

A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Cláudia Pellegrini Braga^(a)
Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira^(b)

Braga CP, D'Oliveira AFPL. The continuity of psychiatric hospitalization of children and adolescents within the Brazilian Psychiatric Reform scenario. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(52):33-44.

Within the Brazilian Psychiatric Reform scenario, a new policy for mental healthcare specifically for children and adolescents is under construction. However, studies have indicated that hospitalization in psychiatric institutions still occurs among this population. As a preliminary research result over a two-month period, we identified who are these children and adolescents in a hospital with psychiatric beds were and the reasons for their hospitalization. We analyzed the medical files of 28 subjects using a hermeneutic dialectic approach. The results indicated that hospitalization of cases with a profile similar to that of the time before the reform of psychiatric care was continuing and that the main reason for hospitalization related to aggressiveness and dangerousness. It was concluded that, despite the reform, psychiatric hospitalization in institutions of asylum nature is still occurring.

Keywords: Mental health. Hospitalization. Deinstitutionalization.

No cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma política de atenção em saúde mental específica para crianças e adolescentes está em construção. Porém, estudos indicam que ainda ocorre a internação dessa população em instituições de caráter asilar. Como resultado parcial de pesquisa, identificamos, durante um período de dois meses, quem são as crianças e adolescentes internados em um serviço que dispõe de leitos psiquiátricos, e os motivos dessas internações. Analisamos os prontuários de 28 sujeitos a partir da abordagem da Hermenêutica Dialética. Os resultados indicaram a continuidade das internações em um perfil similar ao de um momento anterior à Reforma Psiquiátrica, e que a principal razão para internação gira em torno da agressividade/periculosidade. Conclui-se que, apesar da Reforma Psiquiátrica, internações psiquiátricas ainda acontecem em instituições de caráter asilar.

Palavras-chave: Saúde mental. Hospitalização. Desinstitucionalização

^(a) Curso de Terapia Ocupacional, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP). Rua Cipotânea, 51, Cidade Universitária. São Paulo, SP, Brasil. 05360-000. claudia.braga@usp.br

^(b) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, USP São Paulo, SP, Brasil. afolive@usp.br

A atenção em saúde mental à infância e adolescência no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira

A Política Nacional de Saúde Mental vem consolidando um modelo de atenção em saúde mental aberto e de base territorial, inserido nos contextos reais de vida das pessoas em sofrimento psíquico¹. Esse processo teve início no cenário nacional no final da década de 1970 por meio da Reforma Psiquiátrica, um movimento “político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens que incide em territórios diversos”, inclusive nos “territórios do imaginário social e da opinião pública”¹ (p. 6). A crítica ao modelo asilar e hospitalocêntrico significou um novo paradigma na atenção com a implantação, de modo progressivo, de uma rede de serviços substitutiva aos leitos em hospitais psiquiátricos, tendo como marco a sanção da Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001, que dispõe sobre a assistência em saúde mental e os direitos das pessoas com sofrimento psíquico^{1,2}.

Amarante³ considera que o percurso da Reforma Psiquiátrica não diz respeito à “simples reestruturação do modelo assistencial” (p. 45), havendo um permanente movimento de inovação de atores, conceitos e princípios. Diferentes dimensões inter-relacionadas compõem esse processo, a saber: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. A teórico-conceitual refere-se ao movimento de ruptura com o paradigma psiquiátrico e implica na elaboração, crítica e produção de novos saberes. Articulada a essa dimensão, situa-se a técnico-assistencial, com a construção de novos serviços, práticas profissionais e modalidades de atenção³. Já na dimensão jurídico-política, inscreve-se a necessidade de “rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais”, enquanto a sociocultural diz respeito “ao conjunto de ações que visam transformar a concepção da loucura no imaginário social”³ (p. 53).

Em termos gerais, a Reforma Psiquiátrica configura-se como um “processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos”³ (p. 50).

Especificamente em relação à assistência em saúde mental para crianças e adolescentes, essa é historicamente pautada em “um conjunto de medidas calcadas na lógica higienista e de inspiração normativo-jurídica”, ocasionando um cenário de institucionalização do cuidado⁴ (p. 8). As mudanças nesse cenário têm início com: a Reforma Psiquiátrica, a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por meio da Lei 8.069 de 13 de Julho de 1990 – um marco para a construção de novas políticas e modos de atenção voltados à população infanto-juvenil⁵ – e a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental, que exigiu a reestruturação da assistência.

