

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

**TUDO COMO DANTE NO QUARTEL D'ABRANTES:
ESTUDO DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES ATRAVÉS DE ENCAMINHAMENTO JUDICIAL**

Ana Lúcia Seabra Bentes

Rio de Janeiro
1999

**TUDO COMO DANTE NO QUARTEL D'ABRANTES
ESTUDO DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES ATRAVÉS DE ENCAMINHAMENTO JUDICIAL**

Ana Lúcia Seabra Bentes

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde
Pública da Fundação Oswaldo Cruz como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências
na área de Saúde Pública.

Orientador:

Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Bastos

Rio de Janeiro

1999

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

B475t Bentes, Ana Lúcia Seabra
Tudo como dantes no Quartel d'Abrantes: estudo das
internações psiquiátricas de crianças e adolescentes
através de encaminhamento judicial. / Ana Lúcia
Seabra Bentes. — Rio de Janeiro : s.n., 1999.
vii, 141p., tab., graf.

Orientador: Bastos, Francisco Inácio Pinkusfeld
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional
de Saúde Pública.

1. Psiquiatria infantil. 2. Psiquiatria do adolescente.
3. Psiquiatria legal. 4. Justiça social.

CDD - 20.ed. – 618.92

Ao Leo e ao Pedro, pela generosidade com que sempre deixaram sua mãe se dividir nos cuidados com outros meninos, mesmo quando ela chegou com um “dever de casa” que parecia não ter fim.

Agradecimentos

À ENSP/FIOCRUZ pelo financiamento que auxiliou o desenvolvimento deste trabalho.

À Maria Carolina Lemos Nani, a Carol, que me auxiliou nesta pesquisa, por sua escuta atenta, por sua amizade dedicada e por sua imprescindível intuição.

Aos caros amigos do CPPII, pelas aventuras e desventuras que vivemos. À Direção da UHVR e a todos os seus funcionários, pelas portas sempre abertas para nós. Aos que participaram do Grupo Focal, por permitirem que eu me sentisse novamente presente a uma acalorada reunião de enfermaria.

Aos que, no Hospital dos Servidores do Estado, acompanharam essa jornada. Ao Sérgio, por sua amizade e pelas “Medidas Protetivas” ao Mestrado. Aos Companheiros da psiquiatria. À Oficina Clínica da Criança e do Adolescente, nossa “confraria”, interdisciplinar por gosto e ofício. Aos pediatras e à pediatria.

À Sunny, do HSE e da Oficina, por emprestar-me um olhar “de primeira vez” para a UHVR.

Às crianças e adolescentes que cuidamos e que nos cuidam, meus mestres na ciência e arte de tornar a esperança possível.

À Ligia Costa Leite, por me possibilitar ser “encantada” pela “*magia dos invencíveis*”.

À Simone de Assis, por suas contribuições essenciais para organizar meu “turbilhão”.

Ao Francisco Inácio Bastos, orientador e amigo, por aceitar essa desvairada aventura a que nos propusemos, emprestando-me, de bom grado, sua experiência de “guia de selva”.

À família de onde vim, por ter me possibilitado confiar e me sentir amada: João, por revelar-me segredos das planilhas do Excel; Liana e Renato, pelos telefonemas amigos; minha mãe, pelo sorriso aprovador. Ao meu pai, por sua presença na minha saudade.

À família que construímos e recriamos todos os dias. Roberto, que não deixou nem a casa, nem a dissertação, irem “pelos ares”, e meus filhos Leonardo e Pedro, pela terna aceitação das minhas ausências, e por me fazerem pensar que valeu a pena.

Resumo

A presente dissertação tem por objetivo estudar as internações psiquiátricas de crianças e adolescentes do sexo masculino realizadas através de Ofícios dos Juizados da Infância e da Juventude do Estado do Rio de Janeiro, no período 1994-97, comparando-as com os demais pacientes do mesmo sexo, encaminhados por dispositivos não judiciais (iniciativa de familiares e indicações de Serviços de Saúde).

Tais internações por Mandado Judicial tornaram-se progressivamente mais numerosas, representando, no ano de 1997, um terço do total de primeiras internações de crianças e adolescentes de sexo masculino na Unidade Hospitalar Vicente Rezende (UHVR).

Discute-se criticamente a prática de encaminhamento judicial direto, sem a participação de equipe técnica em Saúde Mental na avaliação prévia das crianças e adolescentes, à internação psiquiátrica, bem como as restrições impostas ao procedimento de alta médica, condicionado à posterior decisão judicial quanto ao retorno do adolescente ao Juizado.

Os aportes teóricos e documentais incluem: revisão histórica das legislações voltadas para a infância e juventude no Brasil e um breve resumo da história da UHVR – unidade pertencente ao Centro Psiquiátrico Pedro II – que, desde 1995 (com a extinção do hospital da Fundação Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência – FCBIA), é a única instituição psiquiátrica pública de internação de crianças e adolescentes no Estado do RJ, representando portanto o destino exclusivo desses encaminhamentos judiciais .

Foram comparados os critérios de seleção para internação de crianças e adolescentes utilizados pelos juizes com aqueles da equipe de atendimento da Unidade, subsidiando esse estudo comparativo por meio de: dados quantitativos dos prontuários, entrevista de um Juiz da Infância e Juventude, grupo focal com a equipe técnica da UHVR e estudos de caso de internações por encaminhamento judicial.

Objetiva-se, com a presente dissertação, reunir subsídios para a adequação de critérios e procedimentos para a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes, visando reduzir a exclusão social dos mesmos e redefinir, de forma mais favorável às crianças e adolescentes, as alternativas de tratamento médico-psicológico e de (re)educação que lhes têm sido propostas no contexto brasileiro.

Summary:

The present dissertation aims to carry out a comprehensive analysis of the process of compulsory referral to inpatient psychiatry hospital of male children and adolescents due to juridical mandates from the Rio de Janeiro Judicial Court for Children and Adolescents), from 1994 to 1997. These referred inpatients are compared with the other inpatients of the same psychiatric facility in the same period, that entered the psychiatric wards under request of their families or referred by other units of the local medical system.

The number of patients referred by juridical means have been on increase in the last years, and represented one third of all new male inpatients enrolled in the facility under analysis in 1997.

The author debates the appropriateness of the present system of direct juridical referral, that eludes the evaluation of professionals with expertise in mental health, as well the current restrictions posed upon the whole process of hospital discharge, that always depends on further juridical clearance.

The theoretical and documentary inputs for the dissertation are as follows: a thorough review of bills and laws on children and adolescents throughout different historical contexts and a short account of the recent history of the unit under analysis (UHVR). This latter, after 1995 (with the cessation of the activities of FCBIA – a major facility devoted to the same population), became the sole public facility specialized in the care of mentally handicapped children and adolescents, and, thereafter, the sole destination of juridical mandates.

The selection criteria of judges and the medical staff of the unit were compared using quantitative data, an in-depth interview with a key-judge working in the field, and material from a focus group putting together health professionals of the unit.

We expect the dissertation could contribute to define sound principles of referral, management and care for the target population, advancing proposals for a redefinition of medical and juridical current procedures – especially, their so far poor and conflictive relationship –, to reduce the social exclusion of the disadvantaged Brazilian children and adolescents that have perpetrated criminal offences. The broad frame we would like to insert both juridical and medical procedures is of an effective (re)educational process, that could actually rehabilitate Brazilian youth.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO – Uma História como Tantas Outras.....	1
Capítulo 1 – A Questão na Literatura – Procurando uma Teoria.....	8
Capítulo 2 – Metodologia: Arte e Ciência na Composição de uma Colcha de Retalhos.....	20
2.1 – Baú de Retalhos: a pesquisa histórica.....	21
2.2 – Dos Caminhos para a Composição da Colcha de Retalhos.....	21
2.3 – Das Etapas da Construção da Colcha.....	22
2.4 – Das Dificuldades no Método de se Confeccionar a Colcha.....	28
2.5 – O Alinhavo e a Costura.....	29
Capítulo 3 – Baú de Retalhos n.º 1: A Legislação.....	30
Capítulo 4 – Baú de Retalhos n.º 2: Um Breve Histórico da UHVR.....	43
4.1 – Primórdios.....	43
4.2 – Inauguração.....	44
4.3 – Década de 50.....	44
4.4 – Década de 60.....	45
4.5 – Década de 70.....	47
4.6 – Os Anos 80.....	48
4.7 – A “Década do Cérebro”.....	49
Capítulo 5 – Resultados: A “Geometria da Composição”.....	52
5.1 – Analisando a Composição: discussão dos resultados.....	60
Capítulo 6 – O estudo das internações de alguns pacientes.....	63
6.1 – Um castigo para Deodato.....	63
6.2 – Felipe e a Escola-Hospital.....	65
6.3 – As quatro internações de Guilherme.....	67
6.4 – Otávio, e uma história muito triste.....	71
Capítulo 7 – Do que disse o MM. Juiz.....	78
Capítulo 8 – Do que disseram os Técnicos.....	97
Capítulo 9 – Considerações Finais.....	113

Referências Bibliográficas.....	118
---------------------------------	-----

ANEXOS

Anexo 1 – Narrativa da visita à enfermaria masculina da UHVR.....	125
---	-----

Anexo 2 – Uma Visita ao Instituto Padre Severino (IPS).....	127
---	-----

Anexo 3 – Entrevista com o Mm. Juiz da 2.ª Vara da Infância e Juventude da Comarca do Rio de Janeiro.....	128
---	-----

INTRODUÇÃO – Uma História como Tantas Outras

“1986. Cinco horas da tarde. Chega à Unidade uma adolescente de 16 anos, flagrada em atitude suspeita de prostituição e consumo de maconha na véspera de seu comparecimento ao hospital. Vem acompanhada de uma Oficial de Justiça da antiga 2ª Vara de Menores da Comarca da Capital, portando um Mandado Judicial de Internação Psiquiátrica.

A adolescente, a quem chamarei de Clara, é cuidadosamente examinada por equipe composta de médica psiquiatra, assistente social e psicóloga, e não são encontradas quaisquer alterações psicopatológicas que justifiquem, por critérios técnicos, sua internação.

Elaboramos Laudo que continha, separadamente, as avaliações das três profissionais, no qual havia concordância quanto à decisão de não internar, e sugestão de psicoterapia ambulatorial, aceita pela jovem que vislumbrava neste modelo de atendimento a possibilidade de falar de seus problemas.

A Oficial de Justiça discordou do Laudo, telefonando imediatamente àquele Juiz de Menores que determinou a internação da adolescente, sob pena de prisão da equipe técnica por Desacato à Autoridade, caso seu Mandado não fosse acolhido.

Procuramos os Diretores do Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII para orientação, e os mesmos sugeriram contatar o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - CREMERJ. O setor de assistência jurídica do Conselho esclareceu que o habeas corpus não poderia ser concedido naquele horário (já eram sete horas da noite, horário que impedia a emissão do documento) e que, portanto, se a ameaça se concretizasse, passaríamos a noite na cadeia.

Retrocedemos, internando a jovem por menos de 24 horas, visto que aquele Mandado não contemplava um prazo definido para a internação. A confiança que a adolescente havia depositado na equipe cessou por completo. Nunca mais compareceu ao ambulatório”.

Restou um mal-estar, que treze anos mais tarde toma a forma desta dissertação.

Em treze anos de trabalho na Unidade Hospitalar Vicente Rezende (UHVR), única instituição pública com internação psiquiátrica para menores de 18 anos do Estado do Rio de Janeiro, deparei-me com uma indagação básica:

“Quais as razões que conduzem à internação de adolescentes ?”

Um prospecto de apresentação do Centro Psiquiátrico Pedro II - CPPII (Perfil Assistencial do CPPII.: Publicação avulsa, 1996), onde se insere a UHVR, especifica que a mesma:

“dispõe de 50 leitos para a internação de adolescentes, na faixa de 14 a 17 anos, com diagnóstico de surto psicótico agudo, acompanhado ou não de outras patologias, que possa, em média, ser revertido em prazo de 15 a 20 dias”.

Na realidade, estas intenções se desfazem revelando uma contradição, ao verificarmos a prática freqüente de internações por Mandado Judicial (algumas especificando tempo mínimo de permanência de 45 dias), de jovens sob medida sócio-educativa (Art. 112 *do Estatuto da criança e do adolescente* – ECA), jovens abrigados sob medida protetiva (Art. 101 – ECA), abandonados ou de meninos de rua, *“...que apresentam uma atitude reativa e muitas vezes considerada patológica pela ‘sociedade saudável’, pois reagem à violência e à discriminação que sofrem de modo violento”* (Leite, 1991:78).

A partir do ano de 1997 verificou-se um aumento expressivo das internações por Mandado Judicial, e embora na presente dissertação os dados referentes aos anos de 1998 e 1999 não tenham sido pesquisados, relatos pessoais de técnicos da UHVR e nossas próprias observações de campo reafirmam esta tendência de aumento.

Tais internações continuam a ocorrer atualmente (1999), quando a UHVR continua a receber, além de pacientes encaminhados por sua própria família, crianças e jovens provenientes da 1.^a vara da Infância e da Juventude do RJ e dos Conselhos Tutelares, da 2.^a vara da Infância e da Juventude do RJ – voltada para o atendimento a adolescentes aos quais seja atribuída a prática de ato infracional – e de Comarcas do interior do RJ.

Em 1990 entra em vigência o *Estatuto da Criança e do Adolescente*, o ECA, que trouxe avanços de fundamental importância na legislação voltada para crianças e adolescentes, destacando-se no cenário internacional por sua modernidade.

Por que, então, seriam mantidas as internações compulsórias de crianças e adolescentes?

São inúmeras as respostas possíveis para esta pergunta, entre elas a linha interpretativa que compreende que o Capítulo II do ECA outorga à autoridade competente determinar, entre outras, as seguintes medidas: “*Capítulo II / Artigo 101 / V - requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;*” (Ministério da Saúde, 1991:44).

A interpretação deste artigo fica a critério da autoridade competente, que no caso dos adolescentes aos quais seja atribuída a prática de ato infracional é o Juiz da Infância e da Juventude, que permanece como detentor exclusivo deste encaminhamento, não acionando, por ocasião da audiência com o adolescente, sua assessoria técnica (formada por profissionais da área da saúde) para subsidiar sua decisão.

“*O juiz da infância e da juventude tem competência para administrar privativamente as medidas de proteção aos adolescentes infratores.*” (Mousnier, *apud* Cury *et al.*, 1992:288).

O Capítulo IV do ECA, que dispõe sobre as medidas sócio-educativas, contém a seguinte formulação em seu 3º parágrafo: “*Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições.*”

Tal proposição, em consonância com o Capítulo "Dos direitos fundamentais" do próprio ECA, “*...objetiva não repetir, no que toca a adolescentes, os descaminhos dos manicômios judiciais.*” (Sotto Maior *apud* Cury *et al.*, 1992:342)

E estariam as instituições, ou *entidades de atendimento* (ECA, Art. 90) preparadas para planejar e executar programas de proteção e sócio-educativos destinados a crianças e adolescentes a elas encaminhados através de Mandado Judicial de internação?

Leite (*apud* Cury *et al.*, 1992) afirma ser uma das mudanças mais importantes operadas pelo Estatuto a que se dá na forma de atendimento de crianças e adolescentes.

O modelo anterior tinha como pressuposto básico “reformatar” o indivíduo, modelando-o para se tornar um “cidadão exemplar”. Esse projeto fracassou; os institutos disciplinares, escolas correcionais, preventórios, etc., não contemplavam as necessidades de educação, escolaridade e profissionalização desses jovens que por

“fazerem parte do contingente de excluídos da civilização brasileira”, sendo descendentes “de escravos, em sua maior parte, são portadores de uma cultura afro-brasileira que vem sendo negada e só se torna aceita pelo folclore. Aprenderam a resistir, até inconscientemente, às formas de dominação cultural e se tornaram invencíveis a essas instituições, levando-as à inoperância e descrédito.

Reformular a forma de atendimento desses invencíveis é o desafio apresentado à sociedade brasileira e expresso na Lei 8.069/90. Respeitar as diversas culturas e aprender com elas a lógica social é uma necessidade urgente. Cabe a nós fazer cumprir o Estatuto, inclusive e principalmente na fiscalização quanto à qualidade e forma de atendimento de nossa infância.” (Leite *apud* Cury *et al.*, 1992:261)

O ECA não especifica, entretanto, como e por quem seriam diagnosticados os adolescentes “portadores de doença ou deficiência mental”. Após uma decisão judicial (pautada ou não em resultados de investigações interdisciplinares feitas por profissionais de Saúde Mental), crianças e adolescentes são encaminhados compulsoriamente a um hospital psiquiátrico: a UHVR.

Seria este dispositivo uma forma “reciclada” de perpetuar o processo de segregação e exclusão dos “invencíveis”?

Interna-se também, através do poder público, o adolescente abandonado que apresente quaisquer condições psiquiátricas ou neurológicas, inclusive o encefalopata portador de oligofrenia grave ou profunda, que não se beneficia de um hospital com as características da UHVR. Diante deste paradoxo surge a motivação para pesquisar as razões que conduziriam à internação psiquiátrica de adolescentes, pois:

“... fatores étnicos e sociais podem também ser mais importantes para definir a hospitalização ou o tratamento do que a própria gravidade do transtorno.” (Almeida Filho & Rouquaryol, 1992:87)

A partir do final de 1994, a equipe assistencial da UHVR observou uma tendência de aumento das internações psiquiátricas através dos Juizados da Infância e Adolescência, criando inclusive fóruns de discussão para avaliar esta constatação (UHVR/CPPII/MS, 1994). Tais internações possuem características que as diferenciam das demais, provenientes de encaminhamentos de outros Serviços ou da família do paciente. São elas:

1. A compulsoriedade: mesmo o pronto-socorro psiquiátrico que recebeu o Mandado Judicial de Internação não pode recusá-lo, sob pena de desacato à autoridade;

2. A indicação por motivos jurídicos e não médicos: quando o poder Judiciário, mesmo sem embasamento em laudo de equipe de saúde, indica a internação;

3. O aprazamento do período de internação: que por vezes é estipulado no próprio Mandado: - “deverá permanecer por um período de 3 meses” ou “até segunda ordem judicial”, a despeito das deliberações da equipe que recebe o paciente na Unidade;

4. O contraste de perfil do adolescente internado por mandado em comparação com os demais adolescentes internados, tema que será detalhado no presente trabalho.

Diante dos fatos referidos acima, surge necessariamente a demanda por um estudo mais aprofundado da gênese e implicações dessas internações; no entanto, logo ao iniciar esse estudo verifiquei uma carência de dados que permitissem formular hipóteses *a priori*.

Não encontramos estatísticas atuais sobre internação de adolescentes através de mandado judicial, e apesar do mal-estar que a imposição de uma internação compulsória causava à equipe técnica da UHVR (na qual eu me inseria como médica psiquiatra), nos escapava até mesmo a magnitude do problema.

Quantos adolescentes seriam encaminhados através de Mandado Judicial?

Que fatores aumentariam ou reduziriam este fluxo?

Haveria diferença entre a população encaminhada desta forma, em relação à trazida por familiares e/ou encaminhada por serviços de saúde?

Estas indagações não obtinham respostas satisfatórias.

A insatisfação da equipe técnica da UHVR em relação às internações por Mandado Judicial era mais nítida à medida em que tais encaminhamentos se tornavam mais numerosos. Os adolescentes “de Juiz” eram considerados mais difíceis de lidar que os “nossos adolescentes” (que constituíam a clientela assistida regularmente no hospital, em sua maioria formada por pacientes psicóticos). “De Juiz” passou a ser sinônimo de desobediente, “sem limites”, perverso. Nas reuniões de enfermaria eram freqüentes as acusações aos meninos “de Juiz” como causadores de problemas institucionais e agressores dos “nossos pacientes”. Especialmente nós, médicos psiquiatras, não os considerávamos como pacientes legítimos, pois não podíamos opinar sobre a indicação de internação nem decidíamos a alta, sempre atrelada à autorização judicial de “desligamento”. Com isto, estava delineado um dilema ético, pois de acordo com o *Código de Ética Médica*:

Art. 8º - O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho. (Código de Ética Médica, 1988)

A equipe sentia-se acuada, portanto, entre dois códigos: o código de ética médica e o código penal, visto que várias internações eram feitas de modo imperativo, sem avaliação por equipe de Saúde Mental precedendo o encaminhamento. De maneira velada ou manifesta, pairava neste contexto a ameaça de punição por desacato à autoridade, caso a determinação judicial não fosse cumprida.

Diante dessas questões, optei por uma dissertação que objetivasse a análise das inter-relações do sistema médico e jurídico no âmbito da internação psiquiátrica de crianças e adolescentes.

Verifica-se que pouco se tem estudado a respeito da internação psiquiátrica de crianças e adolescentes. As reformulações recentes não estão sistematizadas e não vêm sendo devidamente avaliadas. Apenas um estudo exploratório pode levantar dados que 6

possibilitem o desenvolvimento de projetos específicos que aprofundem temas relevantes para uma reformulação abrangente do sistema médico-jurídico voltado para as crianças e adolescentes.

O presente estudo é de natureza exploratória, relacionando contextos muito amplos, de âmbito sociocultural e político, com uma situação micro-social (estudo de caso). Levantam-se algumas questões relacionadas à internação psiquiátrica de adolescentes. Cabe observar que, nas condições em que o mesmo foi realizado, há restrições quanto à possibilidade de generalização das conclusões para o segmento populacional implicado.

Estava lançado o desafio da presente dissertação.

*Capítulo 1 – A QUESTÃO NA LITERATURA NACIONAL E INTERNACIONAL –
Procurando uma Teoria*

Este capítulo se propõe a revisar criticamente pesquisas recentes, na área de psiquiatria, voltada para adolescentes acusados de atos infracionais, e buscar teorias que possam aprofundar a compreensão das relações médico-jurídicas voltadas para crianças e adolescentes.

Embora o tema tenha sido amplamente discutido no Brasil do início do século, a produção científica atual em nosso país, mesmo consideradas as limitações deste levantamento bibliográfico, é escassa em relação à importância que esta temática tem recebido nos meios de divulgação da imprensa, principalmente quando referida ao adolescente “de rua” e ao “infrator”.

Houve necessidade de um direcionamento da pesquisa bibliográfica no sentido da literatura voltada ao adolescente acusado de ato infracional, pois essa clientela, quando internada no CPPII/UHVR, pareceu, na observação empírica da nossa prática clínica (posteriormente complementada pelas pesquisas efetuadas), ser a que mais se distinguiu da clientela internada no mesmo hospital por dispositivos não judiciais.

Há exceções, “ilhas” de intensa produção científica sobre o tema, como a Coordenação de Estudos e Pesquisas Sobre a Infância – CESPI – Universidade Santa Úrsula, e o Centro Latino-Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde Jorge Careli / CLAVES da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Os trabalhos produzidos nestas Instituições, embora não sejam voltados especificamente para a correlação entre a psiquiatria e o adolescente acusado de ato infracional, utilizam algumas abordagens metodológicas semelhantes às empregadas na presente pesquisa.

- O livro *Traçando Caminhos em uma Sociedade Violenta – A vida de jovens infratores e de seus irmãos não-infratores*:

“...se propõe a analisar a história de vida de jovens que praticaram atos infracionais considerados graves e de seus irmãos que não tenham cometido atos violentos, buscando conhecer os motivos que os levaram a trilhar caminhos tão distintos.” (Assis, 1999:19)

Este livro demonstra claramente que ninguém é capaz de resistir ilimitadamente às pressões emocionais. O conceito de resiliência pode ser aplicado aos jovens criados nas 8

mesmas famílias dos infratores e que não cometeram ato infracional, significando não uma imunidade a altos níveis de estresse biopsicossocial, e sim o fato de que tais jovens vivenciaram com maior frequência fatores protetores que seus irmãos infratores, destacando-se maior tempo de convívio com pelo menos um dos progenitores, maior nível de escolaridade, maior amparo familiar nos períodos difíceis.

➤ Alguns trabalhos (anteriores ao ECA) destacam o encaminhamento de meninas institucionalizadas em unidades sócio-educativas para clínicas psiquiátricas, em função de comprometimento psiquiátrico, emocional ou como “*punição por indisciplina*”. (Dantas, 1985)

➤ Há uma pesquisa sobre a transferência direta, através de um “convênio” entre instituições – FUNABEM e Colônia Juliano Moreira, de crianças e adolescentes (com predomínio do sexo feminino), abrigados na FUNABEM, e encaminhados para o Pavilhão de Adolescentes da Colônia Juliano Moreira (CJM). Estudou-se o perfil dos pacientes internados através deste dispositivo, encontrando-se diferenças relevantes quanto aos diagnósticos (menos graves na população oriunda da FUNABEM) e o grau de autonomia (maior neste grupo de pacientes oriundos da FUNABEM).

É interessante observar que o perfil desses pacientes só foi estudado duas décadas após firmado o “convênio” (o que ocorreu possivelmente em 1966, sendo mantido até 1976), quando só permaneciam internados na CJM 55 dos 307 pacientes provenientes da FUNABEM. Mesmo os pacientes que permaneceram internados tinham maior autonomia em relação aos demais pacientes da CJM. A autora deste estudo conclui que:

“O estudo dos 55 pacientes que ficaram na CJM e dos 252 que saíram confirma a hipótese inicial de que, pelo menos em grande parte, esses pacientes não tinham uma justificativa técnica para serem internados em um hospital de crônicos.

Sua internação é o resultado de uma política de saúde que, por seu caráter excludente, segregador e privatizante, transforma abandono, carência e pobreza em doença mental.” (Lima, 1993:105)

Não foram encontrados trabalhos que abordassem as internações psiquiátricas, ocorridas na década de 90, de crianças e adolescentes do sexo masculino através de dispositivo judicial.

Também foram estudados ensaios sociológicos, jurídicos e educacionais, que embora ilustrassem vários aspectos da dissertação, apenas tangenciavam o propósito principal da mesma. Por outro lado, “... *rejeito a opinião de que os problemas característicos de formações sociais dependentes, como o Brasil, inevitavelmente, determinem o empobrecimento da pesquisa de um modo geral, e em particular da investigação em Medicina Social.*” (Almeida Filho, s/d:9).

Constatadas as dificuldades de obtenção de publicações nacionais, restou a possibilidade de avaliação crítica do “Estado da Arte” das pesquisas desenvolvidas em outros países, principalmente os de língua inglesa, cuja produção científica é mais acessível através dos sistemas habituais de indexação.

➤ Num artigo de revisão da psiquiatria forense de crianças e adolescentes, Ash (1997) refere um aumento expressivo do número de pesquisas baseadas em dados descritivos sobre as populações forenses, embora estudos epidemiológicos que procedam a comparações ou utilizem grupos-controle continuem relativamente raros.

A legislação norte-americana tende a responder às crescentes taxas de violência juvenil com propostas de tratar adolescentes infratores violentos como adultos criminalmente responsáveis.

A hospitalização involuntária de adolescentes em hospitais psiquiátricos foi mantida pela Suprema Corte norte-americana, que apóia a prática de pais hospitalizarem seus filhos desde que um médico determine que esta internação é apropriada.

O número de adolescentes presos por crimes violentos naquele país cresceu 75% de 1985 para 1994. Neste mesmo período, os homicídios por armas de fogo quase triplicaram (Snyder et al., 1996), tornando-se a principal causa de morte entre adolescentes do sexo masculino na faixa de 15 a 19 anos de idade (National Center for Health Statistics *apud* Ash & Derdeyn, 1997).

Os tratamentos preconizados vinte anos atrás baseavam-se em internações onde se buscava a mudança dos padrões comportamentais. Havia considerável pessimismo quanto à eficácia dessas intervenções para jovens delinqüentes, pois quando os mesmos retornavam para casa tendiam a manifestar novamente comportamentos anti-sociais, provavelmente porque o tratamento não contemplava a natureza multidimensional dos fatores de risco, especialmente aqueles ligados à comunidade e ao grupo de pares.

Atualmente, o quadro se mostra mais promissor, pois se trabalha com um “continuum” de intervenções que se iniciam na própria comunidade para os infratores não violentos e primários até cuidados em regime fechado para os infratores mais violentos.

Além deste artigo de revisão, outros artigos em língua inglesa foram estudados. Numa tentativa de sistematização do presente estudo, eles foram divididos em três grupos temáticos:

I. Estudos de rastreamento (screening) visando prever comportamentos delinqüentes.

➤ Tais artigos buscam, através de vários instrumentos e escalas como, por exemplo, o "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" – MMPI, prever o futuro comportamento delinqüente na população estudada (Butcher & Pancheri, 1976 e Weaver & Wootton, 1992).

➤ Em Trinidad Tobago, Phillips & Dahlstrom (1997) adaptaram o MMPI, aplicando-o em adolescentes entre 15 e 20 anos, pertencentes a três segmentos populacionais: estudantes secundaristas, adolescentes em tratamento psiquiátrico e adolescentes infratores encarcerados por atos delinqüentes diversos, encontrando para a população masculina delinqüente escores sugestivos de alterações mais graves de personalidade que aqueles referentes a adolescentes em tratamento psiquiátrico. Phillips e Dahlstrom apresentam suas tentativas de, através do diagnóstico precoce dos fatores de risco, possibilitarem intervenções preventivas em um momento oportuno.

➤ A detecção precoce de crianças e adolescentes com problemas de conduta constitui uma preocupação constante de diversos trabalhos aos quais atribuímos a rubrica "rastreamento", alguns dos quais tendo como população-alvo estudantes do jardim-de-infância (Lochman et al., 1995 e Tremblay et al., 1995); nestes casos, alguns aspectos merecem consideração, tais como:

- os aspectos éticos e científicos do rótulo precoce de "delinqüente" e o eventual estigma daí decorrente;
- o problema dos "falso-positivos e falso-negativos", ou seja, a "rotulação" a partir de critérios mal definidos, como, por exemplo, uma avaliação única e não sistemática;
- o questionamento a respeito da eficácia da intervenção terapêutica precoce, onde os autores se dividem entre os que atribuem efeitos positivos ao tratamento: "Perry Preschool Program" (Schweinhart et al., 1993), e negativos: "Cambridge-Somerville study" (McCord, 1978, 1992);

- a dificuldade de se conceituar termos como: "delinquência", "transtorno de conduta", "transtorno de comportamento", etc... (Olczak et al., 1983).

- Os estudos de Hooper & Evans (1984), ainda com propostas preventivistas, acompanham jovens já envolvidos com as cortes juvenis norte-americanas, buscando prever comportamentos violentos durante o confinamento, a partir de exames realizados durante a admissão dos adolescentes em instituições fechadas, destinadas ao cumprimento de medidas sócio-educativas.

- Além dos estudos já referidos, outra pesquisa procedeu a uma análise multivariada dos fatores de risco para futuros atos violentos (Tolan & Lorion, 1988), constatando que a importância atribuída previamente (pelas análises bivariadas) a fatores individuais e escolares, a dados demográficos familiares e ao "status" social não se mantinha no modelo final da regressão hierárquica, que apontava para uma maior relevância da idade de registro do 1º ato de delinquência e das características familiares sistêmicas e interacionais.

- O "Conduct Problems Prevention Research Group" (Lochman *et al.*, 1995) foi criado na perspectiva de coordenar esforços de pesquisa na predição e prevenção de comportamento anti-social. Este grupo vem publicando uma série de artigos que incluem estudos que enfatizam predições de eventos violentos, testagem de métodos para rastreamento de riscos de comportamentos agressivos e avaliação de intervenções terapêuticas em crianças e adolescentes sob especial risco (Tolan *et al.*, 1995).

- O rastreamento foi utilizado em pesquisa de Guerra e colaboradores (1995), que selecionaram como população-alvo crianças afro-americanas, hispânicas e brancas caucasianas de escolas elementares, pesquisadas ao longo de um período de dois anos. Os autores formularam como hipóteses para o aumento do risco de violência, a partir do desenvolvimento de um modelo estrutural linear:

- desvantagens econômicas;
- eventos estressores;
- representações individuais de desesperança e valorização da agressividade.

A relação entre pobreza e gênese da agressividade só foi considerada significativa para as crianças brancas (caucasianas), com interações importantes entre variáveis individuais e o grau de pobreza da comunidade para os demais grupos étnicos.

Os autores concluíram que, para todos os grupos étnicos, os estressores e as representações individuais já citadas contribuiriam significativamente para a predição de comportamentos violentos; para os hispânicos o valor preditivo se manteve relevante não só a curto prazo, quanto em períodos mais dilatados de tempo.

As estratégias sugeridas contemplam a redução dos efeitos estressores associados à pobreza e a aquisição de medidas de estímulo, para que os indivíduos passem a lidar melhor com os eventos estressores e com as representações a eles relacionadas.

➤ O'Donnell e colaboradores (1995) desenvolveram um estudo prospectivo com duração de três anos e meio, onde examinaram o papel de fatores implicados na redução ou aumento do envolvimento de um grupo de pré-adolescentes na delinquência juvenil e na atividade criminosa adulta, segundo as hipóteses de um modelo de desenvolvimento social. Pesquisaram um grupo de pré-adolescentes do sexo masculino identificados como agressivos por seus professores, aos 10 e 11 anos de idade. Estes autores concluíram que a participação em atividades comunitárias facilitadoras das interações sociais, o acolhimento e a aceitação dos adolescentes por parte da escola, a introjeção de normas contra o uso de drogas e o não envolvimento com adultos que apresentem comportamento anti-social protegiam, consistentemente, meninos considerados agressivos de eventuais problemas futuros de comportamento como a delinquência e o abuso de drogas. São propostas múltiplas estratégias de intervenção voltadas para os indivíduos, seus pares, os adultos a eles relacionados, as escolas, a vizinhança e a comunidade.

➤ Também estão inseridas nas pesquisas de rastreamento para condutas delinquentes aquelas que correlacionam auto-conceitos (como, por exemplo, a auto-estima) e delinquência (Levy, 1997). O trabalho de Levy compara grupos de não delinquentes, delinquentes não institucionalizados e infratores institucionalizados, constatando maior frequência de baixa auto-estima nos grupos delinquentes se comparados aos adolescentes não envolvidos em infrações, principalmente em indivíduos de sexo masculino, resultados que considerou consistentes com estudos anteriores, como o de Cohen (1955), que propôs ser a delinquência uma tentativa de adquirir *status*, e o de Lemert (1951), que pesquisou os efeitos do ato da prisão, do julgamento e do confinamento sobre os indivíduos. Esses

jovens, a partir da "rotulação" presente nestes procedimentos de forma explícita ou implícita, aceitariam o fato de serem delinquentes, afetando desta forma sua auto-estima e seus comportamentos subseqüentes.

➤ Outros autores correlacionaram problemas na infância, como abuso e negligência, a comportamentos violentos subseqüentes na adolescência (Haapasalo & Hämäläinen, 1996). Nesta pesquisa, realizada na Finlândia, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre infratores violentos e infratores envolvidos em ocorrências que determinaram exclusivamente danos à propriedade (por exemplo, furto), quanto ao seu passado de crianças vítimas de violência e negligência, ou à história de familiares apresentando problemas psiquiátricos ou legais. Por outro lado, para ambos os grupos a presença deste histórico constituiu um achado freqüente, o que não se observou num grupo-controle de adolescentes não infratores. As autoras sugerem focalizar a atenção das autoridades na prevenção ao abuso e negligência de crianças.

➤ O trabalho de Dawkins (1997) objetiva estabelecer a extensão em que o uso de álcool ou drogas está relacionado às atividades criminosas violentas e não violentas entre adolescentes de sexo masculino, e assinala que o abuso de substâncias psicoativas, e em particular do álcool, se mostrou associado a uma variedade de delitos violentos e não violentos, embora conclua que a história criminal dos adolescentes, especialmente as prisões prévias, tende a ser mais importante na determinação de delitos, em um momento posterior, que o abuso de substâncias tóxicas.

➤ Estudando as características psicossociais de adolescentes que cometeram infrações sexuais na Inglaterra, Dolan e colaboradores (1996) encontraram "dificuldades de ajustamento" de natureza e características diversas, destacando como diagnóstico mais comum o "*transtorno de conduta*" (F91; CID-X, 1993). Reportaram ainda neste grupo que 30% dos indivíduos eram vítimas, eles próprios, de abusos físicos e/ou sexuais.

➤ Buscando determinar os diagnósticos e os padrões de comorbidade de 100 casos de adolescentes infratores encaminhados à consulta psiquiátrica em centros de detenção juvenil, e comparar os diagnósticos obtidos na interconsulta, discriminados por sexo e "status" legal, Richards (1996) utilizou entrevistas clínicas semi-estruturadas e revisão dos casos após um período de um ano de acompanhamento ambulatorial, com nova entrevista clínica, encontrando um grande número de diagnósticos de "distúrbio de 14

conduta” e abuso de drogas na população estudada. Destacou como diagnósticos que mais interferiam no ajustamento desses adolescentes à comunidade os distúrbios de conduta e os transtornos afetivos, concluindo pela necessidade de implementar iniciativas terapêuticas em Saúde Mental no manejo de infratores que cometeram delitos mais graves.

