades. Vale lembrar que a intervenção deveria acontecer antes mesmo do aparecimento de sintomas.

A escola era tida como o lugar de maior influência sobre o desenvolvimento das crianças. Deveria oferecer formação moral, física e intelectual, a fim de gerar comportamentos aceitáveis e capacitar as crianças para o convívio social. Era responsável por preservar a infância de influências negativas e moldá-la de acordo com a moral higienista. Assim, a escola tornou-se uma instituição que ditava regras e normas sociais norteadas pela disciplina e pela ordem. (Rizzini, 2004)

Além disso, a escola teria como função a detecção de anormalidades e de comportamentos impróprios que deveriam ser corrigidos. Para tanto, os higienistas realizavam, segundo Bueno (1993), inspeções médicas nas escolas, com o objetivo de detectar

⁶ Sabe-se que o conceito de raça, baseado em falsos pressupostos científicos, serviu de base para a construção da doutrina nazista. CF. L. Poliakov, *Le Mythe Aryen*, Paris, Calman - Levy, 1954.

os “anormais” e capacitar os professores ensinando-lhes os preceitos de higiene mental. Vale lembrar que a criminalidade também era considerada um desvio de comportamento e que, como tal, necessitava de ações preventivas.

No que diz respeito à estrutura familiar, o movimento higienista ditava regras sobre como deveria ser uma vida familiar estável e feliz para criação de filhos saudáveis. Por meio do discurso de cuidado e proteção da infância, o Estado atingiu a família e assim, modificou o funcionamento da sociedade brasileira. Em outras palavras, o Estado passou a interessar-se pela interferência nas relações de família, produzindo modificações importantes no trabalho, na habitação, na saúde e na urbanização (Blikstein, 2009). Assim, as mudanças na concepção e função das famílias produziram mudanças em todo o funcionamento social. Nas palavras de Deleuze: "o social e família compartilham de uma íntima relação de mútua transformação e dependência." (Deleuze, 1986)

Desta forma, podemos observar que as ações higienistas provocaram mudanças não apenas no trato com os filhos, mas também no papel da mulher e na relação matrimonial. A medicina passa a definir, por meio de livros e tratados, as necessidades das crianças e as condutas corretas para educá-las. Estabelece-se uma aliança favorável entre o médico e a mãe: ele prescreve, ela executa. A mãe adquire poder e *status* social e o médico consolida sua ciência, derrotando as tradições populares de cuidado, como era o caso da figura da comadre. Vale observar que, nas classes pobres, a entrada do médico visa à tentativa de controle social, por meio da condenação de algumas práticas, como o abandono de crianças e relações sem matrimônio. (Donzelot, 1986)

Vemos, então, que a mãe passou a ter papel fundamental na educação das crianças, embora ficasse submetida ao controle médico estatal (Telles, 2006). Um exemplo disso, citado por Schechtman (2005), foi o folheto "Exortação às mães", produzido pela Liga Brasileira de Higiene Mental (fundada em 1923), o qual continha indicações sobre o que seria considerado patológico na infância e a conduta esperada por parte da genitora:

Teu filho tem defeitos na linguagem, é gago? Manda-o examinar para saber sua verdadeira causa.

Teu filho tem vícios de natureza sexual? Leva-o ao especialista para que te ensine a corrigi-lo. (apud BRASIL, 2005b, p.27)

Em relação ao casal, o movimento preconizava que deveriam ser realizados exames pré-nupciais, a fim de detectar desvios nos pais e prevenir o nascimento de crianças degeneradas. A transmissão genética, como vimos, tinha papel fundamental no aparecimento de vários tipos de doenças, inclusive mentais. Assim, o casamento era, para o movimento, a

primeira instituição a ser controlada para alcançar a regeneração da população e o desenvolvimento da "raça". Desta forma, a medicina deveria atuar junto aos casais para impedir a procriação de sujeitos que prejudicassem a espécie humana.

Segundo Serra (2011), a definição de um parâmetro de normalidade proferida pelo discurso do Movimento da Higiene Mental gerou um grande número de desviantes e, como consequência, legitimou as práticas psiquiátricas na sociedade. Boarini (2007) completa, dizendo que o conceito de normalidade provocou o aumento da segregação e a diminuição dos indivíduos considerados normais.

Podemos dizer que a importância dos higienistas para a psiquiatria infantil foi a criação de uma ciência médica voltada para a criança e seu desenvolvimento. Apesar do movimento não se propor a investigar as patologias mentais, é ele que inaugura o conceito de normalidade da infância no Brasil. (Lobo, 2008)

1.2.3 Destinos institucionais das crianças

Durante o século XX, como vimos, a medicina assumiu papel importante na determinação de políticas públicas por parte do Estado e na determinação de padrões de comportamento na população. O Movimento de Higiene Mental, pautado em ideais eugênicos, tinha como objetivo garantir o cuidado e o desenvolvimento da população. O discurso higienista, ao determinar os padrões de normalidade na infância, determinou também as primeiras práticas e condutas destinadas às crianças anormais.

A escola, como vimos, era responsável por identificar possíveis desvios nas crianças e especificar suas deficiências. Após selecionadas, as crianças consideradas anormais deveriam ser encaminhadas para a educação especializada.

O Movimento defendia o tratamento asilar e a ampliação do número de instituições de assistência às crianças anormais. Devemos observar, entretanto, como bem aponta Rosa, que infância anormal era um termo vago e bastante abrangente, incluindo também a pobreza e a criminalidade como anormalidade. Lobo (2008) salienta que os médicos higienistas brasileiros utilizavam o termo para designar as mais diversas classificações das crianças: idiotas, imbecis, surdas, mudas, cegas, epiléticas, histéricas, paralíticas, indisciplinadas, desequilibradas, viciadas e abandonadas. A autora destaca que o traço entre as anomalias era que, a partir de sua definição, forjavam-se práticas institucionais da medicina, da educação e da justiça.

O médico higienista Antonio Carlos Pacheco e Silva tem papel fundamental na definição do conceito de "infância anormal". Segundo o Autor, o saber médico era o

responsável pela caracterização da criança. O médico era o único capaz de reconhecer o anormal e receitar-lhe tratamento. Havia, para o Autor, três causas da anormalidade na infância:

- causas patológicas, devidas à hereditariedade;
- causas sociais, decorrentes de má educação, pobreza e vagabundagem;
- causas patológicas associadas a causas sociais.

Uma contribuição importante de Pacheco e Silva para o desenvolvimento do conceito de criança anormal foi a inclusão de *psicopatias* dentro das anormalidades da infância⁷. (Serra, 2011)

Além do conceito de psicopatia, Pacheco e Silva classifica os débeis mentais ou oligofrênicos como crianças com dificuldades intelectuais. São também divididas pelo grau de comprometimento (idiotia, imbecilidade ou debilidade mental). De todo modo, são consideradas ineducáveis, e o tratamento recomendado é o encaminhamento para instituições assistenciais. (Serra, 2011).

Podemos observar, entretanto, que a classificação proposta por Pacheco e Silva, além de basear-se em definições morais de normalidade de comportamento, é ampla e pode abarcar a maioria das crianças. Pode-se dizer, então, que a definição de anormalidade na infância tem como consequência a patologização de comportamentos infantis e a criação de instituições de tratamento. (Serra, 2011)

Em relação à institucionalização, sabemos que, neste período, para os menores anormais e delinquentes, havia a política de internação que visava à correção e reintegração. (Rizzini, 2008) A instituição para a qual deveria ocorrer o encaminhamento era definida de acordo com o diagnóstico e com a classe social. Os portadores de anomalias físicas ou mentais consideradas graves iam para as instituições fechadas com completa reclusão; os meninos considerados delinquentes, inadaptáveis e incorrigíveis, por motivo de má educação

⁷ As psicopatias são definidas como perturbações ou falhas na capacidade moral e no caráter, sendo classificadas em 7 grupos diferentes.

- 1- Sensitivos: crianças que apresentavam sensibilidade aguçada. Tinham comportamento tímido e mostravam-se desconfiados. Eram disciplinados e bons alunos, entretanto, ao sentirem-se pressionados poderiam apresentar fugas, sonambulismo, terror noturno, enurese noturna etc.
- 2- Expansivos: crianças com comportamento agressivo e desafiador.
- 3- Insensíveis: eram crianças consideradas egoístas e agressivas. Não sentiam vergonha de seus atos e não se interessavam pelo estudo.
- 4- Fantasistas: crianças que inventam fantasias além do limite considerado normal.
- 5- Epileptoides: crianças que apresentam episódios de alteração de consciência, amnésia e impulsos agressivos.
- 6- Histéricos: crianças que demonstram vontade de adoecer ou que gostam de aparentar doenças. Instáveis: comportamento de criminalidade que se agravava na juventude e na fase adulta.
- 7- Instáveis: comportamento de criminalidade que se agravava na juventude e na fase adulta.

ou por fatores hereditários, deveriam ir para institutos disciplinares e colônias agrícolas; as meninas iriam para reformatórios. As crianças detectadas na escola com desatenção, instabilidade, agitação ou apatia deveriam ser encaminhadas ao juizado de menores que classificaria a anormalidade e indicaria o corretivo. (Serra, 2011)

As instituições fechadas eram consideradas mais específicas e mais especializadas. O discurso médico pretendia corrigir e salvar a infância da consolidação de comportamentos anormais. (Maciel, 2011)

O primeiro hospital psiquiátrico, Hospício D. Pedro II, foi inaugurado em 1852 e, depois dele, houve a abertura de outros hospitais destinados à população adulta. A primeira ala destinada à infância foi inaugurada em 1904, dentro Hospício D. Pedro II, renomeado Hospital Nacional de Alienados.

O Pavilhão Escola Bourneville, ala destinada as crianças do Hospital Nacional de Alienados, começou a funcionar em 1905. Lobo (2008) observa que, neste mesmo ano, o jornalista e poeta Olavo Bilac visitou o Hospital Nacional de Alienados e escreveu uma matéria sobre Bourneville. Neste texto, citado por Maciel (2011), percebemos que Olavo Bilac mostra-se esperançoso com início do funcionamento do pavilhão: “Antigamente as crianças asiladas no hospício viviam numa sala gritando e gargalhando(...) sem ensino, como animais, eram asiladas e alimentadas; era essa a assistência de estado.”

Segundo Lobo (2008), apenas dois anos mais tarde, em 1907, o pavilhão já se apresentava em estado de superpopulação. Em 1908, ocorre o aumento de uma das alas do pavilhão. Em 1909, entretanto, há novos sinais de superlotação, o que ocasiona o aumento de outra ala em 1910. O aumento do número de crianças pode ser compreendido nas palavras da Autora: "instalada a caçada aos anormais, a população infantil do hospício só tenderia a aumentar". (Lobo, 2008. p. 408)

Apresentamos, na Figura 1, um prontuário datado de 1918, do Hospital Nacional de Alienados, referente a uma adolescente de 15 anos.

Figura 1. Prontuário de 1918 do Hospital Nacional de Alienados

N.º 98

Assistencia a Alienados
HOSPITAL NACIONAL

SECÇÃO ESQUIROL

Nome *[illegible]* Nacido Brasil Classe D. P. *[illegible]*
(V. Observação)

Côr. preta Sexo feminino Naturalidade *[illegible]* Entrada na Secção: *[illegible]*
Idade 15 annos Estado civil solteira Em 4-4-1917.

Profissão domestica

Residencia *[illegible]*

Procedencia 6º Distrito Policial

Internante Repartição Central da Policia Guia;
nº 332, de 29 de Março de 1917.

Entrada 29 de Março de 1917.

Diagnostico *Psychia publica.*

Em 7 de *[illegible]* de 1917

O Medico assistente *[illegible]*

MATICULE-SE

O Director Geral *[illegible]*

Matriculado a fls. *190* do livro *[illegible]* Numero do ordem geral *[illegible]*
Em 9 de *[illegible]* de 1917 Numero do ordem annual *357*

[Red stamp: Admissao em 31/10/18]

Alta em de *[illegible]* de 191 *[illegible]* Falleceu em de *[illegible]* de 191 *[illegible]*
[illegible] Causa mortis *[illegible]*
Sabia em 1 de Setembro de 1917 *[illegible]*

O Assistente *[illegible]* O Medico *[illegible]*

VISTO

O Director Geral *[illegible]*



FONTE (<http://www.ccms.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/DocProntuario2.html>)

Assim, fez-se necessária a criação de um número cada vez maior de instituições, destinadas aos cuidados das crianças anormais. Em 1922 construiu-se, dentro do Hospital do Juquery, um pavilhão para os menores que eram encaminhados pelo Estado. Em 1929, inaugura-se a escola Pacheco e Silva, localizada também dentro do Juquery, destinada aos menores anormais considerados educáveis para alfabetização e reeducação. (LOBO, 2008)

Segundo registros apontados por Serra (2011), em 1930, 38 crianças estavam internadas no pavilhão e não foram encontrados documentos sobre saídas das crianças para a

casa ou abrigos. Há relatos de fugas e de raras famílias que retiraram seus filhos, mesmo sem alta. Segundo Zuquim, citado por Lobo (2008), nos três primeiros anos não houve nenhuma alta. Sobre transferências, sabe-se que os adolescentes que completavam 17 anos ou os que eram extremamente agressivos e indisciplinados eram transferidos para o pavilhão dos homens.

Em 1923, Gustavo Riedel, fundador da Liga Brasileira de Higiene Mental, declara haver três instituições para crianças anormais: o Pavilhão Escola Bourneville, no Hospital Nacional de Alienados; uma seção do Hospital do Juquery em São Paulo; uma sessão no Hospital do Rio Grande do Sul⁸. Estes, segundo ele, eram estabelecimentos insuficientes. Podemos observar, então, que médicos e educadores pressionavam o Estado para a construção de mais instituições (Lobo, 2008), embora estas não tivessem como objetivo a inclusão dos anormais, mas, pelo contrário, sua exclusão.

O Hospital de Barbacena foi criado em 1903, com o objetivo de atender a população adulta de anormais. Sabe-se, entretanto, que havia um grande número de crianças nesta instituição. Na década 1970, o hospital apresentava superlotação com aproximadamente 5 mil internos. No final desta década ocorrem denúncias sobre as condições de vida dos pacientes aí internados.

Em 1979, Franco Basaglia⁹, veio ao Brasil para participar III Congresso Mineiro de Psiquiatria e visitou o hospital de Barbacena, comparando-o a um campo de concentração.

A visita de Basaglia ao Brasil teve grande repercussão na imprensa, com matérias publicadas em jornais de expressão nacional, como no caso do *Estado de Minas*, principal publicação mineira, em matéria assinada pelo jornalista Hiram Firmino. Com base nessa reportagem, o jornalista estendeu sua pesquisa no livro *Nos Porões da Loucura*, em que, além de apresentar a situação desumana dos internos, descreve a condição miserável das crianças (Maciel, 2011).¹⁰

Crianças pelo chão, entre moscas. Nenhum brinquedo, um psiquiatra qualquer. Pessoas aleijadas, arrastando-se pelo chão, feito bicho. Agrupadas para não serem pisoteadas, na hora da comida. Esperando a maca, a liberdade somente possível através da morte. Completando a realidade do “Centro Psiquiátrico de Barbacena”. O hospício, que continua quatro quilômetros mais abaixo. O famoso “Hospital–colônia”. Um asilo medieval, de pedra e barras de ferro. Úmido, frio e indesejável

⁸ O perfil das crianças internadas no Hospital São Pedro no Rio Grande do Sul foi objeto de estudo da pesquisadora Rosane Neves da Silva (2008).

⁹ Médico psiquiatra precursor do movimento da Reforma Psiquiátrica na Itália. Basaglia foi responsável pelo fechamento do Hospital Provincial na cidade de Trieste e substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento.

¹⁰ O cineasta mineiro Helvécio Raton também desenvolveu enredo sobre a vida dentro do hospício e a decadência da colônia no documentário *Em Nome da Razão*.

(...). Seres humanos rotulados de loucos. Loucos que sabem seus nomes, endereços e sentimentos. Gente que implora socorro, dizem-se Deus, para comover quem acredita n'Ele. Vivendo, agora, mais uma vez, a esperança oficial. A esperança de serem ouvidos pelas autoridades. Pelo governo, em seu desespero. (Firmino, 1982)

Vale observar que atualmente o Hospital de Barbacena sofreu diversas modificações que podem ser observadas no estudo de Amorim (2011), intitulado *Histórias da Loucura*. Neste texto, encontramos relatos da situação do hospital atualmente e podemos ver a presença de adultos que foram institucionalizados ainda crianças no hospital:

Ou ainda Vicente Nicássio e Chiquinho, dois remanescentes do hospital psiquiátrico para crianças, que funcionou na cidade de Oliveira, no centro-oeste de Minas, e que chegaram a Barbacena com oito e nove anos, respectivamente. Nica, ou Nicássio, tem 45 anos; Chiquinho, 65. Vicente Nicássio é um negro rechonchudo, com cabelo baixo e poucos dentes — que se expõe a todo o momento com os sorrisos. Tem os olhos esbugalhados, porém, o olhar é distante, sem nenhum senso da realidade. Nica tem a mentalidade de uma criança — não progrediu em nada nos últimos 37 anos. Da sua boca, só murmúrio. As únicas palavras que consegue pronunciar, e mesmo assim com muita dificuldade, é “mamãe” e “papai”, forma como trata os enfermeiros da casa. (Amorim, 2011, p. 70)

Outra reportagem dessa mesma época também denuncia a institucionalização das crianças anormais em clínicas particulares conveniadas com o governo. Trata-se de um campo de concentração infantil,¹¹ em que a jornalista Cecília Prada denuncia as atividades da Clínica de Repouso Congonhas, instituição particular conveniada com o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) e a FEBEM (Fundação para o Bem Estar do Menor)¹². Inaugurada em 1973, com vaga para 60 internos, 5 anos depois a clínica abrigava 250 crianças e adolescentes. Prada observa:

(...) se abre o imenso pátio acimentado onde os menores permanecem inteiramente abandonados, nus, expostos a intempéries, em promiscuidade total, agredindo-se mutuamente e violentando-se sexualmente. E sendo também brutalmente espancados pelos poucos vigilantes, quando aparecem. (Prada, 1981, p.19)

A jornalista aponta para o fato de que havia poucas notícias sobre a assistência psiquiátrica voltada à infância. Ela justifica que apenas realizou a reportagem a pedido da presidente do Movimento de Defesa do Menor, Lia Junqueira, com a finalidade de divulgar o caso da criança Sentemor. Tratava-se de um menino de 6 anos que, internado na Clínica de Repouso Congonhas em agosto de 1977, apresentava distúrbio psiquiátrico, embora não tivesse problemas motores, pois falava e andava bem. Saiu em março de 1978, paralítico, mudo e imbecilizado.