A construção de políticas públicas específicas é recente, com início em 2003, por meio da Portaria nº1946/GM⁴. A partir desta iniciativa, foi constituído, em 2004, o Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, que vem construindo as bases e diretrizes para essa política pública e criando novos serviços e estratégias de cuidado⁴. Segundo o documento orientador dessa política, a atenção em saúde mental infanto-juvenil deve prever: o acolhimento universal, o encaminhamento implicado, a construção permanente da rede e a intersetorialidade na ação do cuidado, de modo a “possibilitar ações emancipatórias” e gerar “uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro”⁴ (p. 14).

Cenário de serviços de hospitalidade noturna e de internações

A consolidação da Reforma Psiquiátrica exige, simultaneamente, a desconstrução de instituições de caráter asilar, com a redução gradual e programada dos leitos em Hospitais Psiquiátricos, e a construção de serviços substitutivos, sendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) os dispositivos centrais. Há diferentes tipos de CAPS em razão da população atendida e da relação nº de habitantes/município: CAPS-I, localizado em cidades de pequeno porte; CAPS-II, em cidades de médio porte; CAPSi, para população infanto-juvenil; CAPSad, para usuários de álcool e outras drogas; e CAPS-III, serviços estratégicos por oferecerem cobertura 24 horas e hospitalidade noturna. Desde a sanção da Lei 10.216/01, a expansão de serviços de atenção territorial, com a redução de leitos psiquiátricos, é significativa. Desde 2002, foram fechados 19.109 leitos psiquiátricos no território nacional, apesar de

ainda existirem 198 Hospitais Psiquiátricos, totalizando 32.284 leitos⁶. Em contrapartida, já foram criados 1.742 CAPS, sendo: 822 CAPS-I, 431 CAPS-II, 63 CAPS-III, 272 CAPSad e 149 CAPSi. No Estado de São Paulo, especificamente, foram contabilizados 53 Hospitais Psiquiátricos com 10.801 leitos, contra 282 CAPS, sendo: 64 CAPS-I, 79 CAPS-II, 27 CAPS-III, 67 CAPSad, 2 CAPSad-III e 43 CAPSi⁶.

Nesse cenário, a consolidação de serviços de hospitalidade noturna – dispositivos de fundamental importância no processo de acolhimento das pessoas em sofrimento psíquico quando elas se encontram em um momento de maior fragilidade ou quando é necessário um apoio mais intenso por conta de uma crise mental aguda – é um desafio atual. Na proposta de ampliação da oferta de hospitalidade noturna, além da oferecida em CAPS-III, encontram-se os leitos de atenção integral em saúde mental, que devem estar articulados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), oferecendo acolhimento, em articulação com outros serviços de referência, para o usuário, e estão localizados como pontos de apoio em Hospitais Gerais, Emergências Hospitalares e serviços hospitalares de referência para álcool e outras drogas^{7,8}. O censo de 2011⁶ contabilizou, no cenário nacional, 3.910 leitos de atenção integral à saúde mental em Hospitais Gerais, sendo 712 localizados no Estado de São Paulo. Ainda, na perspectiva e nas diretrizes da RAPS, a tendência é de expansão de leitos em CAPS-III e Hospitais Gerais, componentes da RAPS, para a progressiva extinção das internações nos Hospitais Psiquiátricos^{7,8}.

Contudo, apesar desse horizonte de desinstitucionalização, estudos⁹⁻¹¹ indicam que, ainda hoje, ocorre a internação de crianças e adolescentes em Hospitais Psiquiátricos e em outras instituições com lógicas semelhantes. Bentes⁹ afirma que as internações por mandados judiciais se tornaram mais frequentes e sem a participação da equipe de saúde mental da instituição destinatária; no momento da saída, restrições impostas aos procedimentos de alta pelo condicionamento a uma decisão judicial perpetuam uma situação de institucionalização. Segundo Scisleski¹⁰, há um circuito de institucionalizações com a produção de certo perfil de crianças e adolescentes que, recorrentemente, estão nessa rede de internações. A essa conjuntura, acrescenta-se a 'psiquiatrização' de questões sociais, no caso de jovens que cometem atos infracionais; nesse contexto, conforme Vicentin et al.¹¹, há, atualmente, uma composição de linhas de forças, em particular no Estado de São Paulo, que renovaram a noção de periculosidade, "que passa a adquirir conotações que facilitam a extensão e difusão do seu uso, cada vez mais subordinado às exigências de defesa social" (p. 161). Com efeito, é preciso compreender este cenário de internações.

Objetivos e método

Esse artigo apresenta resultados parciais de pesquisa de perspectiva etnográfica que visa à compreensão dos motivos e da situação de internação de crianças e adolescentes em um equipamento que dispõe de 18 leitos psiquiátricos, localizado no Estado de São Paulo. A pesquisa obteve aprovação nos Comitês de Ética e Pesquisa pertinentes. Nesse estudo em particular, será apresentada uma caracterização das crianças e adolescentes internados em um período de dois meses (12/julho/2013 a 12/setembro/2013) e os motivos de internação. Para isso, foi feita a análise dos prontuários.