➤ Armistead *et al.* (1992) realizaram estudo em que 24 adolescentes infratores presos foram comparados a 24 adolescentes não infratores, quanto à natureza dos seus problemas evidenciáveis (por exemplo, distúrbio de conduta, agressividade, etc...) e não evidenciáveis *a priori* (ansiedade, ideação psicótica), encontrando na população de infratores encarcerados taxas mais elevadas de problemas evidenciáveis (resultado compatível com pesquisas anteriores) e também de problemas não evidenciáveis (em desacordo com pesquisas semelhantes com adolescentes infratores não institucionalizados). Os autores levantaram duas hipóteses para explicar seus achados:

1.^a Ser encarcerado levaria a problemas como ansiedade e depressão.

2.^a Jovens com problemas outros que não os evidenciáveis estariam mais propensos à prisão.

➤ Um estudo realizado na Austrália (Kosky *et al.*, 1996) visou avaliar o estado mental de adolescentes egressos de instituições de privação de liberdade. Estes autores concluíram que os adolescentes egressos de centros de detenção experimentavam problemas mentais que se mantinham mesmo após a saída destes centros, e uma disfunção social considerável, apontando para a necessidade urgente de um *follow-up* de natureza claramente terapêutica para esses jovens.

II. Estudos sobre aspectos éticos, representações sociais e atitudes diante do adolescente infrator:

➤ Schetky (1992) aborda importantes aspectos éticos no âmbito da psiquiatria forense de crianças e adolescentes. Merecem destaque suas observações, no que concerne a jovens infratores, sobre a necessidade de se lidar com o problema do racismo nas instituições e da equanimidade (ou não) do tratamento dispensado à população de infratores de acordo com sua origem étnica, pois como fora assinalado por Polier (1989), a justiça juvenil tem julgado os infratores com base na raça, *status* econômico e classe social, 15

observando-se uma tendenciosidade na alocação dessas variáveis, sendo um exemplo de sua iniquidade a sobre-representação de negros entre os condenados à pena capital.

➤ Outra dificuldade ética é a posição de "agente duplo" (Simon, 1987), quando o psiquiatra que serve a dois interesses (a justiça e os propósitos terapêuticos) precisa lidar com aspectos legais conflitantes, como, por exemplo, quando um perito de uma corte juvenil precisa avaliar um paciente e a corte consultora não parece, aos olhos do psiquiatra, estar representando os melhores interesses da criança e de sua família. Schetky (1992) aconselha nesses casos que o profissional esclareça ao paciente, logo de início, para quem ele trabalha e o quanto sua avaliação poderá ser confidencial.

➤ No artigo "Diferenças baseadas no gênero no tratamento de jovens infratores pela polícia e a Corte infantil em New South Wales, Austrália", Gliksman (1997) postula que embora seja relatado, freqüentemente, que os adolescentes de sexo masculino cometem crimes numa proporção cinco vezes maior que as adolescentes de sexo feminino, dados estes obtidos das Cortes juvenis e da polícia, o autor, utilizando dados derivados de comportamento auto-referido, obtém uma freqüência relativa de duas mulheres para um homem. Registros policiais e da justiça juvenil foram colhidos por Gliksman e sua equipe nos anos de 1994/5, na tentativa de determinar o quanto tais estatísticas refletiriam um *bias* ligado ao gênero, e o quanto a prisão, julgamento e/ou sentença são influenciados pelo gênero, ao invés de se basearem na freqüência e natureza das infrações. O autor concluiu que a taxa, registrada nas estatísticas oficiais, de cinco homens para uma mulher reflete um forte componente de preconceito em relação ao gênero, e que os encaminhamentos a julgamentos com sentenças custodiais são mais freqüentes para os meninos do que para meninas que cometeram infrações semelhantes. Constatou-se também que os meninos são mais excluídos do que as meninas da utilização de recursos de reabilitação alternativos ao encarceramento.

➤ Mulvey & Reppucci (1988) realizaram uma pesquisa onde exibiam, a pessoas que integravam a equipe de serviços de saúde mental, ao corpo funcional de instituições de bem-estar social e às Cortes juvenis em seis diferentes localidades, quatro vinhetas envolvendo adolescentes infratores. Concluíram que, em geral, os resultados evidenciavam que o julgamento da gravidade das infrações e o prognóstico quanto a comportamentos violentos futuros de tais adolescentes era afetado antes por fatores contextuais de disponibilidade de serviços do que por um julgamento realístico.

III. Lidando com o adolescente “infrator”: programas terapêuticos

As pesquisas a que tivemos acesso na área da terapêutica foram em menor número que as anteriores. A avaliação sistemática de serviços voltados aos adolescentes infratores é aparentemente restrita em relação ao grande número de instituições, pelo menos nos EUA, que prestam tais serviços; algumas publicações com títulos como: “Abordagens Promissoras” eram na verdade apenas propagandas da instituição.

Uma linha de avaliação que fugiu ao contexto observado acima e se refere às publicações sobre a Terapia Multisistêmica.

➤ Dois trabalhos pesquisados (Henggeler et al., 1992 e Borduin et al., 1995), versam sobre a utilização de Terapia Multisistêmica (MST) em adolescentes infratores, revelando que essa abordagem se mostra vantajosa (ao menos quanto ao seu resultado inicial) em comparação a outras técnicas habitualmente usadas nos EUA, como terapias comportamentais com reforço positivo e negativo, diversas formas de psicoterapia individual, etc.

A MST é conhecida no Brasil como Terapia Sistêmica e consiste em intervenções focadas nos problemas familiares e extra-familiares (pares, escola e outros sistemas), a partir da proposição de que os indivíduos estariam conectados de forma complexa a uma rede que envolveria fatores individuais, familiares e extra-familiares. A técnica empregada é a de favorecer a conversação entre os membros participantes de forma reflexiva, enfatizando variáveis do desenvolvimento da criança e incorporando eventualmente intervenções não sistêmicas como, por exemplo, a terapia cognitiva (Kendall & Braswell, 1985).

➤ Foi encontrado apenas um artigo de revisão voltado para a efetividade do tratamento de delinqüentes juvenis violentos. A questão chave que este trabalho suscita é como delinqüentes violentos podem ser tratados com sucesso. Os autores dessa revisão (Tate *et al*, 1995) citam como intervenções terapêuticas utilizadas:

- Intervenções biológicas - ressaltam que pesquisas psicofarmacológicas voltadas para populações juvenis violentas são escassas, sendo que a maioria de tais estudos examinam jovens internados em hospitais psiquiátricos. Concluem haver um sub-grupo de adolescentes cujos comprometimentos neurológicos possam contribuir de maneira

importante para seus comportamentos agressivos, embora assinalem que o atual nível de compreensão desses problemas é muito limitado.

- Abordagens cognitivo-comportamentais - partem do princípio de que indivíduos cronicamente violentos teriam um padrão restrito de solução de problemas, em parte por sua baixa capacidade de abstração e também por sua resposta hostil a situações neutras. Essas deficiências e distorções cognitivas levariam ao comportamento agressivo. Os autores que trabalham com intervenções cognitivo-comportamentais sugerem dois modelos de terapia: o treinamento de habilidades sociais e o treinamento da capacidade de resolução de problemas.

- Terapia Multissistêmica (MST) - apontada pelos autores como uma estratégia efetiva e de baixo custo para reduzir o comportamento anti-social de jovens infratores, considerando tal programa de tratamento o único que demonstrou eficácia a curto e longo prazo no tratamento de jovens infratores crônica e intensamente violentos.

Algumas considerações sobre a revisão bibliográfica.

Existe, em todo o mundo, uma preocupação crescente em relação à violência envolvendo crianças e adolescentes. As políticas propostas variam da redução da idade mínima para responder criminalmente, a práticas que evitem a reclusão em instituições fechadas e reforcem as alternativas comunitárias, não institucionalizantes, de abordagem a estes adolescentes “infratores”.

Nos EUA, país com forte ênfase no papel das instituições jurídicas, iniciou-se na década de 70 a política de “direito ao tratamento” (“*right to treatment*”), que passou a incluir o profissional de saúde mental em várias etapas do processo jurídico, da avaliação inicial do adolescente “infrator” a seu julgamento e encaminhamento ou sentença. Tal “direito ao tratamento” precisa ser analisado de forma crítica, pois a Psiquiatria poderia estar servindo de suporte “técnico” a uma política de exclusão desse adolescente.

A preocupação com a prevenção é uma constante nos trabalhos avaliados, em contraste com o menor número de artigos sobre a avaliação de serviços nesta área. Tal preocupação é legítima, mas vários trabalhos aqui citados apresentam uma ótica reducionista, baseada na importância da detecção precoce da população infantil sob risco de desenvolver conduta “*delinqüente*”. O olhar preventivista sobre esta população incorre na crença da eficácia da *intervenção precoce*.

Esta crença foi abalada pelos estudos de McCord, principalmente o “Cambridge-Somerville Study”, um estudo longitudinal e experimental pioneiro sobre prevenção da delinqüência (nas palavras do próprio autor).

Tal pesquisa se constituiu num estudo onde uma população de pré-adolescentes (de 11 e 12 anos de idade), julgados sob risco de desenvolver futuro comportamento delinqüente pela avaliação de seus professores, recebeu orientação de *conselheiros*, além de cuidados psicoterápicos e médicos julgados necessários. Essa população foi comparada a outra semelhante, para a qual não se ministrou qualquer forma de tratamento. A inclusão ou não-inclusão no programa de tratamento foi aleatória. Ambos os grupos, (“tratados” e “não-tratados”), foram avaliados quanto à ocorrência de comportamento criminoso na vida adulta (McCord, 1978, 1992).

Os resultados foram surpreendentes: a população tratada apresentou maior índice de comportamento criminoso e maior número de patologias psicossomáticas na vida adulta. Não obstante a pertinência de críticas a este trabalho – por exemplo, se o modelo de tratamento empregado seria ou não o mais adequado a essa população –, ele impõe uma reflexão quanto à pouca eficácia (ou até a iatrogenia) do furor terapêutico das práticas de intervenção precoce voltadas para crianças e adolescentes.

A escassez, verificada nesta dissertação, de publicações científicas sobre a avaliação da qualidade dos serviços médicos prestados à população infanto-juvenil sob risco não aponta apenas para as limitações do presente levantamento bibliográfico, mas também para a possibilidade da abordagem efetiva a esta população não se dar através da medicalização da mesma. Outros caminhos precisam ser trilhados.

No Brasil, as iniciativas envolvendo a participação interativa das comunidades, como a Vila Olímpica da Mangueira, no Rio de Janeiro e o Projeto Axé, na Bahia, entre outras, parecem possibilitar algumas transformações imprescindíveis no atual cenário.

Capítulo 2 – METODOLOGIA: Da Arte e da Ciência na Composição de uma Colcha de Retalhos

Colcha de retalhos

Minha avó era costureira, e gostava de fazer colchas de retalhos. A geometria das colchas era perfeita: cada quadrado obedecia um sentido determinado, a costura era sempre igual, nenhum fio por demais puxado ou frouxo.

Feitos os quadrados da colcha, ela os observava por um longo tempo. Montava-os, um a um, sobre o forro, mudando-lhes as combinações, examinando o efeito visual do conjunto.

Cada colcha tinha personalidade própria. Retalhos de cores e estampas alegres para as crianças, retalhos de xadrez em fundos de cor sóbria para meu pai. Para mim, flores e muito verde, estampas miúdas, pequenas flores do campo se revelando na pradaria depois da chuva.

Algo em todas as colchas era visível: O jeito campesino e peculiar de compô-las surgia como marca registrada da minha avó. Às vezes uns retalhos de cor inusitada entre muitos tons pasteis berravam em oposição à qualquer padronização mais previsível, às vezes cinzas entre minhas flores, às vezes um azul marinho triste e profundo surgia entre os desenhos infantis das colchas dos meus irmãos.

Ela me dizia que tudo isso tinha um significado, que as crianças não estão sempre alegres como as estampas infantis, e que os prados com pedras cinzas em um ou outro canto eram mais bonitos que os lisos demais.

Minha avó me ensinou mais do que fazer colchas de retalhos. Aprendi uma metodologia, um dar significado ao todo e ao detalhe, a maturar o tempo do fazer, do observar, do re-construir.

(Bentes,1999)

“O conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica; o método é o fio condutor para se formular essa articulação.”
(Minayo & Sanches,1993:240)

2.1 – Baú de retalhos: a pesquisa histórica

Quando eu trabalhava na antiga Unidade Hospitalar de Neuropsiquiatria Infantil, hoje situada em outro prédio e denominada UHVR, utilizava sua biblioteca para fazer atividades de teatro com os pacientes. Cessada a atividade, aproveitava para manusear velhos livros de psiquiatria, que sempre despertaram em mim, mais que uma curiosidade, um convite irrecusável à leitura.

Me intrigava o fato de, junto aos compêndios clássicos, estarem vários livros de direito, entre eles um que continha, na íntegra, o *Código de Menores* (1927), de autoria de Mello Mattos. Tal código era citado, algumas vezes, em antigos livros de registro de internação de pacientes, quer para legitimar a internação de “*menores abandonados*”, quer para ordenar que o “*menor delinqüente que sofra qualquer forma de alienação mental seja submetido ao tratamento apropriado*” – e o tratamento se dava, invariavelmente, em regime de internação psiquiátrica.

Percebi que sem “remexer no velho baú de retalhos” não poderia compreender como se fundaram as relações entre a Justiça e a Psiquiatria no campo do atendimento a crianças e jovens.

Dois levantamentos históricos serão apresentados nesta dissertação:

- 1º. O “*Baú de Retalhos n.º 1*” desvela, quando aberto, alguns aspectos da legislação voltada para crianças e adolescentes, desde a consolidação do primeiro *Código de Menores* (1927) até o atual *Estatuto da Criança e do Adolescente* (1990).
- 2º. O “*Baú de Retalhos n.º 2*” pretende apresentar alguns recortes (*retalhos*) da história da Unidade Hospitalar Vicente Rezende desde a sua inauguração, em 1942.

2.2 – Dos caminhos para a composição da colcha de retalhos

Ao iniciar a pesquisa, tentei obter registros que indicassem, dentre as internações psiquiátricas de adolescentes no CPPII, quais eram as realizadas através de Mandado Judicial. Constatando não haver este registro prévio, iniciei a aventura de:

1. fazer um censo das internações psiquiátricas ocorridas na UHVR entre 1994 e 1997;
2. selecionar, do total de internações psiquiátricas do período estudado (1994-97), quais eram provenientes de mandados judiciais;
3. confeccionar planilha de dados referentes às internações executadas através de mandados ou por outras formas de encaminhamento;
4. comparar os dois grupos quanto às quantificações de variáveis obtidas;

5. colher descrições das internações por mandado judicial contidas nos prontuários pesquisados, copiando os termos dos mandados judiciais e os laudos confeccionados pela equipe técnica do hospital;
6. realizar entrevista com um representante do poder judiciário na tentativa de esclarecer as situações em que a internação psiquiátrica é solicitada;
7. realizar grupo focal com a equipe técnica do hospital psiquiátrico para verificar se há diferença nas representações feitas a respeito dos dois grupos de pacientes: os internados por Mandado Judicial e os demais.
8. eleger um caso clínico de internação por mandado judicial para aprofundar um estudo de caso;
9. visitar algumas instituições, voltadas para o atendimento a crianças e adolescentes, que estejam relacionadas ao tema proposto no trabalho.

Diante das tarefas propostas, percebi se fazer necessária uma abordagem que utilizasse tanto métodos quantitativos quanto qualitativos, possibilitando, desta forma, uma complementaridade metodológica que permitisse uma aproximação mais eficaz à compreensão da complexa realidade que pretendi estudar.

“No entanto, se a relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade não se reduz a um ‘continuum’, ela não pode ser pensada como oposição contraditória, Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais ‘ecológicos’ e ‘concretos’ e aprofundados em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa.” (Minayo & Sanches, 1993:247)

2.3 – Das etapas da construção da colcha

Para facilitar a compreensão da abordagem metodológica utilizada, subdividi o estudo em três etapas:

a) Da geometria da colcha: a metodologia quantitativa

Inicialmente recorri a uma listagem das internações por data de sua ocorrência. Esta listagem continha apenas o nome dos adolescentes internados e a numeração antiga de seus

prontuários (a partir de abril de 1997 a numeração dos prontuários foi modificada, como veremos adiante). Retiramos 300 prontuários, selecionados aleatoriamente, sendo 150 de pacientes do sexo feminino e 150 de pacientes do sexo masculino.

Observou-se um número extremamente reduzido de mandados de internação judicial para o sexo feminino na enfermaria da UHVR (apenas um prontuário em 150, no levantamento preliminar), não caracterizando uma política de encaminhamento sistemático para Hospital Psiquiátrico, mas sim a internação de uma adolescente com deficiência mental profunda, cuja família atravessava sérias dificuldades sócio-econômicas. Nesse levantamento preliminar havia 26 (vinte e seis) internações por mandado judicial entre os 150 adolescentes de sexo masculino.

Elegeu-se, portanto, como população sob análise, as crianças e os adolescentes de sexo masculino internados na enfermaria da Unidade Hospitalar Vicente Rezende.

Utilizou-se como fonte de pesquisa os prontuários dos pacientes de sexo masculino internados na UHVR entre 1994 e 1997, visando obter dados sócio-demográficos e relativos à internação, como: idade, tempo de internação, ocorrência de reinternações, diagnóstico de entrada e de alta, presença ou não de mandado de internação judicial, características da alta (se alta médica, se evasão ou transferência). Com tais dados foi confeccionada uma planilha, de cuja análise foram extraídos subsídios para as etapas posteriores do trabalho.

Coleta de dados – colhendo os retalhos da colcha

Foram utilizados dados secundários, obtidos através das anotações contidas no prontuário dos pacientes de sexo masculino internados na UHVR no período de 1994 a 1997.

Universo das internações - O total de internações de pacientes do sexo masculino na UHVR no período de 1994 a 1997 foi de 837, total este obtido através da listagem da enfermaria da UHVR (até 31 de março de 1997, quando esta foi substituída pela listagem global informatizada), e da listagem geral de internações do CPPII (a partir de 01/04/97, quando o sistema informatizado de arquivos foi plenamente implantado). A listagem da enfermaria era manuscrita, e embora menos organizada continha, em mais da metade dos registros de internação, informações como data de nascimento e diagnóstico de entrada dos pacientes. A lista informatizada que substituiu a manuscrita passou a conter apenas o número de prontuário novo e a data de internação.

A maioria dos pacientes recebeu um novo número de registro, implicando na necessidade de digitar um a um todos os nomes da listagem para se obter o novo registro, quando existente. Os prontuários dos pacientes que só possuíam o registro antigo foram pesquisados num arquivo à parte. Os pacientes que completaram 18 anos até o término do período de coleta de dados (1999) tiveram seus prontuários transferidos para o arquivo geral do CPPII. Os demais prontuários foram pesquisados no arquivo da UHVR.

Dadas as dificuldades, já descritas, de localização dos prontuários, o processo de coleta de dados se estendeu por um período de tempo muito prolongado (de julho de 1997 a março de 1999).

Das 837 internações listadas, 788 foram pesquisadas, isto é: 94% de aproveitamento quanto ao total de internações no período.

Universo de indivíduos - O universo de indivíduos de sexo masculino obtido através das listagens, após a unificação de registros de pacientes com dois prontuários, foi de 497; os prontuários que não continham data de alta explicitada nem informações sobre o paciente, (por exemplo: prontuários contendo apenas a capa e a folha de entrada preenchida pelo pronto-socorro psiquiátrico), foram eliminados da pesquisa.

Quatrocentos e setenta prontuários foram pesquisados, correspondendo a 94,5% de aproveitamento quanto ao número total de indivíduos internados no período.

Foi confeccionada uma planilha de dados a partir da listagem de pacientes. Desta planilha constavam os seguintes dados: nome do paciente, n.º do prontuário antigo (quando existente), n.º do prontuário novo (quando existente), data de nascimento, 1.º, 2.º e 3.º diagnósticos de entrada e de saída por internação, data de entrada e data da alta por internação, n.º de internações por período pesquisado, dígito “1” ou “2”, discriminando se a internação era realizada através de mandado judicial (1) ou não (2).

Data de nascimento: por se tratar de uma unidade destinada a pacientes menores de 18 anos, é rotina solicitar a certidão de nascimento dos pacientes, e uma cópia da mesma é anexada ao prontuário. Por vezes a informação da data de nascimento só é obtida dias após a internação, e graças a isto seis pacientes com idade igual ou superior a 18 anos (4 com 18, um com 19 e 1 com 20 anos) foram internados na UHVR. Em 33 prontuários não foi possível encontrar a data exata de nascimento, pois só constava a idade aproximada (por exemplo: ±16 anos à data da internação). Para efeito de cálculo, foi utilizada a data 01/01/ano provável do nascimento. Calculou-se a idade do paciente na 1ª internação através da fórmula: data da internação menos data de nascimento (em dias), dividido pela

constante 365 (n.º de dias do ano). Os valores extremos de idade encontrados foram de 8 anos (extremo inferior) e de 20 anos (extremo superior), com a média de idade à primeira internação situando-se em torno de 15 anos e seis meses para pacientes encaminhados por via judicial e 15 anos e 11 meses para os demais. Para efeito de comparação da acurácia da estratégia utilizada, os resultados obtidos a partir dela foram comparados com aqueles obtidos quando da exclusão dos prontuários de pacientes com idade ignorada e/ou imprecisa.

Diagnósticos: utilizou-se a classificação numérica do CID-9 (Código Internacional de Doenças – 9) para o registro na planilha dos diagnósticos de entrada e saída, já que foi este o código de classificação de doenças utilizado pela equipe da UHVR no período pesquisado. Aos três primeiros dígitos do diagnóstico, que correspondem às categorias diagnósticas do CID-9, adicionou-se o dígito discriminador 0 para os diagnósticos de certeza e 1 para os diagnósticos interrogados no prontuário (por exemplo: 304?, que corresponde a dependência de drogas - interrogado, foi digitado na planilha como 3041). Foram registrados até 3 diagnósticos de entrada (E1; E2; E3) e de saída (S1; S2; S3), visto não ser este o limite máximo de diagnósticos tanto de entrada quanto de saída por internação pesquisada.

A partir da informatização do sistema de prontuários, a busca pelo diagnóstico de saída ficou dificultada, pois passou a não existir mais a folha de resumo de alta no prontuário, folha esta que era preenchida pelo médico na ocasião da alta do paciente, contendo diagnósticos de entrada e saída, data de admissão e alta, evolução resumida, tratamento utilizado e resposta ao mesmo, além de encaminhamentos sugeridos. Sem o resumo da alta, o diagnóstico obtido foi através da especificação do mesmo na folha de evolução do prontuário do paciente, sendo utilizado o código 9999 para as ocasiões em que as informações não eram especificadas. Nos prontuários dos pacientes internados pela 1ª vez em 1997 não se encontrou registro do diagnóstico de alta em 18 primeiras internações, totalizando 18 ‘S1’ preenchidos na planilha como 9999. Nas internações de 1ª vez do ano de 1996 foram preenchidos 7 códigos 9999 no campo ‘S1’ da planilha, e 2 códigos 9999 para cada um dos anos anteriores pesquisados (1994 e 1995), devido ao extravio da folha de resumo de alta ou evasão do paciente antes do mesmo ser diagnosticado.

Tempo de permanência na UHVR em dias: utilizou-se o intervalo em dias entre a data de internação e alta, incluindo estes dias na contagem. Desta forma, um paciente que

recebesse alta no mesmo dia de sua internação, por exemplo, era considerado como tendo 1(um) dia de permanência na UHVR.

Indicador de internação por mandado judicial: utilizou-se o próprio mandado judicial para caracterizar o encaminhamento jurídico, bem como a concordância por escrito da autoridade judicial para os casos de pacientes encaminhados pelos Conselhos Tutelares, institucionalizados em abrigos ou unidades sócio-educativas antes de sua internação na UHVR.

b) *Percebendo detalhes que fazem a diferença: o estudo das internações de alguns pacientes*

Procedeu-se à realização de tabulações básicas com finalidade descritiva. Este levantamento foi exclusivamente retrospectivo, pois a pesquisa de diagnóstico da clientela internada no momento da avaliação se mostrava prejudicada pela utilização maciça de psicofármacos no ato da internação, dificultando a coleta de dados do inquérito diagnóstico.

Os prontuários dos pacientes internados por mandado judicial foram analisados mais detalhadamente, através da descrição qualitativa destas internações, e de um Estudo de Caso de internação psiquiátrica de uma criança por mandado judicial.

c) *Da personalidade da colcha: a metodologia qualitativa*

Uma fase diversa e complementar da presente dissertação utilizou metodologia exclusivamente qualitativa. Realizaram-se entrevistas com representantes do poder judiciário, na tentativa de caracterizar as situações em que a internação é solicitada.

“A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais.” (Minayo,1996:57)

A modalidade de entrevista utilizada foi a entrevista aberta, com um ***roteiro mínimo*** que facilitasse a comunicação: *“Instrumento para orientar uma ‘conversa com finalidade’ que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação.”* (Minayo, 1996:99)

Realizou-se um grupo focal com a equipe de assistência do CPPII, objetivando colher aspectos da representação da mesma a respeito do adolescente que é internado através de mandado judicial. O pré-requisito para a participação no grupo foi haver trabalhado na enfermaria masculina da UHVR prestando assistência aos pacientes ali internados durante o período pesquisado (1994 a 1997).

“Entende-se Grupo Focal como uma determinada técnica de entrevista, direcionada a um grupo que é selecionado pelo pesquisador a partir de determinadas características identitárias, visando obter informações qualitativas” (Krueger *apud* Minayo et al., 1999:23).

Procedeu-se também a visitas a algumas instituições voltadas para o atendimento a crianças e adolescentes, registrando-se num *diário de campo* as observações da pesquisadora; tais observações foram enriquecidas por *conversas informais* com informantes-chave, sempre que possível. Entendemos *diário de campo* segundo esta definição:

“Desse caderno constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa” (Minayo, 1996:100).

Instituições visitadas

A UHVR, localizada no CPPII, bairro carioca do Engenho de Dentro. Como trabalhei por muitos anos nesta instituição, convidei uma psicóloga que não conhecia o local para uma visita, solicitando posteriormente sua narrativa. Tal procedimento visou reduzir a influência da familiaridade da autora com o hospital na descrição do mesmo;

O Instituto Padre Severino, localizado na Ilha do Governador (Rio de Janeiro);

As anotações resultantes das visitas realizadas foram utilizadas para a discussão final (conclusão da dissertação) e alguns de seus trechos entram nas discussões de casos clínicos, na tentativa de situar o leitor em relação à instituição de onde vem (ou onde está) a criança ou adolescente a quem nos referimos.

2.4 – Das dificuldades no método de se confeccionar a colcha:

A primeira etapa da pesquisa (o levantamento preliminar) se revelou, na prática, de elaboração extremamente difícil. Não há qualquer registro da forma com que se efetuou a internação, ou seja, se por mandado judicial ou através da família do paciente, o que provocou a necessidade de se fazer um censo das internações e não um estudo amostral, que seria mais rápido.

Apesar do período proposto no estudo ser recente, os registros relativos ao mesmo se encontravam dispersos em quatro arquivos distintos dentro do CPPII: o arquivo ativo da UHVR - que inclui os prontuários de menores de 18 anos em atendimento na Unidade, o arquivo de adultos, centralizado na Divisão de Documentação e Arquivo Médico do CPPII, o arquivo de prontuários com numeração antiga e o “arquivo morto”, na verdade contendo prontuários antigos e recentes, amarrados em pilhas dispersas (que não eram separadas por nenhum critério), dificultando a localização dos mesmos.

Em março e abril de 1997, a numeração dos prontuários foi modificada por substituição aleatória de números, sem que se preservasse a listagem antiga ou qualquer ordem de numeração (os novos números eram dados à medida em que o paciente comparecia ao ambulatório ou era internado, e a capa anterior era jogada fora), de forma que todos os registros de internação até esta data não puderam ser aproveitados para a localização dos prontuários, tornando necessária a digitação dos nomes de cada paciente internado até abril de 1997 para a obtenção do novo registro. Caso houvesse diferenças na grafia do nome o prontuário era considerado “perdido”, tornando necessária busca individual de cada prontuário nos arquivos. Por algumas vezes a busca de prontuários foi interrompida por problemas nos computadores (o que impossibilitava a digitação dos nomes dos pacientes) ou carência de funcionários nos arquivos.

Cerca de 30% dos prontuários antigos ainda estão com a numeração anterior, pois não houve atendimento daqueles pacientes em data subsequente à nova numeração. O arquivo de prontuários com numeração antiga era organizado segundo critérios que só o funcionário da seção de arquivos conhecia, e constantemente precisávamos de sua colaboração para localizar tais prontuários.

A informatização não resultou em melhoria da qualidade dos prontuários, mas sim no empobrecimento dos mesmos, pois deixou de constar a folha de resumo de alta, tornando extremamente lenta a coleta dos dados, pois fez-se necessária a leitura cuidadosa da íntegra dos mesmos em busca de dados antes obtidos na folha de resumo.

As fotocópias de trechos do prontuário só podiam ser feitas quando a única máquina "xerox" disponível para nosso uso estivesse sem defeito e sem outras prioridades 28

de uso. Não obstante a boa vontade do funcionário responsável, muitas vezes não foi possível obter tais reproduções, e em consequência disto, vários registros foram compilados manualmente.

Também encontramos dificuldades quanto à qualidade das informações registradas nos prontuários: muitas vezes estas se revelavam insuficientes para se reconstituir a história das internações das crianças ou adolescentes internados através de Mandado Judicial. Na tentativa de se obter a maior quantidade possível de dados recorreu-se aos livros de ocorrência do pronto-socorro psiquiátrico e da enfermaria masculina da UHVR, às anotações dos técnicos de enfermagem, aos relatórios do serviço social e aos Ofícios da Direção encaminhados aos Juizados.

As internações mais prolongadas caracterizavam-se por uma redução paulatina das informações sobre os pacientes. Eram comuns as anotações do tipo: “paciente de alta médica, aguardando apenas decisão judicial”; tais anotações se repetiam até o “desligamento”(por autorização judicial), ou até que o paciente apresentasse alguma intercorrência como, por exemplo, um episódio de agitação psicomotora;

Tal relato demonstra claramente as dificuldades da pesquisa de dados secundários no setor público. Não existe no CPPII um banco de dados com as características das internações recentes, e nem sequer uma listagem impressa dos pacientes matriculados no Centro, em ordem alfabética (apenas em ordem numérica crescente de prontuários novos).

O presente trabalho buscou também resgatar parte desta memória, ficando registrada a sugestão de se criar nas instituições públicas registros detalhados dos procedimentos, favorecendo futuras pesquisas.

2.5 – O alinhavo e a costura

A etapa final da minha *Colcha de Retalhos* constituiu-se da análise dos dados obtidos e da redação.

Capítulo 3 – BAÚ DE RETALHOS N.º 1 – Histórico da Legislação Voltada para Crianças e Adolescentes no Brasil

Este breve histórico abrange o período compreendido entre a promulgação do *Código de Menores* de 1927 e o momento atual. Busca-se apenas estabelecer uma cronologia que aponte as principais mudanças ocorridas até o surgimento do *Estatuto da Criança e do Adolescente* - o ECA, cujo estudo será detalhado ao final do capítulo por se tratar da legislação vigente no período pesquisado.

As fontes de pesquisa utilizadas neste capítulo são: o livro *A Arte de Governar Crianças - História das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência à Infância no Brasil* (Pilotti e Rizzini, 1995), o *Código de Menores* (Minguzzi, 1973:1224-1246), e o *Estatuto da Criança e do Adolescente* (Ministério da Saúde, 1991), incluindo os Estatutos comentados *Brasil Criança Urgente* e *Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado - comentários jurídicos e sociais*. A etapa histórica analisada nesta fase da pesquisa inicia-se com o advento do *Código de Menores* de 1927 e a criação do *Serviço de Assistência aos Menores*, o SAM, em 1941.

O *Código de Menores*, redigido por Mello Mattos, foi aprovado em 1927, após intensos debates que reuniam figuras proeminentes, à época, nos meios políticos, jurídicos, legislativos e assistenciais. Tal código foi elaborado com extrema minúcia, e continha 231 artigos. Destacava-se, dentre os dispositivos apresentados, uma detalhada descrição das atribuições da *autoridade competente - o Juiz de Menores*. Sob sua esfera de ação encontram-se os “*Infantes com menos de 2 anos de idade, criados fora das casas dos pais*”, os menores nos “*asylos dos expostos*”, as nutrizes de aluguel, as residências, as escolas, as vias públicas, os estabelecimentos de recolhimento e internação de menores, as oficinas, as indústrias, etc.

A vigilância da autoridade pública se dá através da Inspetoria de “*Hygiene Infantil*” e do “*Laboratório de Biologia Infantil*”, este criado na década de 20 sob a égide da medicina higienista e composto também por outros trabalhadores sociais, propiciando à instância jurídica elementos para definir o conteúdo psíquico-social da *irregularidade*, artifício jurídico que transformou a criança pobre em “*menor carente*” ou “*menor infrator*”.

“Em que pesem tais artificios, o problema da assistência permanecia por ser equacionado, na medida em que o Código de Menores, ao definir a irregularidade de maneira abrangente, fazia com

que a rede de atendimento tivesse por objetivo abarcar todos os efeitos da pobreza, subsumindo funções de abrigo, casa, escola, hospital e prisão” (Faleiros, apud Rizzini, 1995:215).

Eram também da competência do Juizado de Menores a suspensão do Pátrio Poder e as ações dirigidas aos menores abandonados, delinqüentes, “*pervertidos*” ou que estivessem em “*perigo de o ser*”.

Merecem destaque dois capítulos do *Código de Menores*, por conterem alusões aos aspectos psiquiátricos envolvidos nos processos judiciais. São eles:

Capítulo VII - Dos Menores Delinqüentes - onde ao 1º parágrafo dos Artigos 68 e 69 lê-se: “Se o menor sofrer de qualquer forma de alienação ou deficiência mental, for epiléptico, surdo-mudo, cego ou por seu estado de saúde precisar de cuidados especiais, a autoridade ordenará seja submetido ao tratamento apropriado.”

Parte Especial - Disposições Referentes ao Distrito Federal - Capítulo I - Do Juízo Privativo dos Menores Abandonados e Delinqüentes – onde no Artigo 150 dispõe-se que: “No juízo privativo de menores haverá mais o seguinte pessoal:

- *um curador que acumulará as funções de promotor;*
- *um médico-psiquiatra;*
- *um advogado;*
- *um escrivão;*
- *quatro escreventes juramentados;*
- *10 comissários de vigilância;*
- *quatro oficiais de justiça;*
- *um porteiro.”*

Neste mesmo capítulo, encontramos no Artigo 150: *“Ao médico-psiquiatra incumbe:*

- I. *proceder a todos os exames médicos e observações dos menores levados a juízo, e aos que o juiz determinar;*

- II. *fazer às pessoas das famílias dos menores as visitas médicas necessárias para as investigações dos antecedentes hereditários e pessoais destes;*
- III. *desempenhar o serviço médico do 'Abrigo' anexo ao Juízo de Menores." (Código de Menores, apud Minguzzi, 1973:1239 Grafado como no original).*

Cabe assinalar que as nomeações do juiz, do curador, do médico (psiquiatra) e do advogado eram de atribuição do Presidente da República (Art.154).

Segundo Costa, a partir de 1926, os psiquiatras começam a divulgar novas concepções de prevenção:

"...Eles pretendiam tornar a prevenção psiquiátrica similar à prevenção em Medicina orgânica. A ação terapêutica deveria exercer-se no período pré-patogênico, antes do aparecimento dos sinais clínicos. Esta concepção leva-os a dedicar um maior interesse à saúde mental."
(Costa, 1989:79).

Ao final da década de 30, intensificam-se as ações do Laboratório de Biologia Infantil. Os exames físico, mental e social que eram realizados tinham o objetivo de investigar as *"causas que levam a criança ao vício e ao crime, apurando a influência do meio e das taras hereditárias"* (Lima apud Rizzini, 1995:265).