¹¹ Publicado no Jornal "Folha de São Paulo" em novembro de 1979.

¹² Atualmente Fundação CASA.

Apresentamos abaixo algumas fotos da Clínica de Repouso Congonhas retiradas do livro de Cecília Prada:

Figura 2. Fotos da Clínica de Repouso Congonhas

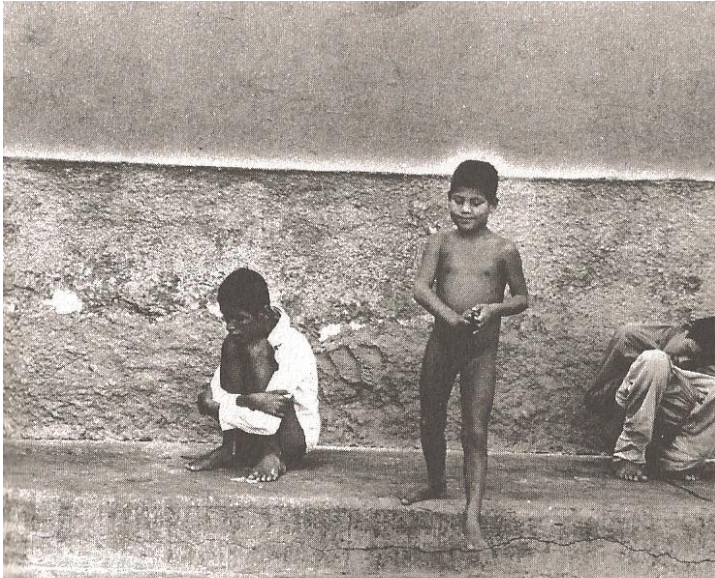
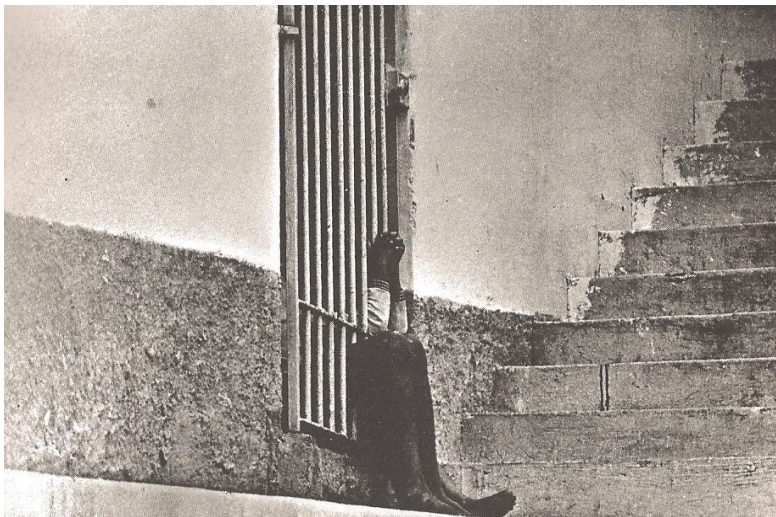


Figura 3. Fotos da Clínica de Repouso Congonhas



É possível verificar, então, que, no século XX, no Brasil, as políticas públicas de assistência à infância anormal resumiam-se ao asilamento em instituições de exclusão. Pitta (2005) corrobora dizendo que historicamente, o vazio no campo da atenção pública para crianças e jovens portadores de transtornos mentais e a falta de uma diretriz política para instituir o cuidado nesta área foram preenchidos por instituições, na sua maioria de natureza privada e/ou filantrópica, que, durante muitos anos, foram as únicas opções de acompanhamento, orientação e/ou atenção dirigidas às crianças, aos jovens e aos seus familiares.

Este cenário começa a sofrer modificações quando, em 1985, termina a ditadura militar no Brasil. Poucos anos depois, em 1988, entra em vigor a nova Constituição Federal, documento fundamental que, pautado na igualdade de direitos e deveres entre os cidadãos, traz novas diretrizes para a sociedade brasileira. É a chamada ‘Constituição Cidadã’.

Além disso, em 1989, entra em vigor o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Veremos no próximo item os desdobramentos no campo da saúde mental infantojuvenil e nas instituições de cuidado.

1.3 A Reforma Psiquiátrica e as novas inflexões para o campo da saúde mental da infância

Desde a década de 70, o país protagoniza os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Tais movimentos acarretaram transformações cruciais no campo da saúde que se torna, desde a Constituição Federal de 1988, “direito de todos e dever do Estado”, resultando daí a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com os seguintes princípios: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e comando único, resolutividade, regionalização, hierarquização e participação popular.

A Reforma Psiquiátrica e o Movimento Antimanicomial têm como princípio a substituição do modelo asilar, como forma de tratamento em saúde mental pelo modelo substitutivo, que desloca o seu objeto de intervenção da doença e dos sintomas para os sujeitos e grupos que vivem a experiência do sofrimento psíquico em seus contextos. Em outras palavras, transfere o *locus* das intervenções do hospital e do interno do serviço para o território, utilizando-se de recursos sociais que possam dialogar com as necessidades singulares dessa população e investir na construção de lugares de pertencimento, onde prevaleça o respeito às diferenças subjetivas e a possibilidade do efetivo exercício das potencialidades e trocas sociais. Tal estratégia visa à superação dos preconceitos, ao resgate

da cidadania e à intervenção na representação social da loucura para, assim, possibilitar a reconstrução da rede social e da vida comunitária.

Em 6 de abril de 2001, a Lei Federal 10.216 entra em vigor no país, orientando o tratamento em serviços de base comunitária. Destacamos o artigo 2, item IX, da referida Lei:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Em 19 de fevereiro de 2002, é aprovada pelo Ministério da Saúde a Portaria GM/MS n.º 336, que regulamenta a ação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). É criada uma classificação de acordo com a área de abrangência (CAPS I, CAPS II e CAPS III) e de acordo com a população atendida:

- CAPS - destinado a portadores de sofrimento psíquico grave;
- CAPSad - destinado a portadores de dependência química de álcool ou outras drogas;
- CAPSi - destinado ao atendimento de crianças e adolescentes.

Verifica-se que, tanto a Lei 10.216 como a Portaria 336, reorientam o modelo de atenção à saúde mental. Os CAPS constituem um recurso estratégico da rede de atenção à saúde mental, que disponibiliza cuidados intensivos e cotidianos nas situações de crise e no

acompanhamento dos processos que visam à ampliação da autonomia, à inclusão sociocultural e ao exercício da cidadania.

Com esta reorganização, foram reduzidos no Brasil entre 2002 e 2010, cerca de 19.000 leitos em hospitais psiquiátricos e abertos 822 CAPS I, 431 CAPS II, 63 CAPS III, 272 CAPSad, 149 CAPSi. Esses dados mostram que o número de CAPS dedicados à criança é extremamente reduzido se comparado ao investimento nos CAPS destinados à população adulta¹³.

Em 2004, com a finalidade de construir uma política voltada para a população de crianças e adolescentes que considere suas peculiaridades e necessidades, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM n.º 1.608, de 3 de agosto de 2004, instituiu o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil com os seguintes objetivos:

I – funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para esta área incentivando a criação de fóruns estaduais para a área da Saúde Mental da Criança e do Adolescente;

II – estabelecer diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam o campo da Atenção à Saúde Mental Infanto-Juvenil;

III – promover a integração, a articulação e a interlocução entre as diversas instituições que atuam no campo da Atenção à Saúde Mental dessa população;

IV – produzir e disseminar conhecimento e informações que subsidiem as instituições responsáveis pelas políticas públicas nessa área, nos diversos âmbitos de gestão;

V – elaborar recomendações e deliberações a serem adotadas sempre que possível pelos gestores públicos da área da Saúde Mental da Criança e do Adolescente, nos diversos níveis de gestão, de forma a serem retransmitidas e implementadas na rede intersetorial de assistência. (BRASIL, 2005b.)

A primeira reunião temática do Fórum, ocorrida em dezembro de 2004, teve como eixo temático de discussão a "Institucionalização e a Desinstitucionalização de Crianças e Adolescentes Brasileiros". Este debate gerou um documento intitulado "Diretrizes para o Processo de Desinstitucionalização de Crianças e Adolescentes em Território Nacional". Neste documento, salienta-se a existência no Brasil de aproximadamente 19.400 crianças e adolescentes institucionalizados em abrigos, incluindo os abrigos para portadores de deficiência, e 11.000 adolescentes cumprindo medida socioeducativa em regime de internação. O documento aponta ainda para a ocorrência de crianças e adolescentes internados em instituições psiquiátricas voltadas para a população adulta. (Brasil, 2005b, p. 61) Além disso, vale destacar que há também nesse texto recomendações para: a) necessidade de

¹³ Fonte: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>

realização de estudos e pesquisas de caráter científico sobre as razões e os efeitos da institucionalização; b) construção de dados relacionados às condições clínicas e psicossociais da população institucionalizada, através de censos populacionais e mapeamento das instituições governamentais, não governamentais e filantrópicas (federais, estaduais e/ou municipais) para subsidiar e instrumentalizar a política de desinstitucionalização.

Em 2005, o Ministério da Saúde publica a revista “*Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*”, em que se discutem as políticas públicas destinadas à infância e à adolescência. Nessa publicação são elaboradas as seguintes diretrizes operacionais para os serviços de saúde de crianças e adolescentes:

- reconhecer aquele que necessita e/ou procura o serviço – seja a criança, o adolescente ou o adulto que o acompanha –, como o portador de um pedido legítimo a ser levado em conta, implicando uma necessária ação de acolhimento;
- tomar em sua responsabilidade o agenciamento do cuidado, seja por meio dos procedimentos próprios ao serviço procurado, seja em outro dispositivo do mesmo campo ou de outro, caso em que o encaminhamento deverá necessariamente incluir o ato responsável daquele que encaminha;
- conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da criança ou do adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva quanto social;
- comprometer os responsáveis pela criança ou adolescente a ser cuidado – sejam familiares ou agentes institucionais – no processo de atenção, situando-os, igualmente, como sujeitos da demanda;
- garantir que a ação do cuidado seja o mais possível fundamentada nos recursos teórico-técnicos e de saber disponíveis aos profissionais, técnicos ou equipe atuantes no serviço, envolvendo a discussão com os demais membros da equipe e sempre referida aos princípios e às diretrizes coletivamente estabelecidos pela política pública de saúde mental para constituição do campo de cuidados;
- manter abertos os canais de articulação da ação com outros equipamentos do território, de modo a operar com a lógica da rede ampliada de atenção. As ações devem orientar-se de modo a tomar os casos em sua dimensão territorial, ou seja, nas múltiplas, singulares e mutáveis configurações, determinadas pelas marcas e balizas que cada sujeito vai delineando em seus trajetos de vida.

Em 2006, o Fórum ressalta a necessidade da construção de um sistema de informação qualificada sobre atenção em saúde mental à criança e ao adolescente. Para tanto, tem início o projeto de pesquisa¹⁴ intitulado "Conhecendo a Rede Pública Ampliada de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente: Dimensões da Exclusão"¹⁵. Na pesquisa foram mapeadas todas as instituições que prestam atendimento a crianças e adolescentes em quatro localidades do Estado do Rio de Janeiro, nos setores de Saúde/Saúde Mental, Justiça/Direitos, Assistência Social e Educação. Os resultados revelam que o atendimento em saúde mental infantojuvenil não pode ficar restrito apenas aos serviços especializados.

Em 2007, a VII Reunião do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil tem como tema "*Rede de Cuidados na Perspectiva da Intersetorialidade*". Neste encontro apontou-se para a necessidade de maior articulação entre Saúde, Educação, Justiça, Assistência Social, não somente na gestão federal, mas também nas gestões estaduais e municipais, para construção da melhoria do cuidado às crianças e adolescentes.

Em 2008, o Fórum volta a sua atenção para as situações de saúde mental para adolescentes em medidas de internação provisória, discutindo a possibilidade de acompanhamento nos dispositivos da rede extra-hospitalar de saúde mental.

Em 2010, realiza-se a IV Conferência Nacional de Saúde Mental. O relatório do evento reafirma o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil como dispositivo estratégico da política pública. Além disso, enfatiza a importância de: a) expandir e qualificar as estratégias de desinstitucionalização para crianças e adolescentes; b) fortalecer políticas intersetoriais, c) efetivar articulações entre serviços, a fim de consolidar a rede de cuidados, especialmente com os setores da educação, assistência social, justiça e direitos.

¹⁴ Pesquisa desenvolvida através de parceria entre a Universidade Federal do Rio de Janeiro (Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental – NUPPSAM/IPUB/UFRJ) e a Universidade de Colúmbia-Nova York (Divisão de Psiquiatria da Infância e Adolescência) durante o período de 2006 a 2008, com apoio do Ministério da Saúde (MS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

¹⁵A pesquisa teve como objetivo:

- a) Mapear e descrever os serviços públicos na rede ampliada de atenção à saúde mental da criança e do adolescente em quatro diferentes setores do cuidado (Saúde, Educação, Justiça/Direitos e Assistência Social).
- b) Constatar a existência e quantificar as ações relativas à saúde mental da criança e do adolescente nos quatro setores do cuidado examinados.
- c) Estimar a percepção da demanda em saúde mental, relações interinstitucionais e barreiras no acesso ao atendimento à saúde mental infantil e juvenil, tais como percebidas pelas instituições que prestam cuidados a esta população, proporcionando informações essenciais para a compreensão do processo de exclusão na rede ampliada de saúde mental infantil e juvenil.
- d) Identificar e avaliar a inserção e articulação no contexto de uma rede ampliada de atendimento das instituições de saúde mental com mandato para atendimento de crianças e adolescentes, em particular os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi).

Em março de 2012, entretanto, o Ministério da Saúde publica o documento *SAÚDE MENTAL EM DADOS 10*. Encontramos aí um número bastante reduzido, se não nulo, de CAPS Infantil nos diferentes estados brasileiros, conforme tabela abaixo:

Tabela 1. Distribuição de CAPSi por estado brasileiro¹⁶

ESTADOS	CAPS infantil
São Paulo	43
Rio Grande do Sul	17
Rio de Janeiro	16
Minas Gerais	12
Paraná	8
Paraíba	8
Pernambuco	7
Bahia	7
Santa Catarina	6
Ceará	6
Maranhão	3
Sergipe	2
Rio Grande do Norte	2
Pará	2
Mato Grosso	2
Goiás	2
Piauí	1
Mato Grosso do Sul	1
Espírito Santo	1
Distrito Federal	1
Amapá	1
Alagoas	1
Tocantins	0
Roraima	0
Rondônia	0
Amazonas	0
Acre	0

¹⁶ Fonte: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>

Neste mesmo documento, define-se como desafio a expansão de serviços destinados a populações específicas, como crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas e serviços de atenção 24 horas.

Para concluir, devemos atentar para o fato de que, se a entrada da criança na cena da saúde mental propriamente dita parece mesmo ter sido recente (tanto no tempo longo trabalhado por Bercherie, quanto no tempo curto da Reforma Psiquiátrica no Brasil), os processos de institucionalização da infância e o vetor da “anormalidade” que a atravessa são heranças de longo tempo.

PARTE 2 – CONTEXTO E PERCURSO DA PESQUISA

Neste capítulo, descreveremos o percurso realizado na pesquisa, destacando algumas ferramentas da nossa abordagem teórica e metodológica, assim como as estratégias de coleta e análise de dados.

Vale lembrar que a pesquisa tem como principal objetivo colaborar com o desenvolvimento do campo da saúde mental infantojuvenil. Vimos, na introdução deste trabalho, que, para desenvolver novas práticas neste campo é necessário, primeiramente, dimensioná-lo. Segundo Leone e Gallo (2010), “pensar, elaborar, implementar, ou atuar em políticas, projetos, atividades e ações voltadas para a saúde requer o conhecimento das características peculiares da população-alvo a que se destinam” (Leone e Gallo, 2010, p.46)

Assim, as estratégias metodológicas foram desenvolvidas com o objetivo de apreender as particularidades das crianças e adolescentes atendidos pelo sistema de saúde mental para, a partir disso, dimensionar este campo e sugerir novas práticas e políticas.

Desta forma, a pesquisa pretende estudar o perfil das internações psiquiátricas ocorridas no Estado de São Paulo. Para tanto, foi escolhido como campo de pesquisa o Hospital Philippe Pinel, por ser a instituição de referência para estes casos no Estado de São Paulo.

A escolha por realizar um levantamento do perfil das internações psiquiátricas é corroborado por Scisleski (2006), pois segundo a autora a internação psiquiátrica é resultante do operar de instituições, estabelecimentos e atores. Assim, a realização de estudo sobre a população de internos pode ser um meio importante de evidenciar práticas e discursos presentes no campo da saúde mental infantojuvenil.

Conforme Dell’Acqua e Mezzina (1991) para compreender a demanda psiquiátrica, é necessário estudar seus elementos constitutivos: “os agentes do encaminhamento, o percurso de chegada ao serviço, as passagens institucionais precedentes, etc.” (Dell’Acqua e Mezzina, 1991, p.57)

Assim, o estudo sobre o perfil das internações abará um levantamento de dados tanto em relação às características das crianças e adolescentes quanto em relação aos percursos institucionais que as encaminharam para a internação.

Vale ressaltar que, segundo Rotelli et al (2001) nos contextos onde a internação psiquiátrica continua a existir, o percurso institucional dos usuários pode funcionar como *circuito*, isto é, a internação psiquiátrica se perpetua por uma relação de encaminhamento e

reencaminhamento de uma instituição a outra. Esta complementariedade entre as instituições de internação e os agentes territoriais constituem o *circuito* que promove tanto a cronicidade quanto o surgimento de situações de emergência. Desta forma, para os autores, *o circuito* deve ser compreendido como um movimento em espiral, com mecanismos de cronificação.