O principal norteador metodológico da realização do estudo foi a abordagem interpretativa hermenêutica, na qual a compreensão e a crítica podem ser articuladas no processo interpretativo¹². Na leitura dos dados, recorreu-se à hermenêutica para compreensão dos textos (prontuários), buscando tanto o que havia de comum entre eles, por meio de comparação, como, também, a singularidade de cada um. Por meio da dialética, estabeleceu-se uma atitude de crítica às questões, em uma maneira de interpretar os dados, considerados pela dialética como "fundamento da comunicação e das relações sociais historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre classes, grupos e culturas"¹² (p. 347).

Para a análise, primeiramente foi feito um mapeamento das determinações fundamentais para se compreender o problema em questão, elegendo-se, no prontuário, os documentos: Folha de Rosto do Prontuário, Ficha de Admissão/Anamnese e Laudo para Autorização de Internação Hospitalar. Em um segundo momento, buscou-se, nesses textos, "o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações"¹² (p. 355).

Para tanto, foram estabelecidas, como Categorias Analíticas, as dimensões do processo de Reforma Psiquiátrica descritas por Amarante³, a saber: teórico-conceitual, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural; e como Categorias Empíricas e Operacionais criadas a partir do material de campo: caracterização do sujeito, caracterização da internação (tipo, procedência, sujeitos envolvidos) e motivos relatados para a internação (queixa principal e duração, história, sintomas, condições que justificam a internação e diagnóstico médico). Por fim, os dados foram operacionalizados: realizou-se a ordenação, constituindo conjuntos e subconjuntos trabalhados; e, após a leitura transversal de cada subconjunto e da totalidade dos conjuntos, foram criados temas que foram analisados, a saber: o velho-novo personagem da internação em instituição de caráter asilar, as declaradas demandas atuais para internações em saúde mental, e as práticas asilares travestidas de atenção à saúde mental.

Mapeamento e caracterização das internações de crianças e adolescentes

Durante o período do estudo, 28 crianças e/ou adolescentes estiveram internados na instituição. A internação é determinada por um médico psiquiatra de plantão, sendo desse profissional a responsabilidade de fazer os registros nos documentos estudados.

Todos os sujeitos eram do sexo masculino, com idade entre dez e 17 anos, sendo 13 moradores da grande São Paulo, 14 de cidades do interior, e um de uma cidade do Estado de Minas Gerais. Das 28 internações, uma estava classificada como voluntária, 19 como involuntárias e oito como involuntário-judiciais. Os responsáveis legais que acompanharam essas internações foram diversos: parentes, profissionais de casas abrigo e da Fundação Casa. Em relação à procedência, quatro sujeitos vieram encaminhados de Pronto-Socorro, dois de Hospitais Gerais, um de Casa Abrigo, um de Ambulatório Geral, dois de Secretarias de Saúde de diferentes Municípios, quatro de Prefeituras de diferentes Municípios, três de órgãos judiciais, e 11 de diferentes equipamentos de saúde mental, tais como Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral, CAISM, Ambulatório de Saúde Mental, CAPS-II e CAPSi.

Para 23 crianças e adolescentes, essa foi a primeira internação nesse serviço (os documentos não registram internações em outros serviços da rede), para um foi a segunda vez, para três foi a terceira vez, e para um foi a quarta vez. Vale destacar que um dos sujeitos, durante a coleta de dados, recebeu duas altas e teve outras duas reinternações; ou seja, ao final deste estudo, estava em sua quarta internação, sendo que três internações deram-se em um período de dois meses. O tempo de internação para os que já saíram da instituição variou entre 14 e 77 dias, e, ao término da coleta de dados, 15 crianças e/ou adolescentes ainda estavam internados, completando exatos cem dias de internação para um dos sujeitos.

As informações relativas aos motivos de internação foram encontradas em dois documentos: Ficha de Admissão/Anamnese e Laudo para Autorização de Internação Hospitalar. A Ficha de Admissão/Anamnese contém as seguintes informações: dados pessoais, queixa principal e duração, história atual da doença, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, exame psíquico, exame clínico e diagnóstico médico (seguindo a referência do CID-10). Os itens referentes à queixa principal e duração, e história atual da doença são os que apresentam os dados que indicam o motivo pela procura do serviço. Importante destacar que os respondentes foram os responsáveis legais do sujeito ou os responsáveis pela internação – no caso de sujeitos advindos de instituições –, não havendo nenhum registro de informações obtidas diretamente dos sujeitos em vias de internação. O Laudo para Autorização de Internação Hospitalar contém as seguintes informações: dados pessoais, principais sinais e sintomas clínicos, condições que justificam a internação e diagnóstico médico (seguindo a referência do CID-10), sendo os três últimos itens relevantes para este estudo. O Laudo para Autorização de Internação Hospitalar consultado foi exclusivamente o emitido pela instituição que é o cenário de estudo, por isso o diagnóstico médico é o mesmo nos dois documentos.