Os diagnósticos realizados à época (década de 30) incluem um número crescente de termos psiquiátricos em relação à década anterior, pois a divulgação e prestígio da psiquiatria crescem com a influência exercida pela *Liga Brasileira de Hygiene Mental*, legitimando, *"... cientificamente, uma prática de exclusão e discriminação"* (Rizzini, 1995: 266).

Segundo Rizzini (1995:136), *"As transformações que sobrevirão, instalado o governo Vargas nos anos 30, incidirão diretamente sobre a questão da infância e da adolescência, como parte importante do projeto de reformulação do papel do Estado."*

Observa-se, no Artigo 127 do texto constitucional de 1937, uma mudança da conotação jurídica na descrição do problema dos menores para uma caracterização de cunho social da infância e adolescência:

“a infância e a juventude devem ser objeto de cuidados e garantias especiais por parte do Estado, que tomará todas as medidas destinadas a assegurar-lhes condições físicas e morais de vida sã e de harmonioso desenvolvimento de suas faculdades. O abandono moral, intelectual e físico da infância e da juventude importará falta grave dos responsáveis por sua guarda e educação, e cria ao Estado o dever de provê-las de conforto e dos cuidados indispensáveis à sua preservação física e moral. Aos pais miseráveis assiste o direito de invocar auxílio e proteção do Estado para a subsistência e educação da sua prole.” (Constituição de 1937 *apud* Rizzini, 1995:136).

Um lugar de destaque para a Assistência Social começa a se configurar, e a partir de 1936 são fundadas escolas de Serviço Social no país.

No início da década de 40, em pleno Estado Novo, é nítida a política de Estado voltada ao menor e à criança, então duas categorias indiscutivelmente separadas e específicas.

Cria-se, através do Decreto-lei nº 3.799 de 05/11/41, o *Serviço de Assistência aos Menores* (SAM), cuja finalidade é:

“a) sistematizar e orientar os serviços de assistência a menores desvalidos e delinqüentes, internados em estabelecimentos oficiais e particulares;

b) proceder à investigação social e ao exame médico-psico-pedagógico dos menores desvalidos e delinqüentes;

c) abrigar os menores a disposição do Juízo de Menores do Distrito Federal;

d) recolher os menores em estabelecimentos adequados, afim de ministrar-lhes educação, instrução e tratamento sômato-psíquico;

e) estudar as causas do abandono e da delinqüência infantil para a orientação dos poderes públicos;

f) promover a publicação periódica dos resultados de pesquisas, estudos e estatísticas.” (Decreto-lei nº 3.799 de 05/11/41 *apud* Rizzini, 1995:277) .

No ano seguinte (1942), cria-se a *Legião Brasileira de Assistência - a LBA*, voltada para a Assistência Social às famílias dos brasileiros convocados na guerra, mas estendendo seu amparo aos mais diversos objetivos, como a melhoria do nível de vida dos trabalhadores, a educação popular, a saúde do “*povo brasileiro*” e o “*reajustamento das pessoas, moral ou economicamente desajustadas*” (Estatuto da LBA, *apud* Rizzini, 1995: 138).

Neste mesmo ano de 1942 é inaugurado o *Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil, o HNPI*, posteriormente chamado *Unidade Hospitalar Vicente Rezende* em homenagem ao psiquiatra que dedicou-se integralmente ao *HNPI*. Um breve histórico desta Unidade será apresentado no próximo capítulo.

A partir desse esboço aqui descrito, procederemos a uma análise da Legislação voltada para a infância e adolescência na década de 90, época da implantação do *Estatuto da Criança e do Adolescente* e dos *Conselhos Tutelares*, iniciando com um quadro comparativo entre as legislações anteriores e o ECA.

Este quadro comparativo foi obtido a partir do *Quadro Sinóptico Comparativo Entre as Leis 6.697/79* (Código de Menores de 1979) , *4.513/64* (Política Nacional de Bem-Estar do Menor) e o *Estatuto da Criança e do Adolescente*, quadro este organizado pelo livro *Brasil Criança Urgente - O Novo Direito da Criança e do Adolescente* (Costa *et al.*, 1989), acrescido da inclusão, feita pela autora da presente dissertação, do *Código de Menores* de 1927 (Mello Mattos *apud* Minguzzi, 1973).

O Código de Mello Mattos foi incluído por sua detalhada elaboração e pelo fato dos códigos que o sucederam, à exceção do *Estatuto da Criança e do Adolescente*, trazerem poucas modificações quanto ao conteúdo.

O lançamento do *Estatuto da Criança e do Adolescente*, em 1990, marca portanto uma ruptura com a tradição “*menorista*” dos códigos anteriores. Esse processo não se dá sem que uma importante tensão surja no cenário jurídico social, e o próprio termo “*menor*”, abolido do ECA pela conotação estigmatizante que recebeu ao longo de décadas, continua sendo empregado pela imprensa em 1999, nove anos após a promulgação do Estatuto.

Aspecto Considerado	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Mello Mattos (1927) • Código de Menores (6.697/79) • Lei 4.513/64 	Estatuto da Criança e do Adolescente
<i>1. Base doutrinária</i>	Direito tutelar do menor. Os menores eram objeto de medidas judiciais quando se encontravam em situação irregular, assim definida legalmente.	<i>Proteção integral: a lei assegura direitos a todas as crianças e adolescentes sem discriminação de qualquer tipo.</i>
<i>2. A concepção político-social implícita</i>	Tratava-se de um instrumento de controle social da infância e adolescência, que eram sujeitas às omissões e transgressões da família, da sociedade e do Estado em seus direitos básicos.	<i>Trata-se de um instrumento de desenvolvimento social voltado para o conjunto da população e juventude do País, garantindo PROTEÇÃO ESPECIAL àquele segmento, considerado pessoal e socialmente mais sensível.</i>
<i>3. Visão da criança e do adolescente</i>	Menor em situação irregular: objeto de medidas judiciais.	<i>Sujeito de direitos Condição peculiar de pessoa em desenvolvimento</i>
<i>4. Posição do magistrado</i>	Os códigos não exigiam fundamentação das decisões relativas à apreensão e confinamento de menores, utilizando critérios exclusivamente subjetivo.	<i>Garante à criança e ao adolescente o direito a ampla defesa, com todos os recursos a ela inerentes. Limita os poderes, antes absolutos, do juiz.</i>

<p>Aspecto Considerado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Mello Mattos (1927) • Código de Menores (6.697/79) • Lei 4.513/64 	<p>Estatuto da Criança e do Adolescente</p>
<p>5. <i>Em relação à apreensão</i></p>	<p>A prisão cautelar era preconizada nesses códigos, o que, à época da elaboração do ECA, já constituía uma medida antijurídica</p>	<p><i>Restringe a apreensão a apenas dois casos</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>flagrante delito de infração penal</i> 2. <i>ordem expressa e fundamentada do juiz</i>
<p>6. <i>Objetivo</i></p>	<p>Dispor sobre a assistência a menores entre zero e dezoito anos, que se encontrem em situação irregular, e entre 18 e 21 anos, nos casos previstos em lei através da aplicação de medidas preventivas</p>	<p><i>Garantia dos direitos pessoais e sociais, através da criação de oportunidades e facilidades a fim de favorecer o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade</i></p>
<p>7. <i>Efetivação em termos de política social</i></p>	<p>As medidas previstas restringiam-se ao âmbito:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) da Política Nacional de Bem-Estar do Menor (Funabem e congêneres) b) Segurança Pública c) Justiça de Menores 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>políticas sociais básicas;</i> • <i>políticas assistenciais (em caráter supletivo)</i> • <i>serviços de proteção e defesa das crianças e adolescentes vitimizados</i> • <i>proteção jurídico-social</i>

Aspecto Considerado	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Mello Mattos (1927) • Código de Menores (6.697/79) • Lei 4.513/64 	Estatuto da Criança e do Adolescente
8. <i>Princípios estruturadores da política de atendimento</i>	Políticas sociais compensatórias (assistencialismo) e centralizadas	<ul style="list-style-type: none"> • <i>municipalização das ações</i> • <i>participação da comunidade organizada na formulação das políticas e no controle das ações</i>
9. <i>Direito de defesa</i>	Considerava o menor acusado de infração penal como prescindindo de advogado de defesa, já que tal função seria exercida pelo curador de menores (promotor público)	<i>Garante ao adolescente, a quem se atribua autoria de infração penal, defesa técnica por profissional habilitado (advogado)</i>
10. <i>Mecanismos de participação</i>	Não abria espaços à participação de outros atores que limitassem os poderes da autoridade policial judiciária e administrativa	<i>Prevê instâncias colegiadas de participação (Conselhos paritários Estado-sociedade) nos níveis federal, estadual e municipal</i>
11. <i>Vulnerabilidade sócio-econômica</i>	Os menores carentes, abandonados e infratores deviam passar todos pelas mãos do juiz	<i>Os casos de situação de risco pessoal e social são atendidos por uma instância sócio-educacional colegiada: o Conselho Tutelar</i>

<p>Aspecto Considerado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Mello Mattos (1927) • Código de Menores (6.697/79) • Lei 4.513/64 	<p>Estatuto da Criança e do Adolescente</p>
<p><i>12. Infração</i></p>	<p>Os casos de infração penal implicavam, sob o eufemismo de procurar atender “ao melhor interesse” da criança e do jovem, na invariável reclusão dos mesmos</p> <p>O dispositivo utilizado era o da institucionalização ampla , aplicada até mesmo nos casos de infrações que não resultassem em ameaça à pessoa.</p>	<p><i>Os casos de infração que não impliquem grave ameaça à pessoa podem ser beneficiados por remissão (perdão), como forma de exclusão ou suspensão do processo</i></p>
<p><i>13. Internamento</i></p>	<p>Medida aplicável a crianças e adolescentes por pobreza (manifesta incapacidade dos pais para mantê-los), sem tempo e condições determinados</p>	<p><i>Medida só aplicável a adolescentes autores de ato infracional grave, obedecidos os princípios de:</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>brevidade,</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>excepcionalidade</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>e respeito à sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento</i></p>

Aspecto Considerado	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Mello Mattos (1927) • Código de Menores (6.697/79) • Lei 4.513/64 	Estatuto da Criança e do Adolescente
<i>14. Caráter social</i>	<p>Penalizava a pobreza através de mecanismos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) cassação do pátrio poder b) imposição da medida de internamento a crianças e adolescentes pobres 	<i>A falta ou insuficiência de recursos deixa de ser motivo para perda ou suspensão do pátrio poder. Através do Conselho Tutelar, desjudicializa os casos exclusivamente sociais</i>
<i>15. Crimes e infrações cometidos contra crianças e adolescentes</i>	<p>Código de Mello Mattos - penalizava tais crimes através da sanção penal ao adulto infrator e do internamento da criança ou adolescente vitimados.</p> <p>Os demais códigos eram omissos a esse respeito</p>	<i>Pune o abuso do pátrio poder, das autoridades e responsáveis pelas crianças e jovens.</i>
<i>16. Fiscalização do cumprimento da lei</i>	Não havia fiscalização do Judiciário por nenhuma instância, governamental ou não.	<i>Prevê participação ativa da comunidade e, através dos mecanismos de defesa e proteção dos interesses difusos e coletivos, pode levar as autoridades omissas ou transgressoras ao banco dos réus</i>
<i>17. Internamento provisório</i>	Era medida das mais corriqueiras	<i>Só prevê internamento provisório em caso de crime cometido com grave ameaça ou violência à pessoa</i>

Aspecto Considerado	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Mello Mattos (1927) • Código de Menores (6.697/79) • Lei 4.513/64 	Estatuto da Criança e do Adolescente
<i>18. Política Nacional do Bem-Estar do Menor (PNBEM)</i>	O Código de 1979 e a Lei de 1964 tinham como retaguarda dos juízes a Funabem e suas congêneres estaduais - Febem(s)*	<i>O Estatuto prevê a extinção da Funabem e a criação do Conselho e de uma Coordenação Técnica</i>
<i>19. Funcionamento da Política</i>	Traçada pela Funabem e executada pelas Febem(s) e congêneres com apoio técnico e financeiro do órgão nacional	<i>Ao órgão nacional caberá apenas a função de traçar as normas gerais e coordenar a política no âmbito nacional</i>
<i>20. Estrutura</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Funabem • Febem(s) • Justiça de Menores • Segurança Pública Programas municipais e comunitários	<i>Conselhos paritários, fundos e coordenações técnicas em todos os níveis:</i> <ul style="list-style-type: none"> - União, Estado e Município
<i>21. Elaboração</i>	Elaborados por um seletivo grupo de juristas	<i>Elaborado pelo movimento social em favor da criança e do adolescente, articulado pelo Fórum DCA (Fórum Nacional permanente de entidades não-governamentais de Defesa da Criança e do Adolescente), com apoio técnico-judiciário dos ministérios públicos, de juristas de magistratura e da Funabem</i>

* Nos itens 18-20, as células não incluem o Código de Menores de 1927.

➤ *Alguns comentários sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.*

Como foi demonstrado pelo quadro comparativo apresentado, são inegáveis os avanços propostos pelo ECA em relação aos Códigos de Menores que o precederam.

No campo da Saúde Mental é realizada, atualmente, uma ampla discussão a respeito da internação psiquiátrica, dada a constatação de que outras práticas menos excludentes podem, em grande número de casos, atingir os mesmos objetivos técnicos quanto à doença (ou seja, remissão total ou parcial do surto) além de proporcionarem maiores chances de manutenção dos vínculos com a família e a comunidade, resultando em menos cronificação e mais autonomia da pessoa em tratamento.

Esta discussão extrapola as formulações explícitas dos Artigos do ECA que se referem, especificamente, ao campo da Saúde Mental (dado o grau de generalidade da formulação deste item em ambos os códigos), e podemos observar tal fato quando comparamos o 1º parágrafo do Capítulo VII do Código de Menores (1927), com o 3º parágrafo do Capítulo IV - Seção I - Disposições Gerais - do Estatuto da Criança e do Adolescente:

<i>Código de Menores (1927), Capítulo VII Dos Menores Delinqüentes</i>	<i>ECA (1990), Capítulo IV Das Medidas Sócio-Educativas</i>
<i>§ 1.º Se o menor sofrer de qualquer forma de alienação ou deficiência mental, for epiléptico, surdo-mudo, cego ou por seu estado de saúde precisar de cuidados especiais, a autoridade ordenará seja ele submetido ao tratamento apropriado.</i>	<i>§ 3.º Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições.</i>

Não percebemos diferenças no que tange aos cuidados que se pretende assegurar aos adolescentes portadores de doença mental. **O aspecto da não-internação psiquiátrica** poderia ser incorporado ao ECA como uma diretriz a ser seguida, pois: no Artigo 100 do ECA, que versa sobre as Medidas de Proteção, encontramos:

“Na aplicação das medidas levar-se-ão em conta as necessidades pedagógicas, preferindo aquelas que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.”

Podemos verificar, entretanto, que no que concerne à Saúde Mental, as medidas que levam à internação psiquiátrica de crianças e adolescentes acabam por provocar um enfraquecimento dos vínculos familiares e comunitários pelo processo de estigmatização e exclusão característicos das instituições totais como os hospitais psiquiátricos.

Passetti *et al.* (1995), no livro intitulado *Violentados – Crianças, Adolescentes e Justiça* relatam que, mesmo quando há uma equipe interprofissional (formada por psicólogos, assistentes sociais, pedagogos e médicos) assessorando o juiz através de relatórios técnicos, não está assegurada uma avaliação “neutra” a respeito do adolescente acusado de ato infracional.

“Dentre as medidas sócio educativas mais comuns sugeridas pelos técnicos estão a internação, a liberdade assistida, o tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico e a semiliberdade. No entanto, mesmo os relatórios que não prescrevem explicitamente a adoção de qualquer medida, instrumentalizam a decisão do juiz para a internação, através de pistas evidentes e intencionais que culpabilizam, sob qualquer pretexto, o chamado infrator.” (Passetti et al., 1995:110)

Tal fato está em desacordo com o próprio ECA, que prevê:

“Art. 151. Compete à equipe interprofissional, dentre outras atribuições que lhe forem reservadas pela legislação local, fornecer subsídios por escrito, mediante laudos, ou verbalmente, na audiência, e assim desenvolver trabalhos de aconselhamento, orientação, encaminhamento, prevenção e outros, tudo sob a subordinação à autoridade judiciária, assegurada a livre manifestação do ponto de vista técnico.” (ECA apud Cury et al., 1992)

Capítulo 4 – BAÚ DE RETALHOS N.º 2 – Breve Histórico da Unidade Hospitalar Vicente Rezende – a UHVR

4.1 – Primórdios

Segundo Schechtman (1981), a partir de 1919, já se observam preocupações claras quanto à intervenção preventiva junto à criança e à família. Em 1919, Gustavo Riedel, então diretor da Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, cria o Ambulatório Rivadávia Correa com o objetivo de desenvolver uma ação institucional no campo da psiquiatria preventiva. O ambulatório oferecia os serviços de uma série de especialidades médicas “...com o intuito de não despertar o temor que provavelmente um ambulatório exclusivamente psiquiátrico causaria a população.” (Schechtman, 1981:11).

Já havia, entretanto, um lugar específico para um saber que se constituía: a neuropsiquiatria infantil, especialidade exercida na época pelo Dr. Gustavo de Rezende, no Serviço de Pediatria do Ambulatório Rivadávia Correa.

“O Dr. Gustavo de Rezende, meu mestre, amigo e pai, era adepto ardoroso da psicoterapia e da Orientação Familiar. Foi, a meu ver, pelos dados colhidos na época em que viveu e pelo que minha memória conserva, um dos pioneiros da neuropsiquiatria infantil no nosso meio. Entre seus trabalhos científicos destaco o que publicou nos Anais da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro em 1930 – Alcoolismo Infantil.” (Rezende, s/d:91)

Em 1932, sob os auspícios da Liga Brasileira de Higiene Mental, inaugura-se a “Clínica da Eufrenia ...destinada a prevenir as doenças nervosas da infância, corrigir as reações psíquicas anormais e sublimar o caráter da juventude” (Arquivos Brasileiros de Higiene Mental *apud* Schechtman, 1981:38).

Em 1934, esta clínica passa a funcionar no Engenho de Dentro, no Ambulatório Rivadávia Correa, até seu fechamento em 1939.

Posteriormente, surge no local uma escola-hospital, em consonância com os preceitos da época:

*“...a Escola-Hospital é o melhor meio de realizar a profilaxia de todos os males físicos e morais que ameaçam a criança e, não raro, infeccionam o homem” (Clark, *apud* Schechtman, 1981:48).*

4.2 – Inauguração

Na década de 40, consolida-se o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, o HNPI, que dará origem à atual UHVR.

“A criação de um hospital infantil, no Engenho de Dentro, só irá acontecer a partir da transferência de crianças e de adolescentes do Pavilhão Bourneville da Praia Vermelha, em 1942, para a Colônia do Engenho de Dentro, quando será inaugurado o Hospital de Neuropsiquiatria do Engenho de Dentro.” (Magalhães, 1998:22)

Este hospital, inaugurado em 10 de outubro de 1942, era composto por:

I- Enfermaria Ana Nery - onde se internavam encefalopatas, oligofrênicos profundos, prova viva das teorias de degenerescência que ainda impregnavam o saber psiquiátrico.

II- Enfermarias Bourneville (masculina) e Fernandes Figueira (feminina), voltadas para pacientes portadores de várias condições psiquiátricas, além de desviantes sociais encaminhados através de órgãos como o extinto SAM - Serviço de Assistência ao Menor. Muitos destes pacientes tornaram-se crônicos e alguns ainda permanecem no CPPII e em outras unidades de adultos (Colônia Juliano Moreira, por exemplo).

4.3 Década de 50 – Os Anos Dourados da Proposta Médico-Pedagógica

“Na década de 50, verifica-se um grande investimento na U.H.N.P.I. Um dos destaques são os trabalhos realizados pela equipe de serviço social, que apontam para a mudança de alguns conceitos dentro da psiquiatria infantil.

Encontra-se uma valorização em direção à abordagem integrada dos setores médico-psicológico, pedagógico e social, justificada pela complexidade do trabalho em questão, que neste período apresenta uma grande preocupação em torno do conceito de adaptação social.

Porém tal prática nem sempre se faz presente. Verifica-se o surgimento de uma série de dificuldades, devido às diversas formações de cada especialista. Por outro lado, é justamente a cooperação dos três tipos de técnicos em trabalho de equipe que caracteriza e marca a

psiquiatria infantil, constituindo-se numa grande especificidade deste campo.” (Magalhães, 1998:32-33).

Em 1957, a Escola-hospital passa a ocupar um espaço próprio, externo à área do HNPI, recebendo o nome de Escola Basílio de Magalhães.

“Tal iniciativa teve o patrocínio das Pioneiras Sociais. A Escola apresenta como objetivos: promover o ajuste emocional, desenvolver as faculdades mentais e cuidar da educação senso-motora.” (Magalhães,1998:33-34)

4.4 – Década de 60 – A Adolescência do (no) Hospital

A década de 60 foi marcada pela criação de uma Seção de Adolescentes, em tese separando-a, pela primeira vez, do restante do Hospital.

Em 1963 há um retrocesso em relação à Escola Basílio de Magalhães que volta a ocupar o espaço hospitalar, cujas instalações eram inadequadas à proposta psicopedagógica. O ambiente hospitalar aumentava também as resistências, por parte das crianças, em freqüentar a Escola, chegando a haver redução da clientela assistida. A Escola passa a fazer parte do Setor de Terapia Ocupacional e a este conjunto se dá o nome de Seção de Psicopedagogia Terapêutica.

Em 1967 é criado o Pavilhão de Adolescentes, com 40 leitos para o sexo masculino e 40 para o feminino. Tal Pavilhão era destinado aos casos considerados agudos. Os crônicos eram transferidos para a Colônia Juliano Moreira. Também no ano de 1967, pelo Decreto n. 60.252, de 21.2.1967, foi criada a Campanha Nacional de Saúde Mental. O decreto citado acima regulamentava o atendimento a crianças e adolescentes nas seguintes bases:

“- Atendimento de casos psiquiátricos infantis (crianças até 12 anos), e de adolescentes (Jovens de 12 a 18 anos), mediante primeiro atendimento e triagem, bem como internação e emprego de todas as terapêuticas adequadas, nos casos que apresentem condições ou possibilidades de recuperação;

- Asilamento hospitalar de casos psiquiátricos infantis e de adolescentes, utilizando recursos de pedagogia, ludo e laborterapia e outros, para pacientes com situações congênitas ou adquiridas imperfectíveis, ou para os que, nos outros casos, esgotadas as tentativas

terapêuticas feitas nos hospitais de tratamento, se tornem, em consequência, crônicos, recidivantes ou residuais.” (Magalhães, 1998:36)

As décadas de 50 e 60 se caracterizam por avanços nas terapêuticas em psiquiatria. O advento dos neurolépticos conduz a modificações importantes na evolução das patologias, principalmente as de natureza psicótica, mas acena também para uma nova etapa onde as drogas “autorizadas” possibilitam controle sobre aspectos antes intangíveis do sujeito. Logo surgem, no crescente arsenal terapêutico, medicações “socializantes”, segundo definição que consta do *Dicionário de Especialidades Farmacêuticas* (1999), com promessas de atuação sobre os distúrbios de conduta, por exemplo.

A Psicoterapia Institucional, adaptando conhecimentos psicanalíticos à prática pública, também transforma o hospital.

No CPPII há uma iniciativa precursora de mudanças no sentido da humanização do tratamento psiquiátrico. Trata-se da abordagem ousada e paradigmática desenvolvida por Nise da Silveira na tentativa de compreensão do mundo interno do psicótico, através de sua expressão plástica criativa, quase duas décadas antes da sistematização do saber da antipsiquiatria:

“Era surpreendente verificar a existência de uma pulsão configuradora de imagens sobrevivendo mesmo quando a personalidade estava desagregada.” (Silveira, 1982:13)

O HNPI (atual UHVR) se beneficia, nesta época, destes aspectos inovadores e conta desde cedo com a parceria da Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação, posteriormente transformada no Museu de Imagens do Inconsciente. Embora tais marcos possibilitem profundas mudanças, o espaço asilar ainda é tipicamente um lugar de exclusão.

4.5 – Década de 70 – Chegam os “Invencíveis” da Colônia Juliano Moreira

Na década de 70, o Hospital se depara com uma nova adversidade: com o fechamento do Pavilhão Adib Jabour, na Colônia Juliano Moreira, há uma transferência maciça de adolescentes para o HNPI, como vemos em alguns relatos.

“Destinado a menores de 13 anos, portadores de distúrbios mentais, passou a contar, desde 1974, com uma nova clientela: os adolescentes oriundos da Colônia Juliano Moreira quando então foi fechado o Pavilhão Adib Jabour, que os acolhia. Assim, viu-se o H.N.P.I. na contingência de se adaptar à nova situação, com acréscimo repentino o número de pacientes e clientela diversa daquela para a qual havia sido criado.” (Moraes, s/d:31)

Cabe ressaltar que muitos desses adolescentes oriundos da Colônia Juliano Moreira (CJM) foram as mesmas crianças que anteriormente haviam sido transferidas da FUNABEM para a CJM, num acordo firmado entre estas duas instituições na década de 60, possivelmente no ano de 1966. As transferências da FUNABEM para a CJM eram feitas de forma “direta”, sem exame psiquiátrico de admissão àquele asilo, constando nos registros de entrada na CJM apenas a frase: “*Internado pelo convênio*”. Para uma discussão mais ampla deste tema, consultar Lima (1993).

“A UHNPI teve sua população repleta de adolescentes, num convívio conflituoso com as crianças aqui internadas. A estrutura dos pátios mudou: de pátio masculino e pátio feminino para pátio de crianças e pátio de adolescentes. Os pacientes crônicos foram colocados no pátio das crianças como medida de proteção. No pátio, os adolescentes ociosos se entregavam à completa liberdade sexual.” (Parames, 1987:21)

Os adolescentes internados na CJM pela FUNABEM e posteriormente transferidos para a UHNPI podem ter sido os “precursores” dos atuais *invencíveis impacientes*, pois segundo a pesquisa de Lima já citada neste capítulo os diagnósticos que lhes eram atribuídos durante a internação se referiam, principalmente, ao espectro dos distúrbios de comportamento e não ao das psicoses.

O ambulatório herda do passado higienista programas de prevenção e detecção precoce de psicopatologias em alunos de escolas municipais situadas na área de atuação do Hospital, através de convênios com o DEC – Órgão administrativo da Secretaria Municipal de Educação para a divisão de áreas programáticas da Educação. Até a década de 90, época de realização do presente trabalho, são freqüentes os pedidos de avaliação especializada (fonoaudiológica, neurológica, psicopedagógica, psicológica e psiquiátrica), visando, por parte da escola que encaminha a criança, ao tratamento do “distúrbio de aprendizado”, queixa muito freqüente em nosso meio. Sobre esse assunto, sugerimos consultar “*A Medida de Cada Um – uma relação possível entre o processo psicodiagnóstico e a dificuldade de aprendizagem, mediada pela psicanálise*”, dissertação de Mestrado de Maria Esther Delgado Leite (1998).

4.6 – Os Anos 80 e a Reforma Psiquiátrica

A década de 80 é marcada, no Brasil, pelo movimento de reforma psiquiátrica, iniciado em fins da década de 70, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (Amarante, 1995:92). Esforços são feitos no sentido de coibir técnicas punitivas. Em várias Instituições Públicas eliminam-se os quartos-fortes. A internação é repensada. Criam-se alternativas que, embora insuficientes em número e abrangência, permitem opções mais humanitárias de tratamento, como os hospitais-dia, as pensões protegidas, etc.

O CPPII está presente como vanguarda deste movimento. A UHVR investe em recursos como o “Clube de Adolescentes” e a “Associação de Pais e Amigos da UHVR”, além da proposta de ativação do Hospital-Dia / Núcleo de Adolescentes do Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, em 1983; a Proposta de Curso de Psicomotricidade, em 1984; o Projeto “*Devolvendo as Cores*”, também em 1984.

Os anos seguintes são marcados por profundas mudanças políticas no CPPII e na UHVR; projetos iniciados eram interrompidos a cada mudança de direção. O antigo Hospital de Neuropsiquiatria Infantil mostra sinais de envelhecimento. A reforma que seria executada no prédio impõe a mudança da Unidade para o antigo Pavilhão de Adolescentes (Pavilhão Nobre de Melo) que até então nunca fora de fato utilizado. A transferência para um espaço exíguo provoca a diminuição do número de leitos, e pacientes crônicos portadores de enfermidades neurológicas são então distribuídos basicamente em duas Unidades: a Unidade Médico-Cirúrgica (pacientes acamados, dependentes de cuidados de enfermagem de forma continuada) e Unidade Hospitalar Prof. Aduino Botelho (adultos 48

sem laços familiares e com menor grau de dependência a cuidados de terceiros). Um triste aspecto do descaso quanto ao setor público é que a tão propalada reforma do antigo prédio sede do HNPI não se concretizou até hoje, estando o local em franco processo de deterioração.

O ambulatório se constitui em espaço mais dinâmico de investimento profissional, mas a enfermaria pouco se beneficiou das mudanças. Preocupados com estas questões, os profissionais da unidade passam a integrar equipes multidisciplinares. Os diversos saberes implicam em diferentes olhares sobre o adolescente, compensando algumas lacunas de formação do profissional na área infanto-juvenil.

Logo surge, porém, novo período de intervenção política no CPPII, com o desmantelamento de vários setores e o recrudescimento da psiquiatria clássica, centrada no poder médico. A unidade é também atingida por esta mudança, sofrendo um retrocesso significativo.

4.7 – A “Década do Cérebro” e a UHVR

Os anos 90 chegam com novidades no campo da psicofarmacologia, da neurologia e da psiquiatria. Há um investimento crescente no estudo dos aspectos biológicos das enfermidades psiquiátricas. A unidade, porém, não acompanha esta tendência. Em parte, isto se justifica eticamente (Figueiredo & Silva Filho, 1996). Testagens de novos fármacos são desaconselhadas na faixa etária atendida pela UHVR. Por outro lado, o afastamento da psiquiatria das outras especialidades médicas, dificulta a utilização de recursos tecnológicos necessários à investigação de patologias neurológicas que se apresentem inicialmente com sintomatologia psiquiátrica. Tal situação assume contornos trágicos quando, por exemplo, um paciente com tumoração cerebral é internado indevidamente na unidade.

O Pronto-socorro Psiquiátrico (PSP), que efetua as internações da UHVR, é um Serviço que mantém características quase “imutáveis” como: a pressão dos atendimentos intermediados por policiais e bombeiros, a exposição dos seus (poucos) profissionais às condições agudas de sofrimento e miséria humana, o grande número de pessoas que, graças à “eterna” crise do setor de Saúde, acorrem ao PSP com demandas diversas dos propósitos deste serviço, etc. Tais características de “Infantaria de Hospital Psiquiátrico” resulta em avaliações por vezes inadequadas, habitualmente precipitadas, e que se tornam prejudiciais ao paciente. O Mandado Judicial acaba servindo como “álibi” bastante e

suficiente para que uma criança ou um adolescente sejam internados de forma compulsória.

Quanto às políticas administrativas, a década de 90 se inicia com a retomada de alguns projetos interrompidos anteriormente. Congressos Internos são realizados, o primeiro no final do ano de 1989 e o segundo em 1992. Há nesta época participação democrática na escolha das direções e chefias das Unidades e Programas.

Como fruto das discussões sobre a assistência, novas propostas e programas de atendimento surgem no CPPII, destacando-se, em relação aos serviços dirigidos à população infantil, o Programa de Atenção à Criança Autista e Psicótica - PAICAP -, subdividido na Escola Ulisses Pernambucano, em parceria com o Município, e a Casa Cor, projeto de assistência interdisciplinar.

Mas... E a UHVR?

Em 1995, o fechamento do hospital da Fundação Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência – FCBIA – em Quintino, determina um aumento de encaminhamentos feitos pelos Juizados da Infância e Juventude, de crianças e adolescentes abandonados e/ou infratores, que passam a integrar uma parcela expressiva dos pacientes internados na unidade, como pode ser constatado na seção "Resultados" da presente dissertação.

Alguns profissionais oriundos do extinto Hospital da FCBIA passam a integrar as equipes da UHVR, e inauguram o NUT (Núcleo Terapêutico) um *Serviço de Atenção Diária* voltado ao atendimento de adolescentes com dependência química, atualmente (1999) restrito ao acompanhamento ambulatorial da mesma clientela. Este serviço, dirigido a uma clientela específica – o “dependente químico” –, conta com a “retaguarda” da UHVR para a internação de seus pacientes mais comprometidos, contribuindo para a modificação do perfil dos pacientes internados na Unidade.

O “*Terceiro Milênio*” se avizinha, e com ele o surgimento de um novo *Serviço de Atenção Diária* na UHVR: o CAPS, inaugurado em Setembro de 1999, com uma proposta que se anuncia generosa, não excludente, de atendimento à população de adolescentes em sofrimento psíquico. Esperamos que tal Serviço seja um substitutivo possível às internações desnecessárias de adolescentes que, demandando cuidados mais intensivos que os ambulatoriais, possam enfrentar a dolorosa experiência da doença mental sem os potenciais agravos conseqüentes a sua institucionalização.

*Paradigmaticamente, como Símbolo da História dos 58 anos da
Unidade Hospitalar Vicente Rezende, em meio a tantas mudanças,*

permaneceu na Unidade um paciente adulto, que fora internado pela FUNABEM quando contava apenas seis anos de idade.

Este paciente se recusa a falar, embora possa fazê-lo, como constatei ao ligar para a UHVR num dia de eleições, quando não havia auxiliares de enfermagem no posto e uma voz rouca (que depois do telefonema vários funcionários disseram ser a do “paciente mudo”) me atendeu dizendo que estava tudo bem na enfermaria, mas que os enfermeiros haviam saído para votar. Quando me identifiquei como médica, desligou abruptamente o telefone.

Seu silêncio “invencível” sepulta, obstinado, a antiga História do Hospital.

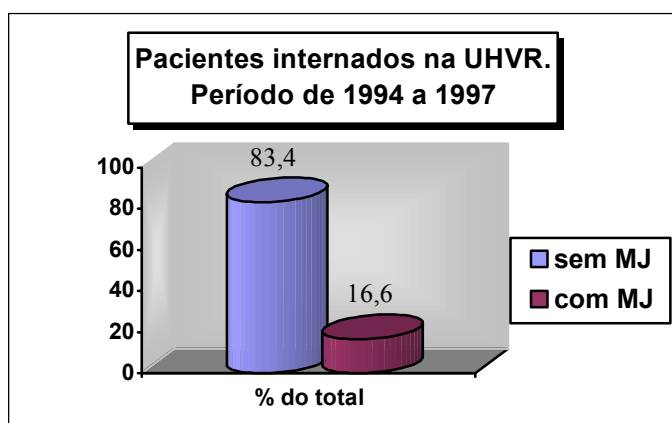
Procedeu-se à sistematização dos dados básicos obtidos dos registros das primeiras internações psiquiátricas de adolescentes do sexo masculino no período de 1994–97.

Estão demonstrados neste capítulo os resultados das comparações entre os dois grupos, a saber: os internados por via judicial (com MJ) e os demais pacientes (sem MJ). Com o objetivo de facilitar a compreensão desses resultados, foram confeccionados gráficos, quadros e tabela comparativa.

Foram considerados os diagnósticos de saída “S1”. Os diagnósticos de entrada “E1”, “E2” e “E3” não foram utilizados pois são atribuídos ao paciente no ato mesmo da internação pelo pronto-socorro psiquiátrico, tornando-os menos específicos que os diagnósticos de saída, registrados quando da alta do paciente. Os diagnósticos de comorbidade (patologias concomitantes no mesmo paciente) “S2” e “S3” não foram utilizados neste estudo por constarem em poucos prontuários e por serem considerados diagnósticos secundários, sendo o “S1” aquele registrado como diagnóstico principal.

- Quanto ao n.º de indivíduos na 1ª internação do período de 1994 a 1997:
- internados por via judicial (com MJ) : 78 pacientes (16,6% do total);
 - internados por familiares (sem MJ) : 392 pacientes (83,4% do total);
 - total de pacientes: 470.

Figura 1



Ou seja, um sexto dos pacientes internados na UHVR no período de 1994–97 (considerando-se a 1ª internação do paciente nesse período) foram encaminhados através de MJ.