Vejam os outros elementos do circuito. Faremos algumas observações sobre o termo, já que, segundo Spink (2000), o uso do dicionário pode ser um instrumento importante para criar questionamentos dentro de uma pesquisa.

O termo *circuito*, no dicionário Aurélio (1999), é definido como

- linha que limita qualquer área fechada; contorno;
- conjunto de componentes elétricos, eletrônicos, fotelétricos, etc., ligados por condutores, e que formam caminho fechado pelo qual pode passar uma corrente elétrica; circuito elétrico.

Esta definição nos parece elucidativa. Ao relacionar o termo *circuito* ao nosso objeto de pesquisa, podemos dizer que este estudo se propõe a evidenciar esta “linha” representativa das trajetórias percorridas pelas crianças e adolescentes internados. Linha que, conforme a definição, determina uma “área fechada”, faz o “contorno” de um espaço, isto é, determina o funcionamento do campo da saúde mental infantojuvenil com seus atores. O “conjunto dos componentes” são, em nosso estudo, os discursos e instituições que “formam o caminho”.

O verbo *revelar*, conforme o dicionário Aurélio (1999), recebe como definição “descobrir, fazer conhecer, divulgar, ser sinal evidente de, mostrar, detonar”, ou ainda, “tornar visível a imagem latente duma película, chapa, ou papel fotográfico.”

Podemos dizer então que esta pesquisa tem como estratégia metodológica revelar circuitos, isto é, “tornar visível” o percurso das crianças e adolescentes internados no NIA, a fim de “fazer conhecer” a real situação do campo da saúde mental no Estado de São Paulo, isto é, “divulgar” o circuito que leva à internação psiquiátrica de crianças e adolescentes.

2.1 Referencial teórico e metodológico

A definição de *revelar circuitos* como estratégia de pesquisa baseia-se no método genealógico elaborado por Foucault como estratégia de produção de saber. Segundo o autor, os fenômenos não devem ser reduzidos a uma compreensão de causa e efeito. Da mesma forma, o método de investigação não deve primar pelo encontro de uma justificativa única capaz de explicar a ocorrência de um fato. Nas palavras de Lemos e Junior (2009) Foucault questiona “toda relação causal estabelecida entre acontecimentos, tentando marcar um fio,

ligando vários acontecimentos que teriam uma origem e evolução ao longo de um tempo considerado linear” (Lemos e Junior, 2009, p.353). Pelo contrário, ainda segundo Lemos e Junior (2009), Foucault defende que:

“Não há uma finalidade na história, assim como não há uma origem; os acontecimentos emergem ao acaso das forças, e não a partir de uma intenção ou determinação prévia.(...) As forças que são agenciadas, compondo um acontecimento, são heterogêneas, e qualquer tentativa de agrupá-las é da ordem da objetivação dos fenômenos, ou seja, das práticas, e não de um desvelamento de uma essência anterior ao processo de racionalização dos eventos.” (Lemos e Junior, 2009, p. 354).

Assim sendo, sob a perspectiva genealógica, o pesquisador deve desconsiderar a existência de significados pré-estabelecidos e de verdades absolutas baseadas na primazia da origem, do desenvolvimento e do progresso. Com efeito, apenas a partir disso, o pesquisador será capaz de compreender as relações de força e os movimentos históricos que incidem sobre um determinado acontecimento (Bouyer, 2009).

Nas palavras de Bouyer (2009) “O genealogista estuda o surgimento de um campo de batalha que define e esclarece um espaço.” (Bouyer, 2009, p. 74).

Destacamos, neste momento, observações tecidas por Foucault, em uma de suas entrevistas, sobre seu método de pesquisa:

Eu sou um pirotécnico. Fabrico alguma coisa que serve, finalmente, para um cerco, uma guerra, uma destruição, não sou a favor da destruição, mas sou a favor de que se possa passar, de que se possa avançar, de que se possa fazer caírem os muros. Um pirotécnico é, inicialmente, um geólogo. Ele olha as camadas do terreno, as dobras, as falhas. O que é fácil cavar? O que vai resistir? Observa de que maneira as fortalezas estão implantadas. Perscruta os relevos que podem ser utilizados para esconder-se ou lançar-se de assalto. Uma vez tudo isto bem delimitado, resta o experimental, o tatear. (...). Define-se, em seguida, a tática que será empregada. Seria Ardil? O cerco? Seria a tocaia ou bem o ataque direto? O método, finalmente, nada mais é que esta estratégia. (Pol-Droit, 2004, p.69)

Podemos dizer que o presente estudo adota estas pistas trabalhadas por Foucault ao desenvolver seu método genealógico. A estratégia de revelar os circuitos das crianças e adolescentes até a internação psiquiátrica é consoante com objetivo da genealogia, na medida em que também busca delinear o surgimento de um “campo de batalha” de forças, vontades e jogos de poder. Utilizando as expressões de Foucault, nossa pesquisa tem como objetivo produzir dados sobre os circuitos, “fabricar uma coisa que serve” para identificá-lo e desativá-lo, “a favor de que se possa passar, de que se possa avançar, de que se possa fazer caírem os muros”, isto é, que possibilitem a superação da internação psiquiátrica como forma de tratamento e que contribuam para construção do campo da saúde mental infantojuvenil.

Além da perspectiva genealógica, a pesquisa terá como referencial e instrumento de análise dos dados a Análise Institucional, principalmente os conceitos de *implicação* e *analizador*.

O conceito de *implicação* foi criado pela Análise Institucional a partir de observações sobre o entremeadado da pesquisa, intervenção, clínica e política e define que toda pesquisa é ação interventiva. Destacaremos algumas observações de René Lourau - um dos criadores da análise institucional - sobre implicação.

As implicações de um interventor na instituição de formação, de pesquisa ou de pesquisa-ação, na encomenda e nas demandas sociais, na elaboração dos analisadores, em tal ou qual paradigma e, eventualmente, nas formas institucionalizadas de escritura e discurso, etc. ultrapassam em muito o campo da contratranferência clínica do “sujeito” em relação a seu “objeto”: o objeto de pesquisa e/ou intervenção não existe, ao menos na dualidade sujeito/objeto. (Lourau e Ardoino, 2003, p. 33)

O conceito da *implicação* é fundamental para nossa pesquisa, na medida em que torna evidente a existência de uma direção clínica e política da pesquisa-intervenção. Passos et al (2009) ressalta que toda pesquisa tem uma direção clínico-política na medida em que é geradora de conhecimento. Desta forma, a escolha por “revelar circuitos” também é determinada por uma dimensão ética e política pautada na ideia de que o conhecimento é um trabalho de intervenção. Nas palavras de Passos et al (2009): “o campo de análise se distingue, mas não se separa do campo de intervenção, sempre encarnado em uma situação social concreta”. (Passos et al, 2009, p.19)

Outro conceito criado pela Análise Institucional francesa que será utilizado em nossa pesquisa é o de *analizador*. Segundo Lourau, um acontecimento ou um fenômeno analisador é produto de uma determinada situação, mas, ao mesmo tempo, provoca mudanças sobre ela. Em outras palavras, um acontecimento analisador revela-se “condensando uma série de forças até então dispersas e realizando por si mesmo a análise, à maneira de um catalisador químico de substâncias” (Paulon e Romangnoli, 2010). O conceito de analisador nos reitera a indissociação entre análise e intervenção.

Assim, podemos ver que tanto a genealogia quanto a análise institucional defendem a inexistência da neutralidade científica e, pelo contrário, assumem que o conhecimento é produzido em um campo de implicações cruzadas. Da mesma forma, estas abordagens consideram os fenômenos de produção de subjetividade como processuais e não estáticos. A investigação, portanto, não deve limitar-se à análise dos produtos de um processo,

mas acompanhar um processo em curso, no qual subjetividades são produzidas (Kastrup e Barros, 2009).

2.2 Produção de dados

Tendo como base a dimensão interventiva da pesquisa, entendemos que o presente estudo tem como objetivo a produção, e não a coleta de dados. Com efeito, a pesquisadora, neste caso, é produtora e analista de dados e não apenas coletora de dados ou de informações que estavam prontas *a priori*. Desta forma, a produção de dados deve ser entendida como uma “propagação da força potencial que certos fragmentos da realidade trazem consigo” (Kastrup, 2009, p.33)

Assim sendo, vemos que, por meio da produção de dados, podem-se evidenciar aspectos importantes acerca de um determinado acontecimento. Em nosso estudo, produziremos dados sobre a trajetória das crianças e adolescentes até a internação psiquiátrica, a fim de revelar o real funcionamento do sistema de saúde mental infanto-juvenil.

Importante ressaltar que, conforme exposto, existem poucos estudos sobre a internação de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico. Desta forma, a escolha por realizar a pesquisa com esta população tem como base a dimensão ética e política intrínseca ao processo de pesquisar.

A presente pesquisa tem como desígnio apontar a existência de uma população anônima sobre a qual pouco se fala, nada se escuta, não há questionamentos, nem se sabe precisar quem são. Assim, a produção dos dados baseou-se em desvelar características desta população de desconhecidos.

Lilia Ferreira Lobo também escreve sobre figuras esquecidas em seu estudo sobre a constituição do conceito de deficiência no Brasil.. A autora descreve a existência de figuras escondidas que denominou de “infames da história”.

(...) sem nenhuma nota de fama, nenhum feito de glória, nenhuma marca de nascimento, apenas o infortúnio de vidas cinzentas para a história e que se desvanecem nos registros porque ninguém as considera relevantes para serem trazidas a luz. (Lobo, 2008, p.17)

A autora, entretanto, chama a atenção para o fato de que conhecer as histórias destas vidas esquecidas pode ser meio para compreender a que discursos e instituições estão ligadas. Em suas palavras “histórias farão saltar para o primeiro plano o contexto do qual

surgiram, porque não são nem mais nem menos representativas dele – são-lhe inerente.” (Lobo, 2008, p.19)

Em 1977, Michael Foucault realiza uma pesquisa nos arquivos do Hospital Geral e da Bastilha em Paris. Alguns resultados deste estudo estão descritos no texto do próprio autor, intitulado “A vida dos homens infames”, que, como o próprio título destaca, também aponta para a existência de histórias silenciadas pelo contexto histórico e social no qual estão inseridas. Assim, sobre a leitura dos arquivos, Foucault diz:

tomei os textos em sua aridez; procurei qual tinha sido sua razão de ser, a quais instituições ou a qual prática política eles se referiam; propus-me a saber por que, de repente, tinha sido tão importante em uma sociedade como a nossa que (...) fossem “sufocados” (como se sufoca um grito, um fogo ou um animal) (Foucault, 2003, 204)

Deste modo, defendemos que, ao produzir dados sobre o perfil das crianças e adolescentes submetidos à internação psiquiátrica no Estado de São Paulo, poderemos evidenciar a quais discursos e instituições estes jovens estão submetidos, isto é, poderemos compreender a qual circuito estão aprisionados para que, a partir disso, possamos elaborar novas propostas para o atendimento de crianças e adolescentes no campo da saúde mental.

Outra pesquisa com objetivo semelhante ocorreu no Estado de São Paulo em 2008. O Censo Psicossocial de Pacientes Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo teve como objetivo publicar dados sobre esta população. O estudo tem como finalidade a elaboração de um diagnóstico situacional para que, a partir dele, possam ser construídas novas propostas e recomendações de desinstitucionalização de pacientes com internações de longa permanência no Estado de São Paulo.

Concluimos, desta forma, que os dados produzidos sobre a trajetória apartada destas crianças e adolescentes contêm as informações necessárias para a construção de novas práticas no campo da saúde mental infantojuvenil. Em outras palavras, são justamente estas histórias que podem nos revelar as reais dificuldades e necessidades enfrentadas por esta população.

Sabemos, entretanto, que a produção destes dados pode ocorrer por meio de estratégias metodológicas distintas: o estudo dos casos internados por meio de entrevistas ou o levantamento de informações nos prontuários arquivados sobre internações anteriores.

As pesquisas em psicologia, muitas vezes, privilegiam a realização de entrevistas ou de oficinas para a efetuação da coleta de dados. A presente pesquisa, entretanto, defende que estudo em prontuários também é um instrumento importante para revelar processos de

produção de subjetividades e, desta forma, opta por realizar o levantamento dos dados nos prontuários arquivados no Serviço de Atendimento Médico e Estatística (SAME) do CAISM Philippe Pinel. Faremos a seguir uma pequena discussão para justificar a nossa escolha.

2.3 Prontuários

O termo *prontuário* recebe a seguinte definição do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: “conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro de todas as informações referentes aos cuidados médicos e paramédicos prestados ao paciente”. Segundo este mesmo órgão, os prontuários, independentemente da especialidade médica, devem conter alguns documentos obrigatórios. São eles: ficha de atendimento ambulatorial, ficha de atendimento de urgência; evolução médica; evolução de enfermagem e de outros profissionais, prescrição médica, prescrição de enfermagem e de outros profissionais (no caso de internação, as evoluções e prescrições devem ocorrer diariamente), exames complementares e resumos de alta. Desta forma, podemos observar que há nos prontuários arquivados um número grande de informações sobre o paciente e sobre o tratamento.

A etimologia da palavra também nos chama a atenção para a importância deste documento. A palavra *prontuário* vem do latim tardio *promptuariu* (de *promptu*, "pronto", "preparado") que significa "lugar onde se encontram as coisas prontas, preparadas, lugar onde se encontram as coisas de que podemos precisar a qualquer momento"¹⁷.

Ao pensarmos em documentos arquivados, no entanto, comumente os relacionamos ao ultrapassado, ao desuso, muitas vezes até nos referimos a eles como “arquivo morto”. Esquecemos, todavia, que estes escritos têm um valor intrínseco: mantêm inalteradas, em suas páginas, histórias de pacientes e de condutas e práticas institucionais. Desta forma, os prontuários arquivados são, pelo contrário, documentos repletos de vida, capazes de recontar e reconstruir fatos.

Foucault escreve sobre a importância das informações contidas em prontuários e afirma que estas devem ser lidas como notícias por dois motivos: “a rapidez do relato e a realidade dos acontecimentos relatados”. (Foucault, 2003, p. 203)

Estas informações, entretanto, diferentemente das notícias, não tem circulação pública. Os prontuários, na maioria das vezes, são acessados apenas pelos profissionais de saúde durante o tratamento do paciente. Desta forma, podemos dizer que nosso estudo tem

¹⁷ COROMINAS, Joan. Dicionario Crítico Etimológico de la Lengua Castellana. Madrid: Gredoa, 1976.

como objetivo tornar públicas estas notícias encaixotadas. Isto é, revelar dados sobre as trajetórias de crianças e adolescentes submetidos à internação psiquiátrica que foram deixados, propositalmente, na escuridão. Em outras palavras, podemos dizer que, por meio da pesquisa, pretendemos transformar as informações colhidas em documentos privados (prontuários) em informações de domínio público.

Peter Spink (1997) faz algumas observações importantes sobre os documentos de domínio público que corroboram o objetivo deste estudo. Segundo o autor, os documentos de domínio público:

São produtos *em tempo* e componentes significativos do cotidiano, complementam, completam e competem com a narrativa e a memória. Os documentos de domínio público, como registros, são documentos tornados públicos, sua intersubjetividade é produto da interação com um outro desconhecido, porém significativo e frequentemente coletivo. São documentos que estão à disposição, simultaneamente traços de ação social e a própria ação social. São públicos e portanto não privados. (Spink, 1997, p. 126)

Assim, sob esta perspectiva, podemos dizer que a presente pesquisa tem o objetivo de tornar-se um “documento público” sobre a internação de crianças e adolescentes no Estado de São Paulo. Em outras palavras, a pesquisa tem como finalidade apresentar ao público dados antes desconhecidos sobre o funcionamento do sistema de saúde mental infantojuvenil.

Sobre este aspecto, Foucault afirma que sua pesquisa realizada em arquivos possibilitou tornar pública a história dos infames franceses e o contexto social e político na qual ocorreram. Contudo, segundo o autor, para tornar público um acontecimento, é necessário que haja uma intenção do pesquisador neste sentido. Em suas palavras: “para que alguma coisa delas chegue até nós, foi preciso, no entanto, que um feixe de luz, ao menos por um instante, viesse iluminá-las”. No caso da história das crianças e adolescentes internados no CAISM Philippe Pinel, o “feixe de luz” ocorreu por meio da pesquisa acadêmica. Essa afirmação é corroborada por Lobo (2008), ao dizer que estas histórias desconhecidas podem emergir do “encontro de documentos esparsos com a intenção de quem as perscruta”. A autora complementa ser importante a publicação dos dados encontrados em documentos, pois, segundo ela, estes registros “nada têm de grandioso, mas guardam certa grandeza no sofrimento, revelam muito de seu tempo em seu fugidio clarão.” (Lobo, 2008, p.18)

Deste modo, considerando a magnitude das informações contidas nos prontuários, desenvolvemos alguns critérios para a produção de dados.

2.4 Critérios para a produção dos dados

Tendo em vista as considerações metodológicas e o objetivo de nosso estudo, consideramos fundamental colher um grande número de dados para que estes pudessem, de fato, ser representativos. Desta forma, a coleta de dados estrutura-se sob dois critérios: o tempo e as categorias.

Tempo

Definimos que a pesquisa deveria investigar internações ocorridas em diferentes anos, para que pudéssemos acompanhar o movimento do campo da saúde mental infantojuvenil e o processo de consolidação de práticas e discursos durante os anos de funcionamento do NIA.

Assim sendo, a produção de dados dará continuidade ao trabalho desenvolvido por Joia (2005)¹⁸. Neste estudo, a autora levantou dados sobre as internações ocorridas no NIA, entre fevereiro de 2001 e agosto de 2005. A presente pesquisa, portanto, produz dados sobre as internações ocorridas no NIA, entre janeiro de 2005 e dezembro de 2009.

Vale ressaltar que os dados coletados por Joia serão utilizados em nossa análise, pois, somados aos nossos, possibilitaram tecer observações sobre as internações ocorridas entre fevereiro de 2001 e dezembro de 2009.