Em relação ao item queixa principal e duração, ora são assinalados sinais clínicos, ora contém um relato sucinto da história que levou a criança ou o adolescente à internação, e ora não há informação alguma – situação de seis registros. Em todos os outros 22 registros, são apresentadas mais de uma queixa, sendo a mais referida a agressividade (hetero e auto) (Tabela 1).

Tabela 1. Queixa principal declarada

Expressão que indica a queixa declarada	Quantidade de registros em que aparece a expressão
Agressividade (hetero e auto)	15
Sintomas de alucinações e delírios	6
Alterações do comportamento	4
Agitação psicomotora	5
Determinação judicial	4
Dificuldade de tratamento em outros serviços	2
Insônia	2
Dependência química	1
Isolacionismo	1
Hipersensibilidade	1

Em relação à história atual da doença, nos 28 prontuários há uma sucessão de fatos sobre alterações no comportamento ou no cotidiano dos sujeitos, as quais o declarante relaciona com o processo de adoecimento. O registro descreve uma história da doença, em que ora são pontuadas situações vividas pela criança e/ou adolescente e seu entorno, e ora estão descritos sinais e sintomas clínicos. A referência a encaminhamentos de outros serviços e uso atual de medicação é feita em 16 prontuários. Também em 16 prontuários está destacada a percepção ou vivência do declarante sobre alguma situação sentida como agressiva, por vezes expressa conforme o declarante informou, e por vezes já como um sintoma/diagnóstico estabelecido – caso da expressão heteroagressividade. Em nove prontuários há menção à frequência na escola; também em nove há informações sobre o uso ou não uso de drogas; em cinco está assinalada passagem pela Fundação Casa ou realização de pequenos furtos; e em dois há a composição do núcleo familiar.

Sobre os principais sinais e sintomas clínicos, os sintomas de uma nosografia psiquiátrica estão escritos nos 28 prontuários (Tabela 2).

Tabela 2. Sinais e sintomas clínicos declarados

Expressão que indica os sinais e sintomas clínicos	Quantidade de registros em que aparece a expressão
Agressividade (hetero e/ou auto)	19
Distúrbios de comportamento e/ou conduta antissocial	10
Delírio	9
Agitação psicomotora	9
Alucinações	5
Uso de álcool e outras drogas	3
Persecutoriedade	3
Crítica prejudicada	3
Ideias suicidas	2
Hiperatividade	2

Outros sintomas aparecem, cada um, apenas uma vez, considerando o conjunto dos documentos, sendo descritos com as seguintes expressões: “apetite aumentado”; “recusa de medicação”; “isolacionismo”; “irritabilidade”; “impulsividade”; “depressividade”; “desorganização do pensamento”; “ritualizações sociais”; “desafiador”; “compulsivo”; e “pouca aderência social”. O diagnóstico de deficiência mental está registrado como sintoma em nove documentos; a “resistência a tratamento em outros serviços”, em cinco; o encaminhamento sob determinação judicial, em quatro; a expressão “de difícil controle”, em um; a proveniência de outros serviços, em dois; e há menção à “desagregação familiar” em dois.

Em relação às condições que justificam a internação, cinco registros não mencionam essa informação; nos registros de quatro crianças e/ou adolescentes está a expressão “as acima”, indicando que a justificativa para a internação são os principais sinais e sintomas clínicos. Os registros de dez crianças e/ou adolescentes apresentam mais de uma condição, e os de outras nove apresentam apenas uma condição, totalizando 19 registros em que está explícita a justificativa para a internação (Tabela 3).

Tabela 3. Condições declaradas que justificam a internação

Expressão que indica as condições que justificam a internação	Quantidade de registros em que aparece a expressão
Agressividade (auto e/ou hetero)	8
Risco para si	7
Risco para outros	5
Risco de suicídio/risco à integralidade	2
Risco de exposição social	2
Incapacidade de autocuidado	1
Não assumir o controle	1

Os prontuários de todas as crianças e/ou adolescentes continham diagnósticos de psiquiatria e/ou neurologia, entre F00-F99, categoria dos denominados transtornos mentais e comportamentais. Em oito prontuários há uma composição de dois diagnósticos diferentes e em um há uma composição de três diagnósticos diferentes. Dos 28 sujeitos: um tinha diagnóstico em G40 (transtornos episódicos e paroxísticos); dois no agrupamento F00-F09 (transtornos mentais orgânicos, inclusive, os sintomáticos); três em F10-F19 (transtornos mentais ou comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas); quinze em F20-F29 (esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes), sendo o mais recorrente F29 (dez crianças e/ou adolescentes); um em F30-F39 (transtornos do humor); dez em F70-F79 (retardo mental); dois em F60-F69 (transtornos da personalidade e do comportamento adulto), e quatro em F90-F98 (transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem, habitualmente, durante a infância ou a adolescência).