¹ Tomamos emprestado a expressão – “Geometria da Composição” da obra do poeta João Cabral de Melo Neto, falecido recentemente (1999). Queremos homenagear quem nos apresentou, na nossa infância, um certo Retirante de nome Severino, nos aproximando de uma vida (e morte) até então por nós desconhecida. 52

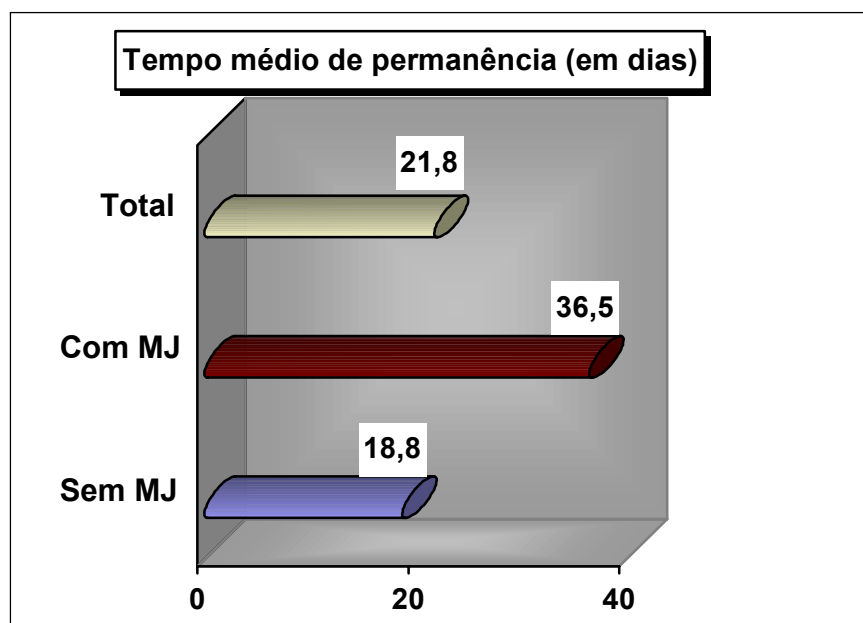
- Quanto à média de idade na 1ª internação do período:
 - internados por via judicial: 15 anos e seis meses;
 - internados por familiares: 15 anos e onze meses;
 - total de pacientes: 15 anos e dez meses.

Estas médias de idade foram mantidas após a exclusão dos prontuários de pacientes com idade imprecisa.

Procedeu-se ao teste de Kruskal-Wallis (mais apropriado para distribuições mais afastadas da distribuição normal) para avaliar a significância estatística desta diferença de médias, obtendo-se $p = 0,08$, portanto, sinalizando uma tendência (de internar crianças e adolescentes mais jovens por via judicial) , mas sem atingir significância estatística.

- Quanto ao tempo médio de permanência em dias:
 - internados por via judicial: 36,5 dias, desvio padrão de 57,3;
 - internados por familiares: 18,8 dias, desvio padrão de 19,5;
 - total de pacientes: 21,8 dias, desvio padrão de 30,0.

Figura 2



O teste de Kruskal-Wallis apontou como estatisticamente significativa esta diferença ($p = 0,000$), no sentido de que as crianças e os adolescentes internados por via judicial permaneceram internados por tempo significativamente maior do que aqueles internados por via não-judicial.

➤ A distribuição de pacientes por categorias diagnósticas está demonstrada na tabela:

Tabela 1

Distribuição de pacientes internados ou não por MJ segundo diagnósticos

<i>Origem dos encaminhamentos na 1ª internação</i>		<i>Com MJ</i>		<i>Sem MJ</i>		<i>Totais</i>	
<i>Diagnósticos Principais de Saída (S1)</i>	<i>CID IX *</i>	<i>N.º</i>	<i>%</i>	<i>N.º</i>	<i>%</i>	<i>N.º</i>	<i>%</i>
Embriaguez patológica e delirium tremens	291	0	0,0	2	0,5	2	0,4
Psicose por drogas e síndrome de abstinência	292	2	2,6	3	0,8	5	1,1
Psicoses esquizofrênicas	295	9	11,5**	94	24,0	103	21,9
Psicoses afetivas	296	0	0,0	6	1,5	6	1,3
Psicoses não especificadas	298	10	12,8	118	30,1	128	27,2
Psicoses específicas da infância	299	5	6,4	24	6,1	29	6,2
Transtornos neuróticos	300	1	1,3	4	1,0	5	1,1
Transtornos da personalidade	301	2	2,6	1	0,3	3	0,6
Dependência de drogas	304	6	7,7	28	7,1	34	7,2
Tiques	307	0	0,0	1	0,3	1	0,2
Reação de ajustamento	309	1	1,3	4	1,0	5	1,1
Distúrbios de comportamento	312	14	17,9	8	2,0	22	4,7
Dist. de emoções na infância e adolescência	313	1	1,3	2	0,5	3	0,6
Oligofrenia leve	317	2	2,6	2	0,5	4	0,9
Oligofrenia moderada ou grave	318	7	9,0	35	8,9	42	8,9
Oligofrenia não especificada	319	3	3,8	8	2,0	11	2,3
Epilepsia	345	10	12,8	27	6,9	37	7,9
Ignorados (999)	—	5	6,4	25	6,4	30	6,4
total	—	78	100	392	100	470	100

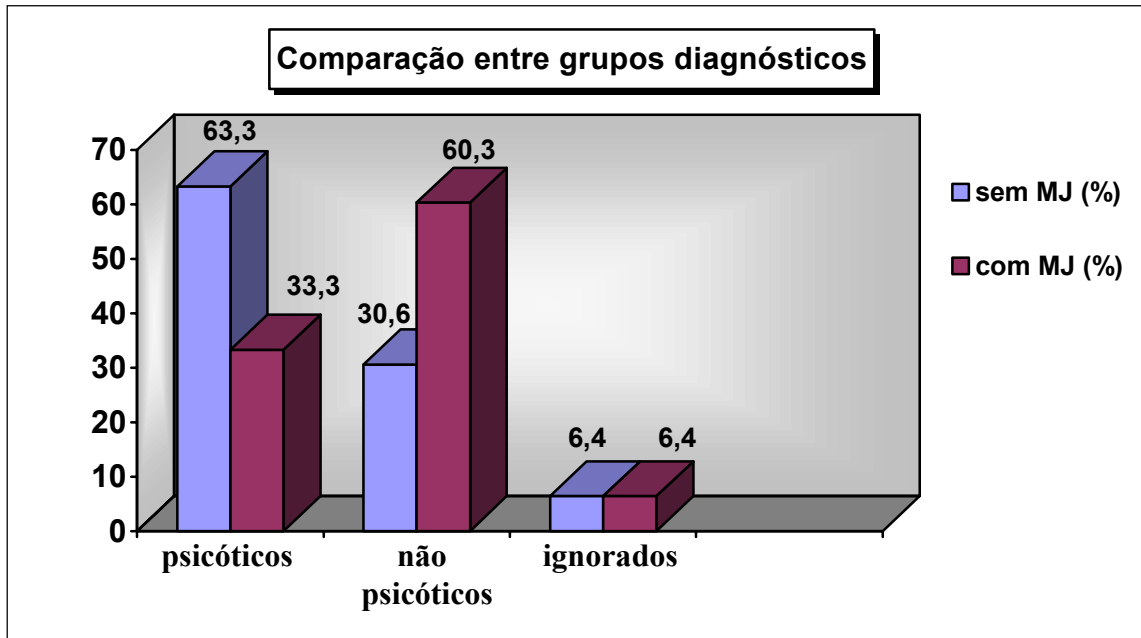
* Classificação segundo a Nona Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID IX).

** Em negrito, estão assinaladas as categorias diagnósticas mais frequentes de cada coluna.

- Observa-se que as frequências das categorias diagnósticas variam em magnitude de forma distinta entre os dois grupos de pacientes (encaminhados ou não por MJ).

- Nos pacientes encaminhados por *MJ* há um predomínio de quadros não psicóticos, ao contrário do que acontece com os demais pacientes, como pode se verificar no gráfico :

Figura 3



- Buscamos estratificar o tempo de permanência, por categoria diagnóstica e natureza da internação (judicial ou não judicial):

QUADRO 1

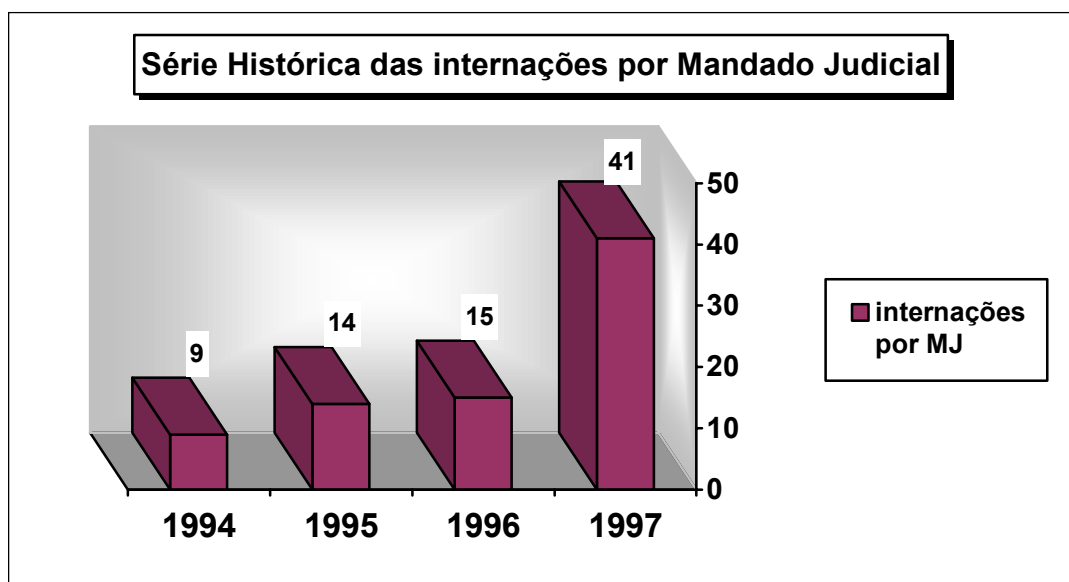
Diagnóstico	Sem MJ		Com MJ		p
	média	SD	média	SD	
298	18,15	15,78	88,27	127,58	0,000
295	20,93	19,74	22,89	11,31	0,771
318	22,50	23,14	45,33	32,56	0,041
345	18,31	26,81	17,00	14,10	0,890
304	16,46	24,49	19,00	28,12	0,824

Como é possível observar, para dois diagnósticos (psicose não especificada – 298 e oligofrenias moderadas ou graves – 318), o tempo de permanência das crianças e adolescentes internados por via judicial foi significativamente maior (teste de Kruskal-Wallis).

➤ Série Histórica das Internações por Mandado Judicial

Com a finalidade de verificar se houve aumento das internações decorrentes de MJ, considerando-se as primeiras internações por paciente no período estudado, procedeu-se à contagem do número das mesmas nos anos de 1994-97, obtendo-se os seguintes resultados:

Figura 4



A figura 4 ilustra a série histórica das primeiras internações por encaminhamento judicial dos adolescentes no período de 1994–97. Há um aumento inequívoco das internações por mandado judicial.

No ano de 1994 encontramos 9 internações por MJ num total de 130, ou seja, apenas 7% das primeiras internações por paciente do período eram realizadas através de MJ. Estas chegaram a representar, no ano de 1997, 1/3 (33,3%) do total de primeiras internações de pacientes do sexo masculino na UHVR – 41 internações por MJ num total de 123 internações.

Comparando os encaminhamentos da 1.ª vara, 2.ª vara e Comarcas do interior, temos:

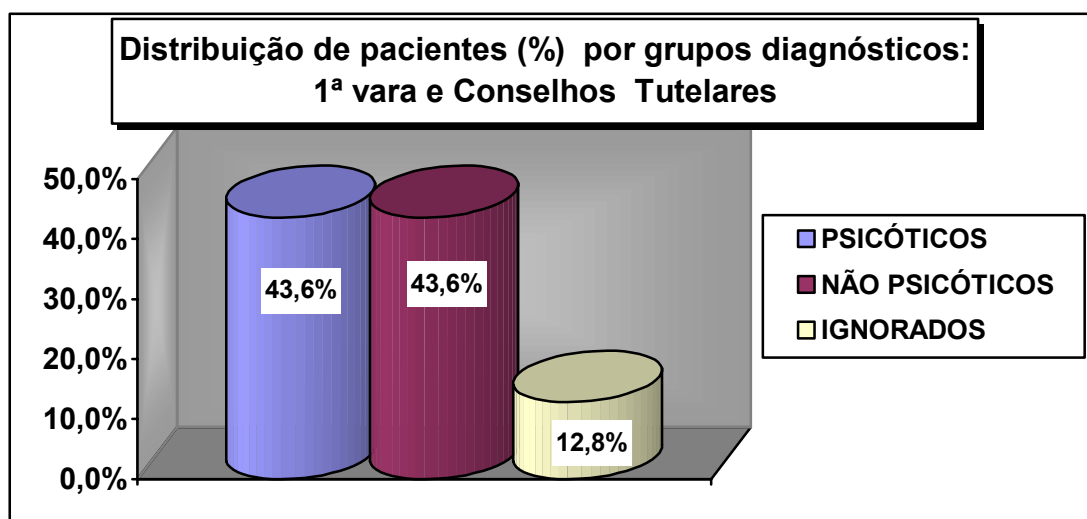
- Pacientes encaminhados pela 1.ª vara da Infância e da Juventude do Rio de Janeiro e pelos Conselhos Tutelares (CTs)

1ª VARA e CTs (TOTAL = 39) MÉDIA DE PERMANÊNCIA: 34 DIAS

QUADRO 2

GRUPOS – 1ª VARA	N.º DE PACIENTES	% DE PACIENTES
PSICÓTICOS	17	43,6 %
NÃO PSICÓTICOS	17	43,6 %
IGNORADOS	5	12,8 %
TOTAIS	39	100 %

Figura 5



- Diagnósticos mais freqüentes:
 - Psicose Inespecífica (298)- 7 pacientes
 - Epilepsia (345) - 6 pacientes
- Dos pacientes encaminhados por Mandado Judicial, aqueles provenientes da 1ª vara são os que mais se aproximam dos internados por familiares quanto à distribuição por grupos diagnósticos.
- A média de internações por paciente no período estudado (1994-97) foi de 1,5
- A média de idade dos pacientes na 1ª internação do período de 1994-97 foi de 15,4 anos (excluindo-se 10 pacientes com idade não especificada no prontuário).

- Pacientes encaminhados pela 2.^a vara da Infância e da Juventude do Rio de Janeiro

2^a VARA (TOTAL = 21)

MÉDIA DE PERMANÊNCIA: 25 DIAS

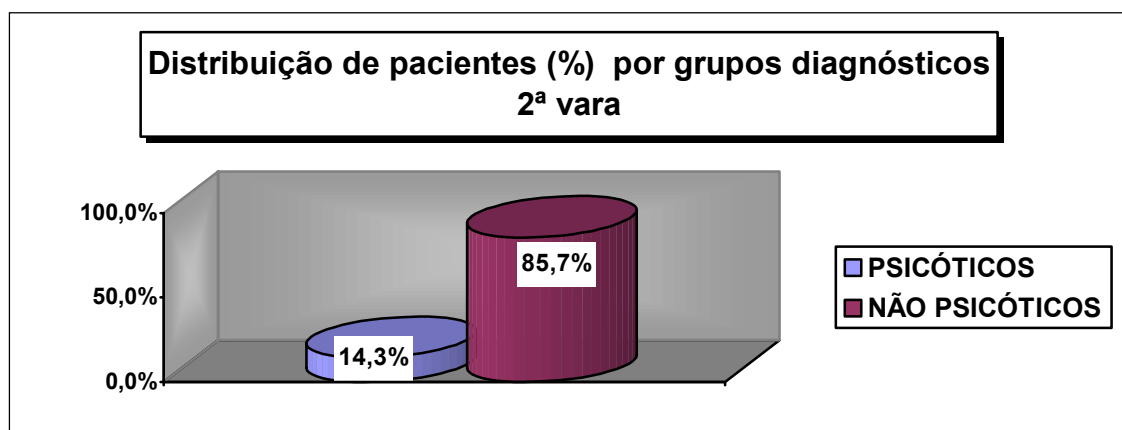
QUADRO 3

GRUPOS – 2 ^a VARA	N.º DE PACIENTES	% DE PACIENTES
PSICÓTICOS	3	14,3 %
NÃO PSICÓTICOS	18	85,7 %
TOTAIS	21	100 %

➤ Diagnósticos mais freqüentes:

- Distúrbios de comportamento (312): 9 pacientes (42,9% do total);
- Dependência a drogas (304): 6 pacientes (28,6% do total)

Figura 6



- Dos pacientes internados por Mandado Judicial, aqueles provenientes da 2^a vara foram os que se distinguiram de forma mais nítida dos internados por familiares quanto à distribuição por grupos diagnósticos.
- A média de internações por paciente no período estudado (1994-97) foi de 1,7 – traduzindo um número maior de internações por pacientes provenientes da 2^a vara em relação aos demais encaminhados por Mandado Judicial.
- A média de idade dos pacientes na 1^a internação do período de 1994-97 foi de 16,2 anos (excluindo-se 3 pacientes com idade não especificada no prontuário).

- Pacientes encaminhados pelas Comarcas do Interior do Estado do Rio de Janeiro.

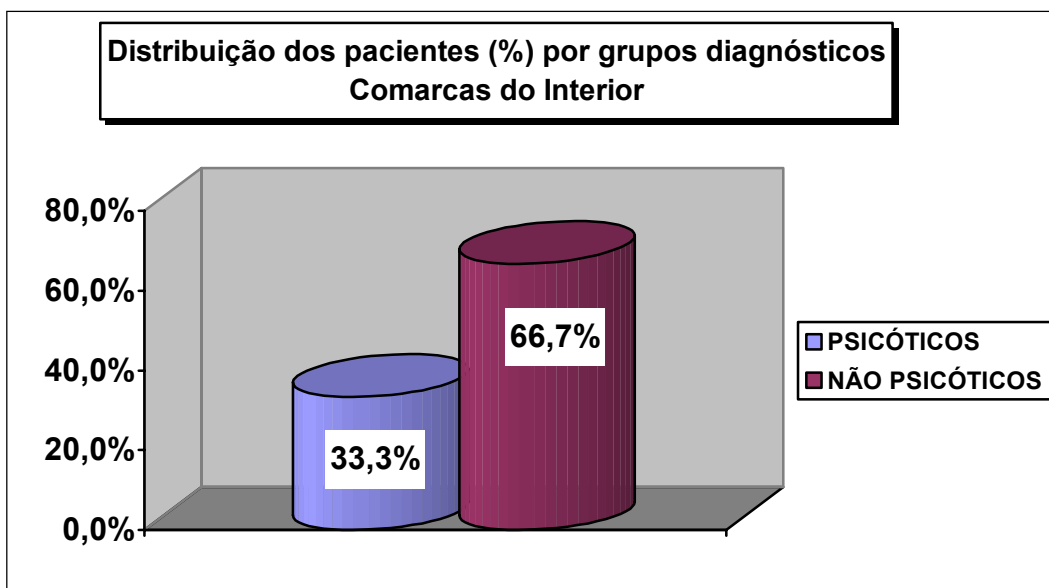
INTERIOR (TOTAL = 18)

MÉDIA DE PERMANÊNCIA: 55,6 DIAS

QUADRO 4

GRUPOS DO INTERIOR DO RJ	N.º DE PACIENTES	% DE PACIENTES
PSICÓTICOS	6	33,3%
NÃO PSICÓTICOS	12	66,7%
TOTAIS	18	100%

Figura 7



DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTES: Esquizofrenia (295) - 4 pacientes e Distúrbio de Conduta (312 - 4 pacientes)

- Dos pacientes internados por Mandado Judicial, aqueles provenientes das Comarcas do Interior são os que se distinguem de forma mais nítida dos internados por familiares quanto ao tempo médio de permanência.
- A média de internações por paciente no período estudado (1994-97) foi de 1,3.
- A média de idade dos pacientes na 1ª internação do período de 1994-97 foi de 15,3 anos (excluindo-se 3 pacientes com idade não especificada no prontuário).

5.1 – Analisando a composição dos retalhos da colcha: a discussão dos resultados

Foi verificado que as internações por MJ aumentaram significativamente durante o período estudado, passando de 7% em 1994, para 33,3%, ou seja, para um terço das admissões da população sob estudo ocorridas no ano de 1997.

Foi encontrado um tempo médio de permanência de 36,5 dias para os pacientes internados através de MJ, o que representa o dobro do tempo do grupo de pacientes sem Mandato Judicial (SMJ), o qual foi internado por período médio de 18,8 dias. Tal resultado poderia fazer pensar que se tratasse de uma população de pacientes mais graves do ponto de vista clínico, e que, portanto, necessitasse de um período superior para a resolução de suas patologias.

Para responder a essa questão, procedeu-se ao estudo da distribuição dos pacientes internados, ou não, por MJ, segundo os critérios diagnósticos da CID IX.

Os resultados demonstraram que os diagnósticos de psicoses, considerados condição “necessária” para se proceder a internação segundo a orientação da UHVR (vide Introdução), se concentravam no grupo de pacientes SMJ.

É importante ressaltar que os pacientes internados através de MJ foram diagnosticados, em 17,9% dos casos, como apresentando Distúrbios de Comportamento sem outras condições psiquiátricas associadas. Tal diagnóstico exclui, por exemplo, o “comportamento bizarro” descrito por alguns autores quando se referem a síndromes psicóticas. No grupo SMJ, este diagnóstico foi atribuído a apenas 2% dos casos.

Estes resultados podem estar refletindo a forma de encaminhamento para a internação, pois os pacientes trazidos por familiares são submetidos a uma avaliação no próprio PSP, e suas internações podem ser evitadas após a conclusão, por parte dos psiquiatras, que esse procedimento não é o mais indicado ao paciente.

Já o MJ expressa, muitas vezes, uma internação imposta à Instituição, não sendo a opinião técnica contrária a esse procedimento passível de impedi-lo.

Quando os pacientes são subdivididos em dois grupos diagnósticos, a saber: “psicóticos” e “não psicóticos”, a desproporção se acentua. Aproximadamente dois terços dos SMJ está no grupo “psicóticos”, contra somente um terço dos internados por MJ. No grupo “não psicóticos” encontra-se 30% dos pacientes SMJ e 60% dos com MJ. A proporção daqueles com diagnóstico ignorado é idêntica nos dois grupos (6,4%)

Estratificando-se o tempo de permanência dos pacientes por categoria diagnóstica e natureza da internação observou-se que, para os diagnósticos de Psicose não Especificada (298) e Oligofrenia Moderada ou Grave (318), o tempo de permanência de crianças e 60

adolescentes internados por MJ foi significativamente maior. Verifica-se, com base nestes dados, que um paciente internado por MJ, tendo recebido o diagnóstico de Psicose não Especificada, terá permanecido internado por um período, em média, cinco vezes superior ao do SMJ com o mesmo diagnóstico. A importância dessa observação é que a categoria “Psicose não Especificada” inclui várias manifestações de natureza psicótica em sua primeira ocorrência na vida do indivíduo, e uma internação prolongada pode somar aos danos da própria doença a iatrogenia da institucionalização.

Buscando-se um refinamento da pesquisa, subdividiu-se a população internada por MJ em três subgrupos segundo sua procedência Judicial, a saber:

1ª Vara da Infância e da Juventude e Conselhos Tutelares – A 1.ª VIJ-RJ presta assistência a crianças e adolescentes da Comarca do Rio de Janeiro (capital). Seu espectro de atuação compreende: o registro civil, as medidas de adoção e as autorizações para viajar desacompanhado, a assistência aos órfãos, aos meninos de rua e aos que se encontram em abrigos, etc.

A internação psiquiátrica é fundamentada, nos encaminhamentos oriundos da 1.ª VIJ, nos princípios das *Medidas de Proteção* do ECA.

Foi encontrada uma percentagem idêntica (43,6%) de diagnósticos de "psicóticos" e "não psicóticos"; os diagnósticos mais frequentes foram Psicose Não Especificada e Epilepsia. Este último diagnóstico não pertence ao grupo das psicoses, não sendo, portanto, indicação de internação psiquiátrica pelos critérios da UHVR; a frequência duas vezes superior do diagnóstico de Epilepsia nos pacientes encaminhados por Mandado Judicial em relação àqueles trazidos ao hospital por iniciativa dos familiares (Tabela 1) pode indicar um despreparo das instituições de abrigo em lidar com tal condição que, na maioria dos casos, requer apenas tratamento ambulatorial.

Este Juizado trabalha em parceria interdisciplinar com equipes técnicas da área da Saúde, que assessoram as decisões Judiciais quanto às internações psiquiátricas. Isto reduz, ao menos parcialmente, o número de internações de indivíduos considerados “não psicóticos”. Todos os diagnósticos “ignorados” também pertenciam a este grupo, talvez pela não exigência, por parte dos Conselhos Tutelares, de Laudo Médico de Alta.

Em alguns casos, as internações não indicadas pelos critérios técnicos de admissão da UHVR foram abreviadas, como resultado de reuniões entre as equipes técnicas do hospital e do Juizado/Conselhos Tutelares. Em outras situações, entretanto, houve um aumento do tempo médio de permanência, principalmente nas internações de pacientes que apresentaram patologias de natureza psicótica, dadas as dificuldades de inserção dos mesmos em abrigos provisórios ou casas de acolhida quando por ocasião da alta hospitalar. 61

2.ª Vara da Infância e da Juventude do Rio de Janeiro – A impressionante cifra de 42,9% dos pacientes deste subgrupo recebeu o diagnóstico de “Distúrbios de Comportamento”, enquanto apenas 2% daqueles internados por via não judicial o recebeu. Tal discrepância, discutida mais amplamente no último capítulo da presente dissertação se deve, entre outros aspectos à inclusão de categorias sócio-jurídicas e não clínicas como: roubo, destruição grave de propriedades, fugas de casa, “níveis excessivos” de brigas ou intimidação nos exemplos nos quais o diagnóstico está baseado. Ora, como a 2.ª Vara é a responsável pelos encaminhamentos de adolescentes a quem se atribui ato infracional, a justaposição das condições que definem o ato infracional e o Distúrbio de Comportamento é inevitável.

O número de internações por paciente, na 2.ª VIJ, foi o mais elevado entre todos os encaminhados através de MJ: 1,7 internações /paciente, número idêntico ao das internações sem MJ, onde, como já foi descrito, o diagnóstico mais freqüente é o de psicose.

Apenas 14,3% desses adolescentes foram considerados psicóticos quando se considerou o diagnóstico de alta, sendo este o perfil diagnóstico distinto mais nitidamente daquele encontrado nos pacientes sem mandado judicial de internação.

Pacientes encaminhados pelas Comarcas do Interior do Estado do Rio de Janeiro – Este subgrupo não pode ser considerado homogêneo quanto à procedência dos pacientes, visto que cada município tem características singulares quanto aos serviços assistenciais médicos e jurídicos neles disponíveis.

Alguns pacientes oriundos de Comarcas do Interior estavam em cumprimento de Medida Sócio-educativa, e outros foram internados por Medida Protetiva, pela gravidade de seus quadros clínicos. Tal aspecto pode ser traduzido pelos diagnósticos mais freqüentes, a saber: Distúrbios de Comportamento e Esquizofrenias.

O que caracteriza o subgrupo “Comarcas do Interior” é o elevado tempo médio de permanência de seus pacientes: 55,6 dias. Tal característica pode ser explicada pela grande distância que separa alguns municípios da Capital, onde a UHVR está situada, causando dificuldades de acesso das equipes técnicas da UHVR a esses Juizados. O atendimento externo, quer em ambulatório, quer em Serviço de Atenção Diária pode ser considerado inviável, embora se observe que alguns pacientes fazem verdadeiras “peregrinações” desde seus municípios de origem até a Capital, na busca da continuidade de seus tratamentos após a alta médica.

Capítulo 6 – PERCEBENDO DETALHES QUE FAZEM A DIFERENÇA: O ESTUDO DAS INTERNAÇÕES DE ALGUNS PACIENTES

A partir dos resultados obtidos pelas tabulações da análise exclusivamente quantitativa, iniciou-se uma pesquisa mais detalhada nos prontuários dos pacientes internados através de encaminhamento judicial. Esses prontuários foram selecionados, copiando-se informações relevantes como os termos dos Mandados Judiciais, o Laudo Médico de alta e o encaminhamento ao Juizado, as folhas de evolução que faziam referência ao comportamento do paciente e a folha de resumo de alta. Imediatamente após término do processo de cópia, as identificações do paciente eram apagadas para que se reduzisse o viés de memória da pesquisadora que, havendo trabalhado na UHVR no período pesquisado, poderia atribuir aos pacientes características que não estavam registradas em seus prontuários. Atribuímos um nome fictício a cada paciente aqui apresentado.

Seguem-se algumas transcrições desses prontuários:

6.1 Um castigo para Deodato

Juizado da Infância e Juventude da Comarca de Nova Iguaçu

“De ordem do MM Juiz, Dr. ... , e por decisão do mesmo no processo em epígrafe, ENCAMINHO o adolescente Deodato a este nosocômio, não devendo, digo, não podendo o mesmo ser liberado sem prévia autorização deste Juízo.” (Verbatim, grifos do original)

Havia um relato do Oficial de Justiça do Juizado contendo os seguintes termos:

“Ele encarou o promotor, e disse: ‘Se eu cismar eu mato mesmo’”

Deodato chega pela primeira vez à UHVR, o *nosocômio* para onde fora encaminhado por ordem judicial, “soltando faísca dos olhos”. Por essa ele não esperava. Já havia vivido nas ruas e na favela, “trabalhando”, como costumava dizer, no tráfico de drogas. Fora atendido também por um projeto para meninos de rua, mas não parava em lugar nenhum. Era negro, alto, e olhava todos de cima para baixo, com o rosto retesado.

Já no Pronto-socorro foi medicado, como de costume nesse “ritual de passagem” para a Enfermaria, com altas doses de neuroléticos por via intramuscular. Achou que

havam lhe medicado por ter falado para a Assistente Social do PSP que era “Viciado em maconha”.

Após um sono pesado e sem sonhos, é mandado para a Enfermaria. Tomamos emprestado o relato de uma psicóloga por nós “convidada” a visitar a enfermaria para que se saiba o que Deodato viu:

“Abre-se uma porta dupla, entrando-se na enfermaria de adolescentes, com cinco cômodos contíguos [Esta enfermaria conta com 20 leitos, no total, para a internação de pacientes do sexo masculino]. No primeiro, há uma TV fixada na parede, a quase 3 metros do solo, sem controle remoto. No chão, dois colchonetes de plástico azul. Há uma janela com grades.

A seguir, uma enfermaria com 7 leitos, camas de ferro onde alguns adolescentes dormem. Não há um armário, quadros, figuras, uma mesa, apenas as camas com seus colchões. Não há referências, nada que marque o ambiente. Na parede lateral há uma ampla abertura gradeada, tornando as salas intercomunicantes e impedindo a privacidade visual e auditiva.

O próximo local é uma grande sala de enfermagem. Há um sofá de madeira onde está sentada uma velha auxiliar de enfermagem. [...] Há dois armários de madeira, uma pia e uma porta dividida ao meio, como se fosse uma cocheira.

Os cômodos seguintes são a segunda e terceira enfermarias, com as mesmas características da primeira.

A seguir vem o banheiro, sem portas, com dois vasos sanitários e dois chuveiros (também sem portas). Há uma curiosa bancada de granito com previsão para duas pias, mas com apenas uma instalada. Na parede, uma moldura de espelho, sem espelho.

As enfermarias e a sala de enfermagem dão para um corredor com tijolos vazados dando para um pátio onde há duas árvores. O piso é cimentado e o pátio é limitado por um muro alto, por sobre o qual debruçam-se as copas de outras árvores, os únicos indícios de um mundo para além dos muros.

Todos os meninos vestem-se igualmente, com camisetas vermelhas e bermudas com elástico, grandes e feitas de tecido pouco maleável ou engomado, dando uma aparência bizarra à roupa.

As cores são monótonas, o chão é preto e as paredes “verde-freira”. Não há portas ou lugares privados, o lugar não é povoado, e sim árido, desértico, com suas paredes nuas. [...]”

Deodato não achou tão ruim o que viu. Só quando percebeu que todas as semanas passavam iguais é que começou a “ficar nervoso”, como ele dizia, ou a “apresentar crises de agitação psicomotora”, como estava registrado em seu prontuário.

Embora o diagnóstico a ele atribuído no prontuário não se referisse a psicose, e sim a abuso de drogas, o paciente recebeu haloperidol 10mg/dia (neurolético em dose terapêutica para tratamento de quadro psicótico agudo) durante todo o seu período de internação, que foi de quarenta dias.

Houve uma segunda tentativa de internar Deodato por intermédio de Mandado Judicial. Desta vez, conhecendo melhor o local, permaneceu apenas um dia. Descendente de nordestinos, ele “não era homem de ficar preso”. Pulando o alto muro da enfermaria, Deodato conseguiu fugir.

6.2 Felipe e a Escola-Hospital

Felipe é magro e baixo. É um menino de quem não se sabe ao menos a idade, talvez uns doze anos, aparentando menos. Aceitava, resignado, a enfermaria, pois era um lugar menor do que aquele onde antes estivera abrigado. Não parecia querer dar trabalho, e dizia gostar até mesmo da comida do hospital, *buscando agradar*, conforme escreveram, sem assinar, em seu prontuário.

Nas duas internações na UHVR, Felipe não estava bem quando chegou ao hospital. Contrações involuntárias do pescoço lhe causavam dor, e sua língua insistia em ficar para fora da boca, por mais que ele a tentasse controlar. Falaram a ele que isso era *impregnação, que ia passar quando a injeção fizesse efeito*. A coisa demorou a passar. O alívio que sentiu quando ficou livre *da tal da impregnação* o fez pensar que, talvez, ali ele estivesse sendo bem tratado.

Vamos ver o que diz o Laudo Médico da UHVR a respeito de Felipe, e saber um pouco do que se pensou sobre ele nas duas internações consecutivas a que foi submetido:

Laudo Médico da UHVR ao Juizado da Infância e Adolescência da Comarca do Rio de Janeiro, referente a paciente encaminhado à unidade pelo CEMASI:

“Primeira internação nessa instituição (UHVR) em 17/04/96, com quadro de impregnação neuroléptica, foi atendido adequadamente, medicado e observado seu comportamento. Durante esta internação permaneceu bem, cooperativo e tranqüilo. Foi encaminhado para atendimento ambulatorial (08/06) e recebeu alta médica melhorado em 22/04/96.

Entretanto retorna trazido do CEMASI em 26/04/96 às 10:40hs. com quadro de impregnação neuroléptica e agitação psicomotora (sic). Durante essa internação percebemos um déficit intelectual moderado e distúrbio de conduta importante, apesar de manter-se calmo e cooperativo durante sua permanência no CPPII.

Devido ao seu quadro psiquiátrico requerer atendimento psicopedagógico e convívio com adolescentes semelhantes, solicitamos seu encaminhamento para instituição capaz de atendê-lo de forma adequada.

Nossa enfermaria é especializada no atendimento de psicóticos em fase aguda, sendo totalmente inadequada para o paciente nesse momento; entretanto, ele deverá seguir tratamento médico em regime ambulatorial, como já havia sido orientado.”

Este relato ilustra outra situação freqüente em situações de institucionalização prolongada: um menino é diagnosticado como oligofrênico em grau moderado e *portador de distúrbio de conduta importante*, sem respaldo em qualquer avaliação que não a impressão subjetiva, baseada no juízo de valor, de quem o atendeu no PSP, já que tais diagnósticos foram mantidos durante suas internações, apesar de ter estado sempre *calmo e cooperativo*.

Suas duas internações são causadas por impregnação neuroléptica, inclusive em sua primeira admissão à UHVR, o que demonstra que Felipe já estava sendo medicado com neurolépticos, embora sua maior necessidade fosse de atendimento psicopedagógico, conforme consta em seu laudo.

6.3 Idas e vindas ao sabor dos encaminhamentos judiciais: as quatro internações de Guilherme

Guilherme (nome fictício) é internado pela 1ª vez no CPPII em abril de 1996. A internação se faz através de Mandado Judicial, com relato de episódio de agitação psicomotora e ideação delirante que teria motivado o encaminhamento.

O Exame Psíquico realizado no Pronto Socorro (PSP) tem o seguinte registro:

“Paciente no momento está prolixo, confuso, algo repetitivo. Não evidencia atividade delirante. Parcialmente orientado no tempo e espaço.”

Apesar da descrição acima, a hipótese diagnóstica constante nesta internação é de psicose não orgânica e não especificada (código 298 do CID-9).