Categorias

Para a definição das categorias, optamos por colher dados que nos possibilitassem observar tanto as características das crianças e adolescentes quanto informações sobre suas trajetórias que contribuíssem para a elucidação da procedência e encaminhamento dos internados e para o evidenciamento dos discursos e instituições que marcaram os percursos desses jovens e crianças. Definimos, assim, as seguintes categorias para a produção de dados:

- número de prontuário
- sexo
- município de residência
- data de nascimento
- idade no momento da internação
- data da entrada
- data da alta

¹⁸ Pesquisa de Iniciação Científica realizada na Faculdade de Psicologia da PUC-SP também orientada pela Profa. Maria Cristina G. Vicentin. Julia Hatakeyama Joia: “A interface psi-jurídica: estudo de internações de adolescentes por determinação judicial no Hospital Psiquiátrico Pinel”. (fevereiro 2005-fevereiro 2006)

- duração da internação
- tipo de internação¹⁹
- CID²⁰ de entrada
- CID de saída
- procedência
- queixa
- encaminhamento

2.5 Apresentação e análise dos dados

Apresentaremos inicialmente, ao leitor, o perfil das crianças e adolescentes submetidos à internação psiquiátrica no CAISM Phillippe Pinel, com base na compilação dos dados levantados. A partir da análise do perfil, evidenciaremos os circuitos responsáveis pelo encaminhamento para a internação psiquiátrica.

Salientaremos, então, as características peculiares a cada circuito. Para tanto, destacaremos alguns fragmentos de casos clínicos que consideramos *analísadores*, isto é, casos que demonstram o funcionamento dos circuitos. Vale salientar que não publicaremos dados que tornem possível a identificação das crianças e adolescentes.

Para concluir este capítulo, faremos uma consideração metodológica sobre o manejo dos dados e sobre a análise por nós realizada.

Importante ressaltar que os dados levantados nos prontuários serão tidos como pistas propulsoras para continuação de pesquisas, e não como fim. Dito em outras palavras,

(...) a matéria não é um mero suporte passivo de um movimento de produção por parte do pesquisador. Ela não se submete ao domínio, mas expõe veios que devem ser seguidos e oferece resistência à ação humana. Mais que domínio, o conhecimento surge como composição. (Kastrup, 2009, p.49)

Isto significa que a presente pesquisa não tem uma hipótese *a priori* que queira comprovar a partir de dados, mas, pelo contrário, parte dos dados para tecer algumas observações. Mais do que isso, considerando a extensão e complexidade dos dados produzidos, a pesquisa não pretende esgotar as observações possíveis sobre estes, mas, pelo contrário, vislumbra ser fonte de dados para futuras investigações.

¹⁹ As internações no serviço são distinguidas entre as não compulsórias e as compulsórias. As do primeiro grupo são aquelas nas quais o encaminhamento é feito pela família ou por outros serviços de saúde, como hospitais, pronto-socorros e Unidades Básicas de Saúde. As internações compulsórias são aquelas que acontecem por meio de determinação judicial.

²⁰ Classificação internacional de doenças

PARTE 3 – A INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO PINEL

“Em 1919, Ulysses Pernambucano²¹ encontrou Carlota, Faustina e Virgínia, órfãs insubordinadas dos Colégios da Santa Casa, nos calabouços da Tamarineira²². O asilo servia apenas ao castigo da desobediência, desnudando o equívoco e a perversão da lógica pineliana, nosológica ou terapêutica. A tecnologia terapêutica da associação asilo-alienista tornava-se mero instrumento de punição dos insubmissos. O fracasso do convencimento confirmava a desrazão destes e a razão do arbítrio autoritário. Era antiga e regular prática”. (BRITO, s/d)

Faremos, na Parte 3, uma descrição do histórico e do funcionamento da instituição onde realizamos a coleta dos dados. Depois exibiremos os primeiros resultados e as questões por eles suscitadas.

Importante dizer que a nossa entrada num serviço de internação psiquiátrica para crianças e adolescentes trouxe à tona os tensionamentos entre os princípios da Reforma Psiquiátrica e a histórica tutela moral de crianças. Pudemos perceber que as demandas de internação (que deveriam ser breves) transformaram-se em demandas de institucionalização.

Os destinos de crianças na internação psiquiátrica nos farão lembrar o caso de 1919 da epígrafe que abre este texto. Veremos que, nas internações observadas, encontramos situações parecidas às de Carlota, Faustina e Virgínia.

3.1 Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental (CAISM) Philippe Pinel

O CAISM Philippe Pinel foi fundado 1929 como instituição psiquiátrica particular para mulheres e recebia o nome de Sanatório Pinel. No ano de 1944, entretanto, o hospital tornou-se público e passou a ser gerenciado pelo Governo do Estado de São Paulo tendo seu nome modificado para Hospital Psiquiátrico Pinel. Em 1984 o Hospital passou a atender também a população masculina e em 2008 tornou-se Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental (CAISM).

²¹ Ulysses Pernambucano (1892-1943) se formou médico em 1912. Em 1924, assumiu a direção do Hospital da Tamarineira, onde realizou mudanças importantes como a extinção de práticas de contenções agressivas e de castigos em calabouços dentro do Hospital. Ulysses tem fundamental importância na determinação do conceito de anormalidade e nas práticas destinadas a esta população. Em 1933, funda a Liga de Higiene Mental de Pernambuco que, diferente da Liga Brasileira de Higiene Mental (fundada em 1923, no Rio de Janeiro), propunha a realização de discussões interdisciplinares com médicos, sociólogos, juristas e professores sobre a saúde mental. FONTE:

http://www.fundaj.gov.br/geral/educacao_foco/contribuicao%20pioneira.pdf

²² O hospital da Tamarineira foi fundado em 1874 para a assistência dos alienados. Atualmente recebe o nome de Hospital Ulysses Pernambucano e é tombado por ser considerado patrimônio histórico do Estado. Parte do Hospital ainda oferece tratamento em regime de internação.

Atualmente, o CAISM Philippe Pinel é um hospital de administração direta da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e tem como Missão: “garantir atenção integral, humanizada e qualificada à pessoa com transtorno mental severo e promover sua inclusão social de acordo com a evolução da Política Nacional de Saúde Mental, os princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS”. (Regulamento interno, setembro 2008)

3.2 O Núcleo de enfermaria da Infância e da Adolescência do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) Philippe Pinel

A pesquisa de campo foi realizada no Núcleo de Enfermagem da Infância e da Adolescência (NIA), setor do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) Philippe Pinel. A instituição foi escolhida para ser, atualmente, referência para as Unidades de Saúde do Estado de São Paulo, para a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes.

O serviço foi inaugurado em fevereiro de 2001, com o nome de Núcleo de Atendimento ao Adolescente Usuário de Álcool e Drogas (NAAUAD). Oferecia, além da internação hospitalar, atendimento ambulatorial. O NAAUAD, entretanto, atendia exclusivamente os adolescentes portadores de transtornos mentais relacionados ao uso de drogas.

Durante o primeiro ano de funcionamento, a equipe do NAAUAD observou que havia uma enorme demanda de atendimento aos portadores de transtornos mentais sem comorbidade com o uso de drogas. A partir disso, a população-alvo foi redefinida. Em fevereiro de 2002, foi criado o Núcleo de Atenção Psiquiátrica ao Adolescente (NAPA) que, atualmente, recebe o nome de Núcleo de Enfermagem da Infância e da Adolescência (NIA), e destina-se ao atendimento de:

- Adolescentes do sexo masculino e feminino até 18 anos incompletos, portadores de transtornos psicóticos agudizados, primários ou secundários, ou outros transtornos não psicóticos havendo indicação específica e transtornos invasivos do desenvolvimento.
- Crianças e adolescentes encaminhadas pelo CAPSi Pinel, portadoras de transtornos mentais severos e persistentes.
- Crianças em caráter excepcional, encaminhadas pelo Poder Judiciário.

Obs.: O NIA não atende casos de dependência química isoladamente, havendo outros serviços de referência para este tratamento na rede. (Regulamento interno, setembro 2008)

O NIA, baseado na Lei Federal 10.216, tem como diretriz de atendimento promover a internação de breve permanência, a qual deve ocorrer, quando esgotadas as possibilidades de atendimento ambulatorial.

O objetivo da internação no NIA é acolher o portador de transtorno mental em episódio agudo, esclarecer seu diagnóstico, trabalhar para a remissão dos sintomas mais incisivos e encaminhar para tratamento em serviço de saúde no território. Desta forma, o Núcleo trabalha com a finalidade de evitar a exclusão social. Segundo o projeto terapêutico, de setembro de 2008, “o serviço presta-se a atender os próprios indivíduos e apoiar os seus familiares neste momento de fragilidade, sendo a reinserção social uma das maiores preocupações.” (Regulamento interno, setembro 2008)

Assim sendo, a internação deve ter permanência breve, de 20 a 30 dias. Para a criança ou adolescente serem admitidos, é necessária a assinatura de um Termo de Consentimento por parte da família ou responsável legal, devendo o Ministério Público ser informado quando a internação ocorre de forma involuntária.

O Núcleo tem atualmente 18 leitos (12 masculino e 6 femininos). A ocupação dos leitos é sistematizada pela Central de Regulação de Vagas do Estado de São Paulo²³; assim, a internação ocorre sempre por solicitação de outro equipamento de saúde ou assistência do SUS.

Os serviços destinados ao atendimento de crianças e adolescentes (Pronto Socorro, CAPSi, Abrigos, Fundação CASA, etc.) solicitam a vaga de internação para a central de vagas, que é responsável por organizar a demanda de acordo com a necessidade do caso e a ordem de chegada do pedido. O NIA é instituição de referência para a internação de crianças e adolescentes no Estado de São Paulo; assim, a central verifica a ocorrência de vagas e encaminha o usuário. A internação no NIA, entretanto, é apenas realizada após a avaliação e encaminhamento do médico plantonista do hospital para a unidade.

Equipe

A equipe do NIA é composta por: 2 Médicos Psiquiatras, 2 Enfermeiras, 2 Assistentes Sociais, 2 Psicólogos, 1 Terapeuta Ocupacional, 2 Auxiliares Administrativos e 4

²³ A Central de Regulação de Vagas é um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção em saúde no SUS. A sistematização das vagas tem como objetivos: oferecer a melhor alternativa assistencial para a demanda do usuário, considerando a disponibilidade assistencial; organizar e garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno, de forma ordenada e equânime; organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-las às necessidades demandadas pela população; otimizar a utilização dos recursos disponíveis; fornecer subsídios aos processos de planejamento, controle e avaliação.

equipes de Auxiliares de Enfermagem. O Núcleo tem plantões médicos e de enfermagem de 24 horas; a equipe técnica atende de segunda a sexta feira, em horários distribuídos das 7h até 20h.

As reuniões de equipe ocorrem sistematicamente e têm como objetivo principal a discussão de casos clínicos. As reuniões técnicas e dos plantonistas de enfermagem diurnos ocorrem semanalmente; os plantonistas de enfermagem noturno reúnem-se quinzenalmente.

Protocolo de atendimento após internação

- *Primeiro atendimento*: ocorre no primeiro dia útil após a admissão do usuário e é feita por um membro da equipe técnica e pelo médico psiquiatra.
- *Avaliações técnicas*: todos os técnicos avaliam o usuário individualmente. O caso é discutido na primeira reunião técnica após a internação, na qual define-se o projeto terapêutico e o profissional de referência do caso.

Dispositivos clínicos

- *Profissional Técnico de Referência*: trata-se de profissional responsável por realizar um acompanhamento mais próximo e personalizado. O atendimento com o profissional de referência visa acolher o paciente, acompanhar a evolução do projeto terapêutico, avaliar, junto à equipe, o momento das licenças terapêuticas e da alta. Além disso, tem como função promover o encaminhamento e a inserção do usuário no serviço de sua região de moradia, de forma a garantir a continuidade do tratamento após a alta.
- *Referência de Enfermagem*: a indicação do Auxiliar de Enfermagem de referência é realizada pelo Enfermeiro. Este profissional deve oferecer assistência individualizada, acompanhar e orientar as atividades de vida diária (grupos recreativos e ocupacionais) e acompanhar o paciente nas remoções.
- *Atendimento individual com o médico psiquiatra*: o atendimento médico é realizado nos dias úteis e tem como objetivo a resolução rápida da crise para possibilitar a alta precoce, minimizando o impacto negativo da internação.
- *Atendimento individual em psicoterapia*: as intervenções psicoterápicas são breves e pontuais, proporcionando espaço de acolhimento e escuta.
- *Atendimento individual pelo Assistente Social*: todas as famílias de usuários internados no NIA recebem atendimento do Assistente Social para promover a conscientização de direitos e deveres, orientar e conscientizar sobre os direitos aos benefícios previdenciários e realizar os encaminhamentos necessários.

- *Atendimento em Terapia Ocupacional:* o atendimento poderá ser em grupo ou individual e tem como objetivo desenvolver as potencialidades individuais e proporcionar situações para lidar com questões relacionadas à independência em atividade da vida diária, comunicação, sociabilidade.
- *Acompanhamento das visitas:* as visitas familiares são diárias e acompanhadas por um membro da equipe.

3.3 Apresentação e análise dos dados

Neste capítulo, apresentaremos os dados produzidos bem como a sua análise por nós trabalhada. Primeiramente, trataremos dos dados sobre o perfil das crianças e adolescentes internados no CAISM Philippe Pinel, entre os anos de 2005 e 2009. A partir do perfil, evidenciaremos alguns circuitos que derivam na internação de crianças e adolescentes. Nós nos valeremos também de fragmentos de casos para evidenciar o funcionamento desses circuitos.

As noções de circuito (Rotelli et al, 2001), crise e rede serão importantes para compreender qual é, atualmente, a dinâmica da internação de crianças e adolescentes. Para complementar nossa análise, compararemos nossos dados aos resultados de outras pesquisas sobre a institucionalização de crianças e adolescentes realizadas no Brasil (Joia, 2005; Scisleski, 2006; Cunda, 2011; Bentes, 1999).

3.3.1 Quem são as crianças /adolescentes que encontramos no NIA?

Apresentaremos neste item o perfil das crianças e adolescentes internados no NIA.

Recebemos da equipe do CAISM Pinel uma listagem com os números de registro dos prontuários abertos no NIA entre janeiro de 2005 e dezembro de 2009. A lista continha 450 números de registro. Alguns destes prontuários não foram encontrados pela pesquisadora. Supõe-se que poderiam estar em uso ou arquivados em outra caixa por engano. Além disso, alguns números de registro referiam-se a pacientes de outras enfermarias e havia também números repetidos. Desta forma, a pesquisa colheu dados sobre 354 casos e 611 internações. Como algumas dessas crianças haviam sido reinternadas, colhemos também alguns dados referentes aos anos de 2010 e 2011. A TABELA 2 apresenta o número de internações ocorridas no NIA por ano.

Tabela 2. Número de internações no NIA por ano

ANO	NÚMERO DE INTERNAÇÕES
2005	73
2006	109
2007	121
2008	149
2009	133
2010	24
2011	2
TOTAL	611

A pesquisa de Joia levanta dados sobre as internações ocorridas no NIA, nos anos anteriores aos anos por nós pesquisados. Segundo a autora, ocorreram 252 internações no NIA, entre fevereiro de 2001 e dezembro de 2004. Dessa forma, ao somarmos os dados encontrados nas duas pesquisas, podemos averiguar que, entre os anos de 2001 e 2009, ocorreram 863 internações no NIA, o que evidencia a existência de um número significativo de crianças e adolescentes encaminhados para a internação psiquiátrica, mesmo após a vigência da Lei 10.216.

Observamos que as crianças e adolescentes internados são, em sua maioria, do sexo masculino. Os meninos representam 77,8% das internações ocorridas no NIA conforme exposto na tabela 3.

Tabela 3. Gênero dos internos no NIA (jan/2005 – dez/2009)

GÊNERO	%
Masculino	77,8%
Feminino	22,2%

▪ Município de residência

Observamos que 60% dos pacientes internados residem na cidade de São Paulo. Em segundo lugar, como encaminhadores, estão os municípios mais próximos à capital. Os municípios de Carapicuíba, Osasco, Guarulhos, Taboão da Serra, Francisco Morato, Itapeperica da Serra, Guarujá, Praia Grande e Santana do Parnaíba apareceram com maior incidência.

O terceiro lugar é ocupado pelos municípios do interior do estado. Registro, Guararema, Tatuí são os principais encaminhadores. Importante observar que encontramos

também sujeitos provenientes de outros estados brasileiros como: Paraná, Goiás e Mato Grosso do Sul.

▪ **Faixa etária**

Apresentaremos, na tabela 4, os dados relativos à idade das crianças e adolescentes no momento da internação. Utilizaremos para a classificação a definição do ECA, que considera crianças como pessoas de idade de 0 a 12 anos e adolescentes pessoas de idade entre 12 e 18 anos.

Tabela 4. Faixa etária dos internos no NIA (01/2005-12/2009)

<i>IDADE</i>	<i>%</i>
9	0,7
10	2,3
11	3,3
12	5,7
13	6,4%
14	13,3
15	15,7
16	22,9
17	29,6
21²⁴	0,2

Verificamos que a maioria das internações acomete os adolescentes 88%. Destacamos, dentre as internações das crianças, a ocorrência de 3% de internações de crianças com 9 e 10 anos.

▪ **Número de internações**

Observamos que 57,9% dos casos são internados por uma única vez no NIA. O restante das crianças e adolescentes apresenta de 2 a 7 reinternações. Vemos na tabela 5 os dados relativos à incidência de internações por paciente.

²⁴ Uma internação - Apesar de ser adulto, há no prontuário a seguinte informação: “a internação foi autorizada pela Diretoria do CAISM por se tratar de um caso com grave comprometimento intelectual e social.”

Tabela 5. Número de internações por paciente no NIA (01/2005-12/2009)

Número de internações	%
1 internação	57,9
2 internações	9,0
3 internações	4,3
4 internações	1,0
5 internações	0,7
6 internações	0,5
7 internações	0,5

Destacamos a ocorrência de 14 casos (2,7%) que tiveram 4 ou mais internações.