O velho-novo personagem da internação em instituições de caráter asilar

O número de crianças e/ou adolescentes com diagnósticos de deficiência mental, transtornos de personalidade e comportamento adulto (para um sujeito associado ao diagnóstico de deficiência mental), uso de substâncias psicoativas (sempre associado a algum outro diagnóstico), e transtornos do comportamento (para um sujeito associado ao diagnóstico de deficiência mental) é significativo. Especificamente em relação aos sujeitos com diagnóstico de deficiência mental, denominado pelo CID-10 de retardo mental: cinco foram encaminhados de serviços de saúde, dois de órgãos judiciais, um de uma Casa Abrigo, um de uma Secretaria de Saúde, e um de uma Prefeitura, sendo três internações involuntário-judiciais para a instituição e sete internações involuntárias (dessas, duas foram determinações judiciais para o município).

Esse quadro pode indicar que as internações não estão relacionadas à atenção em um momento de crise, porque, além de o número de sujeitos com diagnósticos de deficiência mental e de transtorno de comportamento ser alto, é significativa a quantidade de internações por mandados judiciais. Assim, é provável a existência de outros motivos, tais como: fragilização de vínculos sociais e familiares, baixa cobertura da rede de serviços de saúde em determinadas cidades, relações de violência no território, entre outros.

Tendo em vista as dimensões jurídico-política e sociocultural da Reforma Psiquiátrica, é preciso atentar-se ao perfil da população que vem sendo internada em instituições de saúde mental de caráter asilar, tal como aponta o estudo de Scisleski¹⁰. A institucionalização de crianças com deficiência mental é um dado já conhecido e alarmante⁴; e, considerando que as internações com esse diagnóstico,

além dos de transtornos de personalidade ou de comportamento, remetem ao cenário de internações existentes antes da Reforma Psiquiátrica, é preciso considerar que não há mudanças significativas no que se refere ao perfil da população internada.

Ainda, mesmo que se considere que todos os sujeitos internados com o diagnóstico de uso de substâncias psicoativas tinham, ao menos, um outro diagnóstico associado, essas internações são relevantes porque as internações compulsórias pelo uso abusivo de álcool e outras drogas configuram um cenário recente, em particular nos grandes centros urbanos. Tais internações não se justificam sob a perspectiva técnico-assistencial, configurando-se como “tratamentos normatizadores e outras práticas de subordinação e anulação do sujeito”¹³ (p. 592).

Outro ponto importante refere-se ao fato de oito internações estarem classificadas como involuntário-judiciais, assinalando a existência de um mandado judicial para a instituição determinando a internação, que passa a ser compulsória. Ainda, o número de reinternações é significativo, já que seis das 28 crianças e/ou adolescentes já haviam sido internados nesse serviço anteriormente. A Lei 10.216/2001² prevê três modalidades de internação: voluntária (consentida pelo sujeito), involuntária (não consentida pelo sujeito e a pedido de terceiro) e compulsória (determinada pela justiça). Para qualquer modalidade é vedada a internação em instituição de caráter asilar, e esta só pode ocorrer quando autorizada por um profissional médico. Especificamente a compulsória é determinada, também, por um juiz e deve estar “de acordo com a legislação vigente”² (p. 2), em referência ao Código Penal, o que significa que somente é cabível no caso de a pessoa com sofrimento psíquico ser contraventor da Lei. Ora, sendo assim, as oito internações involuntário-judiciais foram realizadas a partir de uma interpretação corrompida da Lei 10.216.

Esses três elementos articulados – diagnóstico, modalidade de internação e número de reinternações – podem ser indicativos de um panorama que está se construindo. Antes mesmo da carreira moral¹⁶ que ocorre durante a internação, há uma carreira de internação: um caminho deflagrador da institucionalização, envolvendo um diagnóstico médico, muitas vezes associado a uma questão relacional, uma ação judicial, e múltiplas passagens pela instituição.