Permanece no pronto-socorro psiquiátrico do CPPII até 30/04/96, quando sai de alta médica acompanhado por uma técnica de um projeto voltado para meninos de rua. Recebe prescrição medicamentosa e é orientado a procurar o ambulatório da UHVR, mas não segue esta orientação.

Na 1ª semana de outubro de 96 é internado no pronto-socorro, trazido por ambulância de um hospital de emergência, com *“relato de agitação psicomotora + uso de tóxicos”* No item *Condições que justificam a internação* está escrito: *“Distúrbio de rua e no ambiente do hospital - Agressividade.”* Ao exame psíquico está *“calmo, sonolento, orientado, informa regularmente. Informa distúrbios senso-perceptivos. Normotenz, normovigil.”* Novamente o diagnóstico de entrada registrado é 298.

Em/10/96, (um dia após seu ingresso no PSP), o paciente é transferido para a UHVR, sendo esta a sua 1ª internação na unidade. Três dias depois, o paciente *“pede para permanecer no hospital com insistência”*, segundo o registro médico das folhas de evolução. Seguem-se diversos registros com teores semelhantes ao descrito abaixo:

“../10/96 - Paciente com atitude desrespeitosa, petulante, agressivo. Orientado verbalmente quanto a limites, etc. Conduta mantida.” Em realidade, a prescrição medicamentosa foi acrescida de um S.O.S. de Amplictil® 1 ampola + Fenergan® 1 ampola IM (intramuscular) medicação utilizada pelo plantão no mesmo dia da prescrição.

Dois dias após a descrição acima, lê-se na Evolução do paciente: *“Paciente com distúrbio de conduta grave, procurando outros pacientes para assédio sexual, sendo* 67

reprimido pela enfermagem, agride a equipe etc. Conduta mantida, reforçar com o Serviço Social a necessidade de transferência.” A direção da unidade solicita então ao Juiz da Infância e da Juventude da Comarca da Capital o *desligamento* do adolescente da UHVR, por se encontrar de alta médica, bem como sua transferência para uma instituição da Fundação da Infância e Adolescência (FIA), a fim de que a equipe daquela instituição *“promova sua reinserção familiar.”*

O Laudo Médico de alta mantém o diagnóstico inicial de psicose não específica (298), acrescentando epilepsia (345) como comorbidade, embora a descrição da internação seja a seguinte:

“Paciente trazido de ambulância com relato de agitação psicomotora por uso de tóxicos, informa quadro comicial com crises convulsivas tônico-clônicas. Durante a internação apresentou-se tranqüilo, sem crises, demonstrando apenas comportamento agressivo, característico de distúrbio de conduta. Encontra-se de alta médica por não apresentar mais intercorrências psiquiátricas, podendo retornar para instituição de origem.”

O paciente sai por alta médica 19 dias após sua internação, mas no dia subsequente a esta alta é novamente internado, e desta vez sua internação assume contornos dramáticos:

“Paciente chega ao PSP acompanhado por policiais com as mãos algemadas. Ele foi transferido ontem da UHVR para a FIA, uma Instituição em ... que abriga meninos de rua. Consta que ficou agressivo e quebrou vários objetos naquela unidade, ele diz que não gosta do lugar. Epiléptico, com distúrbio de conduta e toxicomania.” imediatamente o paciente é medicado, de tal forma que seu exame psíquico fica *“prejudicado, devido à necessidade de medicar Guilherme.”*

Ingressa na UHVR três dias após sua internação no PSP, devido ao fim-de-semana, quando não ocorrem transferências para a unidade. O relato contido em seu prontuário no 1º dia de sua reinternação na unidade é o seguinte:

“Paciente com DISTÚRBIO DE CONDUTA, atuante, agressivo, arrogante, SEM COMPROMETIMENTO NO EXAME PSÍQUICO, afirma de forma jocosa para a enfermagem que a instituição para onde ele foi encaminhado era RUIM, NÃO TINHA COMIDA, ENTÃO ELE CRIOU UMA CONFUSÃO PARA VOLTAR PARA A UHVR!!!!!!

Fico surpreso(a) que tal INDICAÇÃO tenha sido aceita para internação de tal menor uma vez que não existe QUADRO PSIQUIÁTRICO QUE JUSTIFIQUE!!

CONDUTA: ACIONAR IMEDIATAMENTE O SERVIÇO SOCIAL!!!” (texto transcrito exatamente como registrado no prontuário. Foram mantidas as palavras em letras maiúsculas e os pontos de exclamação.)

Novamente, a direção da UHVR entra em contato com o Juizado, esclarecendo que *“...levamos ao conhecimento de V. Excia. que nossa Unidade é destinada a pacientes em surtos psicóticos, o que não é o caso de Guilherme, conforme laudo médico em anexo, pelo contrário, o mesmo apresenta distúrbio de comportamento e é dissimulador.”*

No início do mês de novembro de 1996 o paciente é transferido para outro projeto destinado a meninos de rua, projeto ao qual estava mais afeito, pois havia criado alguns vínculos afetivos com os funcionários daquela instituição antes de sua 1ª internação no CPPII.

Não compareceu novamente à unidade até janeiro de 1997, quando foi reinternado mais uma vez.

O quadro clínico descrito pelo PSP na ocasião desta internação diverge dos demais:

“Apresenta quadro delirante de conteúdo persecutório e auto-referente + alucinações auditivas e visuais.

Passado de uso de drogas (cocaína e maconha). Refere já ter sido internado na UHVR.”

Como hipóteses diagnósticas são assinaladas psicose não específica (298) e dependência a drogas (304).

Na UHVR, são estes os apontamentos feitos em suas folhas de evolução:

1º dia - *“Paciente com distúrbio de conduta grave, história de uso de drogas. Interna-se com Quadro Clínico de Síndrome Delirante-Alucinatoria.*

Conduta: Tegretol® 200mg ___ 1 + 1 + 1

Fenergan® 25mg ___ 1 + 1 + 1

Melleril® 50mg ___ 1 + 0 + 1

- Paciente às 8:00hs. extremamente agressivo e com diversas tentativas de evasão.

Como não há S.O.S. prescrito, fazer agora: Haldol® - 2 ampolas\ IM

Fenergan® - 1 ampola/

- Solicito que o paciente permaneça o dia de hoje no P.S., pois há falta, no momento, de enfermagem masculina na enfermaria.

- O P.S. não aceitou nossas ponderações, paciente portanto contido até sedação. Em observação.

- Paciente abusado. Entrou em luta corporal com ... por causa de cigarro, faz ameaça ao servente se não lhe der cigarros. Agrediu o pacienteEstá muito difícil trabalhar com esse tipo de paciente na enfermaria.

- Há vários relatos no livro de ordens e ocorrências da enfermagem quanto ao comportamento do paciente. Tem feito ameaças aos diversos servidores e até mesmo ao pessoal da limpeza. Agrede os pacientes “mais fracos”. Tenta quebrar a televisão. Nestes últimos plantões não tem simulado tanto impregnação.

- Paciente com grave distúrbio de conduta, ameaçando funcionários e outros pacientes.

Conduta: ↑ (aumentar) medicação.”

Após o aumento da medicação, o profissional assistente refere melhora. Logo depois, (dois dias após a nova prescrição), a “trégua” é interrompida; se reiniciam as queixas contra o paciente, acrescidas da informação de que o mesmo está de alta médica, aguardando apenas solução judicial. Continuou medicado com as doses mais elevadas prescritas para ele. Guilherme permaneceu internado por 25 dias. A alta só se concretizou uma semana após ter sido solicitado seu *desligamento* do hospital ao juizado, e o diagnóstico de alta passou a ser distúrbio de conduta (312). Não houve mais qualquer referência à epilepsia (345), doença que o próprio paciente alegava padecer quando se internava no CPPII.

Não retornou ao hospital por haver completado maioridade uma semana após a alta.

Esta narrativa ilustra o exemplo do paciente que oscila como “pêndulo” entre diversas instituições, todas elas inadequadas para satisfazer suas necessidades mínimas. Não tem acesso à Educação, ao Lazer, à Profissionalização, à Dignidade, à Convivência Familiar. O dispositivo médico-jurídico se torna o modo “oficial” de intermediação entre Guilherme e a sociedade. Ora em tratamento psiquiátrico, ora cumprindo medida sócio-educativa, (já esteve cumprindo tal medida inclusive no Instituto Padre Severino), não há,

de fato, um lugar para Guilherme. Sua maioria muda o leque de opções a ele oferecidas pela sociedade, não se podendo descartar, *a priori*, a possibilidade de vir a ser preso. (Ver Altoé, 1993)

6.4 Otávio, e uma história muito triste

Otávio, nascido em 21/08/83, foi encaminhado para internação psiquiátrica em 03/03/95, contando, portanto, onze anos de idade. Constam do *Boletim de Emergência* dados de identificação incompletos: faltam o sobrenome do pai e o grau de instrução do menino; sua cor é descrita como “morena”, corrigida depois para “parda” com outra tinta e letra; o n.º do prontuário recebeu apenas a denominação “menor”, riscada posteriormente e substituída pela numeração correta.

Em *Motivo do Atendimento*, aponta-se somente que foi trazido pelo Comissário de Menores do Juizado de Menores de..., vindo logo em seguida o relato de um ato infracional cometido pela criança, que teria causado a morte de um bebê de 8 meses por espancamento, quando da internação de ambos num Hospital Geral da cidade. Isto ocupou o espaço destinado à *História da Doença Atual e História Pessoal*.

O *Exame Psíquico* o descreveu como “Lúcido. Inquieto. Desorientado. S/ quadro produtivo, no momento. Déficit intelectual.” Não há *Exame Físico* de admissão. Em *Hipótese Diagnóstica* constam apenas os códigos: “298?+345?+318?”(respectivamente, psicose não especificada, epilepsia e oligofrenia, interrogados. Este último diagnóstico foi posteriormente colocado de forma afirmativa pelo PSP).

Em seguida, consta o Ofício do Juízo de Direito da 2ª Vara de Família da Comarca de....endereçado ao Diretor do CPPII encaminhando o menor Otávio, “...o qual deverá ser internado nesta Instituição para tratamento médico, até ulterior deliberação deste Juízo.”

O Laudo Médico para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é ainda mais sucinto, voltando a colocar como diagnóstico afirmativo “déficit intelectual” e mantendo interrogados os outros dois diagnósticos.

Na prescrição medicamentosa consta, além de medicação anticonvulsivante, a seguinte anotação:

“VIGILÂNCIA - RISCO DE HOMICÍDIO” com recomendação expressa de “CONTENÇÃO FÍSICA NO LEITO ATÉ EFEITO MEDICAMENTOSO.”

O paciente permanece contido no leito até 05/03/95, ainda na Emergência Psiquiátrica. Apenas nessa ocasião há relato de entrevista, na qual Otávio refere sua 71

história desde a internação na Santa Casa de..., por um corte no dedo mínimo completamente imperceptível:

“...eu estava num quarto sozinho, dormindo, era bem de noite...a enfermeira veio e trouxe a criancinha e botou na cama...no berço, do meu lado. Ela ficou chorando, chorando e não parava com nada...eu peguei no colo, fiz carinho, fiz tudo para ela calar a boca; nada, continuava chorando e eu não podia dormir. Fiquei com raiva e comecei a morder; mordi no ombro e na barriga, depois coloquei...joguei...no berço e fui dormir. Depois disseram que ela morreu e todo mundo gritava que eu era assassino.”

Tal relato mostra o desleixo com pacientes em algumas instituições de saúde (?). Um menino está numa enfermaria, ao lado de um bebê que chora sem parar. Não há quem possa atender a ambos, pois a enfermagem não chega quando ele solicita sua presença: *“Eu chamei mas, coitada, tinha muita criancinha para cuidar, tava sozinha naquele lugar da internação... era só criancinha e eu...”*

Otávio é um menino franzino; seu pavilhão auricular em “abano” lhe conferiu o apelido de “Dumbo”, como aliás gostava de ser chamado pelos companheiros de rua de sua cidade natal. Mostrava-se arredio a princípio, assustado com a aparência de alguns adolescentes internados na mesma enfermaria para onde fora transferido em 06/03/95 (a UHVR).

O paciente relata vir de meio rural, na periferia de uma cidade de médio porte do interior fluminense, tendo sofrido privações materiais (já passou fome), físicas e afetivas (era espancado pelo pai). Refere-se aos avós com carinho, e mora atualmente com eles, que o aceitam e lhe demonstram afeto e preocupação, apesar de seu comportamento irrequieto.

A equipe que o recebeu optou por suspender toda a medicação e solicitar EEG (Eletroencefalograma), que só revelou alterações inespecíficas. Após um mês sem medicação foi reiniciada a Carbamazepina, que se mostrou útil para o paciente, relatando ele próprio um abrandamento de sua impulsividade.

Otávio apresentou muita dificuldade em aceitar a aproximação da equipe terapêutica, e sua participação no “grupão” (atividade de enfermaria que inclui adolescentes, técnicos e familiares) se limitava a uma presença silenciosa. Jamais recebeu visitas de familiares. Foram realizadas avaliações psicológicas que revelaram 72

representação familiar precária, corroborando com a reação de agressividade e desprezo demonstrada por Otávio ao se referir aos pais.

A internação de Otávio estendeu-se por 167 dias, apesar dos laudos técnicos realizados pela Unidade Hospitalar demonstrarem claramente a impropriedade de sua permanência na instituição psiquiátrica (“...sem evidenciar quadro produtivo psicótico”). Há dezesseis registros, pelo Serviço Social, de contatos com o Juizado de Menores da cidade natal do paciente, até que a equipe conseguisse a concretização de sua alta.

Com o passar dos meses, sem definição quanto ao seu futuro, Otávio alia-se a outros adolescentes com problemática sócio-jurídica, envolvidos com tráfico e uso de drogas. Intensificam-se os conflitos institucionais, com tentativas reiteradas de fuga (Otávio evade-se durante seis dias, deixando depois que o localizassem, quando retorna à Unidade). Pacientes mais fragilizados são ameaçados. Forma-se um grupo de oposição e desafio aberto às regras institucionais e às equipes de atendimento, chegando à confecção de estuques a partir de colheres, fato inédito no hospital, agora abertamente identificado com um presídio. Os profissionais quedam-se impotentes com tal situação; há um questionamento crescente do papel exercido pelo profissional, antes terapeuta, agora verdugo.

Finalmente é agendada para 02/08/95 uma Audiência Especial no “*Juizado de Menores de.....*” (em plena época de Estatuto da Criança e do Adolescente, este Juizado se intitulava *de Menores*), respondendo à convocação a tia-avó de Otávio, a “Equipe Médica” da Unidade (em realidade uma equipe interdisciplinar) e a criança.

A *AUDIÊNCIA ESPECIAL* assemelhava-se a um julgamento, para surpresa da equipe técnica (médica, assistente social e psicóloga), pouco afeita ao ritual judiciário.

Logo ao chegar no Fórum, Otávio foi recebido por escolta policial fortemente armada, sendo conduzido, sob estrita vigilância, à presença da MM^a Juíza – todo este aparato para um menino de 11 anos! –, que permitiu apenas a presença da médica psiquiatra na Sala de Audiências, ficando as duas outras profissionais privadas de participação.

Foi permitido que Otávio permanecesse durante breve período com sua tia-avó, que entre lágrimas o afagou, dizendo: “você está mais gordinho, filho, está se cuidando direitinho?” O menino respondeu chorando que sim. Foi a única vez que se viu Otávio chorar. A esta senhora também foi negada a entrada na audiência.

A Sala de Audiências não era grande. Sentados à volta de uma mesa oval estavam o Promotor Público e dois outros membros do Ministério Público. À cabeceira, numa cadeira 73

mais alta que as outras, a MMª Juíza. Dois Oficiais de Justiça, de pé faziam comentários em tom acusatório. Perto da porta colocaram-se dois policiais, armas em punho. Foi esta a disposição que o menino encontrou ao entrar na sala. Otávio mostrou-se receoso, desconfiado desse ambiente. Os comentários dos Oficiais de Justiça prosseguiram, em tom alto o suficiente para serem ouvidos. Quando percebeu as acusações o menino fez “cara de mau”, lançando um olhar irado aos presentes. Ordenou-se silêncio.

Seguiu-se, então à leitura das acusações feitas a Otávio A Magistrada revelava minúcias do caso, exibindo demoradamente as fotografias da autópsia do bebê, mostrando-as ao réu menino enquanto olhava para a psiquiatra dizendo que somente um monstro louco, um psicopata, seria capaz de tal barbárie. A Juíza inquiriu a psiquiatra sobre Otávio ser portador de psicopatia, e esta respondeu: “...tratando-se de uma personalidade ainda não totalmente formada, não se pode, até mesmo por impedimento legal, dar outra classificação ao comportamento apresentado que não seja o de distúrbio de conduta não partilhado socialmente.” Não satisfeita com essa resposta, perguntou se tal comportamento fosse de uma pessoa mais velha, qual seria o diagnóstico. Respondeu estar impossibilitada de responder a tal questão, pois caso fosse de um adulto que se estivesse falando, seria uma outra pessoa, visto que nem todos os adultos que apresentam distúrbio de personalidade tiveram na infância distúrbio de conduta, bem como nem todas as crianças que apresentam distúrbio de conduta terão necessariamente distúrbio de personalidade.

Em diversas ocasiões da audiência Otávio começou a se exaltar, porem acalmava-se quando a sua médica lhe segurava a mão. Após algum tempo esta conseguiu demonstrar a impropriedade da internação da criança em Instituição destinada a pacientes psicóticos em surto, a despeito dos momentos em que tudo ficava prestes a retroceder pois o menino ensaiava um rompante agressivo novamente contornado.

Como resultado da Audiência, foi decidida a permanência do “menor” no Hospital por mais uma semana, enquanto seria providenciado um local para onde ele seria transferido.

Em 17/08/95 Otávio é recambiado à Comarca de sua cidade, por decisão judicial. Em reiteradas ocasiões a UHVR tentou saber do desdobramento do processo, mas embora tais informações nos houvessem sido prometidas nunca chegaram ao nosso conhecimento.

Alguns fatos permaneceram sem esclarecimento, principalmente quanto a sua primeira internação num Hospital Geral (Santa Casa da Misericórdia) por um corte no dedo que não deixou sequer vestígio. Os Oficiais de Justiça que o acompanharam na Audiência informaram que esta internação se deveu ao fato de Otávio haver xingado a esposa do Prefeito, sendo portanto recurso punitivo à atitude do menino.

DISCUSSÃO DO CASO

Este caso foi escolhido para uma discussão mais aprofundada por possibilitar estudar relações entre psiquiatria e justiça penal. Surge imediatamente uma analogia com o trabalho coordenado por Michel Foucault, intitulado “*Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*”:

“Digamos esquematicamente, para começar, que o principal núcleo da concorrência a que se entregam, na época, as instâncias penal e médica é o de substituir parcialmente um modo de controle por outro”.
(Castel *apud* Foucault, 1991:260)

Um século e meio mais tarde estas questões se repetem: a audiência na qual Otávio é julgado tem o testemunho de uma médica psiquiatra, interrogada a respeito da condição psicopatológica que levaria uma criança a cometer delito tão grave (espancamento de um bebê até a morte). A Justiça não permite a entrada do restante da equipe no recinto onde se dá a audiência, bem como é vetada a participação da avó da criança. É entre a Justiça e a Medicina que se dá o embate. No caso, caracterizar a criança como louca é objetivo penal, independente do parecer técnico, pois desta forma a internação por Mandato Judicial pode perdurar indefinidamente, ao passo que se for caracterizado ato infracional na ausência de insanidade, a criança é protegida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que prevê o abrigo em entidade como medida provisória e excepcional, sem privação de liberdade.

“Que justiça e medicina mental disputem o ato de Rivière levanta primeiramente um problema de classificação em referência aos dois núcleos de saber: culpado ou louco”. (Opus cit.:260)

Mas a Otávio não basta equilibrar-se entre esses dois estigmas, pois é ainda: “menor”, analfabeto, paupérrimo, filho de mãe “doente mental” e pai “criminoso”(segundo dados colhidos do seu prontuário).

Carrara (1987), em seu trabalho intitulado “Crime & Loucura: O Aparecimento do Manicômio Judiciário na Passagem do Século”, fala da ambigüidade da identidade de “paciente delinqüente”:

“Absolutamente notável, à primeira vista, era o fato de os internos sempre se dizerem presos, e não doentes, ou de se referirem à sua estada no Manicômio Judiciário sempre como uma pena, e nunca como um tratamento. Aparentemente preferiam a identidade de delinqüente à de paciente. Mas também aí havia ambigüidades e possibilidade de manipulações.” (Carrara, 1987:18)

Otávio, dentro do hospital-prisão em que se transforma a seus olhos a unidade psiquiátrica onde está internado, oscila entre o comportamento “delinqüente”, quando se une a outros jovens “infratores” na formação de uma “gangue”, e um comportamento de menino assustado, reconstruindo a cada momento a sua tragédia e ligando-se à estagiária que participava da equipe de atendimento de forma muito intensa. A ela irá revelar seus receios e mágoas, expor seu desamparo e perplexidade. Por vezes encenará também uma caricatura de “louco furioso”, golpeando o ar com os punhos cerrados e lançando olhares ameaçadores; tal recurso é utilizado quando os outros fracassam, e não raro é seguido de uma sonolência profunda, mesmo quando não está, há dias, em uso de qualquer medicamento.

Este menino é estranho à cidade do Rio de Janeiro, ao hospital psiquiátrico, à infância mesmo como a concebemos. A possibilidade, para Otávio, de lidar com a gravidade de seu ato é a retração onírica, o sono que surge quando nada mais pode ser dito.

À estranheza que causa com sua presença, o aparato médico-jurídico a que é submetido responde com técnicas de suplício: contenção no leito e advertências quanto à sua “periculosidade” logo ao ingressar no Pronto Socorro Psiquiátrico; durante sua longa internação, recebe duas surras “de outros pacientes” em circunstâncias que nunca foram esclarecidas e na ausência de intervenção dos auxiliares de enfermagem de plantão.

Quase-louco, quase-criminoso, faz-se em Otávio a síntese da trágica sina familiar (mãe doente mental e pai marginal, segundo seu prontuário).

A apoteose deste ritual de exclusão se dá na Audiência Especial, quando se objetiva provar sua insanidade, não para atenuar a punição, mas para perpetuá-la num “*tratamento médico*” que nada mais pode oferecer além da segregação social.

“O suplício penal não corresponde a qualquer punição corporal: é uma produção diferenciada de sofrimentos, um ritual organizado para a marcação das vítimas e a manifestação do poder que pune: não é absolutamente a exasperação de uma justiça que,

esquecendo seus princípios, perdesse todo o controle. Nos “excessos” dos suplícios, se investe toda a economia do poder.” (Foucault, 1997:32)

Entendemos ser o que sofreu Otávio um *suplício*, com todas as suas facetas aqui representadas:

- *as físicas*, no seu corpo de menino, “encharcado” de medicamentos injetáveis em sua passagem pelo PSP e ferido por adolescentes mais velhos porque não lhe foi permitido ficar internado na enfermaria feminina da UHVR (menos violenta, e por isso local onde são internadas as crianças de ambos os sexos) por sua suposta *periculosidade*;
- *as psicológicas*, na estigmatização que sofreu ao longo de sua internação e, quase de forma caricatural, por ocasião da *Audiência especial*;
- *as sociais*, pois todos os trâmites de sua internação e “juízo” desrespeitaram os direitos básicos de uma criança, contrariando todos os princípios mais fundamentais do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Capítulo 7 – ANÁLISE DA ENTREVISTA COM O MM. JUIZ DA 2ª VARA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE DA COMARCA DO RIO DE JANEIRO

A opção pela entrevista ao Magistrado da 2ª Vara da Infância e da Juventude (VIJ) da Comarca do Rio de Janeiro se deu, principalmente, por dois motivos:

1º. A análise quantitativa previamente apresentada demonstrou que os pacientes provenientes da 2ª VIJ foram os que se distinguiram de forma mais nítida dos internados por via não judicial quanto à comparação dos diagnósticos de saída (alta hospitalar). Os pacientes oriundos da 1ª VIJ foram os que mais se aproximaram daqueles internados sem intermediação judicial quanto à distribuição diagnóstica, e os de Comarcas do Interior não representavam uma unidade quanto à distribuição diagnóstica, e sim situações singulares aos municípios de origem.

O atual Juiz da 2ª VIJ tomou posse em Agosto de 1997, portanto sua entrevista não pode servir de **respaldo direto** para explicar a realidade dos períodos anteriores (os dados colhidos foram referentes ao período de 1994-97). No ano de 1997, entretanto, houve um aumento significativo das internações por Mandado Judicial, representando **mais da metade** dos encaminhamentos judiciais estudados.

2º. Consideramos o Magistrado representante de uma vertente ideológica cuja concepção filosófica acerca do ECA é, aparentemente, distinta da de seus idealizadores. Tal posição divergente se faz notar no cenário jurídico e assistencial voltado para crianças e adolescentes desde as discussões que antecederam a elaboração do Estatuto, e a proposta da entrevista que se segue é pontuar alguns aspectos conflitantes, propiciando um aprofundamento das questões inerentes à temática desta dissertação.

A entrevista se deu no gabinete do MM. Juiz, que autorizou a gravação da mesma e a sua reprodução no presente trabalho. Optei por um modelo de entrevista não diretiva, o que trouxe vantagens como a possibilidade de se aprofundar vários temas relevantes, e algumas desvantagens como a longa duração da entrevista: cerca de duas horas.

O discurso do magistrado se deu em tom professoral, com baixo grau de reversibilidade, caracterizando o que, na tipologia da análise, é denominado *discurso autoritário* (Rizzini *et al.*, 1999).

No início da entrevista, após o esclarecimento sobre a relevância da mesma para a presente dissertação, perguntei como se dava o encaminhamento de adolescentes oriundos daquele Juizado para o Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII).

Da Gênese da Medida

“Primeiro, nesse Juizado nós tratamos de adolescentes em conflito com a Lei. Para esses adolescentes as Medidas Sócio-educativas são impostas contra a vontade deles e, às vezes, sem uma adequação com relação à necessidade, porque o Juiz define a Medida no momento do Julgamento, na Audiência. Nesta Audiência ele tem que definir qual a Medida adequada e às vezes ele faz isso sem suporte médico prévio, porque não dá tempo, e sem uma anamnese que deveria ser feita no menino caso não se tratasse de adolescente em conflito com a Lei. As Medidas Sócio-educativas são impositivas não só para o menino como também para o local em que ele vai cumpri-la.”

Logo no início de seu discurso, o MM. Juiz enuncia uma oposição: *“nesse Juizado nós tratamos de adolescentes em conflito com a Lei.”*

O termo *“em conflito com a Lei”*, é, por si só, bastante elucidativo: estamos tratando aqui de um conflito, travado entre o *invencível* (Leite, 1991, 1998) e a Lei, que tem por seu representante máximo e socialmente legitimado o Magistrado.

Não há lugar para a postulação ingênua da neutralidade dos julgamentos. Para esses adolescentes nem a anamnese médica prévia, *“que deveria ser feita no menino caso não se tratasse de adolescente em conflito com a Lei”*, é considerada necessária.

Quando as Medidas Sócio-educativas (MSEs), *impositivas não só para o menino como também para o local onde ele vai cumpri-la*”, se mostram desnecessárias ou contraproduativas, só podem ser modificadas pelo Juiz, pois apenas em relação àquele que *“não está em conflito com a Lei, a parte técnica tem uma margem maior de decisão.”*

Quando a MSE a ser adotada é a internação psiquiátrica compulsória do

“adolescente em conflito com a Lei ou do maior de idade que tenha processo criminal, a Medida, médica ou não, assume uma natureza de Pena. Tem que ser imposta contra a vontade do adolescente e, às vezes, até dos pareceres médicos.”

Não é, portanto, a necessidade do adolescente (ou a gravidade do seu quadro clínico) o que a determina;

“o médico não é ouvido previamente, e nem pode ser. Não é a questão de que ele deveria ser ouvido ou não. Ele não pode ser ouvido porque o Fato que originou aquele processo é que vai ensejar a Medida. ... se a Medida Médica for uma Pena, que nós chamamos de Medida Sócio-educativa, ela se torna impositiva para todo mundo: para o Juiz, para a família, para o Ministério Público, para a defesa, para o médico, para o próprio garoto, para a equipe técnica do hospital, enfim...”

Nestes trechos da entrevista o MM. Juiz define a “*Medida Médica*” como uma “*Pena, impositiva para todo mundo*”; postula também que “*o médico não é ouvido previamente, e nem pode ser*”.

Esta afirmação me faz lembrar do pedido, feito a mim, por um jovem internado no CPPII por MSE, à época da coleta de dados dos prontuários para esta pesquisa:

“Ó Doutora, já que a Sra. tá nesse negócio de Juiz, vai lá, fala com ele prá ele me soltar, é que eu não sou maluco, não agüento isso aqui dentro, isso é pior que prisão, é muito grito, num dá prá conversar.

Já falei com a Assistente Social, quero voltá pro Criam.”
(“Carlos”, 16 anos, em sua 2.^a internação psiquiátrica através de Mandado Judicial, com diagnóstico de *transtorno de conduta compartilhado socialmente*, 1998)

O pedido para que fosse solto **pelo Juiz** demonstra que o adolescente conhecia as limitações impostas à UHVR (e acatadas pela mesma Unidade), quanto à possibilidade de que a alta médica se efetivasse. A *Pena* médica imposta significou, para este adolescente, apenas uma sanção mais severa, e não um tratamento: “*isso é pior que prisão.*”

Do porquê da Medida de Internação Psiquiátrica

Juiz – “Imagine que [num CRIAM ou numa Unidade Fechada], em um grupo de 30, 50, tem um que dê alguma alteração por algum motivo. A primeira reação de todo mundo é achar que esse menino tem

que ser retirado desse convívio para não atrapalhar o grupo todo, então, geralmente, a pessoa faz o relatório para mim: – ‘Dr. Juiz, esse adolescente demonstrou um comprometimento mental porque no dia tal quebrou a televisão toda, quebrou a sala, quebrou as cadeiras, fez alguma coisa ou bateu em todo mundo, etc.’– e eu dou a sua transferência para o Pedro II.”

Para o MM. Juiz, os que se rebelam contra as normas instituídas precisam ser transferidos para tratamento em hospital psiquiátrico. De acordo com seu discurso, os sinais e sintomas que sugerem *comprometimento mental* são: *dar alguma alteração por algum motivo, quebrar a televisão toda, quebrar a sala, quebrar as cadeiras, fazer alguma coisa ou bater em todo mundo, etc.* Como podemos verificar, o comportamento agressivo, de oposição, é o que precisa ser tratado pela psiquiatria, pois adquire ainda um caráter de **contágio**. *“A primeira reação de todo mundo é achar que esse menino tem que ser retirado desse convívio para não atrapalhar o grupo todo.”*

Não se comportando como “bons infratores”, só resta aos *invencíveis* a possibilidade de estarem loucos.

Aqui, menina não entra

“A quantidade de meninos é no mínimo dez vezes maior que a quantidade de meninas, aliás estatisticamente são 7% de meninas e 93% de meninos [sob os cuidados da 2.^a Vara]. É muito mais fácil você atender a dez pessoas do que a cem pessoas. É mais fácil você resolver o problema de conter uma menina problemática no meio de outras nove do que um menino no meio de noventa e nove.”

Foi constatado, na fase preliminar de coleta de dados da presente dissertação, um número muito baixo (próximo de zero) de internações psiquiátricas de crianças e adolescentes do sexo feminino através de Mandado Judicial, em contraste com a década de 80, quando tais encaminhamentos eram mais freqüentes.

Este trecho da entrevista reforça os achados da pesquisa.

Do papel dos profissionais de Saúde Mental do DEGASE

“Hoje nós temos dentro das Unidades do DEGASE algumas equipes que eu chamo de apagar incêndios.

Eu tenho aqui [no Juizado] alguns médicos: um psiquiatra, um clínico, uma clinica especializada em pediatria, e mais um enfermeiro, que se revezam [entre si].

Toda vez que há um problema na Unidade [do DEGASE] eles vão para lá tentar resolver e fazer os encaminhamentos.

Algumas coisas que não são resolvidas pela equipe de saúde mental do DEGASE passam por uma espécie de triagem aqui no Juizado e se as duas equipes não conseguem resolver o problema, busca-se uma alternativa externa.

Isso reforça muito a minha decisão.

A Coordenação de Saúde do DEGASE diz que isso é um caso que não pode ser resolvido dentro da Unidade.

O pessoal que trabalha aqui no Juizado também diz que não tem como resolver essa situação, então eu tenho de tirar esse menino de lá, e já tenho o respaldo de dois pareceres que não tinha antigamente.”
(sublinhado nosso)

De acordo com esse trecho da entrevista, compete às equipes de saúde mental do DEGASE e ao profissional de saúde que se reveza no Juizado “*apagar incêndios*” e “*fazer os encaminhamentos*”. Tal atividade parece se revestir de um caráter imediatista, com vínculo precário com a continuidade do atendimento ao adolescente. O parecer técnico vai servir apenas como reforço à decisão judicial de encaminhamento para o hospital psiquiátrico: “... *já tenho o respaldo de dois pareceres que não tinha antigamente.*”

Da compreensão, pelo MM. Juiz, do caráter da Medida de Internação em Hospital Psiquiátrico

Entrevistadora – Estudando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), entendi que as internações psiquiátricas ou clínicas seriam Medidas Protetivas, mesmo quando aplicadas ao adolescente acusado de ato infracional.

Juiz – [Apontando para alguns artigos do ECA] O artigo 112 do Estatuto fala das Medidas Sócio-educativas, então o que o Estatuto fez em referência a algumas Medidas Protetivas é que neste caso, “Verificada a prática de Ato Infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes Medidas [...] VII - qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI”, então são das Medidas Protetivas e também vão funcionar como Medidas Sócio-educativas. [...] O Estatuto no artigo 112, ao invés de repetir as Medidas foi econômico, fez uma reposição, isso não quer dizer que as Medidas que estão aqui são Protetivas, elas também são Sócio-educativas porque estão neste capítulo.

A assertiva acerca da "transformação" das Medidas Protetivas do art. 101 em Medidas Sócio-educativas quando da sua reposição no art. 112 não encontra respaldo no texto da Resolução n.º 46, de 29 de Outubro de 1996, que "Regulamenta a execução da medida Sócio-educativa de internação prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n.º 8069/90" (D.O. U., 8 de Janeiro de 1997).

Nesta regulamentação consta:

“que as medidas sócio-educativas elencadas no art. 112, complementadas quando for o caso, pelas medidas protetivas do art. 101, do Estatuto da Criança e do Adolescente, são bastantes e suficientes para responder à prática de infração, bem como para assegurar a reinserção social e o resgate da cidadania dos adolescentes em conflito com a lei.”

Em sua fala, o Magistrado reforça sua interpretação do ECA, como pode ser verificado a seguir:

“Aqui no Rio de Janeiro há duas Varas: a 1ª Vara trata das Medidas de Proteção e a 2ª Vara trata das Medidas Sócio-educativas.

A 1ª Vara tem duas coisas que aqui [na 2ª Vara] não tem, que são a colocação [da criança ou do adolescente] em família substituta e o abrigo.

A 2ª Vara tem seis coisas que não tem na 1ª Vara, que são as Medidas Sócio-educativas dos incisos 1 ao 6.

As Medidas do inciso 7 são comuns à 1ª e à 2ª Varas, só que a 1ª Vara aplica as mesmas Medidas com natureza Protetiva e a 2ª Vara aplica as mesmas Medidas com natureza Sócio-educativa; lá facultativamente impostas, aqui uma obrigatoriedade, impositivamente ou ativamente impostas.”

Das internações psiquiátricas com prazo estipulado pelo Juiz

Entrevistadora – Por vezes ocorre também, principalmente em outras comarcas, o aprazamento da internação psiquiátrica: – ‘Interne-se por 45 dias ou até segunda ordem judicial’–, isso no mandado, no ofício do Juizado.

Em algumas situações, o adolescente fica internado por Medida Sócio-educativa por períodos superiores a dois meses...

***Juiz –** Aí tem de ir lá falar com o Juiz. É porque a natureza dessa Medida não é tratamento, é Pena, então, às vezes, é por prazo certo. É uma Pena com tratamento, as duas coisas.*

O tratamento em regime de internação psiquiátrica é considerado, neste trecho do discurso do Magistrado, uma *Pena*, em contraposição ao ECA em seu Art. 104:

“São penalmente inimputáveis os menores de 18 anos, sujeitos às medidas previstas nesta Lei.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, deve ser considerada a idade do adolescente à data do fato.” (ECA apud Cury et al., 1992:304)

Segundo esse artigo, os menores de 18 anos não podem ser submetidos a uma *Pena*, e sim a medidas sócio-educativas e protetivas.