▪ **Duração das internações**

As internações têm em média a duração de 41,6 dias, com desvio padrão²⁵ de 74,9 e duração máxima de 1004 dias. Apresentamos na TABELA 6 apresenta a média de duração das internação em dias de acordo com as instituições de procedência:

Tabela 6. Duração da internação por instituição de procedência (01/2005-12/2009)

	Média de dias	Desvio padrão	Máx. duração
Abrigo	62,2	133,8	1004
Hospital (outros públicos)	35,0	43,8	294
PS	38,7	57,0	489
CAPS	29,0	26,5	127
Fundação CASA	28,1	34,0	211

▪ **Tipo de internação**

Observamos que as internações no NIA ocorrem por meio de dois encaminhamentos distintos: as internações encaminhadas por familiares e por outros serviços de saúde, e as internações encaminhadas por ordem judicial. A TABELA 7 apresenta a porcentagem de ocorrência de internações em cada tipo:

²⁵ O desvio padrão nos indica a medida da dispersão

Tabela 7. Tipo de encaminhamento à internação dos internos no NIA (01/2005-12/2009)

TIPO	%
Internação encaminhada por familiares e serviços de saúde	55,2%
Internação encaminhada via ordem judicial	44,8

Vemos que 44,8% dos casos são encaminhados por meio de ordem judicial, e 55,2% ocorrem a pedido de outros equipamentos de saúde de todos os municípios. O perfil das internações aponta para a ocorrência de dois circuitos distintos. O circuito das internações ocorridas por meio de equipamentos de saúde, que chamaremos de *circuito 1*, e o circuito das internações por ordem judicial, que chamaremos de *circuito 2*.

3.3.2 Os circuitos

Ao comparar os dois circuitos, pudemos perceber que o perfil das crianças e adolescentes tem peculiaridades conforme o circuito. Apresentaremos dados comparativos entre as internações do circuito 1 e do circuito 2.

▪ **Município de Procedência**

Encontramos, nesta categoria, dados semelhantes nos dois circuitos: 37% e 44% das internações dos circuitos 1 e 2 respectivamente não são de residentes da cidade de São Paulo.

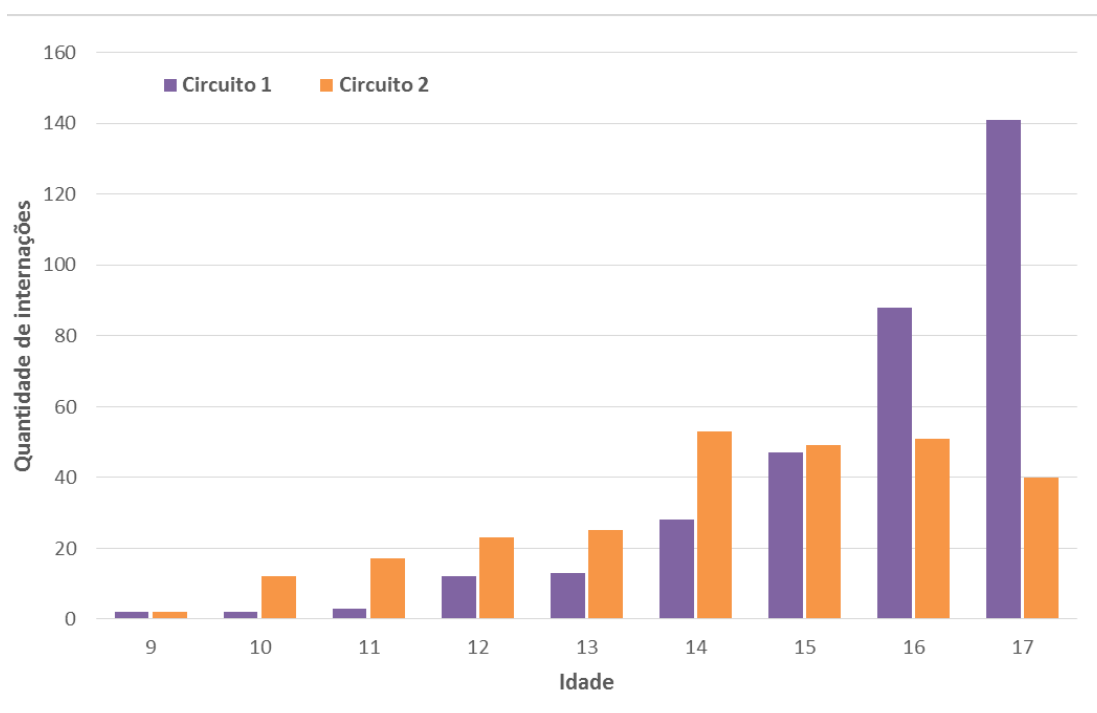
▪ **Gênero**

Sobre o gênero das crianças e adolescentes internados, os circuitos também apresentam resultados semelhantes. As meninas representam aproximadamente 20% das internações ocorridas no NIA.

▪ **Faixa etária**

O Gráfico 1 apresenta a ocorrência de internações por idade em cada circuito.

Gráfico 1. Internações por idade em cada circuito (01/2005-12/2009)



Podemos observar algumas diferenças nos circuitos em relação à idade das crianças e adolescentes no momento da internação. Vemos que, em ambos os circuitos, a internação de adolescentes entre 15 e 17 anos é mais recorrente. No circuito 1, no entanto, há a prevalência de internações de adolescentes de 17 anos. Estes indivíduos representam 40% das internações encaminhadas por serviços de saúde ou familiares.

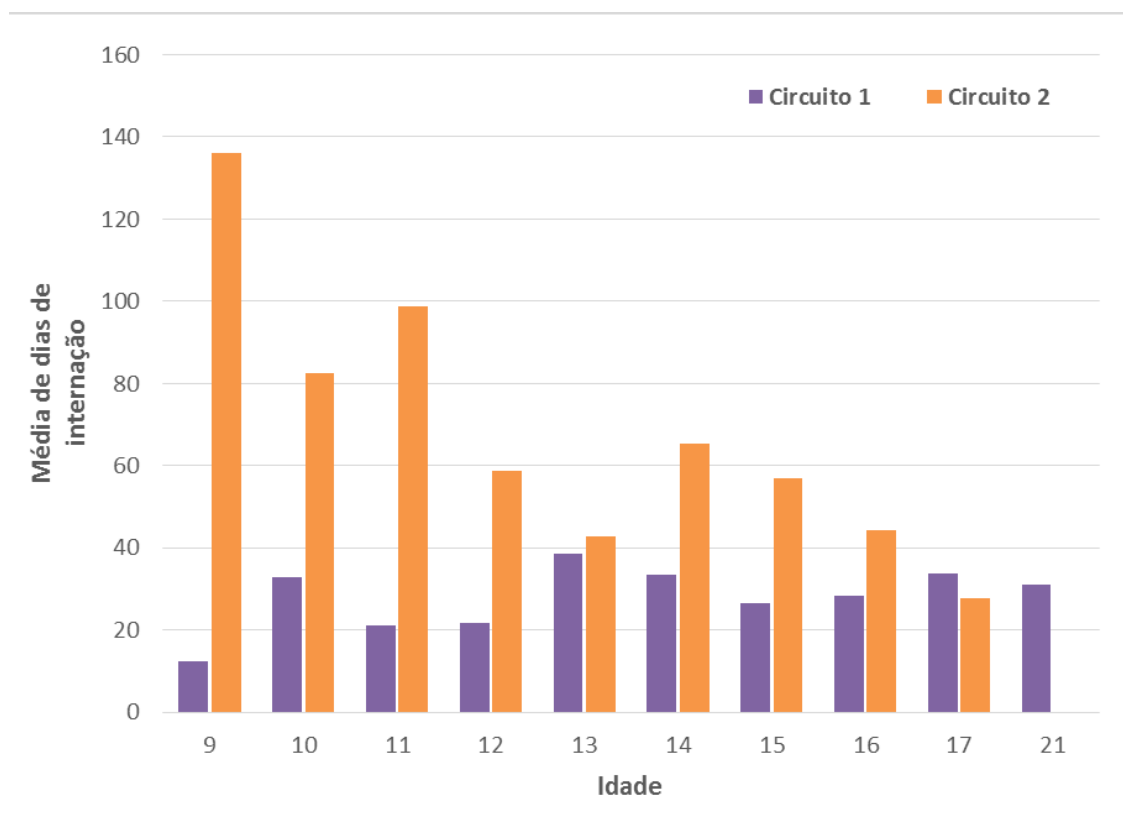
Outra diferença relevante entre os circuitos é em relação à internação de crianças (de 0 a 12 anos). Encontramos, no circuito 1, que estas internações correspondem a 7% do total de internações. No circuito 2, entretanto, estas internações representam 18,4% do total de internações.

▪ **Duração da internação**

Em relação à duração das internações, encontramos uma diferença importante nos circuitos. As internações do circuito 2 têm em média a duração de 55 dias enquanto a média de duração do circuito 1 é de 30 dias.

Em relação a duração das internações observamos outra diferença nos circuitos. Ao analisarmos as internações das crianças, vemos que para esta faixa etária a média de duração é diferente nos dois circuitos, conforme exposto na Gráfico 2.

Gráfico 2. Dias de internação por idade em cada circuito (01/2005-12/2009)



Vemos que a média de duração das internações das crianças são maiores no circuito 2 do que no circuito 1.

▪ **Múltiplas internações**

Definimos para a análise como pacientes com múltiplas internações, as crianças e adolescentes internados de 4 a 7 vezes. Encontramos a ocorrência de múltiplas internações em 6% dos pacientes do circuito 1 e em 18% dos pacientes do circuito 2.

▪ **CID**

Encontramos a seguinte distribuição de patologias por circuito:

- Em relação aos transtornos mentais orgânicos (F00-F06), observamos a ocorrência de 4% e 2,2% nos circuitos 1 e 2, respectivamente.
- Em relação aos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (F10 – F19), observamos uma diferença importante nos circuitos. Vemos que no circuito 1, apenas 5,7% dos casos são internados com este diagnóstico, enquanto no circuito 2 estas internações representam 12,6% dos casos.
- As internações com diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29) também aparecem de forma distinta nos dois

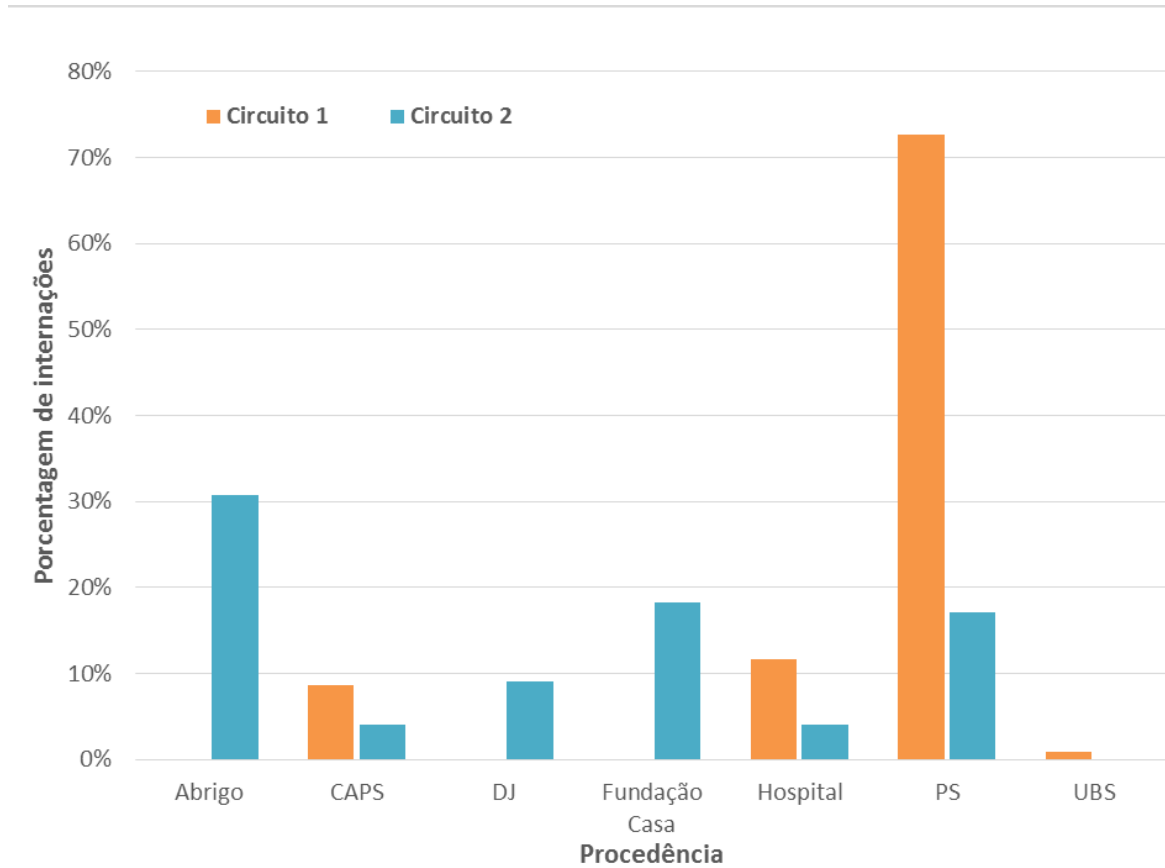
circuitos. Em ambos os circuitos estes são os principais diagnósticos encaminhadores; no circuito 1, entretanto, estas internações representam 47% dos casos internados, enquanto no circuito 2 representam apenas 24% dos casos.

- Os transtornos do humor (F30-F39) são o segundo diagnóstico mais recorrente no circuito 1, representando 18% dos casos. No circuito 2, eles representam 10% dos casos internados.
- Os transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F48) e as distorções da personalidade e do comportamento adulto (F60-F69) são os diagnósticos menos recorrentes em ambos os circuitos, com ocorrência menor de 2%.
- O retardo mental (F70-F79) aparece em 7% dos casos do circuito 1 e 9,5% do circuito 2.
- O grupo dos transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89) inclui o diagnóstico de transtorno global do desenvolvimento utilizado, muitas vezes, para os portadores de autismo. Estes diagnósticos representam 2,8% dos casos no circuito 1 e 6,9% no circuito 2.
- O último grupo de diagnósticos refere-se aos transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância e a adolescência (F90-F98). Dentro deste grupo está o diagnóstico de distúrbio de conduta. Destacamos que, no circuito 1, a ocorrência desses diagnósticos é de 2,9%, enquanto, no circuito 2, estes diagnósticos aparecem em 11% dos casos.

▪ Procedência

O Gráfico 3 apresenta dados em relação às instituições de procedência.

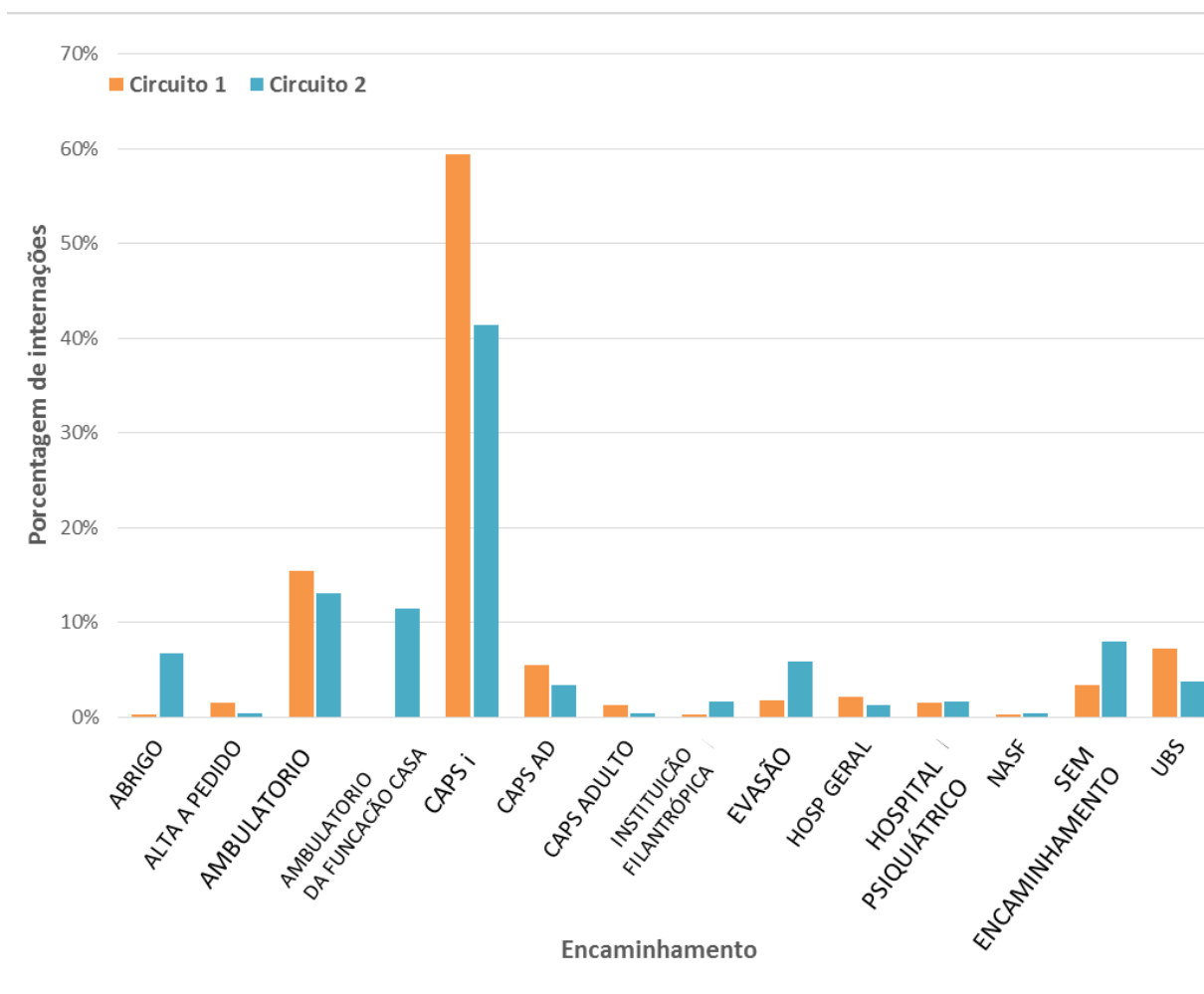
Gráfico 3. Internações por instituição de procedência (01/2005-12/2009)



▪ Encaminhamento

O Gráfico 4 apresenta dados em relação às instituições de encaminhamento na alta da internação.