Vasconcelos⁸ assinala que, na expectativa de uma implementação rápida dos CAPS-III, os leitos de atenção integral não foram priorizados, gerando um déficit assistencial na atenção à crise mental aguda. Esse problema intensifica-se pela utilização de leitos em serviços de caráter asilar. O personagem das internações é velho e novo: é aquele que, de algum modo, rompe com a ordem pública, recebe um diagnóstico médico e, por vezes, em virtude de uma relação com o sistema jurídico, é posto em reclusão.

As declaradas demandas atuais para internações em saúde mental

A presença do termo agressividade (hetero e/ou auto) como o mais frequente na descrição dos três itens que indicam necessidade de internação (principais sinais e sintomas clínicos, queixa principal e duração, e condições que justificam a internação) é significativa. Consistindo-se em sintoma, queixa e justificativa para a internação, pode-se compreender o referido termo como uma explicação simplificada da multiplicidade de um processo, em uma profunda redução da complexidade do viver e das necessidades do sujeito.

Basaglia¹⁴ assinala que o conflito apresentado pelo sujeito e traduzido como agressividade (hetero/ auto) dá-se em relação a uma norma, mas isto é objetivado no sujeito como pessoa doente. Ao individualizar a problemática, cria-se a culpabilização. Na contramão dessa simplificação, é preciso compreender a agressividade como uma expressão de uma forma de relação com outros sujeitos particulares e, nesse sentido, seria necessário apreender a diversidade de aspectos que produziram uma dada situação para entender de modo contextualizado o que significa a aludida relação de agressividade¹⁷. Esses aspectos envolvem a história de vida do sujeito, sua rede de relações, o território em que vive, os espaços que percorre, o que lhe é oferecido como possibilidade de vida e de expressão, entre outros.

Segundo Basaglia FO¹⁵, instituições de caráter asilar trabalham com a tutela como expropriação dos corpos – situação em que há a defesa da sociedade em detrimento do tutelado, com prejuízo de um

dos polos da relação. Ainda, nessa forma de tutela, está explícito certo modo de responder à exigência de garantir condições nas quais o doente/desviante, considerado de alguma forma perigoso, não possa prejudicar a si nem aos outros. Com efeito, é preciso compreender o termo agressividade em vista do estigma da periculosidade da pessoa com sofrimento psíquico.

Ora, a periculosidade, conceito que tem suas bases na relação entre o saber psiquiátrico e a justiça criminal, estaria relacionada às possibilidades de maior ou menor risco de exposição social daquele sujeito nas rupturas com a ordem pública^{1,14,16}. É em relação aos temas da “proteção do louco e da defesa da sociedade perante os excessos da loucura” que:

as primeiras legislações fixam o quadro dos princípios, definindo tanto os cânones da chamada ‘periculosidade social’ – equivalente à definição de doença – quanto as finalidades e os modos de seu tratamento. De um lado, portanto, os critérios de reconhecimento de tudo aquilo que, invalidado como improdutivo, representam um perigo para a convivência social; de outro, as normas que justificam as razões dessa definição de periculosidade e planificam os modos de tratamento dela, com seus corolários de separação e controle.¹⁴ (p. 301)

As internações giram em torno do eixo agressividade/periculosidade, que aparece como demanda de internação, na medida em que a agressividade é a queixa principal mais frequente, o sintoma mais relatado, e a condição que justifica a internação. Ademais, por vezes, a condição que justifica a internação é colocada como sinônimo dos sintomas, quando está escrita no Laudo para Autorização de Internação Hospitalar a expressão ‘as acima’. Há um curto-circuito simplificador nesse sistema de internações, que não encontra saída porque são desconsideradas as outras dimensões da vida do sujeito. Com isso, a instituição cumpre seu mandato social para manutenção da ordem pública¹⁴.

Tal relação entre o mandato social de instituições de recolhimento daqueles sujeitos que rompem com a ordem pública e a separação da experiência de adoecimento da existência complexa das pessoas é base da categoria da agressividade/periculosidade¹⁴. Esse mandato social fica evidente, também, quando as determinações judiciais são descritas como queixa em três registros e como sinais e sintomas clínicos em quatro registros (de fato, a instituição recebeu sete internações por mandados judiciais). Interessa recordar que o termo ‘distúrbio de comportamento’, mencionado como sinal e sintoma clínico, aparece em nove registros; ‘resistência a tratamento’, em quatro; e o que é denominado como um ‘sujeito de difícil controle’, em um.

A complexidade dessa questão aponta para a afirmação de Amarante³ de que as dimensões do processo de Reforma Psiquiátrica estão sempre inter-relacionadas. É preciso uma transformação profunda nas dimensões jurídico-política, técnico-assistencial, sociocultural e teórico-conceitual para que esse tema possa ser compreendido, contextualizando a questão da agressividade em base jurídica, criando modos de cuidado em uma situação de crise, construindo outros olhares para o sofrimento psíquico e desenvolvendo estudos que possibilitem superar esse tema.