Por outro lado, o tratamento psiquiátrico em regime de internação é uma condição que deve ser entendida como excepcional, voltada para pacientes graves e que possam ser acolhidos em seu sofrimento, e jamais punitiva, “*entendendo-se por internação um local de acolhimento e também de liberdade, por que não?*” (Cavalcanti apud Russo & Silva Filho, 1992).

Cabe também observar que as ações de saúde têm, entre seus atributos básicos, um ritmo de execução e uma necessidade de permanência ou impermanência, características subtraídas pela unilateralidade da cronologia imposta pelo aprazamento judicial.

Das diferenças entre o adolescente cumprindo MSE por ato infracional e o adulto condenado por crime

Juiz – As diferenças básicas entre o adolescente infrator e o criminoso maior de idade, são duas: o maior de 18 anos fica com o Juiz Criminal ou de Execução Penal e o menor de 18 anos fica com o Juiz da Infância. Imagine o seguinte: o maior de 18 anos está preso em uma penitenciária, ele não pode sair sem a autorização do Juiz, alguém só pode entrar lá para visitá-lo com a ordem do Juiz. O menor de 18 anos tem a mesma regra, só o que muda é o Juiz e algumas Medidas: fica em escola ao invés de ficar na penitenciária e fica exposto a alguns cuidados maiores.

Apenas a denominação do Juiz (da Infância ou criminal) e algumas Medidas (escola ao invés de penitenciária, ficar *exposto a alguns cuidados maiores*) diferenciariam o adolescente acusado da prática de ato infracional do adulto condenado por crime. Não foram aqui ressaltadas as condições peculiares ao adolescente enquanto pessoa em desenvolvimento, e as mudanças em seu atendimento, decorrentes dessa condição, bastante detalhadas no ECA.

A resposta do MM. Juiz apontou antes para as semelhanças entre o adolescente em cumprimento de MSE de internação em estabelecimento educacional e o adulto preso.

Cuidando de um "rosto sem história": do desconhecimento dos processos nos atendimentos psiquiátricos a adolescentes em cumprimento de MSE

Entrevistadora – Uma dificuldade encontrada na minha prática na assistência a esses adolescentes é que na maioria das vezes nós não tínhamos conhecimento dos processos judiciais referentes aos mesmos.

Juiz – E nem pode, por causa do artigo 143 e 144 do Estatuto. Ele diz que os processos aqui são sigilosos para todo mundo, até para a parte técnica.

[...] Para que alguém tenha acesso [ao processo do adolescente] tem que fazer um pedido ao Juiz para expedição de cópia ou certidão dos atos aos quais se refere o artigo anterior [judiciais, policiais ou administrativos]. A cópia somente será deferida por autoridade judiciária competente, se for demonstrado o interesse e justificada a finalidade.

Por exemplo: se a Sra., no hospital, tiver que fazer um requerimento a este Juizado, partimos do princípio que o tratamento independe do Fato [infracional]. Você não pode tratar o adolescente com base no que ele fez, tem que tratar o adolescente com base no que ele é. A idéia do Estatuto é não dizer o que ele fez para ninguém, nem para quem o está tratando.

O Art. 143 do ECA, ao qual o Magistrado se refere, é assim enunciado:

“É vedada a divulgação de atos judiciais, policiais e administrativos que digam respeito a crianças e adolescentes a que se atribua autoria de ato infracional.

Parágrafo único. Qualquer notícia a respeito do fato não poderá identificar a criança ou adolescente, vedando-se fotografia, referência a nome, apelido, filiação, parentesco e residência” (ECA, apud Cury et al., 1992:434)

Nosso entendimento desse artigo é diverso da interpretação referida pelo Magistrado. Compreendemos que o veto à divulgação de atos judiciais, policiais e demonstrativos diz respeito à veiculação dos mesmos nos meios de comunicação, com as conseqüências potencialmente estigmatizantes daí decorrentes.

“No entanto, estas garantias estatutárias e constitucionais são cotidianamente violadas no noticiário, inclusive com a cumplicidade da autoridade policial, que, muitas vezes, atua como responsável pela pauta e como única fonte jornalística. Situação que implica a apresentação de uma única versão do fato. Neste caso, a criança aparece como vilã e sem espaço para apresentar sua defesa.” (Silva, apud Cury et al., 1992:441)

Infelizmente é essa informação distorcida, de caráter parcial e sensacionalista, a que circula no hospital psiquiátrico quando da internação de um adolescente acusado de haver cometido ato infracional grave. Muitas vezes o próprio policial da escolta se encarrega da divulgação do ato em tom de confidência. A versão do ato infracional vai se acrescentando de contribuições do imaginário dos técnicos e funcionários do hospital, e muitas vezes o resultado final é bizarro, acontecendo uma “monstrualização” da criança e do adolescente quanto à representação, a seu respeito, feita pela equipe do hospital.

Este aspecto está demonstrado, nesta dissertação, no estudo de caso de “Otávio”, criança de 11 anos que logo em sua admissão ao CPPII, ainda no Pronto Socorro Psiquiátrico (PSP), teve registrado em seu prontuário: *“Vigilância - risco de homicídio”* com recomendação expressa de *“contenção física no leito até efeito medicamentoso.”*

Tal ameaça (risco de homicídio) era de quase impossível concretização, pois tratava-se de um menino franzino, desarmado e assustado, num PSP onde trabalham técnicos de enfermagem de compleição física notadamente superior à do menino. O desconhecimento de diversos aspectos do processo que culminou na internação psiquiátrica de Otávio, conjugado à representação negativa que dele se fez desde sua admissão dificultou, *a priori*, o estabelecimento de uma relação efetivamente terapêutica.

Da diferença entre a clientela encaminhada através de Mandado Judicial e os demais pacientes do CPPII

Entrevistadora – A preocupação do CPPII é que são atendidos adolescentes muito desprotegidos, internados por psicoses ou por

autismo infantil, o que os deixa extremamente vulneráveis. Como ficam estes pacientes em relação ao convívio, durante a internação, com o adolescente acusado de ato infracional com transtorno de conduta de natureza não psicótica?

Juiz – *Há três questões distintas: primeiro, isso não tem nada a ver com o Poder Judiciário, ou seja, essa estrutura de hospital tem de ser proporcionada pelo Poder Executivo, o hospital tem de se dirigir ao Poder Executivo e dizer: – ‘Olha, eu tenho essa clientela e essa outra clientela, e preciso atender às duas e você tem de fornecer mão-de-obra, meios e infra-estrutura.’*

O segundo ponto é o seguinte: o Poder Judiciário pode ser mais criterioso com os encaminhamentos para minimizar os efeitos dessa questão. As nossas equipes técnicas deveriam fazer um laudo prévio para saber se o menino seria realmente caso de ser internado no Pedro II, ou não. A gente só mandaria para lá aqueles que realmente fossem casos de atendimento clínico naquele espaço.

O terceiro aspecto, que no meu modo de entender é o principal, é colocar em uma balança todos os interesses em jogo; vamos supor que o Pedro II tenha cinquenta meninos e um ponha em risco a atividade de cinquenta, mas lá existem pessoas especificamente treinadas para esse tipo de conduta. Se esse menino está em outro lugar com 100, 150, 300 pessoas e ele põe em risco a atividade de todos esses 300, e não existem pessoas treinadas para lidar com a situação, então você tem de ver onde esse caso seria melhor atendido.

Um exemplo clássico: eu vou deixar esse menino no Padre Severino, onde ele acordou de noite para esfaquear 200 meninos? Vou colocá-lo no Pedro II, onde há pessoas que podem tratar e lidar com esse menino, dar a medicação adequada, fazer um trabalho de contenção, ter um regime de plantão. As pessoas ficam lá, de certa forma, vigiando todos os casos, tem uma enfermeira específica e tal. O Padre Severino não dispõe de nenhuma estrutura dessas, nem pode ter porque não é um local indicado para isso.

O CPPII se propõe a atender na Unidade Hospitalar Vicente Rezende (UHVR) “adolescentes, na faixa de 14 a 17 anos, com diagnóstico de surto psicótico agudo, acompanhado ou não de outras patologias” (op. cit.)

Tal propósito se contrapõe à expectativa do magistrado quanto à clientela a ser atendida (para o Juiz, adolescentes com distúrbio de conduta de natureza não psicótica; para o hospital, adolescentes em surto psicótico).

A concepção do Juiz a respeito do tratamento indicado incluiria, além de *dar a medicação adequada, fazer um trabalho de contenção*. Pretende, com isso, que os técnicos das UHVR fiquem, *de certa forma, vigiando todos os casos*.

Assim, o hospital funcionaria, segundo esta concepção, como uma “linha auxiliar” dos desígnios da justiça, nem sempre compatíveis com sua vocação assistencial. Isto se explicita claramente no trecho abaixo, em que se discute a possibilidade de fuga:

Entrevistadora – No hospital psiquiátrico a impossibilidade de fuga é relativa, pois um adolescente determinado a fugir, principalmente se não apresenta um quadro psiquiátrico que o torne mais dependente, consegue concretizar seu objetivo.

Juiz – [...] Se o adolescente fugiu eu tenho de determinar a apuração dos motivos da fuga. Vai se levantar se é devido à infraestrutura do hospital, se o tratamento do hospital é para A, B ou C e se foram tomados os cuidados para evitar a fuga. Tudo isso será analisado no processo.

Entrevistadora – O Sr. concorda que no caso do CPPII ele não tem essa estrutura?

Juiz – Discordo, eu acho que tem, com certeza, não precisa nem de obras. É só uma adequação do espaço e gente para tomar conta.

Da separação por gravidade da infração

Entrevistadora – Existe a questão da gravidade do ato infracional. Uma crítica que se faz, por exemplo, ao IPS, é não existir ainda uma possibilidade de separação por gravidade desse ato.

Juiz – Sou contra separar por gravidade, pois nosso esforço maior é exatamente desvincular o Fato da Medida. Existem três questões a considerar: o Fato cometido pelo garoto, o menino que o cometeu [a Pessoa], e o tratamento, que a gente denomina Medida Sócio-educativa. O menino não tem de estar ligado ao Fato, o menino tem de estar ligado à Medida.

A discordância quanto à separação por critério de gravidade da infração se contrapõe ao texto do ECA:

Art. 123. A internação deverá ser cumprida em entidade exclusiva para adolescentes, em local distinto daquele destinado ao abrigo, obedecida rigorosa separação por critérios de idade, compleição física e gravidade da infração.

Parágrafo único. Durante o período de internação, inclusive provisória, serão obrigatórias atividades pedagógicas. (ECA apud Cury et al., 1992:378. Sublinhado nosso)

Da construção social do estigma

Entrevistadora – O adolescente acusado de ato infracional e internado no hospital psiquiátrico acaba ficando com dois estigmas: o de paciente psiquiátrico e o de infrator.

Juiz – O estigma vai existir sempre, o que a gente tem é de lutar contra ele. Estou dando um diploma para quem cumpriu a Medida, e você vai dizer: – ‘Puxa, você está criando um estigma!’– Não estou dizendo que essa pessoa está recuperada. Não é o fato dele cumprir uma Medida Sócio-educativa que o torna uma pessoa boa ou ruim, e sim o fato do que ele vai fazer depois de cumpri-la.

Se aqueles a quem nós estamos dando o diploma fizerem um bom uso dele, as pessoas vão dar ao diploma uma credibilidade e vai se reverter o estigma.

A questão toda é que o estigma não existe em função do etiquetamento e sim do que a gente faz dele. Eu penso que todo esse estigma de racismo não é de quem o está implantando, é da vítima. Se a vítima reage a isso, ela fica estigmatizada. Se ela não reage e aceita passivamente, ela [também] fica estigmatizada. Se ela ignora, é como se aquilo [o estigma] não existisse.

Diante deste tema, nos é tentadora a idéia de revisitar Goffman. Em seu trabalho sobre o estigma, já no prefácio, define o termo: “*estigma – a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena.*” (Goffman, 1975:7)

A expectativa da “comunidade normal” diante do portador do estigma é assim definida:

“Exige-se do indivíduo estigmatizado que ele se comporte de maneira tal que não signifique nem que sua carga é pesada, e nem que carregá-la tornou-o diferente de nós; ao mesmo tempo, ele deve-se manter a uma distância tal que nos assegure que podemos confirmar, de forma indolor, essa crença sobre ele. Em outras palavras, ele é aconselhado a corresponder naturalmente, aceitando com naturalidade a si mesmo e aos outros, uma aceitação de si mesmo que nós não fomos os primeiros a lhe dar. Assim, permite-se que uma ‘aceitação-fantasma’ forneça a base para uma ‘normalidade-fantasma’.” (op. cit., 1975:133)

Cabe, portanto ao adolescente considerado “infrator e louco” ignorar o fato de que sua carga é pesada. Se ele ignora, é como se aquilo [o estigma] não existisse. Este adolescente precisaria encontrar um *falso-self* (Winnicott, 1982) normatizado, que aplacando os anseios da “sociedade saudável”, acabaria por eclipsar sua própria identidade.

Da concordância com relação ao tratamento

Entrevistadora – Em relação ao tratamento psiquiátrico, é essencial que o paciente concorde com ele...

Juiz – Ah, mas isso não pode. Aqui [na 2.ª Vara] a Medida é impositiva para todo o mundo. Até o tratamento de drogas aqui é impositivo. A gente sabe, por exemplo, que para tratar de drogas a OMS,

o Conselho não sei do quê e o próprio CONEM dizem que tem de haver a adesão voluntária da parte, mas no caso de adolescente em conflito com a Lei, é uma Medida, é contra a vontade de todo o mundo, contra essa Portaria, contra a Convenção, contra a recomendação, contra a família e contra o técnico. A Medida não é, vamos dizer assim, uma coisa voltada para a Proteção; é uma Pena, então, nem que tenha de meter na camisa-de-força...

Entrevistadora – *E esse entendimento está no Estatuto?*
[Interrompo, surpresa.]

Juiz – *Está, é algo coativo, infelizmente. Seria muito mais fácil para nós, para mim principalmente, se fosse uma questão de adesão à vontade da família, porque aí você entrega na mão da família, mas no nosso caso a responsabilidade toda está nas mãos do Juiz.*

O Magistrado considera que a internação psiquiátrica é uma Pena a ser cumprida impositivamente, visto que em seu entendimento o tratamento coativo é respaldado pelo ECA. Prossegue com um exemplo curioso:

Imagina se o Juiz dá um tratamento errado e a pessoa acaba se viciando. Por exemplo, no caso das drogas, se o garoto não é viciado e você o coloca para fazer um tratamento junto a outros drogados e ele acaba ficando viciado em drogas pelo convívio com eles, o Juiz também responde por isso. A idéia de que o Juiz está acima das deliberações é muito errada. O Juiz presta contas com muito mais freqüência que os outros, é cobrado com muito maior rigidez.

Neste trecho da entrevista destacamos as seguintes idéias:

1. É o Juiz quem “dá um tratamento”, logo a responsabilidade pelo êxito ou fracasso do mesmo é judicial;
2. O tratamento pode “viciar” o adolescente, através do “contágio” com “outros drogados.

Não caberia ao médico nenhum outro papel que não o de agente da Medida Sócio-educativa (MSE) deliberada e imposta pelo Juiz.

Da escolta policial dentro do Hospital

Entrevistadora – Existe uma questão difícil para nós que é a da escolta do adolescente enquanto ele está internado na instituição hospitalar. Como lidar com uma escolta dentro de um hospital psiquiátrico?

Juiz – Aí, é uma questão de você entrosar a direção da Unidade Hospitalar com quem está fornecendo a escolta. Isso é responsabilidade do Executivo. O Judiciário não interfere nessa questão. Ter escolta ou não é solicitação do hospital ou da unidade onde ele estava [anteriormente]. O Judiciário só diz: de acordo ou não de acordo.

A presença da escolta (exercida por policiais armados e dispendo de algemas) causa grande tensão no ambiente hospitalar. A indagação sobre como lidar com a escolta dentro do hospital psiquiátrico foi respondida a partir de um outro olhar sobre a questão, um olhar que não contempla o mal-estar que a presença policial pode impingir à equipe técnica e aos pacientes. Para o Magistrado, essa questão não lhe compete. O que importa é a solicitação (por parte do Executivo) da presença ou ausência da escolta, condicionada, em última instância, à concordância do Judiciário.

Das atividades em espaço aberto

Entrevistadora – Como o adolescente sob tutela judicial por ato infracional pode participar dos passeios de rotina existentes no hospital?

Juiz – O que as Unidades fazem normalmente é virem aqui e pegarem autorização prévia. Se não pedirem autorização prévia será por conta e risco da Unidade. Aqui eu autorizo levar ao Museu de Arte Moderna, Terra Encantada, praia no Domingo, Maracanã, mas eles pedem autorização prévia.

Entrevistadora – Mas como fica a questão se for uma atividade de rotina em lugares abertos?

Juiz – *Atividade de rotina tem de ter um cronograma, e é por conta e risco da Unidade. O que ela pode pedir é uma autorização de acordo com o cronograma.*

Entrevistadora – *O CPPII tem uma política de desinstitucionalização. Priorizam-se as atividades ambulatoriais e não a internação. Como atender o garoto que já vem institucionalizado e com restrição de liberdade?*

Juiz – *Tem de ser compatibilizado com a Medida.*

Entrevistadora – *O garoto é institucionalizado pela Medida. A restrição de liberdade dificulta a realização do tratamento adequado.*

Juiz – *Ele estaria pior se estivesse junto com outros [‘infratores’]. Se esse adolescente estivesse no Padre Severino, não receberia tratamento nenhum. No Pedro II ele pode não receber todos os tratamentos, mas recebe alguns. A questão é saber onde há um benefício maior ou um malefício menor.*

As atividades em espaço aberto teriam de ser submetidas à autorização judicial prévia, e os adolescentes sob MSE seriam privados de algumas possibilidades de abordagem terapêutica. Tal aspecto parece conflitante com a Resolução N.º 46, já citada anteriormente:

Art. 5º Salvo quando haja expressa determinação judicial em contrário, os adolescentes em cumprimento de medida de internação deverão ter acesso aos serviços da comunidade, em atividades externas, como preparação à reinserção social. (op. cit., 1997).

De um novo (?) Quartel D'Abrantes

Entrevistadora – O Sr. estava falando de se criar dois locais distintos para tratamento psiquiátrico de adolescentes no CPPII, um para aqueles em conflito com a Lei e outro para os demais.

Juiz – Depois de visitar o Pedro II, constatei que é possível disponibilizar dois espaços: um para o atendimento da clientela voluntária e outro para o atendimento daquela para a qual o tratamento é coativo, ou seja, pessoas que estão cumprindo Medida. Isso é perfeitamente viável dentro da estrutura atual. O que precisamos ter ali é apenas uma destinação de mais médicos, enfermeiros, agentes administrativos e dividir o atendimento. Tem espaço lá com tranquilidade, sem apertar ninguém.

Entrevistadora – Seria uma instituição que se aproximaria do modelo da de adultos?

Juiz – Não é que se aproximaria da do modelo de adultos. Seria uma instituição que separaria a clientela para diminuir os riscos de que o tratamento diferenciado possa interferir [negativamente] em uma [clientela] ou em outra. (Sublinharemos o discurso do Juiz na análise do mesmo, para facilitar a compreensão do leitor)

Neste trecho, que também encerra a entrevista, o MM Juiz propõe a criação de uma instituição voltada para “pessoas que estão cumprindo Medida”. Destarte, se tornaria possível e menos arriscado um “tratamento diferenciado”:

- para os adolescentes sob MSE, um tratamento “coativo”;
- num outro espaço [ainda localizado no CPPII], o “atendimento da clientela voluntária”.

“A disciplina procede em primeiro lugar à distribuição dos indivíduos no espaço.” (Foucault, 1997:121). Para tal, bastaria “a destinação de mais médicos, enfermeiros, agentes administrativos e dividir o atendimento”.

“Em resumo, numa análise de maior profundidade, trata-se do mesmo projeto tradicional que aspira ora à sua revivescência, ora à sua *atualização*, no sentido do *aggiornamento*, tal como proposto por Castel.” (Amarante, 1996:19)

É aqui reinventada “... *a estrutura institucional especialmente voltada [ao] ‘tratamento’ ou contenção do louco criminoso*” (Carrara, 1987:27): **o Manicômio Judiciário.**

Capítulo 8 – *ANÁLISE DO GRUPO FOCAL*

Procuramos constituir um grupo formado por profissionais que trabalharam na enfermaria da UHVR durante o período pesquisado (1994-97). Algumas dificuldades surgiram na composição do grupo, como a ausência de Assistente Social, pois a única presente à Unidade no dia e hora da entrevista estava recebendo, no mesmo horário, representantes de um Conselho Tutelar para troca de informações sobre um paciente que se encontrava internado.

O grupo focal teve lugar na sala de reuniões da enfermaria, havendo duas interrupções por solicitações às auxiliares de enfermagem para resolução de situações inerentes ao hospital. O tempo total de grupo foi de aproximadamente uma hora e vinte minutos.

Uma peculiaridade ocorreu em relação ao grupo focal ora analisado: “a entrevistadora” e autora do presente trabalho (AB) apresentava, na verdade, uma dupla inserção, pois fui psiquiatra da enfermaria da UHVR no período pesquisado. Isso facilitou a cooperação dos participantes, permitindo que posições divergentes fossem colocadas, pois havia informalidade na condução de todo o processo. Por outro lado, rever “velhos amigos” e o antigo ambiente de trabalho me fizeram descuidar, em parte, de aspectos operacionais, como a gravação da sessão. Algumas partes da fita resultaram incompreensíveis, com duas ou mais pessoas falando ao mesmo tempo. Para contornar este problema, recorri às anotações que fiz ao longo da sessão.

Outra informação importante é que esse Grupo Focal ocorreu após uma visita (cerca de quatro semanas antes) do MM Juiz da 2.^a VIJ à UHVR, o que pode ter causado o direcionamento de algumas representações do Grupo no sentido de uma metonímia: os pacientes “de juiz” seriam aqueles oriundos da 2.^a VIJ.

Participantes: **PJ** – médico psiquiatra
 IR – auxiliar de enfermagem
 IS – coordenadora de enfermagem
 AP – auxiliar de enfermagem
 AB – médica psiquiatra e entrevistadora
 CN – estagiária em 1995-96

Do desabafo inicial de uma auxiliar de enfermagem

AB – *O objetivo desse grupo é falarmos sobre a situação de crianças e adolescentes internados pelo Juizado da Infância e Adolescência. Gostaríamos de saber sobre as condições em que essas internações são feitas, se esse adolescente se assemelha aos outros adolescentes internados ou não.*

IR – *Eu acho que fica difícil, pois há o paciente que precisa estar mesmo na enfermaria, porque essas outras crianças são agressivas, maltratam os demais pacientes que ficam à mercê deles, nós observamos que esses pacientes precisam de tratamento, mas em outro lugar.*

Existem pacientes que recebem alta e se internam logo depois, e os outros pacientes que estão precisando de tratamento ficam à mercê deles, eles maltratam e não tem muita gente para defender. Nós até defendemos do jeito que a gente pode, eles aproveitam uma oportunidade, no banheiro, para maltratar, eu acho que os pacientes ficam muito indefesos na mão deles.

Logo no início da entrevista, IR, num tom de sincero desabafo, fala das dificuldades da auxiliar de enfermagem, que lida diretamente com os pacientes. Assinala uma diferença: há o paciente que *precisa estar mesmo na enfermaria* e há também outras crianças que são *agressivas, maltratam os outros pacientes que ficam à mercê deles*. Chega mesmo a considerar esses *outros* como “não-pacientes”. “*Nós até defendemos do jeito que a gente pode, eles aproveitam uma oportunidade, no banheiro, para maltratar, eu acho que os pacientes ficam muito indefesos na mão deles.*”

A alta médica com reinternação consecutiva em curto período também foi observada. Este dado, fundado na percepção da entrevistada, pode ser confirmado pela análise quantitativa dos resultados da presente dissertação: a taxa de reinternação de adolescentes oriundos da 2.^a VIJ foi a mais elevada entre os adolescentes internados através de Mandado Judicial: 1,7 internações por paciente. Na etapa de confecção de planilhas, observamos que a ocorrência de internações consecutivas de um mesmo paciente em curto período de tempo foi a mais elevada de todos os grupos estudados.

O sentimento de “abandono” e isolamento do profissional de enfermagem – muitas vezes o único em contato com os pacientes durante várias horas do dia – também consta de seu relato, como no exemplo que se segue:

CN – *Sem citar nome de pacientes, você lembra de algum acontecimento que poderia exemplificar e ilustrar esse relato?*

IR – *Segunda-feira retrasada estava fazendo um plantão para a colega, passei o dia todo com o paciente, não vou dizer que ele está bem porque ele está internado, mas não tão doente quanto os demais da enfermaria, porque, às vezes, existe mesmo é um problema social, da família não o querer, ou ele já tem um comportamento lá fora, e a família não aceita ele assim, e interna. Fica uma criança maltratando os outros que são indefesos.*

Passei o dia controlando uma turminha de sete ou cinco, vem um paciente do banheiro com a boca machucada, eles aproveitam um determinado momento em que a gente não está presente para maltratar, eles têm de ir ao banheiro, a gente não pode ficar 12 horas atrás protegendo. Eles quando nós perguntamos, falam: – ‘Tia, não foi a gente não!’ – uns dizem que foi, outros alegam que não, acho que deveria haver uma enfermaria para esses determinados pacientes e para os indefesos também, pois internam para se tratar e acabam sendo maltratados pelos outros pacientes.

Aqui surge também o “mito da rejeição familiar”, antigo conhecido de quem trabalha com as representações sociais da opinião pública referentes às crianças e aos adolescentes de rua. Tal está exemplificado numa carta do leitor Mauro Muanis ao *Jornal do Brasil*, transcrita parcialmente por Ligia Costa Leite (negrito nosso):

*“No entanto, é de se admirar também que uma sociedade que sacrifica milhares de inocentes nascituros se compadeça desses ‘inocentes meninos de rua’, que **são de rua, muitas vezes, porque nem os próprios pais os querem em casa.**” (Jornal do Brasil, 1993 apud Leite, 1998).*

A entrevista prossegue, apresentando agora uma realidade cada vez mais presente na rede pública de saúde: a carência de funcionários de nível médio.

CN – *Você acha que se houvesse um número maior de funcionários dentro da enfermaria ajudaria?*

IR – *É, acho até que ajudaria, às vezes. Por exemplo, nessa segunda-feira eu trabalhei sozinha, para cuidar de doze pacientes, sozinha em termos, porque a plantonista estava presente, mas ela tem o serviço dela, ela tem de sair da enfermaria; aí quando acontecem essas coisas a gente fica sem saber que atitude tomar com o paciente, porque eles fazem escondido.*

Neste momento é introduzido o tema *medicação*, recurso utilizado para controlar o *invenível*, agora também **impaciente**:

AB – *Achei uma coisa interessante que você chegou a falar: ‘Eles maltratam os que são pacientes mesmo’, então você percebe dois perfis diferentes de pacientes?*

IR – *Alguns pacientes estão mais lúcidos, não estão totalmente perfeitos, mas em condições de se defenderem; outros não, você é que tem que proteger. Igual a esse lance em que você se afasta um pouquinho, eles maltratam e fica por isso mesmo. A gente vai lá, briga, fala, às vezes está agitado, a gente faz uma medicação.*

Da escolta

Outro dado importante, para a equipe do Hospital, é a sua relação (nem sempre amistosa) com a escolta policial ou o agente educacional que acompanha o adolescente oriundo da 2.^a VIJ:

AB – *Na época que ocorre internação com agente educacional como se processam essas internações? São tranqüilas?*

IR – *Eles dão segurança maior para a auxiliar de enfermagem. O paciente fica sendo responsabilidade do agente educacional, mas muitas vezes é causador de problemas. Houve um [agente educacional] que*

algemou um outro paciente [não ‘infrator’] brincando, nós até anteriormente proibimos a entrada com algemas, mas eles disseram que fazia parte do uniforme.

PJ – *E a arma?*

IS – *A arma foi com o PM... foi determinado dele ficar com um menino, e ele alegou que não poderia estar uniformizado sem arma.*

AB – *Teve uma ocasião também, em que um agente educacional deu uma gravata em um autista.*

IS – *Essa ocasião em que o agente educacional entrou com a algema, e um paciente pediu para ele colocar a algema, ele fez de brincadeira, colocando naquela grade que separa o posto de enfermagem; a enfermagem foi repreendida pela direção do hospital, isso ocorreu no final do ano passado.*

PJ – *Foi a família que denunciou?*

IS – *Sim, foi o acompanhante.*

“O lado onde a corda arrebenta” pode ser visto aqui: um paciente foi algemado, *de brincadeira*, um outro levou uma gravata – porque havia “invadido” o posto de enfermagem como era seu costume (tolerado, aliás, pelos auxiliares de enfermagem), só que o agente educacional que lá estava desconhecia este hábito –, todos ficam à mercê de policiais armados quando estes decidem não abrir mão de seu “uniforme completo” (que inclui a arma). Quando há uma denúncia sobre alguma irregularidade, repreende-se a enfermagem e “fica tudo resolvido”.

Das impressões de um psiquiatra

Nesse trecho, um psiquiatra que atende aos pacientes internados na enfermaria, fala sobre as internações por Mandado Judicial:

PJ – Quando a família, alguém recorre ao juizado, isso implica na demonstração da enfermidade.

Muitas vezes são pacientes usuários de drogas, rebeldes, que não querem mesmo fazer tratamento.

Pacientes deficientes mentais não teriam uma indicação.

Há casos onde a demanda coincide com a demanda técnica, mas dada a pacientes assim, órfãos, muitas vezes de rua, etc.

Outras internações por mandado judicial refletem uma não coincidência com a avaliação técnica da equipe médica, que não indicaria internação.

Esta “classificação” dos pacientes provenientes dos diversos *Juizados da Infância e Juventude* e internados na UHVR coincide com os resultados do levantamento de diagnósticos apresentados anteriormente nesta dissertação.

Sua fala contempla ainda uma realidade, percebida por este psiquiatra no Pronto-Socorro do CPPII, onde também atende: as famílias têm recorrido ao Juizado visando garantir a internação dos seus pacientes que, embora se apresentem de fato enfermos, poderiam ser atendidos em regime ambulatorial (como no caso de *deficientes mentais* e/ou portadores de epilepsia), ou de hospital-dia (comunicação pessoal ao término do Grupo).

No caso de órfãos, pacientes “de rua”, etc., o Juizado intervém no sentido de garantir o direito ao tratamento, demanda que coincide com a avaliação técnica, ao contrário do que acontece com alguns *pacientes usuários de droga, rebeldes, que não querem mesmo fazer tratamento.*

Do impacto causado por haver psicóticos que são também “infratores”

AB – Vou adiantar um dado da pesquisa que é interessante para debater no grupo: nós recuperamos, principalmente nos adolescentes encaminhados por mandados judiciais da 2ª Vara, a maior parte dos diagnósticos de saída de transtorno de conduta. Na população internada por familiares, pelos serviços de saúde e também pela 1ª Vara surge

muito mais a psicose como diagnóstico. Gostaria de saber se esta é também a impressão de vocês.

IS – *Eu acho que acontecem as duas coisas, há pacientes da 2ª Vara com vários processos, passagens pelo Padre Severino e completamente surtados.*

Talvez a perplexidade causada pelo fato de um psicótico (ou seja, alguém da categoria dos “*nossos pacientes*”) ter vários processos e passagens pelo IPS influencie a memória dos profissionais, não permitindo uma avaliação mais exata, mesmo quando os dados da pesquisa empírica são divulgados.

Dos “ladrões de bicicleta” e dos “homicidas traficantes”

PJ – *Tempos atrás os pacientes que vinham destas instituições não eram assim.*

IS – *É. Antigamente nós recebíamos pacientes que tinham feito um furto no supermercado, ou roubavam uma bicicleta, agora você recebe chefe de tráfico, homicida.*

AB – *Chefe de tráfico aqui ?*

IS – *O pior é que a gente não sabe disso, só sabe pelo paciente, porque a gente não tem acesso ao processo, o juiz chegou a afirmar para a gente que só teria acesso mediante a autorização.*

AB – *A tendência dele é de não dar.*

IS – *A gente nunca sabe qual foi o delito que ele cometeu.*

CN – *É porque o fato é independente da medida.*

Neste diálogo, é demonstrada a nostalgia relacionada aos “ladrões de bicicleta” internados antigamente, em contraste com os “*chefes de tráfico, homicidas*”, que representariam alguns adolescentes encaminhados atualmente para a internação.

O desconhecimento do processo é citado como um fato negativo, e alguns termos jurídicos vão sendo incorporados pela linguagem da equipe técnica.

O longo trecho a seguir, reproduzido na íntegra, diz respeito a aspectos da sexualidade entre os adolescentes internados:

Do sexo e da sexualidade

AB – *E quanto ao abuso sexual, essa população de juizado tem alguma diferença em relação à outra?*

IS – *A outra é totalmente vulnerável, existe de um lado o paciente que surta e outro que está orientado. Se a gente pensar bem isso, a questão da singularidade é discutível, que o homossexual está no Hospital Psiquiátrico, no Padre Severino, no Orfanato, não é um dado específico, exclusivo.*

PJ – *E até em acampamento.*

IS – *Onde há adolescentes aglomerados e fechados, vai aflorar a sexualidade.*

AB – *Em instituições fechadas isso pode ocorrer, não é específico do hospital.*

IS – *Ele não tem limite do que está fazendo, você tem pacientes que estão totalmente desorientados, ele faz aquilo sem nenhuma crítica.*

AB – *Você tocou num ponto importante da sexualidade que não é o da ocorrência do impulso sexual entre adolescentes mas sim do desnível entre uma população e outra. Se você diz que há uma população mais vulnerável, existe uma desigualdade de condições básicas na hora do encontro... um submeteria o outro.*

IS – *Existe ainda a questão da passividade.*

IR – *Há pacientes que já vêm lá de fora com esse hábito, cisma de estar com o outro e é insistente.*

Esta discussão sobre a sexualidade, sempre presente entre atores sociais que lidam com adolescentes, adquire alguns contornos que merecem destaque:

- a oposição “*paciente que surta, que faz aquilo sem nenhuma crítica*” versus “*o que está orientado*”
- a sexualidade e sua expressão “homossexual” ocorrendo entre adolescentes aglomerados e fechados, “*no Hospital Psiquiátrico, no Padre Severino, no Orfanato*” ou até mesmo num “*acampamento*”.
- o adolescente “*passivo*”, “*que já vem lá de fora com este hábito, cisma de estar com o outro e é insistente*”.

Da agressividade do *invencível impaciente*

AB – *E quanto à manifestação de força física, existe alguma diferença?*

IS – *A questão desses meninos internados [por encaminhamento judicial] é que falta limite, falta respeito, [aparentam estar] sem nenhuma disciplina, é muito difícil lidar com isso.*

IR – *Quando a gente pega o plantonista homem eles respeitam mais, quando tem mulher no setor eles pintam e bordam, fazem tudo o que têm direito.*

IS – *Até ameaçar, praticamente.*

AB – *Você acha que eles se comportariam mais como bandidos que como loucos aqui dentro ou não?*

IR – *Eu não percebo isso não, a gente percebe que eles têm um comportamento assim...*

IS – *Que aqui a gente tem este recurso deles ficarem contidos, tomarem injeção se não se comportarem bem.*

IR – *Eles têm um pouco de medo disso também.*

IS – *Tem que fazer alguma coisa, senão você é que fica muito vulnerável. O que você vai fazer se você não tiver uma forma de controlar?*

Ao *invencível impaciente* (internado por MJ) “*falta limite, falta respeito*”, ele aparenta não ter “*nenhuma disciplina*”, segundo as profissionais de enfermagem.

Os recursos utilizados para o controle desses jovens, “*se não se comportarem bem*” são a medicalização (“*tomarem injeção*”) e a repressão (“*ficarem contidos*”), pois disso eles também têm medo.

Tais estratégias funcionariam para a equipe não ficar “*vulnerável*”. “*O que você vai fazer se não tiver uma forma de controlar?*”

Das internações judiciais

AB – *Têm ocorrido muitas internações por mandado judicial aqui? Eu tive uma informação que atualmente se tenta dar alta para esses meninos quando eles ainda estão no Pronto-Socorro.*

IR – *Não, ainda tem ocorrido internação aqui sim, por Mandado Judicial.*

AB – [Falando das Comarcas do interior] *São internações provenientes da Capital ou do Interior? O atendimento é quase inexistente nesses lugares [interior].*

IS – *É, no interior eles não sabem o que fazer com os pacientes...*

Parece continuar havendo um número expressivo de internações por MJ no ano de 1999. A falta de recursos assistenciais voltados para crianças e adolescentes no interior do Estado do Rio de Janeiro se faz notar: “no interior eles não sabem o que fazer com os pacientes...”