Gráfico 4. Internações por instituição de encaminhamento (01/2005-12/2009)



3.4 O circuito 1: o circuito do sistema de saúde

Podemos verificar que 55,2% das internações são encaminhadas por familiares ou por serviços de saúde. A partir dos dados apresentados, vejamos as principais características dessas internações.

Qual o perfil das internações do circuito 1?

- As internações do circuito 1 têm média de duração de 30 dias.
- As crianças e adolescentes pertencentes ao circuito 1, em 94% dos casos, são internadas uma única vez.
- 40% das internações do circuito 1 são de pacientes com 17 anos de idade.

- Os três grupos de diagnósticos mais recorrentes na internação do circuito 1 são, em ordem: esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29), 47%, os transtornos do humor (F30-F39), 18%, o retardo mental (F70-F79) aparece em 7%.
- Os serviços de emergência são as instituições que mais encaminham para a internação no CAISM.
- Na alta, aproximadamente 60% dos casos são encaminhados aos CAPS.

Análise do circuito 1

O primeiro dado analisador do circuito 1 que gostaríamos de discutir é sobre a procedência e encaminhamento das internações. Vimos que aproximadamente 70% das internações do circuito 1 são precedentes de serviços de urgência, sem a participação de serviços territoriais. No momento da alta, entretanto, pudemos constatar que 60% foram encaminhadas para CAPS e 4% para UBS.

Vimos que o ingresso no sistema de saúde mental ocorre de acordo com a seguinte trajetória: a criança ou adolescente com alterações de comportamento é encaminhada ao serviço de urgência que reencaminha os casos considerados mais graves para a internação no CAISM Philippe Pinel. Na alta, como vimos, o CAISM, em 60% dos casos, direciona para o início do tratamento em CAPS.

A portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002, entretanto, estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria e define como norma que “o hospital deve articular-se com a rede comunitária de saúde mental, estando a porta-de-entrada do sistema de internação situada no serviço territorial de referência para o hospital”.

Apesar disso, observamos, em nossa pesquisa que apenas 8% dos casos tiveram como foram encaminhados por Unidade Básica de Saúde (UBS) ou por CAPS. Estas informações nos possibilitam verificar que há ausência de serviços territoriais na trajetória das crianças e adolescentes, e que, mais do que isso, esta ausência **pode ter** relação direta com a necessidade de internação.

Este fato também pode ser corroborado com outros dados. Vimos que os pacientes encaminhados pelos CAPS, além de apresentarem a menor média de dias de internação apresentam também o menor desvio padrão. Isto significa que não há discrepâncias dentro deste grupo de pessoas. Além disso, os pacientes encaminhados foram reinternados em apenas 3% dos casos. Assim, estes dados nos possibilitam concluir que após o encaminhamento para serviços territoriais, as internações tornam-se menos frequentes.

Defendemos que isto se deve ao fato de que os serviços territorializados podem responder às reais necessidades do usuário.

A partir desta colocação, elaboramos alguns questionamentos sobre o campo da saúde mental infantojuvenil. Há investimentos suficientes em serviços extra-hospitalares? De que modo as unidades básicas de saúde (UBS) atendem a demanda de saúde mental infantojuvenil? Porque, nestes casos, a UBS e os CAPS não funcionam como porta de entrada no sistema de saúde mental.

A necessidade de investimentos em equipamentos territoriais, portanto, nos parece urgente para a construção de uma política de saúde mental infantojuvenil congruente às necessidades desta população. O relatório da IV^a. Conferência de Saúde Mental também aponta para a necessidade de intervenção nesta área e define as seguintes recomendações:

Garantir a educação permanente e fortalecer as ações em saúde mental das equipes da atenção básica Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Criar incentivos financeiros específicos para ações da atenção básica em saúde mental dirigidas à infância, adolescência e juventude.

Capacitar as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para que identifiquem precocemente o sofrimento psíquico na primeira infância, de tal forma que os encaminhamentos e intervenções, quando necessários, possam acontecer em tempo hábil.

Desta forma, defendemos ser inadiável e imprescindível o investimento em equipes de saúde mental, na atenção básica, e em capacitação e implantação do Programa de Saúde da Família.

O segundo dado analisador importante refere-se à duração das internações. As crianças e adolescentes do circuito 1 têm a média de 30 dias de internação. Assim, ao retomarmos o objetivo da instituição pesquisada, “acolher em regime de breve internação, 20 a 30 dias, o portador de transtorno mental em episódio agudo” (Regulamento interno, 2008), podemos dizer que o NIA alcança seu objetivo com os pacientes deste grupo.

Isto significa que, para estes casos, as internações perduram apenas o tempo necessário para a remissão de sintomas e encaminhamento para serviços de saúde territoriais.

A pesquisa de Bentes (1999) apresenta resultado similar. A autora levantou dados sobre as internações de crianças e adolescentes do sexo masculino ocorridas no Centro Psiquiátrico Pedro II e expõe o seguinte resultado:

Quanto ao aspecto “asilar” da internação, um dado se mostra de relevância em nossa análise: há uma distinção nítida entre adolescentes “portadores” de Psicose não

Especificada, segundo a origem de seus encaminhamentos. Para os pacientes com tal diagnóstico, encaminhados por familiares, a UHVR se comporta como “*enfermaria de crise*”, ou seja, o tempo médio de permanência se situa em torno de 18 dias. Para os de mesmo diagnóstico, internados por encaminhamentos judiciais, a UHVR funciona como “*asilos*”, com um tempo médio de permanência de 88 dias de internação. (Bendes, 1999, p.117)

Desta forma, podemos dizer que, para as crianças e adolescentes do circuito 1, o NIA não funciona como instituição de asilamento, mas como serviço de atendimento a crise. O dado sobre a idade e sobre o diagnóstico das crianças e adolescentes internados do circuito 1, corrobora a nossa hipótese. Ao verificarmos que 80% das internações são de adolescente entre 15 e 17 anos e que o principal diagnóstico para internação é de esquizofrenia, podemos sugerir que estas internações são de pacientes em seu primeiro episódio de crise psicótica.

Sobre o atendimento nas situações de crise, segundo Kinoshita (1997), principalmente nos casos de maior gravidade, faz-se necessário que o usuário se distancie de seu contexto familiar e social para “criar uma distancia útil, que permita uma percepção diferenciada da situação, seja pelo paciente, seja por todos aqueles envolvidos”. Desta forma, segundo o autor, o sistema de saúde mental deve ser capaz de garantir espaços que proporcionem esta condição sem promover segregação ou isolamento. A esta situação ele chama de *direito ao asilo*. (Kinoshita, 1997, p.72)

As diretrizes da Reforma Psiquiátrica também reconhecem a necessidade de serviços capazes de acolher as situações de crise. O atendimento deve, entretanto, ocorrer em serviços extra-hospitalares e sob a lógica do atendimento territorial conforme descrição do Ministério da Saúde:

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isso é, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Esse modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em hospitais gerais, nos CAPS III). (Brasil, Portal da Saúde, 2012)

Isto se deve ao fato de que a crise, dentro desta perspectiva, não é concebida como um período de irrupção de sintomas simplesmente, mas, como um período que deflagra uma complexa situação e que exige dos serviços intervenções que abarquem esta complexidade e que não corroborem para a simplificação dos indivíduos apenas aos sintomas (Dell’Acqua e Mezzina, 1991).

Assim sendo, a internação nos períodos de crise, deve ser uma estratégia de cuidado inserida no tratamento e não o tratamento em si Kinoshita (1997). Tão pouco deve ocasionar rupturas de vínculos ou estigmatização. Os conflitos expressos em uma situação de crise não devem ser desconsiderados, mas, pelo contrário, devem ser trabalhados e significados junto ao paciente, a família e a comunidade, a fim de proporcionar transformações. (Dell'Acqua e Mezzina, 1991)

Os serviços substitutivos, ao contrário do manicômio, são territorializados. Deste modo, têm como característica intrínseca a proximidade em relação à família, à comunidade e às instituições que compõem o contexto de vida do paciente. Desta forma, nas palavras de Dell'Acqua e Mezzina (1991), os serviços substitutivos são capazes de

(...) perceber, conhecer, entrar em contato e elaborar a rede de relações e de conflitos que constituem os limites da crise, de outra maneira escondidos, fragmentados, banalizados e desprovidos de significado, graças àquele processo de simplificação que se verifica, via de regra, nos modelos baseados na centralização do hospital psiquiátrico. (Dell'Acqua e Mezzina, 1991, p. 61)

Além disso, Dell'Acqua e Mezzina (1991) afirmam que os serviços territoriais são capazes de efetuar a “reconstrução da história através dos múltiplos momentos de contato e de conhecimento entre o serviço e os problemas materiais e concretos”. Isto é, exatamente, por estarem inseridos no território existencial, pois estes serviços têm a potencialidade de dar significado, “de dar um senso à crise” e assegurar que o paciente preserve “sua continuidade existencial e histórica” mesmo num período de crise. (Dell'Acqua e Mezzina, 1991, p. 56)

Desta forma, podemos concluir que o circuito 1 poderia sofrer alterações no número de internações, caso existissem mais serviços substitutivos. O NIA, como vimos, tem dentro do circuito 1 a função de porta de entrada e de instituição para o atendimento de crise.

Estas funções, entretanto, devem, segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, ser exercidas nos serviços substitutivos.

Assim, podemos dizer que a internação no CAISM, segundo nossa análise, é decorrente da falta de serviços territoriais, tanto em relação à atenção básica quanto em relação aos CAPSi, CASP III e aos leitos em hospitais gerais.

Destacamos no relatório da IV^a. Conferência de Saúde Mental, três recomendações sobre este tema. São elas:

1 - Ampliar o número de CAPS nos Estados, particularmente de CAPS III e CAPSi nas regiões de saúde, reavaliando o índice de cobertura estabelecido pelo Ministério da Saúde e as demandas de cada área, no sentido de acolher a crise e evitar internações em hospitais psiquiátricos.

2 - Garantir a implantação de CAPSi III, para atender a demanda infantil e juvenil em crises e urgências.

3 Assegurar a qualidade do cuidado e atenção à crise na infância e na adolescência no hospital geral, com equipe de saúde mental em articulação com o serviço de referência territorial, respeitando os princípios da reforma psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Isto significa que, para alterar o circuito 1, não é necessário que sejam criadas novas instituições, mas sim que haja investimento para consolidação dos serviços já determinados na política nacional de saúde mental.

3.5 O circuito 2: o circuito psi jurídico

As internações promovidas por este circuito representam 43% do total de internações no período estudado. A partir dos dados, apresentaremos as principais características dessas internações.

Qual o perfil das internações do circuito 2?

- As internações têm em média a duração de 55 dias.
- 18 % das crianças e adolescentes pertencentes ao circuito 2 apresentam mais do que uma internação.
- As internações de crianças entre 9 e 12 anos chegam a representar 22,3% das internações realizadas por este circuito.
- Os três grupos de diagnósticos mais recorrentes na internação do circuito 2 são em ordem: esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29), 24%, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F10 – F19), 12,6% e terceiro, os transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância e a adolescência (F90-F98), 11% dos casos.
- As instituições que mais encaminham para a internação no CAISM são: serviços de emergência 22%, Abrigos e CRECA 19,2%, Fundação CASA 15%. Observamos também que 6,6% das internações desse circuito tem apenas o encaminhamento dos Fóruns.
- Na alta, aproximadamente 40% dos casos foram encaminhados para CAPS, 10,3% foram encaminhados para o ambulatório de saúde mental da Fundação CASA, 9,6% não tinham encaminhamento, 6,9% foram encaminhados para comunidades terapêuticas e 6,1% não tinham encaminhamento, pois segundo avaliação do CAISM, não tinham necessidade de tratamento em saúde mental.

Análise do circuito 2

Ao analisar comparativamente os circuitos, podemos perceber que as internações do circuito 2 têm maior duração e maior incidência de reinternações do que o circuito 1. Isto é, 92% das internações com duração maior de 150 dias e 73,3% das crianças e adolescentes internados de 4 a 6 vezes no NIA, são encaminhadas por ordem judicial.

As pesquisas realizadas por Bentes (1999), Scisleski (2006), Joia (2005) e Cunda (2011) apresentam resultados semelhantes e apontam para a existência deste circuito não apenas no estado de São Paulo, mas também nos estados do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul. Apresentaremos estes resultados comparando-os aos dados por nós levantados.

A pesquisa de Joia (2005), citada anteriormente, apresentou como resultado que as internações ocorridas por via judicial são mais longas, e representam 23% dos casos internados entre fevereiro de 2001 e dezembro de 2004.

Ao comparar os dados por nós apresentados aos resultados de Joia, podemos verificar que há um aumento relevante de ocorrências deste tipo de internação no CAISM Philippe Pinel. A porcentagem de ocorrências dessas internações aumentou de 23% entre os anos de 2001 e 2004, para 44,8% entre os anos de 2005 e 2009.

O estudo de Scisleski (2006), revela que, entre os anos de 2002 e 2005, o sistema judiciário foi responsável pelo encaminhamento de 54% das internações no Hospital São Pedro.

Em 2011, Cunda realiza nova pesquisa na mesma instituição com o objetivo de verificar o impacto causado pelo surgimento do crack nas internações ocorridas no Hospital São Pedro. Segundo o autor, o perfil dos internos sofreu grande modificação durante o século XX. Na primeira metade do século, os encaminhamentos continham como diagnóstico a idiotia (oligofrenia) e a epilepsia. No ano de 2007, entretanto, o autor constatou que 70% dos casos eram internados por uso de substâncias psicoativas.

A mudança na população de crianças e adolescentes internados é concomitante ao surgimento de um novo ator: o juiz. E de um novo tipo de internação: a internação compulsória por ordem judicial. Segundo Cunda (2011), “A atuação judiciária das varas da infância e juventude e do ministério público estadual na regulação das internações é a marca” (Cunda, 2011, p.19). Prova disso foi observada com o aumento da participação dos Conselhos Tutelares nos encaminhamentos, de 29% em 1998 para 64% em 2005 (Cunda, 2011)

Os registros indicam, segundo Cunda (2011), que a primeira internação compulsória por meio de determinação judicial no Hospital São Pedro ocorreu em 1993. A

partir deste momento, este tipo de internação passou a ser cada vez mais frequente e atualmente ocorre em quase metade dos casos internados.

A realizada por pesquisa de Bentes (1999) que trabalha com um período cronológico anterior, já apontava esta tendência. A autora, como vimos, realizou a pesquisa no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, e verificou que: “as internações por Mandado Judicial tornaram-se progressivamente mais numerosas, representando, no ano de 1997, um terço do total de primeiras internações” (Bentes, 1991, p.61)

Estes dados demonstram que a internação compulsória de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos não são situações pontuais, sendo, ao contrário, uma prática identificada em três grandes capitais do país, e em números significativos.

Pudemos também observar algumas semelhanças em relação ao perfil das crianças e adolescentes internados nos três estados. Faremos algumas observações acerca deste perfil, a seguir.

▪ **Quanto aos diagnósticos**

No estado do Rio de Janeiro, segundo Bentes (1999), os pacientes encaminhados por ordem judicial, ao contrário dos demais, têm predomínio de quadros não psicóticos. Da mesma forma, averiguamos, em nossa pesquisa, que os diagnósticos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29) não representam a maioria dos casos internados no circuito 2, ocorrendo em apenas 24% das internações.

Nosso estudo revelou que o segundo grupo de diagnósticos mais frequente nessas internações são os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (F10-F19). Vale ressaltar, entretanto, que o NIA, como vimos, tem como objetivo prestar atendimento ao “portador de transtorno mental” e não aos casos de dependência química. Além disso, sabe-se que o processo de desintoxicação e que o período de abstinência às drogas podem gerar comprometimentos clínicos ao paciente. Desta forma, o CAISM, por se tratar de um hospital psiquiátrico e não de um hospital geral, não é a instituição indicada para o atendimento destes casos.

Encontramos nas pesquisas realizadas no estado do Rio Grande do Sul um número ainda maior de internações por uso de substâncias psicoativas. Em 2005, este diagnóstico foi responsável por 50% das internações, Scisleski (2006), chegando a 70% em 2007, Cunda (2011). Além disso, verificou-se que 50% dos casos internados por uso de substâncias têm como diagnóstico associado os transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância e a adolescência (Cunda, 2011).

A ocorrência desde grupo de diagnósticos também se mostrou relevante em nossos dados. Os transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância e a adolescência (F90-F98) são, no CAISM Phellipe Pinel, o terceiro grupo de diagnósticos de maior ocorrência nas internações do circuito 2. Observamos, a partir da comparação com os resultados de Joia (2005), que há um crescimento gradual destes diagnósticos. Em 2002, representavam 5,26% dos casos, em 2005 já ocorriam em 7,14% e, em 2009, verificamos que houve um aumento desta porcentagem para 15,2%.

Dentro deste grupo, temos como diagnóstico de maior incidência (75%) os distúrbios de conduta (F91). Observamos, em nosso estudo, dados relevantes sobre este diagnóstico. É ele o responsável por 26% das internações com duração maior de 150 dias e por 36,4% dos casos de crianças e adolescentes internados de 4 a 7 vezes. Ademais, encontramos este diagnóstico nas duas internações de maior duração sobre as quais trataremos nesta análise.

Assim sendo, a partir dos dados apresentados, podemos observar que o diagnóstico de transtorno de conduta é característico do circuito 2 e bem menos recorrente ao circuito 1. Além disso, parece-nos que dentro do circuito 2, os pacientes que permanecem por mais tempo na instituição recebem este diagnóstico. Faremos uma breve análise sobre a ocorrência desta patologia. Para iniciar esta discussão utilizaremos a descrição de F91, encontrada no CID 10.

Segundo a Classificação:

Os transtornos de conduta são caracterizados por padrões persistentes de conduta dissocial, agressiva ou desafiante. Tal comportamento deve comportar grandes violações das expectativas sociais próprias à idade da criança; deve haver mais do que as travessuras infantis ou a rebeldia do adolescente e se trata de um padrão duradouro de comportamento (seis meses ou mais). Quando as características de um transtorno de conduta são sintomáticos de uma outra afecção psiquiátrica, é este último diagnóstico o que deve ser codificado.