Outra característica dos prontuários refere-se ao registro da impossibilidade das trocas sociais com esses sujeitos. Segundo Kinoshita¹⁷, as relações de troca em um universo social são realizadas a partir de um valor atribuído, para cada sujeito, no campo social, como pré-condição para intercâmbios; e o valor pressuposto de uma pessoa é a base de seu poder contratual, compreendendo “o conjunto de recursos, potencialidades (materiais, psíquicas, culturais e físicas) que um indivíduo possui para participar no jogo de trocas da trama social”¹⁷ (p. 72). Ao sujeito em sofrimento psíquico, é pressuposto um baixo ou nulo valor para tais trocas, com uma negatividade do poder contratual no sentido de sua não-existência: seus bens são suspeitos, suas mensagens são tidas como incompreensíveis, e seus afetos não estão conforme a norma vigente¹⁷.

Esse pressuposto é reproduzido em instituições de caráter asilar, nas quais a separação da experiência de sofrimento psíquico do sujeito de sua complexidade do viver converte a própria doença na única positividade desse sujeito. No ato de internação, a mensagem emitida à sociedade é de que aquele sujeito não pode participar das trocas sociais – tanto que não há registro de escuta dele no ato de internação. A internação justifica-se pelo que é denominado de agressividade, risco para si, risco para outros e risco de exposição social, em uma avaliação médica e, por vezes, com o aval de um juiz.

Não se trata de negar o sofrimento vivido pelo sujeito e seu entorno, mas, sim, de questionar a internação como uma resposta social que apenas reconhece o problema da desordem pública ao objetivar o sujeito em torno da dimensão da agressividade considerada como doença, separando-a da existência complexa das pessoas^{14,18}; é preciso questionar essa decodificação da demanda pautada na objetivação do outro e enunciada por terceiros.

Práticas asilares travestidas de atenção à saúde mental

Os lugares e suas práticas expressam modos de perceber e interagir com fenômenos e, nesse sentido, o paradigma asilar é uma forma de relação com o sofrimento psíquico¹⁴. Precisamente, é possível perceber que a instituição compreende como relevantes para reconhecer uma demanda de internação aspectos que apontam para uma profunda objetivação do outro. Segundo Dell'Acqua et al.¹⁹, quando a instituição não "está em condição de reconhecer o sujeito como uma entidade complexa, o sistema tende a reduções e simplificações" (p. 50). Essa simplificação é evidente nos prontuários, em razão do entendimento do sujeito a partir da doença, e da percepção da doença a partir da chave de leitura da periculosidade. Não se trata de negar a existência dos conflitos sociais, familiares, com a rede de serviços ou outros, mas, sim, de trabalhar as relações a partir do reconhecimento desses como expressão da relação com determinadas normas, escutando todos os envolvidos¹⁹.

O próprio sofrimento precisa ser compreendido em virtude de constituir o componente mais importante durante a crise mental aguda e, também, conter em si possibilidades de mudança subordinadas às respostas oferecidas e construídas com o sujeito. Porém, frequentemente, a resposta à crise é um momento de:

simplificação de uma relação onde, por um lado, o sujeito que está por mostrar-se já fez, progressivamente, uma simplificação e reduziu a um sintoma a complexidade da sua existência de sofrimento e, por outro lado o serviço, qualquer que seja este, equipou-se de modo especular para perceber e reconhecer – oferecendo-se como modelo de simplificação – o próprio sintoma.¹⁹ (p. 55)

Dentre os sinais e sintomas clínicos nos registros, estão: a alucinação e o delírio. Ora, o problema vivenciado por essas crianças e adolescentes não se refere apenas ao alucinar e ao delirar, mas a não se fazer compreender e não encontrar um lugar para compartilhar. Como já afirmado, os registros não indicam que as crianças e adolescentes foram escutados e acolhidos em seu sofrimento, sendo possível afirmar que 27 internações não foram contratadas com os sujeitos, ocasionando internações involuntárias e involuntário-judiciais. Para que a exclusão de um dos polos da relação não aconteça, é preciso que o profissional, na dimensão técnico-assistencial, entre em relação com o outro, compreendendo as dimensões da fala desse sujeito ao reconhecer o outro tão legítimo quanto ele mesmo. Nesse cenário, é possível a discordância, mas isso não pode configurar-se como exclusão do outro das relações humanas^{17,18}.

Vale ressaltar que, na construção cultural do sujeito com sofrimento psíquico em crise mental aguda, ele é percebido como alguém que deve ser protegido de si e dos outros – o que é explícito na justificativa de internação de que essa pessoa oferece risco para si mesma e para outros. Porém, isso constitui um paradoxo, pois, ao visar à proteção do sujeito e seu entorno, se opera um cerceamento físico, subjetivo e dos afetos, pela deslegitimação do diálogo no momento da crise, anulando esse sujeito nas relações.