Das drogas

PJ – Há, também, os mandados para tratamento do dependente químico. Quando a gente fala do dependente químico, a gente não pode entender que todos eles tenham as mesmas necessidades, as mesmas características, existe o dependente que ainda está numa fase inicial, ele já tem um padrão de comportamento que busca através da droga, não é nem dependente químico, ele é um usuário que através das drogas tenta construir um grupo social; é o indivíduo que só vai ser aceito socialmente se ele participar daquele grupo, então ele usa a droga como uma forma de inserção naquele grupo, já outros são usuários dependentes e outros participam de tráfico mesmo, nisto é que existe grande diferenciação.

AB – Esses do tráfico, às vezes, nem usam drogas.

PJ – Então existe o indivíduo que, em um determinado momento, por não ter sua identidade bem estabelecida, vive influências de outros da mesma idade e está em uma situação de crise, e creio que esse paciente se beneficia de uma internação. Uma pessoa que está em crise – esta crise pode ser psicótica, de depressão, de exaltação, maníaca, esquizofrênica – a nossa enfermaria deve ser uma Enfermaria de Crise, o que não significa que todo o dependente químico seja um paciente de crise, ele é um paciente que precisa de um tratamento eletivo, há uma indicação eletiva para esse tratamento.

O paciente que participa do tráfico e que é flagrado com quantidade de drogas que configurem tráfico, isso não é crise, aí é que a coisa muda, porque se você pega um indivíduo de 12, 13 anos que usa

drogas assim, há pouco tempo, mas ele é capaz de fazer um “insight”, ele é capaz de ser trabalhado sobre isso; eu entendo que ele se beneficiaria da internação.

O que estabelece a necessidade de tratamento é uma demanda dele, é interna, e não porque se configurou um flagrante, porque neste caso ele não estaria querendo parar a não ser pelo flagrante que ele teve; a maioria não está querendo parar.

AB – *E de repente nem há uma dependência pesada.*

PJ – *É verdade que hoje em dia há pacientes psicóticos que estão usando drogas, o que não era um fato comum.*

AB – *Hoje é um processo muito facilitado.*

PJ – *O paciente psicótico evitava as drogas. Nós estamos vendo pacientes psicóticos com delírios, com alucinações, que tem passagem pelas drogas, a gente não pode incorrer na idéia de que quem usa drogas não pode ser tratado aqui. Temos de pensar, sobretudo, na singularidade daquele indivíduo, daquele caso, uma ajuda nesse momento pode ser um fato que determina se ele vai continuar usando droga ou não. Há outros pacientes que já têm uma necessidade, se for o caso, de uma outra medida jurídica mesmo, ou de um tratamento compulsório, não no momento da crise.*

IS – *Há pacientes usuários de drogas que não são casos para internação e há outros que estão completamente “pirados”.*

AB – *Então ele pode ser psicótico e, ao mesmo tempo, usuário de drogas. Essa comorbidade está aumentando porque o acesso às drogas está mais facilitado; às vezes, as pessoas tentam as drogas até como auto-cura.*

PJ – *O indivíduo até, nesse período inicial, busca a droga como uma experiência, uma forma de verificar se aquilo não é a resposta para determinada ansiedade dele.*

AB – *Como o deprimido que usa cocaína...*

PJ – *Ou mesmo o psicótico em surto, com a percepção de que alguma coisa está errada com ele, e ele não sabe o que é.*

IS – *Tem paciente que se interna aqui e a gente vê que ele está psicótico, que é usuário de drogas e não sabe se isso ocorreu antes do uso da droga ou se foi depois.*

PJ – *E cada vez mais na nossa sociedade, está cada vez mais difícil se constituir em um grupo social, quando a pessoa não é usuária de drogas. Ele é discriminado mesmo, está cada vez mais difícil um adolescente fazer um grupo de adolescentes onde ele diga: “Não, eu não quero, não topo”.*

Nossa “conversa com finalidade” (Minayo, 1996) ficou acalorada, pois:

“A questão do uso de drogas entre adolescentes e jovens brasileiros, assim como no mundo inteiro, vem envolta em muita mitificação, fascínio, medo e exagero.” (Minayo et al., 1999)

Como psiquiatra da UHVR que fui, durante 14 anos, sinto-me na quase obrigação de fazer algumas considerações sobre a magnitude do problema “drogas” e sua contribuição na internação psiquiátrica de adolescentes – me refiro aqui a um hospital não-especializado na recuperação do *dependente químico*, e que atende a um grupo muito variado de condições que determinam sofrimento mental.

1º. O diagnóstico **dependência de drogas** (“304” na IX Classificação Internacional de Doenças – CID-IX) foi frequentemente atribuído ao usuário esporádico, ou mesmo ao experimentador, tornando-se portanto bastante inespecífico. Presenciei situações em

que a simples suspeita, pelos familiares, de que o adolescente usasse drogas era suficiente para que o psiquiatra do Pronto-Socorro lhe atribuísse este diagnóstico;

- 2°. Os mandados para tratamento de dependente químico padecem também da mesma falta de especificidade. Atendi jovens participantes do tráfico de drogas que alegaram **dependência química** (sem que esta fosse confirmada na internação), com o intuito de se livrarem do processo judicial, o que resultou na sua internação psiquiátrica;

- 3°. O **álcool** não é entendido como droga pelos adolescentes (Minayo *et al.*, 1999), pela equipe de Saúde e até mesmo pela CID –IX. Não há neste Grupo Focal e nos registros de prontuários de pacientes (salvo duas exceções em 470 prontuários), referências sobre seu uso (e abuso) entre crianças e adolescentes, embora por outro lado seu consumo venha crescendo nesta população (Bastos & Carlini-Cotrim, 1998).

Conclui-se, a respeito das internações “por drogas” na UHVR, que uma ampla gama de condições relacionadas ao uso, abuso, dependência ou envolvimento jurídico-social com substâncias psicoativas convergem para a institucionalização dos adolescentes ditos “dependentes químicos”. Resumidamente, poderíamos dividir esta população entre:

- 1°. a que faz uso esporádico ou “experimental” de substâncias psicoativas;

- 2°. a que apresenta implicações judiciais relacionadas às drogas (tráfico e situações correlatas), sem dependência às mesmas;

- 3°. a que utiliza as drogas como respostas às questões existenciais ou à pressão social pelo grupo de pares;

- 4°. os previamente enfermos sob o ponto-de-vista psiquiátrico, que utilizam substâncias psicoativas numa tentativa (freqüentemente frustrada) de auto-medicação;

- 5°. os que apresentam danos psiquiátricos decorrentes de abuso de substâncias psicoativas;

- 6°. os que apresentam envolvimento com o sistema policial e jurídico, além de danos psiquiátricos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Para as três primeiras condições, haveria, indubitavelmente, alternativas terapêuticas não-institucionalizantes. Para as demais, por sua maior gravidade, haveria a necessidade de avaliação de cada caso em sua singularidade.

Vale ressaltar a importância da *demanda interna do paciente*. Quer em tratamentos externos, quer em atendimentos *intra-muros*, a adesão da criança ou do adolescente à proposta terapêutica é, em nosso entender, condição essencial para a possibilidade de êxito. A internação compulsória de adolescentes envolvidos com o tráfico de drogas, ou mesmo as resultantes de detenções por porte e uso das mesmas, vem se mostrando ineficaz ou mesmo prejudicial à população para a qual tal “tratamento” é imposto.

Da nova proposta assistencial da UHVR

PJ – Estamos tentando no CAPS [Centro de Atenção Psicossocial, inaugurado na UHVR na semana anterior à da realização do Grupo Focal] não estabelecer muitas regras, justamente para ter flexibilidade. Se a gente afirmar: não pode isso, não pode aquilo, acaba restringindo tanto, de tal maneira, que o paciente que você percebe que seria indicado para tratamento no CAPS acaba não tendo acesso.

Esta proposta de atendimento parece nascer generosa; preocupa-se, desde a sua implantação, com o não-estabelecimento de regras que possam limitar o acesso dos adolescentes ao novo *Serviço de Atenção Diária*. Consideramos importante observar que:

“A construção dos ‘Novos Serviços’ aponta para a transformação da forma da sociedade lidar cotidianamente com a loucura. Entretanto, refletir sobre esse outro ‘lugar social para a loucura’ implica em pensar em um lugar ainda provisório, mas repleto de potencialidades, e indicações de avanços, e perigos de retrocessos.”
(Pereira, 1997:111)

Outra história...

Visitei a UHVR pela primeira vez quando esta ainda se chamava Hospital de Neuropsiquiatria Infantil. Estávamos no ano de 1983, e eu não havia concluído o Curso Médico. Estagiava na Colônia Juliano Moreira e buscava trabalhar, quando formada, como psiquiatra de crianças e adolescentes.

Pois bem, ao visitar as enfermarias senti um nó na garganta. Primeiro me conduziram à “enfermaria de neuropatas”, uma grande sala onde corpos deformados, presos a seus leitos, vegetavam. Não! Certamente não era esta a psiquiatria que eu pretendia exercer.

Pedi para ver os “agudos”, e fui levada a um pátio fechado, interno ao Hospital. Logo fui cercada por crianças, nem sei quantas eram, mas me pareciam muitas. Pediam, em tom de súplica, que eu as levasse embora dali. Muitos não me pareceram “loucos de fato”, e sim meninos assustados. Um menininho de cinco ou seis anos, acorado junto à parede, chorava. Soube que estava “perdido na rua” e foi levado ao Hospital.

Ouvi gritos que pareciam vir, curiosamente, de uma grande escada de alvenaria. Os dois auxiliares de enfermagem que estavam no pátio tentaram desviar minha atenção, mas fui ver de quê se tratava aquilo. Encontrei uma porta fechada, e constatei que os gritos provinham daquele local. Como possuía autorização escrita para visitar toda a instituição, destrancaram a porta, constrangidos. Lá dentro, no cubículo formado pelo vão inferior da escada, estava um garoto de seus treze anos, mãos amarradas, a olhar fixamente para mim. O cubículo exalava um cheiro de urina que tornava o ambiente irrespirável. Perguntei, atônita, porque o menino estava ali. Responderam com um tom de desprezo pela minha perplexidade: – “Liga não, doutora. Esse aí é o maior PP²!”

Nunca esqueci o desespero do olhar daquele menino, e desde então repito para mim mesma: não, eu não vou me acostumar.

Dezessete anos se passaram. Em 1999, visitando a 2.^a Vara da Infância e da Juventude, ouço gritos que partem de um cubículo. Desta vez não sou autorizada a entrar. Estou em outro território. À frente do cubículo, posta-se um policial armado que me manda “circular”, pois é proibido permanecer naquele local. Percebo buracos de ventilação na parede de concreto e, através deles, os mesmos olhos me fitam, o mesmo olhar de desespero. Não, não vou me acostumar.

² Personalidade Psicopática. Corresponde à Personalidade Anti-social (CID X). Só atribuível a adultos.

Capítulo 9 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Voltamos aqui ao título deste trabalho, colocando-lhe uma interrogação: “*Tudo como dantes no Quartel D’Abrantes?*”

Para nossa surpresa, ainda não temos a resposta a essa pergunta. Pensando melhor, não há *uma* resposta, e há *muitas* respostas possíveis. *Tempus fugit*, como diziam os romanos. O tempo passa, e o tempo passou, mas deixou âncoras solidamente presas ao passado.

Podemos dizer que a Psiquiatria e a Justiça voltadas para crianças e adolescentes formalizaram suas núpcias em 1927, com a consolidação do antigo *Código de Menores*. Este casamento que, logo no início do próximo milênio, celebrará suas *Bodas de Diamantes*, dá mostras de inquestionável fôlego, a despeito de algumas “briguinhas” que, afinal, são coisas de casal... Contrariando aqui o que reza o bom-senso, vamos “meter a colher” nesta relação.

Inicialmente, o que percebemos é que um longo trajeto foi trilhado, desde nossa perplexidade enquanto médica psiquiátrica levantando, de forma entusiasta mas certamente ingênua, a bandeira da autonomia profissional, até nossa constatação de que há uma inquestionável parceria de nossas práticas com as dos mais arraigados defensores da exclusão social dos *invencíveis*, denominação criada por Ligia Costa Leite para designar meninos e meninas de rua que não se deixaram domar pelos mais grosseiros e mais sutis instrumentos sociais de opressão.

Tomando emprestado o termo *invencíveis*, uno-o a um outro ligado a nossa esfera de atuação profissional: como não aceitam passivos as internações psiquiátricas e os *tratamentos* que lhes são impostos, podemos pensá-los não-pacientes ou, melhor ainda: *impacientes*. Pois conheçamos os *invencíveis impacientes*.

Estudando o perfil da criança e do adolescente internado na Unidade Hospitalar Vicente Rezende (UHVR) entre os anos de 1994-97, verificamos um número cada vez maior de internações por Mandado Judicial, que chegaram a constituir um terço das admissões de primeira vez (primeiras internações das crianças e adolescentes na UHVR) no último ano pesquisado. E quem são esses meninos? Para sabê-lo, precisamos pontuar alguns resultados do nosso levantamento:

- os *invencíveis impacientes* permanecem mais tempo internados do que os “nossos” pacientes habituais, pois por vezes não podemos interferir em sua saída do hospital, e, por outras, nem tentamos fazê-lo;

- Os *invençíveis impacientes* são mesmo muito diferentes dos “nossos pacientes”. Apenas a minoria deles foi diagnosticada como psicótica pelos profissionais da UHVR. Tal fato já contra-indicaria muitas internações psiquiátricas de *invençíveis*, pois a UHVR se diz voltada apenas para o atendimento, em regime de internação, de *psicóticos em surto*.
- Os *invençíveis impacientes* com encaminhamentos judiciais oriundos da 2.^a Vara da Infância e da Juventude (2^a VIJ) recebem, quando de suas internações na UHVR, um diagnóstico que é quase exclusivamente pertencente a este grupo: o de “Distúrbio de Comportamento”, atribuído em frequência vinte vezes superior à encontrada, em nosso levantamento, na população encaminhada por familiares. (Vide Tabela 1, página 54 e Diagnósticos mais frequentes, página 58)

Diante das diferenças entre os perfis de clientela estudados, surge a necessidade de pensarmos o que seria, afinal, o “Distúrbio de Comportamento”.

Encontramos, em certa ocasião, um livro antigo no *sebo*. Seu título nos chamou a atenção: *Psicologia do Criminoso*, de Paul Pollitz, traduzido em 1934 para o Português pelo psiquiatra Neves Manta, emérito membro da *Liga Brasileira de Higiene Mental*.

Folheando o Capítulo: “*Delinqüência Juvenil*”, deparamo-nos com um certo “*tipo*”: o “*delinqüente habitual*”. A leitura das “*qualidades típicas de tal sujeito*” nos revelou uma surpresa, que agora compartilhamos com o leitor: tratavam-se, na verdade, dos mesmos “*Exemplos de comportamento*” nos quais o diagnóstico de *Transtornos de Conduta* (nova denominação de “Distúrbios do Comportamento”) da moderna Classificação Internacional de Doenças (a CID X) está baseado. Vale a pena fazermos um quadro comparativo com alguns desses exemplos:

“ <i>Delinqüente habitual</i> ” (Pollitz, 1934:231)*	“Transtornos de Conduta” (CID X, 1993:260)
<i>falta de assistencia á escola – preludio de uma existencia de vagabundagem</i>	cabular aulas ou fugir de casa
<i>brutalidade com os condiscipulos</i>	níveis excessivos de brigas ou intimidação; crueldade com animais ou outras pessoas
<i>hipocrisia</i>	mentiras repetidas
<i>afan provocativo – ante o Tribunal sobretudo</i>	comportamento provocativo desafiador
<i>falta de respeito</i>	desobediência grave e persistente

* Mantivemos a grafia original.

A comparação realizada exemplifica a justaposição de conceitos jurídico-penais e psiquiátricos, utilizados tanto para descrever o “*delinqüente habitual*” (categoria “jurídica” de Pollitz) quanto o “paciente com distúrbio de comportamento” (categoria “psiquiátrica” da CID X) internado na UHVR. É importante ressaltar que, por se tratar de um diagnóstico que exclui a existência de transtorno psicótico associado, não haveria justificativa técnica para a internação psiquiátrica de tais crianças ou adolescentes.

Detendo-nos mais demoradamente na CID X, podemos observar que aos comportamentos constantes na comparação que fizemos somam-se outros como *roubo, destruição grave de propriedade, comportamento incendiário* e, até mesmo, *ataques de birra inusualmente freqüentes e graves*. Mostrando a Classificação a uma professora do ensino fundamental da rede pública, ela ironizou: – “Agora, todos os meus alunos estão diagnosticados: os que não têm *transtorno de aprendizagem*, podem, ao menos, receber o diagnóstico de *transtorno de conduta!*” Tal brincadeira tem um fundo de verdade. A abrangência de comportamentos passíveis de ser considerados indicativos de distúrbios de conduta faz com que tal “rotulação” seja levemente adotada.

O *invencível* dificilmente “escaparia” desta categoria diagnóstica, mesmo se considerando a prudência de só atribuí-la a quem apresente os comportamentos descritos há seis meses ou mais. A título de exemplo, imaginemos uma criança que foge repetidamente de casa há mais de seis meses. O contexto sócio-familiar em que se deram estas fugas não é critério de exclusão diagnóstica. Basta um dos comportamentos listados para esta criança ser considerada, pelos critérios da antiga CID IX ou da moderna CID X portadora de Distúrbio (ou Transtorno) de Comportamento (ou Conduta).

Em medicina, diz-se que o diagnóstico conduz ao tratamento. Neste caso, tal postulado é preocupante. As drogas disponíveis no arsenal terapêutico da psiquiatria não são, de forma alguma, inócuas – e os estudos quanto à eficácia do emprego de psicofármacos nos distúrbios de comportamento, inconclusivos (ver Tate *et al.*, citado no Capítulo 1) . As psicoterapias, se mal conduzidas, podem contribuir para um reforço do estigma de “precisar de um tratamento”, além de serem pouco acessíveis à população, quer pelo reduzido número de Serviços que as oferecem, quer por uma outra forma de distância: a cultural, dada a grande diferença existente entre os terapeutas e os *invencíveis*.

É na internação psiquiátrica de crianças e adolescentes considerados “portadores” de distúrbios de conduta que esta questão assume suas maiores contradições. O projeto assistencial da UHVR não considera que tal clientela se beneficie da internação. Partilhamos da mesma opinião. Já se comprovou a ineficácia dos modelos asilares como

“terapêuticos”; eles se prestaram, ao longo da história, à exclusão dos indesejados no convívio social.

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 Especificada³, 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 “*asilo*”, com um tempo médio de permanência de 88 dias de internação. Concluimos que mesmo nas condições que possam ser consideradas critérios de inclusão para a internação de crianças e adolescentes, a proposta da Unidade de reverter o quadro *em 15 a 20 dias, em média*, não é alcançado.

Ainda na questão do *hospital como asilo* cabe destacar o tempo médio de permanência, na internação, dos pacientes internados por Comarcas do Interior: 55,6 dias. Esta permanência se mostra extremamente elevada, principalmente se considerarmos a distribuição, por diagnósticos, dessa população: dois terços da mesma são considerados *não psicóticos*.

Das relações entre as Instituições Jurídicas e a UHVR

Consideraremos neste tópico o “diálogo”, nem sempre presente, entre as instituições. Partimos das entrevistas com o MM. Juiz da 2.^a VIJ e com a equipe técnica da UHVR, bem como dos exemplos apresentados nos Estudos de caso.

Em primeiro lugar, deve ser assinalada a divergência das expectativas quanto à função da internação psiquiátrica. Para a Unidade, a proposta é de uma intervenção breve, sempre que possível, e voltada para os psicóticos. Para o MM. Juiz a proposta é da *Pena com Tratamento*, imposta tanto à UHVR quanto ao paciente, e destinada, a crianças e adolescentes que apresentem *problemas de conduta*.

Em segundo lugar, ambas as instituições não se revelaram efetivas para cumprir um *projeto de ressocialização*, pois podem ser incluídas, por suas características, no modelo de *instituições totais* descrito por Goffman (1961, edição em português de 1996).

³ O diagnóstico “Psicose não Especificada” é atribuído pela equipe da Unidade, muitas vezes, às situações de primeiro surto psicótico, quando falta o elemento “*tempo de evolução da doença*” para que se possa especificar a psicose.

Por outro lado, quando analisamos os *Estudos de Caso*, observamos que ambas as instituições (Jurídica e Psiquiátrica), apresentam uma “*eficiência*” quanto à função de *exclusão social dos invencíveis impacientes*. Mesmo quando a internação psiquiátrica é considerada pelos técnicos inadequada ou prejudicial, os *invencíveis* são submetidos à medicalização, como pode ser visto num trecho transcrito do Grupo Focal: “*Que aqui a gente tem este recurso deles ficarem contidos, tomarem injeção se não se comportarem bem.*”

Outro aspecto que é de fundamental importância é o desconhecimento real do Estatuto da Criança e do Adolescente, quer pelos técnicos da UHVR e do PSP, quer, até mesmo, por representantes do Judiciário. Tal desconhecimento pode ser percebido ao lermos o estudo de caso n.º 4: *Otávio, e uma história muito triste*, onde um menino de 11 anos é submetido à *escolta policial* e *Audiência* assemelhada, no caso descrito, aos *juízos* destinados aos adultos. As Medidas de Proteção (ECA) às crianças e adolescentes, não estão sendo, como vimos, respeitadas.

Mas não cabe, aqui, um pessimismo céptico. Inovações são operadas no campo do saber e das práticas jurídicas e assistenciais.

O Estatuto da Criança e do Adolescente é paradigmático por reconhecer a plena capacidade jurídica desses cidadãos no que diz respeito aos seus *direitos fundamentais*. Mais que isso, crianças e adolescentes têm direitos específicos que visam assegurar-lhes “*o desenvolvimento, o crescimento, o cumprimento de suas potencialidades, o tornar-se cidadãos adultos livres e dignos.*” (Vercelone *apud* Cury *et al.*, 1992:18); no campo jurídico, consideramos o cumprimento irrestrito do *ECA* uma condição necessária e suficiente para a melhoria das condições de vida e saúde (mental, inclusive) das crianças e adolescentes brasileiros.

Os projetos assistenciais em Saúde Mental têm se voltado para práticas mais humanitárias e menos segregadoras. O recém inaugurado CAPSVR é um exemplo disto.

Percebemos, portanto, que o *casamento* entre a Psiquiatria e o Jurídico voltados para a Infância e a Adolescência pode resultar, também, numa parceria ética e transformadora, como pode ser visto, por exemplo, na participação dos Conselhos Tutelares no acompanhamento dos atendimentos prestados pela UHVR a crianças e adolescentes por eles encaminhados, e nas trocas interdisciplinares possíveis em fóruns e debates onde se percebe a participação cada vez mais expressiva da comunidade.

Tempus fugit, e de nada adianta tentar retê-lo. O passado ficou para trás com suas faltas e excessos, mas precisamos de sua memória para nos lançarmos na aventura do futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, N. Problemas e Perspectivas Atuais da Pesquisa Epidemiológica em Medicina Social. mimeo, pág. 9-36, s/d.
- ALMEIDA FILHO, N. & ROUQUAYROL, M. Z. *Introdução à Epidemiologia Moderna* 2ed. Belo Horizonte / Salvador / Rio : COOPMED/APCE/ABRASCO, 1992.
- ALTOÉ, S. *De "Menor" a Presidiário: A Trajetória Inevitável?* Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula, 1993.
- AMARANTE, P.D.C. *O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.
- _____ (Org.). *Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- ARMISTEAD, L. *et al.* Psychopathology in incarcerated juvenile delinquents: does it extend beyond externalizing problems? *Adolescence*, vol.27, n.106, pp. 309-314, San Diego: Libra Publishers, 1997.
- ASH, P.& DERDEYN, A. Forensic child and adolescent psychiatry: a review of the past ten years. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*, vol.36, n.11, pp.1493-1502, 1997.
- ASSIS, S. G. *Traçando Caminhos em uma Sociedade Violenta. A vida de jovens infratores e de seus irmãos não-infratores*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.
- BASTOS, F. I. & CARLINI-COTRIM, B. O consumo de substâncias psicoativas entre jovens brasileiros: dados, danos & algumas propostas. In: BERQUÓ, E. (Org.). *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*, pp.645-669. Brasília: CNPD, 1998.
- BORDUIN, C. M. *et al.* Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63 n.4, 569-578, 1995.
- BUTCHER, J. N. & PANCHERI, P. *A Handbook of Cross-national MMPI Research*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1976.

- CARRARA, S. Crime e Loucura: O Aparecimento do Manicômio Judiciário na Passagem do Século. Versão mimeografada, 1987.
- CENTRO PSIQUIÁTRICO PEDRO II. Perfil Assistencial. (Publicação avulsa), 1996.
- _____. Divisão de Documentação e Auditoria Médica
Prontuário de Pacientes do sexo masculino internados no período de 1994-97. UHVR, 1997.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – IX. Rio de Janeiro: CREMERJ, 1985.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – X. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. *Legislação dos Conselhos de Medicina*. Rio de Janeiro: CREMERJ, 1988.
- COHEN, A. *Delinquent Boys: The Culture of the Gang*. Glencoe, IL: The Free Press, 1955.
- COSTA, A. C. G. *et al. Brasil Criança Urgente: O novo direito da criança e do adolescente*. Coleção Pedagogia Social. vol. 1. São Paulo: Columbus Cultural Editora, 1989.
- COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil: Um Corte Ideológico*, 4ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.
- CURY, M., SILVA, A. F. A., & MENDEZ, E. G. (Coords.). *Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado – comentários jurídicos e sociais*. São Paulo: Malheiros Editores, 1992.
- DANTAS, S. M. C. Dos apelos e atropelos do menor nos processos de institucionalização. Rio de Janeiro: IFCH/UFRJ, 1985. Monografia de conclusão de curso de psicologia social.
- DAWKINS, M. P. Drug use and violent crimes among adolescents. *Adolescence*, vol. 32, n.126, pp. 395-405, San Diego: Libra Publishers, 1997.

- DICIONÁRIO DE ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS – DEF 98/99. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas, 1998.
- DOLAN, M. *et al.* The psychosocial characteristics of juvenile sexual offenders referred to na adolescent forensic service in the UK. *Medicine, Science and the Law*, vol. 36, n. 4, pp. 343-352, 1996.
- FIGUEIREDO, A. C. & SILVA FILHO, J. F. (Orgs.). *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão*. 16ª ed., Petrópolis: Vozes, 1997.
- FOUCAULT, M. *Eu, Pierre Rivière, que Degolei Minha Mãe, Minha Irmã e Meu Irmão*, 5ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.
- GLIKSMAN, M. Gender-based differences in the treatment of young offenders by the police and the children's court in New South Wales, Australia. *Medicine, Science and the Law*, vol. 37, n. 2, pp. 165-169, 1997.
- GOFFMAN, E. *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.
- _____. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1996.
- GUERRA, N. G. *et al.* Stressful events and individual beliefs as correlates of economic disadvantage and aggression among urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63 n.4, pp. 512-528, 1995.
- HAAPASALO, J. & HÄMÄLÄINEM, M. A. Childhood family problems and current psychiatric problems among young violent and property offenders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 34, 10, pp. 1394-1401, 1996.
- HENGGELER, S. W. *et al.* Family preservation using multisystemic therapy: an effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 60 n. 6, pp. 953-961, 1992.
- HOOPER, F.A. & EVANS R.G. Screening for disruptive behavior of institutionalized juvenile offenders. *Journal of Personality Assessment*, vol. 48, n. 2, pp.159-161, 1984.
- JOBIM, N. A. *Resolução n.º 46 de 29 de Outubro de 1996*. D. O. U., 1997.

- KENDALL, P. C. & BRASWELL, L. *Cognitive-behavioral Therapy for Impulsive Children*. New York: Guilford, 1985.
- KOSKY, R. J. *et al.* The mental health status of adolescents released from custody: a preliminary study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. vol. 30, n. 3, pp.326-331, 1996.
- LEITE, L. C. *A Magia dos Invencíveis: Os meninos de rua na Escola Tia Ciata*. Petrópolis: Vozes, 1991.
- _____. *A Razão dos Invencíveis. Meninos de rua: O rompimento da ordem 1554/1994*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1998.
- LEITE, M. E. D. A Medida de Cada Um – uma relação possível entre o processo psicodiagnóstico e a dificuldade de aprendizagem, mediada pela psicanálise. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: IPUFRJ, 1998.
- LEMERT, E. *Social Pathology*. New York: McGraw-Hill, 1951.
- LEVY, K. S. C. The contribution of self-concept in the etiology of adolescent delinquency. *Adolescence*, vol. 32, n. 127. San Diego: Libra Publishers, 1997.
- LIMA, L. A. O Estigma do Abandono: estudo epidemiológico de uma população de crianças e adolescentes internados na Colônia Juliano Moreira vindos diretamente da FUNABEM Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1993.
- LOCHMAN, J. E. *et al.* Screening of child behavior problems for prevention programs at school entry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63 n.4, pp. 549-559, 1995.
- MAGALHÃES, B. L. B. História da Psiquiatria Infantil no Engenho de Dentro: Algumas Considerações. Monografia de Especialização. Rio de Janeiro: CPPII/ENSP/FIOCRUZ, Mimeo, 1998.
- MCCORD, J. A 30-year follow-up of treatment effects. *American Psychologist*, vol. 33 pp. 284-289, 1978.
- _____. The Cambridge-Somerville Study: a pioneering longitudinal-experimental study of delinquency prevention. In: J. McCord & R. E. Tremblay (Eds.). *Preventing*

- Antisocial Behavior: Interventions from Birth Through Adolescence*, pp. 196-206. New York: Guilford Press, 1992.
- MINAYO, M. C. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*, 4^a ed. , São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1996.
- _____ *et al. Fala Galera. Juventude, Violência e Cidadania na Cidade do Rio de Janeiro*. Brasília: Editora Garamond 1999.
- MINAYO, M. C. & SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 9, n.3, pp. 239-262, 1993.
- MINGUZZI, R. B. (Org.). *Carteira Forense Konfino – Coletânea de Leis do Brasil. Tomo I*. Rio de Janeiro: José Konfino Editor, 1973.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Saúde do Adolescente – PROSAD – Bases Programáticas – 2^a ed.*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- MORAES, Anfilóbio. *Coletânea de Textos*. Rio de Janeiro, sd, mimeo.
- MULVEY, E. P. & REPPUCCI, N. D. The context of clinical judgment: the effect of resource availability on judgments of amenability to treatment in juvenile offenders. *American Journal of Community Psychology*, vol. 16, n. 4, pp. 525-545, 1988.
- O'DONNELL *et al.* Predicting serious delinquency and substance use among aggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63, n. 4, pp. 529-537, 1995.
- OLCZAK, P. V., PARCELL, S. R. & STOTT, M. W. R. Defining juvenile delinquency: specificity of the research sample and the right to treatment. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 39, n. 6, pp.1007-1012, 1983.
- PARAMES, R. A Memória da UHNPI: O Resgate do Elo Perdido. Rio de Janeiro, 1987, mimeo.
- PASSETTI, E. *et al. Violentados: Crianças, adolescentes e justiça*. São Paulo: Imaginário, 1995.

- PEREIRA, R. Lugar de louco é no hospício?! um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da reforma psiquiátrica. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1997. em torno da loucura no contexto da reforma psiquiátrica. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1997.
- PHILLIPS, C.C. & DAHLSTROM W.G. Adapting the MMPI for use in assessing late adolescents in Trinidad and Tobago. *Adolescence*, vol. 32, n.128, 887-896, San Diego: Libra Publishers, 1997.
- POLIER, J. W. *Juvenile Justice in Double Jeopardy*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Assoc., 1989.
- POLLITZ, P. *Psicologia do Criminoso*. Rio de Janeiro: Atlântida Editora, 1934.
- REZENDE, Vicente. História da Psiquiatria no Engenho de Dentro: Colônia de Psicopatas de Mulheres – Centro Psiquiátrico Pedro II. In: *Coletânea de Textos*. Rio de Janeiro, sd, mimeo.
- RICHARDS, I. Psychiatric disorder among adolescents in custody. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. vol. 30, n. 6, pp.788-793, 1996.
- RIZZINI, I.& PILOTTI, F. (Orgs.). *A Arte de Governar Crianças: A história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula, 1995.
- RIZZINI, I. et al. *Pesquisando... Guia de Metodologias de Pesquisa para Programas Sociais*. Série banco de dados – 6, Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula, 1999.
- RUSSO, J. A. & SILVA FILHO, J. F. (orgs.). *Duzentos Anos de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, UFRJ/Relume-Dumará, 1993.
- SCHECHTMAN, A. Psiquiatria e infância: Um estudo histórico sobre o desenvolvimento da psiquiatria infantil no brasil. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social. UERJ, 1991.
- SCHETKY, D. Ethical issues in forensic child and adolescent psychiatry. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*, vol. 31, n. 3, pp. 403-407, 1992.

- SCHWEINHART, L. L. *et al.*, *Significant Benefits. The High/Scope Perry School study through age 27*. Ypsilanti, MI: High/Scope Press, 1993.
- SILVEIRA, N. *Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Editorial Alhambra, 1982.
- SIMON, R. I. *Clinical Psychiatry and the Law*. Washington: American Psychiatric Press, 1987.
- SNYDER, H. N., SICKMUND M., & POE-YAMAGATA E. *Juvenile Offenders and Victims: Update on Violence*. Washington, D.C. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1996.
- TATE, D. C. *et al.* Violent juvenile delinquents: treatment effectiveness and implications for future action. *American Psychologist*, vol. 50, n. 9, pp. 777-781, 1995.
- TOLAN, P.H., GUERRA, N.G. & KENTAL, P.C. Introduction to special section: prediction and prevention of antisocial behavior in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.63, n.4, pp.515-517, 1995.
- TOLAN, P. H. & LORION, R. P. Multivariate approaches to the identification of delinquency proneness in adolescent males. *American Journal of Community Psychology*, vol. 16, n. 4, pp. 547-561, 1988.
- TREMBLAY, R. E. *et al.* A Bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: its impact through mid-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63 n. 4, pp. 560-568, 1995.
- UHVR/CPPII/MS. Seminário de reestruturação da Unidade Hospitalar Vicente Rezende - Relatório (texto mimeografado). Rio de Janeiro , 1994.
- WEAVER, G.M.& WOOTTON, R.R. The use of the special scales in the assessment of delinquent personality. *Adolescence*, vol. 27, n.107, pp. 545-554, Libra Publishers, San Diego,1992.
- WINNICOTT, D. W. *Textos Seleccionados: da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

Anexo 1 – Narrativa da Visita à Enfermaria Masculina do CPPII – UHVR

Abre-se uma porta dupla, entrando-se na enfermaria de adolescentes, com cinco cômodos contíguos [Esta enfermaria conta com 20 leitos, no total, para a internação de pacientes do sexo masculino]. No primeiro, há uma TV fixada na parede, a quase 3 metros do solo, sem controle remoto. No chão, dois colchonetes de plástico azul. Há uma janela com grades.

A seguir, uma enfermaria com 7 leitos, camas de ferro onde alguns adolescentes dormem. Não há um armário, quadros, figuras, uma mesa, apenas as camas com seus colchões. Não há referências, nada que marque o ambiente. Na parede lateral há uma ampla abertura gradeada, tornando as salas intercomunicantes e impedindo a privacidade visual e auditiva.

O próximo local é uma grande sala de enfermagem. Há um sofá de madeira onde está sentada uma velha auxiliar de enfermagem. Há um carrinho de medicação com algo curioso: um recipiente com um líquido verde onde uma pinça está mergulhada. Tem os dizeres: - "Trocado em 15 de março" - (estamos no fim de abril). Ninguém sabia o que de fato havia sido trocado. Há dois armários de madeira, uma pia e uma porta dividida ao meio, como se fosse uma cocheira.

Os cômodos seguintes são a segunda e terceira enfermarias, com as mesmas características da primeira.

A seguir vem o banheiro, sem portas, com dois vasos sanitários e dois chuveiros (também sem portas). Há uma curiosa bancada de granito com previsão para duas pias, mas com apenas uma instalada. Na parede, uma moldura de espelho, sem espelho.

As enfermarias e a sala de enfermagem dão para um corredor com tijolos vazados dando para um pátio onde há duas árvores. O piso é cimentado e o pátio é limitado por um muro alto, por sobre o qual debruçam-se as copas de outras árvores, os únicos indícios de um mundo para além dos muros.

Todos os meninos vestem-se igualmente, com camisetas vermelhas e bermudas com elástico, grandes e feitas de tecido pouco maleável ou engomado, dando uma aparência bizarra à roupa.

Surge depois uma técnica de enfermagem que, embora pareça não haver perdido sua humanidade, se mostra desanimada com a ausência completa de recursos, tanto materiais quanto assistenciais; esta técnica refere ser rara a presença de profissionais de nível superior nas enfermarias, que agora estão distantes do ambulatório, graças à mudança recente de local deste último. Nossa conversa é interrompida por um menino que, 125

parecendo profundamente angustiado, vem a toda hora pedir um limite à técnica de enfermagem.

No dia de nossa visita a população de internos se compunha de adolescentes não acompanhados por seus familiares. Havia meninos de rua encaminhados pelo Juizado da Infância e Adolescência, entre eles um mais novo, sem diagnóstico até aquele momento, que nada falava e de quem sequer se sabia o nome. Acontecera uma festa no CPPII e fatias de bolo foram levadas para a enfermaria. Logo os pacientes pediram bolo, que não lhes foi dado pois já era hora do jantar (17:30hs!) e teriam que aguardar a hora da sobremesa; qualquer quebra na rotina era descartada.

Num lugar onde estão indivíduos com a identidade perdida, às vezes literalmente, não há nada que particularize, faça diferença, dê uma referência; ou seja: há um reforço enlouquecedor da despersonalização. As cores são monótonas, o chão é preto e as paredes “verde-freira”. Não há portas ou lugares privados, o lugar não é povoado, e sim árido, desértico, com suas paredes nuas.

O CPPII possui quadras de esporte, possibilidades de atividade ao ar livre muito pouco aproveitadas pelos adolescentes internados, aos quais não é facultado sair da enfermaria desacompanhados, resultando sua permanência em um ócio que se perpetua por dias sempre iguais, num espaço indistinto e pobre em estímulos visuais. Lá fora, logo atrás da Unidade de Internação, fica o Museu de Imagens do Inconsciente, vizinho porém alienado de um propósito terapêutico, quanto ao atendimento da população infanto-juvenil.

Narrativa de Eleanor Drolshagen, 1999

Anexo 2 – *Uma Visita ao Instituto Padre Severino*⁴ (IPS)

Quase quatro da tarde. “Aqui a Sra. não pode parar, é o lugar da patrulha!” O muro muito alto e a recepção “calorosa” me fizeram perceber que não havia errado o local. Logo ao entrar, sorri amarelo ao guarda que postava-se em frente ao portão. Procurando minha cédula de identidade médica como se fosse um amuleto, dou de cara com um guichê ensebado, onde presencio o seguinte diálogo: -“O 276 terá audiência na próxima semana, já disse isso!”- Ao que uma mulher com um menino pequeno, bastante sujo e magro retruca murmurando: -“...Mas o meu filho é o 176!”, e a entediada funcionária da recepção responde: “Ah...para este não tem nada previsto.”

O IPS é bastante sombrio. Ouço alguns lamentos difusos, não localizo sua procedência. Mais adiante, está um imenso galpão onde se aglutinam mais de duzentos adolescentes, todos muito iguais, todos afastados da grade por um inspetor que à distância lança ameaças por olhares e gestos. Um jovem se destaca da massa disforme e grita “Quero ver o Juiz!”; ninguém lhe responde, ele volta ao fundo do pátio e desaparece, tornando-se novamente apenas mais um.

A reunião transcorre sem incidentes, burocrática e redundante. Todos os escalões são responsabilizados pela precaríssima situação do Instituto, segundo a versão de alguns presentes; outros culpam as famílias pela violência dos meninos; e ainda aparece, não nas falas com inscrição, mas nos cochichos disfarçados nas bocas de caridosas senhoras, a sentença sem processo: “Mas que são todos uns safados, isso são.” Esta mesma senhora do comentário acima, quando inscrita em “falação” oficial discorreu sobre a fragilidade e a carência desses meninos, “...que ainda dormem de dedo na boca.”

Ao término do encontro, um(a) psiquiatra do IPS inicia uma conversa que finda numa pesada sensação de fracasso. Em tom de desabafo, revela que os encaminhamentos para a UHVR são, muitas vezes, motivados por condutas inadequadas dos adolescentes quando de seu internamento no IPS, e não por quadros de psicoses: “*Haldol e Fenegan todo mundo sabe passar. Os psicóticos eu trato aqui mesmo.*”

Termina minha visita pela “enfermaria”, uma sala nua e sem camas onde um menino geme deitado no chão. Mais adiante a “triagem”, uma cela onde são amontoados uns vinte “mais perigosos”. Saio pensando como seriam os dias comuns, a rotina, que não inclui os “visitantes especiais” ou os encontros de “entidades”...

4 Em 1999 o Instituto Padre Severino teve dois diretores afastados de seus cargos; o primeiro, por suspeita de abuso sexual contra os adolescentes internados naquela unidade sócio-educativa, e o segundo por denúncias de agressão física a meninas que cumpriam Medidas Sócio-educativas em 1995. Ambas as situações estão sob investigação.

Anexo 3 – *Entrevista com o Mm. Juiz da 2ª Vara da Infância e Juventude da Comarca do Rio de Janeiro*

Entrevistadora – Como se dá o processo de encaminhamento de adolescentes que estão sob os cuidados da 2ª Vara da Infância e da Juventude para internação psiquiátrica no Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII)?

Juiz – Primeiro, nesse Juizado nós tratamos de adolescentes em conflito com a Lei. Para esses adolescentes as Medidas Sócio-educativas são impostas contra a vontade deles e, às vezes, sem uma adequação com relação à necessidade, porque o Juiz define a Medida no momento do Julgamento, na Audiência. Nesta Audiência ele tem que definir qual a Medida adequada e às vezes ele faz isso sem suporte médico prévio, porque não dá tempo, e sem uma anamnese que deveria ser feita no menino caso não se tratasse de adolescente em conflito com a Lei. As Medidas Sócio-educativas são impositivas não só para o menino como também para o local em que ele vai cumpri-la.

O segundo aspecto é que essas Medidas podem ser modificadas depois de impostas, então, se for comprovada a desnecessidade dessa Medida imposta, ou se verificar que existe uma Medida mais indicada para aquele caso, diferente daquela aplicada, o Juiz pode mudá-la. Esta é uma questão essencial: quando se trata de adolescente que não está em conflito com a Lei, a parte técnica tem uma margem maior de decisão. Em um hospital qualquer, a primeira coisa que tem de se dizer é o seguinte: se [a internação disser respeito ao] adolescente em conflito com a Lei ou ao maior de idade que tenha processo criminal, a Medida, médica ou não, assume uma natureza de Pena. Tem de ser imposta contra a vontade do adolescente e, às vezes, até dos pareceres médicos. Uma das coisas a que os médicos realmente se apegam, e com razão, é que no caso dessa clientela específica, o médico não é ouvido previamente, e nem pode ser. Não é a questão de que ele deveria ser ouvido ou não. Ele não pode ser ouvido porque o fato que originou aquele processo é que vai ensejar a Medida. Um exemplo bem clássico disto: imagine que um garoto cometa um assassinato e que dê 200 facadas [na vítima]. O fato de ter dado 200 facadas, por si só, revela que no momento do assassinato ele estava fora de si e com alguma anomalia psíquica, mental, etc. O que o Juiz vai decidir não é a situação do menino depois que ele deu as facadas, nem antes [de tê-las dado], ou seja, se ele for julgado um ano depois e já estiver recuperado, a Medida vai levar em consideração não a situação dele, mas o fato que ocorreu no momento passado, e que demonstrava essa anomalia. Estabelecida a Medida, o médico pode dizer que já não é mais necessária porque ele já está recuperado.

Neste caso, o médico deveria se comunicar com o Juiz relatando esse fato: – ‘Sr. Juiz, esse menino já está recuperado, não precisa dessa Medida’ –. O Juiz iria então mudar ou não essa Medida, de acordo com a situação daquele processo.

Tratando-se de um adolescente encaminhado pelo Conselho Tutelar, a situação é diferente porque, a princípio, esse garoto não estaria em conflito com a Lei. Neste caso, a Medida pode ser alterada e o Conselho Tutelar comunicado [posteriormente].

Em outras palavras, se for um adolescente em conflito com a Lei, a sua Medida só pode ser modificada com autorização judicial. Se for um adolescente que não está em conflito com a Lei, a alteração pode ser feita [sem autorização judicial]. A pessoa que encaminhou só comunica a alteração: – ‘Olha, o garoto que estava aqui não está mais e está em outro lugar’–, mas se a Medida médica for uma Pena, que nós chamamos de Medida Sócio-educativa, ela se torna impositiva para todo mundo: para o Juiz, para a família, para o Ministério Público, para a defesa, para o médico, para o próprio garoto, para a equipe técnica do hospital, enfim... Este é o fluxo do atendimento direto, ou seja: o garoto cometeu um Fato, foi submetido a um processo, nesse processo o Juiz toma a decisão no momento, provavelmente sem ouvir a pessoa técnica indicada. Eu posso suspender o processo, esperar o Laudo médico para julgar? Eu tenho que julgar de imediato.

Imagine outra situação, que também não é muito incomum, que é a situação de você ter, por exemplo, numa Unidade de 150 adolescentes, pois hoje temos 5 Unidades com mais de 150 meninos...

Entrevistadora – Quais são elas?

Juiz – Para meninos, são: Educandário Santo Expedito, Escola João Luís Alves (JLA), Instituto Padre Severino (IPS) e o CAI Baixada, que fica em Belford Roxo, e de menina só tem uma que é o Educandário Santos Dumont (ESD). Essas 5 Unidades são de regime fechado.

Nós temos 16 Unidades em regime semi-aberto que são os CRIAMS, e desses CRIAMS alguns também atendem em regime aberto; temos ainda pólos de liberdade assistida.

- Para nós termos isso tudo, temos cerca de 30 convênios; tenho convênio com o NUT, com o NEPAD, com algumas Organizações Não Governamentais e que fazem atendimento como a São Martinho.

Eu tenho pessoas que são atendidas aqui no Juizado, eu tenho aqui um grupo de psicólogos que fazem atendimento direto a cerca de 300 meninos, eu tenho aqui dentro atendimento antidrogas, tenho o grupo que faz curso com pais, tenho grupo que faz orientação, apoio, acompanhamento temporário, tenho um grupo que faz Liberdade Assistida, tenho grupo que faz curso profissionalizante, tenho grupo prestador de serviço para a comunidade, enfim, ao todo são quase 5.000 atendidos incluindo as Unidades Fechadas, as Unidades Abertas, os Convênios e o pessoal que fica aqui no Juizado. São quatro mil setecentos e poucos adolescentes que estão por Medidas neste momento.

Entrevistadora – O Sr. estava citando um exemplo...

Juiz – Imagine que [num CRIAM], em um grupo de 30, 50, tem um que dê alguma alteração por algum motivo. A primeira reação de todo mundo é achar que esse menino tem que ser retirado desse convívio para não atrapalhar o grupo todo, então, geralmente, a pessoa faz o relatório para mim: – ‘Dr. Juiz, esse adolescente demonstrou um comprometimento mental porque no dia tal quebrou a televisão toda, quebrou a sala, quebrou as cadeiras, fez alguma coisa ou bateu em todo mundo, etc.’– e eu dou a sua transferência para o Pedro II. O Juiz vai analisar se aquela situação é realmente caso de transferência para o Pedro II. Isso pode acontecer [também] dentro de uma Unidade Fechada. O garoto está lá e resolve brigar com todo mundo, ou se cortar como acontece muito com a menina que resolve cortar os pulsos. Você tem de tirar essa menina para um atendimento. A Unidade [fechada] vem pedir uma mudança da Medida e você acaba encaminhando para o Pedro II.

Nós temos dois tipos de clientela: primeiro a que foi atendida [e encaminhada] direto para lá, não passando por nenhum outro lugar. Segundo, a clientela que estava sendo atendida em outro lugar e que teve alguma alteração, e então fomos forçados a transferi-la de Unidade. No primeiro caso, a pessoa vai para lá [CPPII] e você tem de arrumar um outro lugar para ela cumprir a Medida [após a alta médica]. No segundo caso a dificuldade nossa é maior, porque se o garoto ou a menina que estava [em regime fechado] apresentou alteração, quebrou tudo, colocou fogo no colchão como fizeram uma vez no CRIAM, tacou fogo no CRIAM todo, quebrou as vidraças todas, vai para o Pedro II e eles dizem que essa mulher não tem nenhum comprometimento mental, não tem nada, aí o que se faz? Volta para lá, onde já quebrou tudo, onde as pessoas já estão com uma certa má-vontade com essa menina? O Juiz fica em uma situação difícil: eles não podem retornar para lá

[instituição de origem] e não podem ficar no Pedro II, não têm outro lugar para ficar. Nesse caso, eu tenho que fazer a opção por um dos dois [lugares].

Entrevistadora – O ESD quase não encaminha meninas para o CPPII...

Juiz – Não é isso não. Vou lhe explicar qual é o problema: o ESD tem 50 meninas, o Educandário Santo Expedito 390 meninos, a quantidade de meninos é sete vezes maior. A probabilidade de se ter um problema no ESD é sete vezes menor do que no Santo Expedito; na JLA são 180 meninos, então três vezes mais; no Padre Severino (IPS) são 200, quatro vezes mais; no CAI Baixada 120, então duas vezes mais. A quantidade de meninos é no mínimo dez vezes maior que a quantidade de meninas, aliás estatisticamente são 7% de meninas e 93% de meninos [sob os cuidados da 2.^a Vara]. É muito mais fácil você atender a dez pessoas do que a cem pessoas. É mais fácil você resolver o problema de conter uma menina problemática no meio de outras nove do que um menino no meio de noventa e nove. Essa dificuldade é que faz com que as pessoas dos educandários dos meninos procurem, no primeiro momento, afastar o adolescente daquele convívio e, se houver um indício de que há um comprometimento mental, então ele é encaminhado para lá [CPPII].

Entrevistadora – Numa visita que fiz ao IPS conversei com a equipe de Saúde Mental, e me foi dito que os casos mais característicos de comprometimento da saúde mental eram mais fáceis de resolver na própria unidade Sócio-educativa (IPS), ou seja: passar a medicação correta, fazer psicoterapia, a equipe fazia. Diziam que a situação mais difícil era exatamente aquela do adolescente que se rebelava em relação aos demais, que estava em risco de vida por ameaça dos outros, ou que abusava sexualmente de alguém.

Juiz – Hoje, o tratamento da questão já mudou um pouco. Hoje nós temos dentro das Unidades do DEGASE algumas equipes que eu chamo de “apagar incêndios”. Eu tenho aqui [no Juizado] alguns médicos: um psiquiatra, um clínico, uma clínica especializada em pediatria, e mais um enfermeiro, que se revezam [entre si]. Toda vez que há um problema na Unidade [do DEGASE] eles vão para lá tentar resolver e fazer os encaminhamentos.

Algumas coisas que não são resolvidas pela equipe de saúde mental do DEGASE passam por uma espécie de triagem aqui no Juizado e se as duas equipes não conseguem resolver o problema, busca-se uma alternativa externa. Isso reforça muito a minha decisão.

A coordenação de saúde do DEGASE diz que isso é um caso que não pode ser resolvido dentro da Unidade. O pessoal que trabalha aqui no Juizado também diz que não tem como resolver essa situação, então eu tenho que tirar esse menino de lá, e já tenho o respaldo de dois pareceres que não tinha antigamente.

Entrevistadora – Quando isso começou a acontecer?

Juiz – Eu cheguei aqui em agosto de 1997, montei o departamento médico em junho do ano passado (1998), [...] eu desenvolvi uma infra-estrutura que não havia [anteriormente].

Entrevistadora – Estudando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), entendi que as internações psiquiátricas ou clínicas seriam Medidas Protetivas, mesmo quando aplicadas ao adolescente acusado de ato infracional.

Juiz – [Apontando para alguns artigos do ECA] – O artigo 112 do Estatuto fala das Medidas Sócio-educativas, então o que o Estatuto fez em referência a algumas Medidas Protetivas é que neste caso, *“Verificada a prática de Ato Infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes Medidas [...] VII - qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI”*, então são das Medidas Protetivas e também vão funcionar como Medidas Sócio-educativas. [...] O Estatuto no artigo 112, ao invés de repetir as Medidas foi econômico, fez uma reposição, isso não quer dizer que as Medidas que estão aqui são Protetivas, elas também são Sócio-educativas porque estão neste capítulo.

Aqui no Rio de Janeiro há duas Varas: a 1ª Vara trata das Medidas de Proteção e a 2ª Vara trata das Medidas Sócio-educativas. A 1ª Vara tem duas coisas que aqui [na 2ª Vara] não tem, que são a colocação [da criança ou do adolescente] em família substituta e o abrigo. A 2ª Vara tem seis coisas que não tem na 1ª Vara, que são as Medidas Sócio-educativas dos incisos 1 ao 6. As Medidas do inciso 7 são comuns à 1ª e à 2ª Varas, só que a 1ª Vara aplica as mesmas Medidas com natureza Protetiva e a 2ª Vara aplica as mesmas Medidas com natureza Sócio-educativa; lá facultativamente impostas, aqui uma obrigatoriedade, impositivamente ou ativamente impostas.

Entrevistadora – Na 1ª Vara há possibilidade de internação psiquiátrica para consulta e liberação do adolescente imediatamente após a emissão do laudo, por exemplo: 132

o adolescente vai para o hospital pela manhã, é visto pela equipe, é elaborado o laudo interdisciplinar e é devolvido para a Unidade de origem.

Juiz – Na 1ª Vara você pode fazer [transferir, entregar à família, etc.] e comunicar depois. Na 2ª Vara você para fazer tem que ter autorização prévia.

Entrevistadora – Por vezes ocorre também, principalmente em outras comarcas, o aprazamento da internação psiquiátrica: – ‘Interne-se por 45 dias ou até segunda ordem judicial’–, isso no mandado, no ofício do Juizado. Em algumas situações, o adolescente fica internado por Medida Sócio-educativa por períodos superiores a dois meses...

Juiz – Aí tem de ir lá falar com o Juiz. É porque a natureza dessa Medida não é tratamento, é Pena, então, às vezes, é por prazo certo. É uma Pena com tratamento, as duas coisas.

Entrevistadora – Qual é a diferença, para o Sr., entre o adolescente condenado por ato infracional e o adulto condenado por crime?

Juiz – As diferenças básicas entre o adolescente infrator e o criminoso maior de idade, são duas: o maior de 18 anos fica com o Juiz Criminal ou de Execução Penal e o menor de 18 anos fica com o Juiz da Infância. Imagine o seguinte: o maior de 18 anos está preso em uma penitenciária, ele não pode sair sem a autorização do Juiz, alguém só pode entrar lá para visitá-lo com a ordem do Juiz. O menor de 18 anos tem a mesma regra, só o que muda é o Juiz e algumas Medidas: fica em escola ao invés de ficar na penitenciária e fica exposto a alguns cuidados maiores.

O garoto de 18 anos que cometeu um crime, está, por exemplo, na Penitenciária Milton Dias Moreira e, passou mal, tem de ir para o hospital. O Juiz, então, tem de autorizar a sua transferência para o hospital penitenciário. A diferença básica para outros casos facultativos [casos da 1ª Vara] é que todo adolescente [sob os cuidados da 2ª Vara] tem um processo, toda a vida dele tem que ser registrada naquele processo e nada pode ser alterado sem uma decisão judicial. Essa é uma diferença básica, tanto para o maior quanto para o menor.

Entrevistadora – Uma dificuldade encontrada na minha prática na assistência a esses adolescentes é que na maioria das vezes nós não tínhamos conhecimento dos processos judiciais referentes aos mesmos.

Juiz – E nem pode, por causa do artigo 143 e 144 do Estatuto. Ele diz que os processos aqui são sigilosos para todo mundo, até para a parte técnica. Na verdade, ele diz assim: – ‘no que se refere ao ato infracional é vedada a divulgação de atos judiciais, policiais, administrativos, que digam respeito à criança ou ao adolescente’. Qualquer notícia a respeito do Fato não poderá identificar a criança ou adolescente, vetando sua fotografia, referência ao nome e à filiação. Para que alguém tenha acesso [ao processo do adolescente] tem de fazer um pedido ao Juiz para expedição de cópia ou certidão dos atos aos quais se refere o artigo anterior [judiciais, policiais ou administrativos]. A cópia somente será deferida por autoridade judiciária competente, se for demonstrado o interesse e justificada a finalidade. Por exemplo: se a Sra., no hospital, tiver de fazer um requerimento a este Juizado, partimos do princípio de que o tratamento independe do Fato [infracional]. Você não pode tratar o adolescente com base no que ele fez, tem de tratar o adolescente com base no que ele é. A idéia do Estatuto é não dizer o que ele fez para ninguém, nem para quem o está tratando.

Entrevistadora – Pode acontecer uma situação como o a da puérpera que cometeu filicídio. Essa é uma circunstância em que há necessidade do terapeuta saber o que aconteceu até para poder basear...

Juiz – Ele só não tem acesso direto, ele tem de comunicar e o Juiz tem de definir, é proibido, é ultra sério isso, aqui não se pode dar cópia, nada, para ninguém, nem o advogado tem acesso ao processo, as únicas pessoas às quais eu permito levar a cópia do processo são os pais, eles vêm aqui, pegam a declaração, pois se quiserem fazer uso para a publicidade do que os filhos fizeram, aí é uma questão que diz respeito ao pátrio poder, não posso me meter nisso, mas advogado, técnico, psicólogo, assistente social, têm de fazer requerimento. Eu pego o termo de compromisso dele que não vai divulgar isso para ninguém e [este termo] fica nos autos; se amanhã ou depois ele divulgar, ninguém poderá dizer que fui eu que divulguei, por que inclusive isso dá uma multazinha de 40 salários mínimos. Se eu der a cópia [do processo] e não tiver nada registrado, quem vai pagar a multa sou eu. Os atos cometidos pelos menores dão IBOPE na mídia, então nós ficamos,

de certa forma, com algum receio de sonegar informação à mídia e ela não compreender isso e, por outro lado, com receio de fornecer informação.

Entrevistadora – A questão da internação como Medida Sócio-educativa cria uma situação diferente da do adulto que é a seguinte: com adultos existe a instituição Manicômio Judiciário.

Juiz – Quanto aos menores não há.

Entrevistadora – É, com criança e adolescente não há.

[Termina a primeira parte da fita. Início da 2ª parte. Conversamos sobre a diferença entre a clientela encaminhada através de Mandado Judicial e os demais pacientes do CPPII.]

Entrevistadora – Não é uma opinião minha, é fato constatado. A preocupação do CPPII é que lá são internados adolescentes muito desprotegidos, vulneráveis. Existe no hospital um número muito grande de pacientes internados por psicoses ou por autismo infantil, o que os deixa extremamente vulneráveis. Um surto psicótico com destruição do sentimento de identidade pessoal, ou seja, pessoas que não têm nem a identidade delas mesmas, nem estabeleceram sua identidade sexual, como ficam em relação ao convívio, durante a internação, com o adolescente acusado de ato infracional com transtorno de conduta de natureza não psicótica?

Juiz – Quando eu estive lá, eles falaram isto.

Há três questões distintas: primeiro, isso não tem nada a ver com o Poder Judiciário, ou seja, essa estrutura de hospital tem de ser proporcionada pelo Poder Executivo, o hospital tem de se dirigir ao Poder Executivo e dizer: – ‘Olha, eu tenho essa clientela e essa outra clientela, e preciso atender às duas e você tem de fornecer mão-de-obra, meios, infra-estrutura.’

O segundo ponto é o seguinte: o Poder Judiciário pode ser mais criterioso com os encaminhamentos para minimizar os efeitos dessa questão. As nossas equipes técnicas deveriam fazer um laudo prévio para saber se o menino seria realmente um caso a de ser internado no Pedro II, ou não. A gente só mandaria para lá aqueles que realmente fossem casos de atendimento clínico naquele espaço.

O terceiro aspecto, que no meu modo de entender é o principal, é se colocar em uma balança todos os interesses em jogo; vamos supor que o Pedro II tenha cinquenta meninos e um coloque em risco a atividade de cinquenta, mas lá existem pessoas especificamente treinadas para esse tipo de conduta. Se esse menino está em outro lugar com 100, 150, 300 pessoas e ele põe em risco a atividade de todos esses 300, e não há pessoas treinadas para lidar com a situação, então você tem de ver onde esse caso seria melhor atendido. Quando o garoto vai para lá [CPPII], geralmente, estava antes em uma unidade Sócio-educativa, ou é um caso de necessidade crônica [de tratamento psiquiátrico]. Um exemplo clássico: eu vou deixar esse menino no Padre Severino, onde ele acordou de noite para esfaquear 200 meninos? Vou colocá-lo no Pedro II, onde existem pessoas que podem tratar e lidar com esse menino, dar a medicação adequada, fazer um trabalho de contenção, ter um regime de plantão. As pessoas ficam lá, de certa forma, vigiando todos os casos, existe uma enfermeira específica e tal. O Padre Severino não possui nenhuma estrutura dessas, nem pode ter porque não é um local indicado para isso.

[Resumindo]: o primeiro aspecto é onde o adolescente ficaria melhor e estaria exposto a menos riscos, ou exporia menos pessoas a riscos, ou onde esses riscos poderiam ser melhor conduzidos. O segundo aspecto é exatamente o de analisar a decisão judicial criteriosa de mandar para lá [CPPII] os casos que deveriam ser tratados naquele local. O terceiro aspecto [é serem feitas] gestões junto ao Poder Executivo para que exista um espaço especificamente voltado para tratar essa clientela específica.

Entrevistadora – Existe a questão da gravidade do ato infracional. Uma crítica que se faz, por exemplo, ao IPS, apesar das melhorias que vem sendo implementadas, é não existir ainda uma possibilidade de separação por gravidade desse ato.

Juiz – Por gravidade do ato eu sou contra separar pois nosso esforço maior é exatamente desvincular o Fato da Medida. Existem três questões a considerar: o Fato cometido pelo garoto, o menino que o cometeu, e o tratamento que a gente chama de Medida Sócio-educativa. O menino não tem de estar ligado ao Fato, o menino tem de estar ligado à Medida.

A diferença básica, é que para se dar imputabilidade penal, ou seja, responsabilização da ação penal, a idade hoje está em 12 anos para o adolescente. Não é 18 anos como se pensa. A partir de 12 anos o garoto já pode ser processado, julgado e preso como um adulto.

Entrevistadora – Mas o Código de Menores era mais abrangente na punição. O adolescente não tinha direito a advogado...

Juiz – De 1990 para cá, a imputabilidade está em 12 anos. Quando as pessoas dizem assim: – ‘Eu sou a favor de reduzir [a imputabilidade] para 16 anos’ – na verdade, não estão reduzindo e sim aumentando de 12 para 16.

A diferença básica é que no caso do maior de 18 anos, há uma ligação dos três [elementos judiciais envolvidos na condenação]: Fato, Pessoa e Pena, que é adequada ao Fato. Não há, portanto, diferenciação entre o Fato e a Medida [a Pena]. Aqui [para a criança e o adolescente] há uma desvinculação obrigatória do Fato com a Medida e a Pessoa. Em outras palavras não se pode separar por gravidade de infração. O que ele fez não importa. O que ele fez só importa para se escolher a Medida.

Entrevistadora – Vamos considerar o caso de um adolescente que foi julgado por estupro e encaminhado ao CPPII para avaliação e tratamento psiquiátrico. Não se verificou qualquer condição que implicasse na sua permanência no hospital, mas mesmo assim ficou lá, aguardando decisão judicial de ‘desligamento’. Durante sua permanência no CPPII, esse adolescente abusou ou tentou abusar sexualmente de um adolescente autista, reproduzindo a situação que gerou seu processo.

Juiz – Você está vinculando a Pessoa à Medida, não ao Fato.[Não é a sua infração que importa], o que vai contar é o seu comportamento no hospital. Se ele tivesse feito um furto ou fumado um cigarro de maconha, isso não importa. O que importa é que ele fez a mesma coisa lá [no CPPII]; tentou abusar ou sevirar pessoas.

[...]

Juiz – O grande fator do Estatuto é não estigmatizar a Pessoa. Não podemos estigmatizar a pretexto nenhum, nem a pretexto médico. Não importa o que ele [adolescente] fez, o que importa é que ele tem de ser tratado para não fazer o que ele fez [reproduzir seu ato infracional], nem outras coisas [novos atos infracionais]. A questão é não o estigmatizar: – ‘esse aqui é o traficante, esse é o esturador, esse é o homicida, esse é o maconheiro’ – Ele precisa de um tratamento, então nós vamos descobrir que tratamento ele precisa e vamos dar, e é só isso.

Entrevistadora – O adolescente acusado de ato infracional e internado no hospital psiquiátrico acaba ficando com dois estigmas: o de paciente psiquiátrico e o de infrator.

Juiz – O estigma vai existir sempre, o que a gente tem é de lutar contra ele. Estou dando um diploma para quem cumpriu a Medida, e você vai dizer: – ‘Puxa, você está criando um estigma!’ – Não estou dizendo que essa pessoa está recuperada. Não é o fato dele cumprir uma Medida Sócio-educativa que o torna uma pessoa boa ou ruim, e sim o fato do que ele vai fazer depois de cumpri-la. Se aqueles a quem nós estamos dando o diploma fizerem um bom uso dele, as pessoas vão dar ao diploma uma credibilidade e vai se reverter o estigma.

A questão toda é que o estigma não existe em função do etiquetamento e sim do que a gente faz dele. Eu penso que todo esse estigma de racismo não é de quem o está implantando, é da vítima. Se a vítima reage a isso, então ela fica estigmatizada. Se ela não reage e aceita passivamente, ela [também] fica estigmatizada. Se ela ignora, é como se aquilo [o estigma], não existisse.

Entrevistadora – Em relação ao tratamento psiquiátrico, é essencial que o paciente concorde com ele...

Juiz – Ah, mas isso não pode. Aqui [na 2.^a Vara] a Medida é impositiva para todo o mundo. Até o tratamento de drogas aqui é impositivo. A gente sabe, por exemplo, que para tratar de drogas a OMS, o Conselho não sei do quê e o próprio CONEM dizem que tem de ter a adesão voluntária da parte, mas no caso de adolescente em conflito com a Lei, é uma Medida, é contra a vontade de todo o mundo, contra essa Portaria, contra a Convenção, contra a recomendação, contra a família e contra o técnico. A Medida não é, vamos dizer assim, uma coisa voltada para a Proteção; é uma Pena, então, nem que tenha de meter na camisa-de-força...

Entrevistadora – E esse entendimento está no Estatuto? [Interrompo, supresa.]

Juiz – Está, então é uma coisa coativa, infelizmente. Seria muito mais fácil para nós, para mim principalmente, se fosse uma questão de adesão à vontade da família, porquê aí você entrega as coisas na mão da família, mas no nosso caso a responsabilidade toda está nas mãos do Juiz.

Imagine se o Juiz dá um tratamento errado e a pessoa acaba se viciando. Por exemplo, no caso das drogas, se o garoto não é viciado e você o coloca para fazer um tratamento junto a outros drogados e ele acaba ficando viciado em drogas [pelo convívio 138

com eles], o Juiz também responde por isso. A idéia de que o Juiz está acima das deliberações é muito errada. O Juiz presta contas com muito mais freqüência que os outros, é cobrado com muito maior rigidez. O Conselho da Magistratura pune os Juizes por bobagem, até por exemplo, se você desfilar numa Escola de Samba é punido, quanto mais por um tratamento equivocado como o do exemplo.

[...]

Entrevistadora – Existe uma questão difícil para nós que é a da escolta do adolescente enquanto ele está internado na instituição hospitalar. Como lidar com uma escolta dentro de um hospital psiquiátrico?

Juiz – Aí, é uma questão de você entrosar a direção da Unidade Hospitalar com quem está fornecendo a escolta. Isso é responsabilidade do Executivo. O Judiciário não interfere nessa questão. Ter escolta ou não é solicitação do hospital ou da unidade onde ele estava [anteriormente]. O Judiciário só diz: de acordo ou não de acordo.

Entrevistadora – Por quê, por exemplo, todos os encaminhados pela João Luiz Alves têm escolta?

Juiz – Porque os de lá não podem fugir. Na João Luiz Alves se o adolescente foge, automaticamente o Estado, e não o Judiciário, abre uma sindicância para apurar porque o adolescente fugiu.

Entrevistadora – E por exemplo, se o garoto do Padre Severino não está com escolta e foge do CPPII, o quê acontece com o CPPII?

Juiz – Alguém vai ter de se responsabilizar. Se a fuga for com participação culposa de alguém, o Estado vai entrar com uma sindicância para apurar e aplicar punição.

Entrevistadora – Partindo do princípio que o próprio hospital não tem características para receber estes adolescentes...

Juiz – Mas aí, o hospital tem de pedir escolta; se ele acha que não tem condições de receber sem escolta, o hospital tem de pedir escolta.

Entrevistadora – Partindo do princípio de que o hospital não tem acesso ao Fato infracional daquele adolescente, como julgar a necessidade de escolta?

Juiz – Se ele acha que o adolescente tem condições de fugir, ele pede escolta. Se acha que tem de ter conhecimento do Fato, ver o processo, tem de pedir autorização ao Juiz.

Entrevistadora – No hospital psiquiátrico a impossibilidade de fuga é relativa, pois um adolescente determinado a fugir, principalmente se não apresenta um quadro psiquiátrico que o torne mais dependente, consegue concretizar seu objetivo.

Juiz – [...] Se o adolescente fugiu eu tenho de determinar a apuração dos motivos da fuga. Vai se levantar se é devido à infra-estrutura do hospital, se o tratamento do hospital é para A, B ou C, e se foram tomados os cuidados para evitar a fuga. Tudo isso será analisado no processo.

Entrevistadora – O Sr. concorda que, no caso do CPPII, ele não tem essa estrutura?

Juiz – Discordo, eu acho que tem, com certeza, não precisa nem de obras. É só uma adequação do espaço e gente para tomar conta.

Entrevistadora – Como o adolescente sob tutela judicial por ato infracional pode participar dos passeios de rotina existentes no hospital?

Juiz – O que as Unidades fazem normalmente é virem aqui e pegarem autorização prévia. Se não pedirem autorização prévia é por conta e risco da Unidade. Aqui eu autorizo levar ao Museu de Arte Moderna, Terra Encantada, praia no Domingo, Maracanã, mas eles pedem autorização prévia.

Entrevistadora – Mas como fica a questão se se tratar de uma atividade de rotina em lugares abertos?

Juiz – Atividade de rotina tem de ter um cronograma, e é por conta e risco da Unidade. O que ela pode pedir é uma autorização de acordo com o cronograma.

Entrevistadora – O CPPII tem uma política de desinstitucionalização. Priorizam-se as atividades ambulatoriais e não a internação. Como atender o garoto que já vem institucionalizado e com restrição de liberdade?

Juiz – Tem de ser compatibilizado com a Medida.

Entrevistadora – O garoto é institucionalizado pela Medida. A restrição de liberdade dificulta a realização do tratamento adequado.

Juiz – Ele estaria pior se estivesse junto com outros [‘infratores’]. Se esse adolescente estivesse no Padre Severino, não receberia tratamento nenhum. No Pedro II ele pode não receber todos os tratamentos, mas recebe alguns. A questão é saber onde há um benefício maior ou um malefício menor.

[Final da 1ª fita. Início da 2ª fita]

Entrevistadora – O Sr. estava falando de serem criados dois locais distintos para tratamento psiquiátrico de adolescentes no CPPII, um para aqueles em conflito com a Lei e outro para os demais.

Juiz – Depois de visitar o Pedro II, constatei que é possível disponibilizar dois espaços: um para o atendimento da clientela voluntária e outro para o atendimento daquela para a qual o tratamento é coativo, ou seja, pessoas que estão cumprindo Medida. Isso é perfeitamente viável dentro da estrutura atual. O que precisamos ter ali é apenas uma destinação de mais médicos, enfermeiros, agentes administrativos e dividir o atendimento. Há espaço lá com tranquilidade, sem apertar ninguém.

Entrevistadora – Seria uma instituição que se aproximaria do modelo da de adultos? Uma instituição psiquiátrica para pessoas privadas de liberdade?

Juiz – Não é que se aproximaria da do modelo de adultos. Seria uma instituição que separaria a clientela para diminuir os riscos de que o tratamento diferenciado possa interferir [negativamente] em uma [clientela] ou em outra.

[Término da entrevista]