Vimos, em nosso estudo, que há discrepâncias entre esta definição e as queixas de encaminhamento ao CAISM, registradas nos prontuários das crianças e adolescentes do circuito 2 com o diagnóstico de F91.

O primeiro fato que pudemos observar nas queixas é que o transtorno de conduta é diagnosticado sem ponderar a ressalva descrita na própria definição da patologia de que, para considerar um comportamento anormal “tal comportamento deve comportar grandes violações das expectativas sociais próprias à idade da criança; deve haver mais do que as

travessuras infantis ou a rebeldia do adolescente e se trata de um padrão duradouro de comportamento (seis meses ou mais).”

Destacaremos algumas queixas extraídas dos prontuários para exemplificar nossa hipótese:

“Paciente com história de transtorno da conduta, incluindo ações destrutivas.”

“paciente apresenta quadro de alterações comportamentais com liberação de agressividade no meio familiar e social, nesses episódios usa bebida alcoólica”

“agitação, agressividade, risco de vida”

“comportamento de agressividade e ideação suicida”

“Paciente apresentando quadro de agitação e momentos de auto-agressividade, apresentando discurso suicida”

“História de conduta agressiva com familiares, chegando a ameaças com armas brancas.”

“Agressividade. Bate na mãe e irmãos. Ameaça as pessoas. Não usa medicamentos. Faz uso de bebida alcoólica. Perigo a si e a outrem.”

“Quebra, agride, ameaça. Recusa tratamento medicamentoso”.

Além disso, outro dado que pudemos observar foi que, apesar de encontrarmos na definição que “Quando as características de um transtorno de conduta são sintomáticos de uma outra afecção psiquiátrica, é este último diagnóstico o que deve ser codificado.”, encontramos em 20% dos casos das crianças e adolescentes diagnosticados com F91, queixas com descrições referentes a outros transtornos. Destacamos como exemplo:

“Paciente com alterações no comportamento, sem condições de controle. Delirante, agressivo.”

“apresenta comportamentos como quebrar todas as coisas, agredir fisicamente as pessoas e fugir (...). Apresenta déficit cognitivo global secundário e lesões cerebrais que cursou com sintomatologia psicótica e agitação psicomotora e heteroagressividade”.

“agressividade, crises convulsivas”

“paciente refere que deseja matar os pais, se sente observado e vigiado”.

Estes dados nos permitem supor que o diagnóstico de transtorno de conduta tem sido empregado de modo generalizado às crianças e adolescentes. Vimos que, em muitos casos, o transtorno de conduta é diagnosticado em crianças com episódios de descontrole e agressividade, sem que haja uma análise sobre sua história e contexto de vida. O relato encontrado nas queixas, como vimos, é bastante sucinto e privilegia a descrição de sintomas.

Dito de outra forma, o diagnóstico e a internação psiquiátrica são determinados, muitas vezes, apartados do contexto social, político e econômico em que as crianças e adolescentes estão inseridos.

Assim, o circuito 2 parece funcionar de acordo a uma lógica de produção de subjetividade individualizante e, portanto, reducionista acerca da doença mental na infância. Isto é, o diagnóstico que encaminha as crianças e adolescentes à internação é elaborado sem considerar outros aspectos de suas vidas (escola, lazer, habitação, família, tratamentos precedentes, etc.), e a internação como conduta de tratamento, da mesma forma, é determinada sem considerar as reais necessidades do paciente. Prova disso, é que a conduta médica sugerida para os casos de F91 é a inserção comunitária e o não asilamento.

Este fato também pode ser observado com a ocorrência de internações de crianças com comprometimentos orgânicos. Os CID F06, F 70, F71, F72, F73 e F79²⁶ somados representam 11,8% das internações do circuito 2 no CAISM. A ocorrência de internações desta população também foi observada por Bentes no estado do Rio de Janeiro. Segundo a autora:

Interna-se também, através do poder público, o adolescente abandonado que apresente quaisquer condições psiquiátricas ou neurológicas, inclusive o encefalopata portador de oligofrênia grave ou profunda, que não se beneficia de um hospital com as características da UHVR.²⁷ (Bentes, 1999, p.4)

A análise dos dados evidenciou outra característica do circuito 2, recorrente nos três estados. Percebemos que, além dos diagnósticos, esses jovens e crianças têm percursos institucionais semelhantes.

▪ Percursos institucionais

Por meio da análise das instituições de procedência e de encaminhamento, pudemos observar o percurso institucional realizados pelas crianças e adolescentes até a internação. Vimos que, no circuito 2, este trajeto é marcado por diversas intervenções do aparato jurídico, isto é, antes de serem encaminhadas à internação, as crianças e adolescentes já haviam sido submetidos a outras determinações judiciais. Em nossos dados, observamos

²⁶

F06 - Outros transtornos mentais devidos à lesão e disfunção cerebral e à doença física
F 70 - Retardo Mental Leve
F71 - Retardo Mental Moderado
F72 - Retardo Mental Grave
F73 - Retardo Mental Profundo
F79 - Retardo Mental Não Especificado

²⁷ Setor destinado à internação de crianças e adolescentes do Centro Psiquiátrico Pedro II.

que 49,6% das crianças e adolescentes internados no CAISM por via judicial já estavam institucionalizados em abrigos (31,4%), em unidades da Fundação CASA (18,2%) ou em outros hospitais psiquiátricos (18,2%). Além destes, 9% dos casos foram encaminhados exclusivamente pelo sistema judiciário. Observamos, concomitantemente, que há nestes percursos pouca ou nenhuma intervenção de instituições educacionais, culturais, de lazer, saúde ou assistência.

A pesquisa de Bentes (1999) apresenta resultados semelhantes. Segundo a autora, o perfil das crianças e adolescentes internados via ordem judicial se distingue do perfil das crianças e adolescentes internados sem ordem judicial, principalmente, porque antes da internação psiquiátrica, a maioria dessas crianças e adolescentes já haviam sido submetidos a medidas socioeducativas ou medidas protetivas.

Cunda (2011) também encontra características similares entre estas crianças e adolescentes e afirma que estes “possuem antes de tudo trajetórias semelhantes: transgressão às instituições família, escola, trabalho; manifestação de agressividade, exercício de má conduta, cometimento de delitos.” (Cunda, 1999, p.19)

Estes dados sobre o percurso das crianças e adolescente do circuito 2 até a internação psiquiátrica nos permite afirmar que há uma estreita relação entre as medidas de proteção e/ou socioeducativas e a demanda em saúde mental, sugerindo muitas vezes a utilização dos temas da saúde mental mais na perspectiva da *defesa social* que na *ética do cuidado*, e a persistência de um *continuum psi-jurídico*, agora apoiado na ideia da *proteção* e do *direito à saúde* como pretexto para o controle social arbitrário de adolescentes. (Vicentin, 2010)

Isto é, podemos dizer que, dentro do circuito 2, a internação psiquiátrica ocorre como estratégia pontual e tem com o objetivo incidir sobre comportamentos desviantes (Cunda, 2011).

De acordo com Scisleski (2008), nesta lógica, as intervenções visam incidir sobre o próprio sujeito e não sobre a situação. Isto é, segundo a autora, baseado numa concepção desenvolvimentista: a lógica que rege o circuito 2 propõe às crianças e adolescentes intervenções como mecanismos de adaptação a uma determinada configuração social. Isto é, “a solução encontrada se aplica ao próprio sujeito – internando-o, por exemplo –, mas sem oferecer-lhe verdadeiramente a chance de sair desse itinerário.” (Scisleski, 2008, p. 347)

Desta forma, o hospital psiquiátrico, as instituições jurídicas, assistenciais, pedagógicas e de saúde, em vez de formarem juntos uma rede de atenção e cuidado, a infância e adolescência capaz de proporcionar mudanças nas vidas dos indivíduos, formam “um

circuito de individualidades fracassadas” (Cunda, 2011). Isto é, o percurso das crianças e adolescentes por estas instituições em vez de criar, destrói possibilidades. Na medida em que percorre este caminho, a criança ou adolescente é cada vez mais apartado de seus próprios direitos. As internações por ordem judicial apontam para este ponto de convergência entre o sistema jurídico e de saúde mental onde, segundo Telles (2010), uma leitura equivocada dos discursos dos direitos do doente mental e das crianças pode recobrir outras formas de segregação.

Destacaremos os dois casos de internações mais longas do circuito 2, com diagnóstico de transtorno de conduta, a fim de aprofundar esta discussão. Todos os dados apresentados foram extraídos do prontuário.

▪ **Caso 1: O trajeto sem saída de Raquel²⁸**

Raquel foi criada por sua avó até os 4 anos de idade, pois sua mãe era usuária de drogas. A avó, entretanto, tinha muitas dificuldades financeiras e abrigou Raquel aos 5 anos. Segundo relato da equipe do abrigo, Raquel sempre foi agressiva e, por este motivo, foi afastada das outras crianças. Raquel residia com uma trabalhadora do abrigo, chamada de mãe social, em uma casa independente de onde moravam as outras crianças. Este fato nos chama a atenção para um aspecto importante da vida de Raquel. O “tratamento” para sua agressividade sempre foi, desde o início, a segregação e a exclusão.

A primeira internação de Raquel no CAISM ocorre em 2005, quando tinha 11 anos de idade. Encontramos como queixa: “paciente institucionalizada há 8 meses no Hospital Municipal Infantil Menino Jesus com transtorno do comportamento, heteroagressiva em tratamento ambulatorial pouco resolutivo.” Esta internação teve duração de 6 dias e Raquel foi encaminhada ao CAPS e ao abrigo em que residia.

A segunda internação ocorre 8 dias após a alta da primeira internação. Encontramos como queixa: “paciente portadora de transtorno de conduta grave, com alta do Hospital Pinel. Uma vez no abrigo, voltou a ficar agressiva. Crítica seriamente comprometida, ameaçadora.” Após 19 dias de internação, o CAISM encaminha pedido de alta à Vara da Infância e Juventude. Uma semana depois, o pedido é atendido e Raquel retorna ao abrigo com novo encaminhamento para tratamento no CAPS.

Três dias após retornar ao abrigo, Raquel é internada novamente por ordem judicial no CAISM. Nesta internação, encontramos como queixa “paciente com 11 anos de idade, com alta recente do Pinel, ao retornar ao abrigo volta a apresentar quadro importante de

²⁸ Nome fictício

liberação de agressividade e falta de controle de impulsos”. Esta internação tem duração de 1004 dias, isto é, aproximadamente 2 anos e 9 meses.

Importante ressaltar que, durante esta internação, a diretoria do CAISM enviou diversos relatórios à Vara da Infância e da Juventude, informando sobre a alta médica da paciente e solicitando encaminhamento para abrigamento e tratamento ambulatorial.

Destacaremos alguns trechos de ofícios enviados a Vara da Infância e Juventude assinados pela diretoria do CAISM:

“Nosso hospital está fazendo o papel de Abrigo para esses adolescentes, sabedores dessa ilegalidade, pedimos com urgência uma resolução para esse problema.”

“Atualmente a adolescente continua residindo na enfermaria para tratamento de pacientes agudos, encontra-se longe da escola e com enormes prejuízos psicológicos e sociais.”

Estes trechos foram retirados dos diversos ofícios encaminhados à Vara. Encontramos pedidos de alta a cada três meses de internação aproximadamente, até que Raquel retorna ao seu abrigo de origem.

Uma semana depois, entretanto, Raquel é internada no CAISM com a seguinte queixa: “evolui com episódios recorrentes de agressividade, fugas necessitando atendimento em unidades de emergência. Há dois dias em acompanhamento no CAPS sem aderência ao tratamento”. Esta internação tem duração de 413 dias e tem fim com a evasão da paciente.

Dois dias após sua fuga, Raquel retorna espontaneamente ao CAISM e é readmitida em sua quinta internação, que tem duração de 244 dias. Na alta, Raquel é encaminhada a outro abrigo.

Quinze dias após sua saída do CAISM, Raquel é reinternada. Segundo relato do novo abrigo, Raquel “jogou fora seus remédios, quebrou o vidro da brinquedoteca, feriu-se, pegou o fio do telefone para se enforcar e fugiu para uma cidade vizinha a São Paulo dizendo que ia procurar seus avós”.

Encontramos no prontuário da sexta internação de Raquel registros importantes. Segundo membro da equipe, “a paciente verbaliza que a maior dificuldade que enfrentou no retorno ao abrigo foi uma sensação de inadequação na convivência com adolescentes sem problemas psiquiátricos; infelizmente, criou-se um vínculo inadequado iatrogênico de

segurança com o ambiente de internação, o que se configura como Hospitalismo²⁹”. Além disso, destacamos os dizeres do ofício enviado à Vara da Infância nesta época:

Aproveito a oportunidade para dizer da indignação dessa equipe técnica que por diversas vezes acionou o judiciário solicitando a desinternação desses adolescentes que na ocasião precisavam apenas de um abrigo para moradia e dar continuidade ao atendimento ambulatorial, tendo assim seu direito constituído. (Prontuário, 2007)

Assim após ter sido submetida a internação psiquiátrica por um total de 1807 dias, aproximadamente 5 anos, Raquel é transferida para outro hospital psiquiátrico. Vale ressaltar que Raquel tem como diagnóstico F91.2 e, em relação a sua “patologia”, a internação ocasionou piora significativa em seu sintoma de agressividade.

▪ **Caso 2: O silenciamento dos sentimentos de José³⁰**

José foi internado por agitação psicomotora e episódios de agressividade com hipótese diagnóstica de F91 (transtorno de conduta). Segundo relatório do CAISM, passou por maus tratos, negligências e privação afetiva. Passou a apresentar comportamentos desafiadores e transgressores, o que resultou em rejeição e abandono familiar, principalmente de sua mãe.

Quando José completou 10 anos de idade, sua mãe resolveu encaminhá-lo para morar com seu pai na Bahia. No dia da viagem, entretanto, José recusou-se a ir e apresentou uma crise de agitação, que culminou com sua primeira internação.

Encontramos no prontuário a seguinte queixa em relação a esta internação que, vale destacar, teve duração de 623 dias:

“Menor estava sendo encaminhado com a mãe para a Bahia, onde ficaria aos cuidados do pai. Segundo informações, teria tentado se jogar, por duas vezes, em frente aos carros, em via pública”.

Na alta desta internação, José é encaminhado para abrigamento e tratamento em CAPS. A segunda internação, entretanto, ocorre apenas 3 dias após a saída de José, e tem duração de 255 dias. A queixa apresentada é: “Extrema agitação psicomotora;

²⁹ Segundo definição de René Spitz, o Hospitalismo diz respeito a um conjunto de perturbações graves nas crianças cuidadas em instituições sem estabelecimento de laço afetivo por aqueles que dela cuidam. São perturbações de caráter físico e mental, às vezes culminando até mesmo na morte da criança.

³⁰ Nome fictício

heteroagressividade intensa com força desproporcionalmente grande para o tamanho dele e ideação homicida.” A alta desta internação ocorre por evasão.

Após 1 dia João é encontrado na casa de sua mãe e submetido a nova internação no CAISM, com queixa de “Quadro de agitação psicomotora com intensa heteroagressividade, baixa tolerância à frustração, sem crítica. Risco de vida.” Esta internação tem duração de 84 dias e a alta também ocorre por evasão. A quarta e última internação ocorre depois de 13 dias e tem duração de 309 dias. Vale observar que, novamente, José é encontrado na casa de sua mãe. A queixa descrita é:

“Paciente com história de transtorno da conduta, incluindo ações destrutivas.” No momento da alta, José é encaminhado a outro abrigo, localizado em um município próximo a São Paulo. Soubemos por meio de uma conversa com um membro da equipe do NIA, que José fugiu do abrigo e foi para a Bahia em busca de algum lar.

A permanência de José no CAISM teve duração de 1271 dias, isto é, aproximadamente 3 anos e 5 meses. A internação de José, da mesma forma que a de Raquel, mostrou-se prejudicial ao seu desenvolvimento e pouco eficaz em relação à resolução de suas necessidades.

Além disso, violam os direitos das crianças e adolescentes definidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que lhes assegura: “todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”.

A equipe técnica do CAISM também se manifestou contrária à internação de José. Destacaremos outro trecho de ofícios assinados pela direção do CAISM, encaminhados à Vara da Infância e Juventude sobre Raquel e José.

O hospital psiquiátrico Pinel é um serviço de internação voltado ao atendimento de crianças e adolescentes prestando-se ao tratamento de crises agudas que impossibilitam o tratamento ambulatorial, objetivando a alta breve e o encaminhamento adequado dentro da rede de atendimento em saúde mental. Acontece com frequência, entretanto, de sermos obrigados a manter adolescentes que se encontram em alta médica. Como nos casos de Raquel e José que estão em alta médica, mas permanecem nesta enfermaria psiquiátrica para tratamento de pacientes com transtornos mentais agudos, privadas de ter uma vida digna, por terem não retaguarda familiar e não existirem vagas em abrigos. (Prontuário, 2008)

Estes casos são analisadores importantes do circuito 2. A partir deles, podemos perceber que as internações no CAISM persistem muitas vezes, a despeito da indicação clínica. Ao contrário, são motivadas por uma combinação complexa de aspectos que constroem uma situação de vulnerabilidade, para a qual a resposta exclusiva do campo da saúde, principalmente aquela da internação psiquiátrica, além de redutora da complexidade, é

ela mesma produtora de maior sofrimento. Ou seja, a internação é uma tentativa de solução individualizada e pontual para um fenômeno de grande complexidade.

Para Cunda (2011), as internações compulsórias no campo da infância e adolescência ocorrem por meio desta junção entre abandono, doença mental, perigo e delinquência. Vicentin (2010) corrobora ao dizer que, quando as questões geradas por situações de vulnerabilidade “se apresentam como um problema “ingovernável”, assumem certamente a forma do distúrbio ou de perigo, tendendo a ingressar cada vez mais no circuito da medicalização/patologização. E tudo o que se apresenta como ingovernável e intratável, é, por essa razão, perigoso.”