Justamente, o desafio da Reforma Psiquiátrica é construir um conjunto de retaguardas de condições materiais, subjetivas e sociais que tornem possível a comunicação a partir do conflito¹⁸. Para tanto, é preciso que o serviço entre em diálogo com as necessidades dos sujeitos e assuma a responsabilidade pelo cuidado integral – premissa que busca superar a lógica da seleção da demanda e da fragmentação dos serviços, significando uma nova forma ética de relação entre as pessoas, que se opera a partir da singularização do cuidado e das necessidades dos sujeitos¹.

Conclusão

O estudo aponta para a contradição contemporânea da Reforma Psiquiátrica na coexistência de diferentes lógicas de cuidado na atenção à crise: preconiza-se o acolhimento noturno, quando necessário, em CAPS-III e Hospitais Gerais, mas ainda acontecem internações em instituições de caráter asilar.

A condição de crise corresponde a uma complexa situação existencial, e complexos devem ser os instrumentos e recursos para lidar com isto, abrangendo todas as dimensões da Reforma Psiquiátrica. Na atenção em saúde mental, é preciso construir estratégias e dispositivos que busquem resgatar, ao sujeito, seu lugar de protagonista nas ações, e criar uma cotidianidade nos serviços de saúde e rede que reinscreva o processo de adoecimento como parte integrante da vida.

Colaboradores

Cláudia Pellegrini Braga trabalhou na concepção e redação do artigo. Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira contribuiu na análise e trabalhou na revisão crítica do manuscrito.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília (DF): MS; 2005.
2. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 2001; Seção 1:2.
3. Amarante P, organizador. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília (DF): MS; 2005.
5. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990; Seção 1:13563.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Saúde mental em dados 10. Brasília (DF): MS; 2012.

7. Ministério da Saúde. Leitos de Atenção Integral. Brasília: s.n.; s.d [acesso 2013 Ago 27]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29815&janela
8. Vasconcelos EM, organizador. Desafios políticos da Reforma Psiquiátrica. São Paulo: Hucitec; 2010.
9. Bentes ALS. Tudo como dantes no Quartel d'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
10. Scisleski A. Governando vidas matáveis: as relações entre a saúde e a justiça dirigidas a jovens em conflito com a lei [tese]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.
11. Vicentin MCG, Gramkow G, Rosa MD. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de "novos" manicômios judiciários. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2010; 20(1):61-9.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.
13. Assis JT, Barreiros GB, Conceição MNG. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. Rev Latinoam Psicopatol Fundam. 2013; 16(4):584-96.
14. Basaglia F. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graall; 1985.
15. Basaglia FO. Tutela, diritti e disuguaglianza dei bisogni. In: Giannichedda MG, Basaglia FO, organizadores. Psichiatria, tossicodipendenza, perizia: ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio. Milano: Franco Angelli; 1987. p. 38-52.
16. Peres MFT, Nery Filho A. A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. Hist Cienc Saude. 2002; 9(2):335-55.
17. Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 55-9.
18. Nicácio F. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.
19. Dell'acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante P, organizador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau; 2004. p. 161-94.
20. Vieira Filho NG, Nóbrega SM. Atenção psicossocial em saúde mental. Estud Psicol. 2004; 2(9):373-9.

Braga CP, D'Oliveira AFPL. La continuidad de las internaciones psiquiátricas de niños y adolescentes en el escenario de la Reforma Psiquiátrica Brasileña. Interface (Botucatu). 2015; 19(52):33-44.

En el escenario de la Reforma Psiquiátrica Brasileña está en construcción una política de salud mental específica para niños y adolescentes. No obstante, los estudios indican que todavía se realiza la internación de esa población en instituciones del tipo asilo. Como resultado parcial de una encuesta, identificamos durante un período de dos meses quiénes son los niños y adolescentes internados en un servicio que dispone de camas psiquiátricas y los motivos de tales internaciones. Analizamos las fichas de 28 sujetos a partir del abordaje de la Hermenéutica Dialéctica. Los resultados indicaron la continuidad de las internaciones en un perfil similar al de un momento anterior a la Reforma Psiquiátrica y que la principal razón para la internación gira alrededor de la agresividad/peligrosidad. Se concluye que, a pesar de la Reforma Psiquiátrica, las internaciones psiquiátricas todavía se realizan en instituciones con carácter de asilo.

Palabras clave: Salud mental. Internación. Desinstitucionalización.

Recebido em 01/04/14. Aprovado em 23/08/14.