Vemos, portanto, que este circuito funciona a partir de uma concepção sobre a infância e adolescência pautadas no medo e no perigo. Desta forma, o circuito 2 mantém viva a função histórica exercida pelos manicômios que consiste em recolher indivíduos considerados perigosos e, portanto, impossibilitados de convívio social (Cunda, 2011). Em outras palavras, o manicômio se mantém como lugar de segregação ocupado pelos indivíduos que representam “a exceção da regra, o limite, o negativo da lógica de funcionamento das outras instituições” (De Leonardis, 1998).

Verificamos, desta forma, que a internação compulsória não tem colaborado para a construção da rede de atenção e cuidado da infância e adolescência, mas, pelo contrário, coloca crianças e adolescentes num funcionamento em circuito. Na medida em que não considera diferenças e singularidades das crianças e de seus contextos, o circuito 2 propõe uma resposta única a todas as situações e, desta forma, reduz às crianças e adolescentes ao status de paciente psiquiátrico perigoso, isto é, produz a cronificação dos pacientes. A longa trajetória institucional que percorrem esses pacientes, em vez de proporcionar resposta às suas necessidades, tem como resultado a estigmatização (De Leonardis, 1998; Cunda, 2011; Vicentin, 2010).

Assim, podemos dizer que a patologização das crianças em situação de vulnerabilidade social evidencia não só a precariedade da rede de atenção e cuidado mas também a ausência de investimento e de articulação entre as políticas públicas nos campos da educação, saúde, habitação, lazer etc.

Podemos concluir, com Ota de Leonardis (1998) que a internação compulsória no CAISM cumpre o papel de administração dos *resíduos institucionais*. Entendemos *resíduo* como o produto de um circuito de respostas seletivas, codificadas e fragmentárias dos serviços em que, numa espiral de cronificação, o controle social se soma ao abandono.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo evidenciar um aspecto do funcionamento do campo da saúde mental infantojuvenil no Estado de São Paulo atualmente, isto é, aquele em que se acionam as internações psiquiátricas. Para tanto, utilizamos como estratégia metodológica o levantamento de dados sobre o perfil das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no estado de São Paulo, o que nos permitiu formular as seguintes considerações:

A internação psiquiátrica no CAISM Philippe Pinel é encaminhada por dois circuitos distintos:

- O circuito 1 refere-se às internações ocorridas sem ordem judicial.
- O circuito 2 refere-se às internações ocorridas via ordem judicial.

Em relação ao circuito 1, pudemos ver que sua existência se perpetua apenas pela falta de serviços territoriais. Segundo nossa análise, para substituir a internação psiquiátrica seriam suficientes investimentos em políticas voltadas para a descentralização, a territorialização e para a promoção da saúde, como equipes de PSF e de saúde mental nas UBSs, implantação CAPSi, CAPSIII e de leitos em hospitais gerais. Possivelmente, muitas das crianças e adolescentes, principalmente aqueles advindos de municípios menores, poderiam não ser encaminhados ao CAISM se houvesse serviços em seu território.

O circuito 2, por outro lado, perpetua-se principalmente pela falta de práticas e ações integradas entre os agentes que atuam no campo da infância e adolescência. Vimos que as instituições não trabalham na perspectiva da constituição de atendimento em rede, mas, pelo contrário, trabalham sob a lógica do encaminhamento. Este circuito, segundo De Leonardis (1998), é formado por uma constelação de estruturas diferenciadas e especializadas. Em outras palavras, o circuito constitui-se de instituições pertencentes a áreas distintas de atuação (psiquiátrica, sanitária, assistencial e judicial etc.) que não se comunicam e trabalham isoladamente. Deste modo, estas instituições funcionam de forma independente de acordo a sua própria lógica: “cada uma delas tem seu filtro, seu código, seu procedimento” De Leonardis (1998). A consequência disso é a produção de respostas pontuais, fragmentadas e pouco eficientes.

Ainda segundo a autora, o funcionamento em circuito dos serviços não só contribui para o aumento do controle social e abandono dos usuários mas também não responde às suas reais necessidades e demandas, o que resulta na sua cronificação. Podemos

observar este fato nos casos por nós apresentados. O percurso institucional de José e Raquel, como vimos, apesar de atravessar os sistemas judiciais, assistenciais e da saúde, teve apenas como resultado o acúmulo de problemas e novas necessidades.

Desta forma, o funcionamento em circuito provoca a segregação dos indivíduos na medida em que não integra ações capazes de analisar os processos de transformações e provocar mudanças (Nascimento et al, 2010). Segundo Scisleski (2008), funcionamento em circuito regido pela ação imperativa do sistema judiciário, além de proporcionar a exclusão de indivíduos, tem, como consequência, o enrijecimento da rede de atenção e cuidado. Melhor dizendo, o circuito se sobressai à rede, na medida em que “dissemina uma perspectiva de controle composta por serviços assistenciais de tutela e abrigagem, instituições socioeducativas para infratores, além das clínicas, hospitais e fazendas.

Podemos dizer, portanto, que o operar do circuito contribui para a institucionalização de crianças e adolescentes na medida em que parte de uma “lógica excludente, com caráter disciplinar, manicomial e de higienização social.” (Scisleski, 2006). Ao contrário desta lógica, o funcionamento em rede, propõe a desconstrução da compreensão do sujeito a partir de dicotomias (saúde x doença, indivíduo x sociedade, objetividade x subjetividade etc.) e considera que as intervenções devem ser desenvolvidas a partir das vinculações interpessoais do paciente tendo os atores institucionais dos diferentes campos envolvidos neste processo para que seja possível “amparar, produzir, demandar e consolidar políticas sociais descentralizadoras e emancipatórias”. (Marinho, 2009, p.27)

Assim, defendemos neste estudo que as novas práticas e políticas públicas do campo da saúde mental infantojuvenil devem priorizar ações transversais e intersetoriais do poder público. Partindo da premissa de que os cidadãos devem ser sujeitos e não objetos das políticas públicas, acreditamos que a presente pesquisa, por apresentar dados sobre o real funcionamento do campo da saúde mental infantojuvenil, pode contribuir para o desenvolvimento de novas práticas nesse campo.

Consideramos que o extenso material produzido pode gerar outros recortes de pesquisa³¹ e, além disso, esperamos que este estudo possa gerar questionamentos na própria instituição pesquisada que também desconhecia os dados por nós levantados. Vale ressaltar que os dados foram apresentados a toda a equipe técnica do NIA.

Para concluir retomemos o título e as perguntas de Maria que introduzem este trabalho.

³¹ Tais como sugeridos pela banca. É o caso da possibilidade de investigar outros prontuários (como feito nos casos de Raquel e José) desvelando em cada caso o circuito que produz estes destinos.

A palavra *destino* que compõe o título deste estudo deriva do verbo latino *destinare*³², "*fixar*", "*prender firmemente*". Assim, o termo destino pode significar um traçado fixo que não muda.

Em relação à Maria, podemos dizer que, após a pesquisa, temos algumas respostas para suas perguntas.

- Por que eu vou ficar aqui?
- Porque as instituições que compõem a rede de atendimento à criança e ao adolescente trabalham de forma desintegrada e não conseguem atender às suas necessidades.
- Quem tá aí? Quem vai dormir no quarto comigo?
- As crianças e os adolescentes que tiveram seus destinos produzidos ativamente pela desresponsabilização e pelo abandono.

³² Ernout, A., Meillet, A. **Dictionnaire Étymologique de la Langue Latine**, Paris, Klincksieck, 1967

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACQUA, Giuseppe dell'; MEZZINA, Roberto. **Resposta á crise – Estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial.** In DELGADO, Jaques (org.). **A Loucura na Sala de Jantar.** Santos: Copyright Jaques Maurício Ferreira Delgado, 1991.
- ALANEM, Leena. **Estudos feministas/estudos da infância: paralelos, ligações e perspectivas.** In: Castro, Lucia Rabello de (org). Crianças e jovens na construção da cultura. Nau Editora e FAPERJ. Rio de Janeiro, 2001.
- ALTOÉ, Sônia. **RENÉ LOURAU – Analista Institucional em Tempo Integral.** São Paulo: Hucitec, 2004
- AMORIM, Décio et al. **Histórias da Loucura.** Disponível em <http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/SaudeMental/CASOSDELOUCURA.pdf>. Acesso em: 15 julho 2011.
- ARDOINO, Jacques; LOURAU, René. **As Pedagogias Institucionais.** São Paulo: RiMa, 2003.
- ASSIS, Machado de. **Contos.** 1ª edição. Porto Alegre: Editora Artes e Ofícios, 2008. 85 páginas.
- BENTES, Ana Lúcia Seabra. **Tudo como dantes no quartel D'Abrantes.** Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1999.
- BLIKSTEIN, Daniel. **O direito real de habitação da sucessão hereditária.** Tese (Doutorado). São Paulo: Pontificia Universidade Católica de São Paulo, 2009.
- BLIKSTEIN, Izidoro. **Kaspar Hauser ou a fabricação da realidade.** 4ª edição. São Paulo: Editora Cultrix, 1995.
- BOARINI. Maria Lucia; Cunha, Carolini. **A infância sob a tutela do Estado: alguns apontamentos.** Psicologia: teoria e pratica. Sao Paulo. vol.12, n.1, 2010

BOUYER, Gilberto Cardoso. **O método da geneslogia empregado por Foucault no estudo do poder-saber psiquiátrico.** In **Memorandum.** Belo Horizonte: UFMG, Ribeirão Preto – USP, nº 16, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dados estatísticos sobre a saúde mental no Brasil. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1663. Acesso em 16 de fevereiro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portal da saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925. Acesso em 20 de fevereiro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Editora MS. Brasília: 2005. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caminhos_infantojuv.pdf. Acesso em 03 de março de 2012.

_____. Portaria GM 336/2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao>. Acesso em 04 de julho de 2010.

BUENO, José Geraldo Silveira. **Educação especial brasileira. Integração/segregação do aluno diferente.** Editora da PUC-SP, 1993.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar.** 5ª edição. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2004.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios.** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, 30 (4), dez., 2008.

CUNDA, Mateus Freitas. **Tramas Empedradas de Uma Psicopatologia Juvenil.** Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande Sul, 2011.

DE LEONARDIS, Ota. **Estatuto y figuras de la peligrosidad social. Entre psiquiatria reformada y sistema penas: notas sociológicas.** In **Revista de Ciencias Penales.** Número 4, Montevideo, 1998.

DELEUZE, Gilles. **Introdução.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1986.

- DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1986.
- FIRMINO, Hiram. **Nos porões da loucura**. Coleção edições do Pasquim – vol.104. Rio de Janeiro: Editora Codecri, 1982.
- FOUCAULT, Michel. **A Vida dos Homens Infames**. In **Estratégia, poder-saber, Ditos e escritos IV**. Rio de Janeiro: Forense, 2003.
- FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. 1ª edição. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2006.
- FREYRE, Gilberto. **Casa-grande & Senzala**. 51ª edição. São Paulo: Editora Global, 2006.
- GOMES, Natália Areias. **Critérios utilizados por trabalhadores para a inclusão de adolescentes em serviços públicos de saúde mental**. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de saúde pública da USP, 2009.
- JOIA, Julia Hatakeyama. **Interface psi-jurídica: estudo de internações psiquiátricas de crianças e adolescentes por determinação judicial no Hospital Psiquiátrico Pinel**. Relatório de Iniciação Científica. São Paulo, PUC-SP, 2006.
- KASTRUP, Virgínia. **O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo**. In PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (orgs.). **Pistas do Método da Cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2010.
- KASTRUP, Virgínia; BARROS, Regina Benevides. **Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia**. In PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (orgs.). **Pistas do Método da Cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2010.
- KINOSHITA, Roberto Tykanori. **Em busca da cidadania**. In: Campos, Florianita Coelho Braga; Henriques, Cláudio Maierovitch Pessanha (orgs.). **Contra a Maré à Beira-Mar**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- LEMOS, Flavia Cristina Silveira; CARDOSO JÚNIOR, Hélio Rebello. **A genealogia em Foucault: uma trajetória**. In **Psicologia e Sociedade**. Nº 21, 2009.

- LEONE, Claudio; GALLO, Paulo Rogério. **Saúde do Jovem, Início do Século XXI, Brasil.** In Lauridsen-Ribeiro, Edith; Tanaka, Oswaldo Yoshimi (orgs.). **Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no Sus.** São Paulo: Hucitec, 2010.
- LOBO, Lilia Ferreira. **Os infames da história.** 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Lamparina, 2008.
- MACIEL, Marcelo de Abreu. **"Deixei vir a mim as criancinhas": histórias, memórias e leituras de um tempo presente da saúde mental infanto-juvenil.** Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Universidade de Estado do Rio de Janeiro, 2011.
- MARINHO, Débora Margarete. **Acompanhamento Terapêutico – Caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2009.
- PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. **A cartografia como método de pesquisa-intervenção.** In PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (orgs.). **Pistas do Método da Cartografia.** Porto Alegre: Sulina, 2010.
- PAULON, Simone Mainieri; ROMAGNOLLI, Roberta Carvalho. **Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos.** In **Estudos e Pesquisas em Psicologia.** Rio de Janeiro: UERJ, Ano 10, nº 1, 2010.
- PINTO, Manuel. **A infância como construção social.** In: Pinto, Manuel; Sarmiento, Manuel Jacinto (orgs.). **As crianças: contextos e identidades.** Universidade do Minho: Portugal, 1997.
- POL-DROIT, Roger. **Michel Foucault – Entrevistas.** São Paulo: Graal, 2006.
- PRADA, Cecília. **Menores no Brasil: A loucura nua.** Prêmio Esso de Reportagem 1980. São Paulo: Editora Alternativa, 1981.
- PRADO, Renata Lopes Costa. **O tema trabalho infanto-juvenil em artigos acadêmicos de psicólogos(as): uma interpretação ideológica.** Dissertação (Mestrado). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2010.

- REIS, Alberto Olavo Advincula et al. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: Ribeiro, Edith Lauridsen; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.
- RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **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/abril 2006.
- RIZZINI, Irene. **Abordagem crítica da institucionalização infanto-juvenil no Brasil. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. In: Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Editora do MS. Ministério da Saúde, Brasília, 29-34, 2005.
- RIZZINI, Irene. **O século perdido – raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil**. 2ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 2008.
- RIZZINI, Irene. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**/ Irene Rizzini, Irma Rizzini – Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.
- ROSEMBERG, Fúlvia. Educação: **para quem?** *Revista Ciência e Cultura*, Rio de Janeiro 28 (12), 1976.
- ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização, Uma Outra Via**. In ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SARMENTO, Manuel Jacinto; Pinto, Manuel. As crianças e a infância: definindo conceitos, delimitando o campo. In: Pinto, Manuel; Sarmento, Manuel Jacinto (orgs). **As crianças: contextos e identidades**. Universidade do Minho. Portugal, 1997.
- SCHECHTMAN, Alfredo. **Abordagem crítica da institucionalização infanto-juvenil no Brasil. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. In: Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Editora do MS. Ministério da Saúde, Brasília, 25-28, 2005.

- SERRA, Lia Novaes. **Infância perdida: a concepção de "menores anormais" na obra de Pacheco e Silva**. Dissertação (mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2011.
- SPINK, Peter. **Análise de Documentos de Domínio Público**. In Spink, Mary Jane (org.). **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano**. São Paulo: Cortez, 1997.
- PITTA, Ana et al. **Diretrizes operacionais para serviços de saúde para crianças e adolescentes**. In: Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Editora do MS. Ministério da Saúde, Brasília, 15-16, 2005.
- POLIAKOV, Leon. **Le Mythe Aryen**. Paris, Calman - Levy, 1954.
- SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho. **Entre se quiser, saia se puder o percurso dos jovens pelas redes sociais e a internação psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006
- SCILESKI, Andrea Cristina Coelho et al, **Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2), fev, 2008.
- SILVA, Rosane Neves. As patologias nos modos de ser criança e adolescente: análise das internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro entre 1884 e 1937. *Psico. Rio Grande do Sul*. v. 39, n. 4, pp. 448-455, out./dez. 2008
- SOARES, Natália Fernandes. **Direitos da criança: utopia ou realidade?** In: Pinto, Manuel; Sarmiento, Manuel Jacinto (orgs). *As crianças: contextos e identidades*. Universidade do Minho. Portugal, 1997.
- TELLES, Heloisa Prado Rodrigues da Silva. **Infância e saúde mental: teoria, clínica e recomendações para políticas públicas**. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de saúde pública da USP, 2006.
- TELLES, Heloisa Prado Rodrigues da Silva. **A criança nos discursos da saúde mental: um percurso histórico a partir de recomendações para políticas públicas**. In:

Ribeiro, Edith Lauridsen; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

VICENTIN, Maria Cristina Gomes; Gramkov, Gabriela. **Que Desafios Os Adolescentes Autores de Ato Infracional Colocam ao SUS? Algumas Notas para Pensar As Relações entre Saúde Mental, Justiça e Juventude**. In Lauridsen-Ribeiro, Edith; Tanaka, Oswaldo Yoshimi (orgs.). **Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

WEBER, Lidia Natalia Dobrianskyj. **Os filhos de ninguém abandono e institucionalização de crianças no Brasil**. Revista Conjuntura Social, Rio de Janeiro, N. 4, p. 30-36, julho 2000

ANEXOS



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 179/2011

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social
Orientador(a): Prof.(a). Dr.(a). Maria Cristina Gonçalves Vicentin
Autor(a): Flávia Blikstein

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Dissertação de Mestrado, intitulado ***Institucionalização de crianças e adolescentes - estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Psiquiátrico***

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

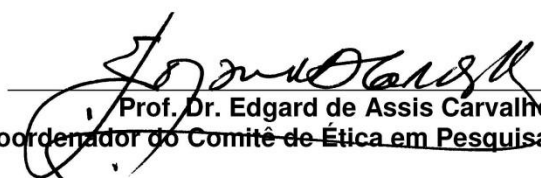
No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer substanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP – Sede Campus Monte Alegre, em de **01/07/2011**, **APROVOU *ad referendum*** o Protocolo de Pesquisa nº **179/2011**.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea “c”, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 01 de julho de 2011.


Prof. Dr. Edgard de Assis Carvalho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP