

Motivos e mecanismos de internação de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico: o circuito do controle

Reasons and mechanisms for admission of children and adolescents to a psychiatric hospital: the control circuit

Motivos y mecanismos de internamiento de niños y adolescentes en un hospital psiquiátrico: el circuito de control

Claudia Pellegrini Braga ¹

Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira ²

doi: 10.1590/0102-311XPT170821

Resumo

Os avanços da reforma psiquiátrica incluem a implantação de serviços de saúde mental substitutivos à lógica asilar. Porém, internações em hospitais psiquiátricos, inclusive de crianças e adolescentes, continuam ocorrendo. Esse estudo buscou compreender os motivos de internação em um hospital psiquiátrico a partir da perspectiva da instituição e das crianças e adolescentes internados. Trata-se de pesquisa qualitativa, de abordagem hermenêutico-dialética, tendo sido feita a leitura de documentos institucionais, entrevistas abertas com oito adolescentes e observação participante. Os resultados indicaram que o motivo principal alegado pelo hospital psiquiátrico para internação foi nomeado como "agressividade", justificada pelo "risco para si e para outros", enquanto, para as crianças e os adolescentes, os motivos de internação eram múltiplos, incluindo uso de drogas, pequenas brigas e infrações. A análise indicou que os mecanismos para a internação pelo hospital psiquiátrico envolvem, durante a anamnese, uma leitura sobre o outro que o define como desviante de normas sociais e a posterior atribuição de um diagnóstico, avalizando a internação psiquiátrica. Também indicou que a sustentação e continuidade de internações psiquiátricas ocorrem em um circuito do controle operado entre diferentes instituições para tutela dos desviantes. Este estudo evidencia que, para evitar internações em hospitais psiquiátricos, além do fechamento destes, é preciso superar o paradigma psiquiátrico, sendo, para isso, necessárias as práticas de desinstitucionalização e na perspectiva da atenção psicossocial nos serviços de saúde mental abertos, territoriais e substitutivos.

Hospitais Psiquiátricos; Saúde Mental; Desinstitucionalização; Criança; Adolescente

Correspondência

C. P. Braga

Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas,
Universidade de São Paulo.

Rua do Lago 717, São Paulo, SP 05508-080, Brasil.
claudia.pellegrini.braga@gmail.com

¹ Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas,
Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo,
São Paulo, Brasil.



Introdução

A reforma psiquiátrica brasileira, instituída pela política nacional de saúde mental, transformou o cenário da atenção em saúde mental a partir da afirmação da liberdade e da cidadania das pessoas com problemas de saúde mental ¹. Com base em ações planejadas e pactuadas, o perfil e o tamanho de hospitais psiquiátricos foram sendo modificados e leitos psiquiátricos foram fechados. Concomitantemente, implantou-se uma rede de serviços de saúde mental aberta, de base territorial e substitutiva à lógica asilar ¹.

Nesse contexto, a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes também foi transformada, sendo marcos o Estatuto da Criança e do Adolescente, a *Lei nº 10.216/2001*, as discussões realizadas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, a criação de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), destinados para crianças e adolescentes, e os trabalhos do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil que, em uma perspectiva intersetorial, construiu os caminhos da atenção em saúde mental para crianças e adolescentes ². Tendo como premissas o acolhimento, a escuta e a construção permanente da rede, vêm sendo desenvolvidas estratégias de atenção em uma rede de serviços que reconhece a singularidade do outro e busca promover ações emancipatórias, produzindo cuidado ^{3,4}.

Vale lembrar que uma importante referência para a reforma psiquiátrica brasileira é a experiência de desinstitucionalização italiana. Enquanto perspectiva teórico-prática, a desinstitucionalização envolve a desconstrução do paradigma psiquiátrico com a superação de saberes, práticas e formas de relações do modelo asilar – como a objetivação da pessoa em um objeto de intervenção, a doença –, e promove proposições substitutivas a esse modelo, produzindo liberdade e direitos ⁵. Ora, a maior expressão do paradigma que se pretende superar é o hospital psiquiátrico, daí a necessidade de fechá-lo.

Porém, mesmo com os avanços da reforma psiquiátrica brasileira, internações em hospitais psiquiátricos continuam ocorrendo, inclusive de crianças e adolescentes, sendo relevante compreender o porquê. Recorde-se que, desde 2016, a política de saúde mental foi modificada substancialmente, tendo sido reintroduzidos os hospitais psiquiátricos na rede de atenção, o que agrava o problema.

A literatura sobre internações em hospitais psiquiátricos de crianças e adolescentes é escassa. Na internacional, entre os estudos que abordam fatores relacionados à internação, Lalayants et al. ⁶ verificaram maior probabilidade de internação de adolescentes negros, do sexo feminino e que fazem uso de drogas. Já Barker et al. ⁷ identificaram que 82,6% dos jovens internados eram de baixa classe socioeconômica, que 35,7% estavam fora da escola e que a causa mais frequente de internação psiquiátrica era “risco para si e para outros”. Joyce et al. ⁸ identificaram que “risco para si” e “risco para outros” era o mais frequente motivo de internação.

A literatura nacional sobre o tema no contexto da reforma psiquiátrica também é reduzida. Em perspectiva crítica, Vicentin et al. ⁹ ressaltam como problema a “psiquiatrização” de questões sociais – como a ocorrida com jovens que cometem atos infracionais. Scisleski et al. ¹⁰ assinalam que há um circuito de institucionalizações com certo perfil de jovens que recorrentemente são internados. Blikstein ¹¹ afirma que há duas vias distintas pelas quais adolescentes são internados, a dos serviços de saúde e a das ordens judiciais, sendo distintas as características das trajetórias de internação psiquiátrica nessas vias.

De modo geral, não ficam claros os motivos para internação em hospital psiquiátrico. Se em tempos de expansão da reforma psiquiátrica já era relevante compreender essa questão, no cenário de retrocessos da política de saúde mental alinhada à perspectiva da desinstitucionalização, isso é ainda mais necessário.

Método

Trata-se de pesquisa qualitativa que objetivou analisar os motivos de internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos. A questão foi investigada a partir das justificativas apresentadas em documentos do hospital psiquiátrico para internação, dado que é a instituição que determina a internação, e da perspectiva das crianças e dos adolescentes sobre os motivos de suas internações, considerando a necessidade de escuta de suas vozes e de contrastar os dados produzidos pela institui-

ção. O cenário de estudo foi uma enfermaria de hospital psiquiátrico com capacidade para 18 crianças e adolescentes do sexo masculino.

Como método e procedimento de análise, utilizou-se o método hermenêutico-dialético, que consiste na análise do material a partir de reflexão compreensiva e crítica combinando duas abordagens¹². A abordagem hermenêutica implica a observação do contexto da produção dos fatos e relatos e, posteriormente, a compreensão do que há de peculiar e em comum nos materiais. Já a dialética envolve a observação crítica de dinâmicas contraditórias do material¹².

As técnicas de pesquisa utilizadas foram o estudo de documentos institucionais e a realização de entrevistas abertas com crianças e adolescentes internados; como estratégia complementar, foi realizada observação participante¹². O trabalho de campo teve duração de quatro meses e, nesse período, o total de 45 crianças e adolescentes estiveram internados. Durante o período, foram frequentes novas admissões e altas da instituição, sendo que, no último dia de trabalho de campo, nove crianças e/ou adolescentes estavam internados.

Os documentos institucionais estudados foram a Ficha de Admissão/Anamnese, o Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar e os prontuários de todas as crianças e dos adolescentes internados no período do estudo. Explorados os documentos, buscou-se verificar o que a instituição definia como justificativa de internação, tendo sido selecionados como material de análise os itens que explicitavam os motivos de internação: “queixa principal e duração”, “história atual da doença”, “principais sinais e sintomas clínicos”, diagnóstico médico e “condições que justificam a internação”.

Foram realizadas entrevistas abertas com oito adolescentes abordando seus pontos de vista sobre os motivos de internação e a vivência de ser internado. Como critérios de inclusão, podia participar da pesquisa quem demonstrasse interesse e assentisse com seus termos, desde que um responsável legal consentisse por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O número de adolescentes que demonstrou interesse foi superior a oito, mas não houve oportunidade de todos os responsáveis legais consentirem com a entrevista, sendo este o critério de exclusão. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

Por meio da observação participante, buscou-se a aproximação e interação, principalmente, com as crianças e os adolescentes em diferentes momentos institucionais, com foco na observação das experiências e nos motivos de internação. Como previsto na observação participante, em postura sensível e com capacidade de escuta, foram observadas cenas cotidianas, incluindo conflitos e trocas sociais, sendo as observações registradas como dados¹². A descrição de cenas e o registro de falas foram anotados e sistematizados em diário de campo¹².

Quanto aos procedimentos de análise, seguindo o método hermenêutico-dialético, os dados foram organizados e classificados a partir de leitura exaustiva e transversal dos materiais (documentos, entrevistas e diário de campo), sendo identificadas as complementaridades, particularidades e contradições deles entre si. Feito isso, o método prevê definição de categoria analítica e de categorias empíricas e operacionais. Em relação a estas últimas, neste estudo foram definidas três: caracterização dos sujeitos, caracterização das internações e motivos para internação de crianças e adolescentes. Como categoria analítica, definiu-se a perspectiva teórico-prática da desinstitucionalização; ou seja, os conceitos e saberes dessa perspectiva orientaram a leitura transversal e a análise dos dados das três categorias empíricas e operacionais. Como resultado, foram definidos temas de discussão. Nesse artigo, focando nos motivos de internação de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico, são apresentados resultados e discussão referentes aos temas: justificativas para internação e lógica do circuito do controle.

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (CEP – FM/USP) e aprovação na Plataforma Brasil (CAEE 11923413.50000.0065). Todos os nomes foram alterados para preservar a identidade e todos os aspectos éticos foram cumpridos. Não foram observados desconfortos no decorrer do trabalho de campo e, pela postura da investigação e pelas recorrentes altas, a presença da pesquisadora não ficou associada pelas crianças e adolescentes à alta da instituição.

Resultados

Caracterização dos sujeitos e das internações nos documentos institucionais

Os 45 sujeitos eram do sexo masculino, entre 8 e 17 anos, tendo a maioria entre 15 e 17 anos e Ensino Fundamental incompleto, sendo o atraso e a evasão escolares marcantes. A maior parte vivia em regiões periféricas da cidade de São Paulo, Brasil, ou em municípios com vulnerabilidade socioeconômica.

Em relação à internação no hospital psiquiátrico cenário do estudo, 37 sujeitos estavam em sua primeira internação, três na segunda, três na terceira e dois na quarta. Em relação ao tipo de internação, conforme constava nos prontuários, 35 eram involuntárias e dez eram involuntário-judiciais para a instituição. Pela observação participante, pode-se afirmar que, entre as internações registradas como involuntárias, havia casos em que a trajetória de internação envolvia uma ordem judicial que obrigava o poder público a ofertar atenção em serviço de saúde mental. Porém, como tal ordem não era dirigida ao hospital psiquiátrico, mas a uma Secretaria Municipal de Saúde ou serviço de saúde que, por sua vez, buscavam a internação psiquiátrica, a internação era registrada como involuntária pela instituição. O número de situações do tipo não é conferível, porque essa informação não constava nos prontuários, havendo apenas conhecimento de que, ocasionalmente, ocorriam.

Todos ingressaram via encaminhamento, sendo 32 sujeitos encaminhados por serviços de saúde, oito por Secretarias Municipais de Saúde, três por serviços da assistência social e dois diretamente por órgãos judiciais. A maioria estava acompanhada pelos familiares no momento da internação; oito crianças e adolescentes foram acompanhados por instituições como Fundação Casa e Casas-Abriço. Até o final do trabalho de campo, o tempo de internação variou entre 14 e 77 dias, sendo que uma internação, do tipo involuntário-judicial, perdurava 161 dias.

Justificativas da instituição para internação de crianças e adolescentes

Em relação à “queixa principal e duração”, nove prontuários não apresentaram a informação. Nos outros 36, o aspecto mais frequentemente registrado foi o termo “agressividade”, constando em 23 prontuários (Tabela 1). Ressalte-se que não havia explicação sobre o que se definia por agressividade, nem mesmo a questão era contextualizada.

Sobre a “história atual da doença”, em quatro prontuários havia apenas uma transcrição do encaminhamento feito por outro serviço. Considerando os dados dos demais 41 prontuários, o termo registrado mais frequentemente foi “agressividade”, mencionado em 25 deles; foram também frequentes as menções à passagem por outros serviços de saúde mental, uso de fármacos e uso de drogas (Tabela 2).

Sobre os “principais sinais e sintomas clínicos”, 44 prontuários apresentaram registros, sendo mais frequente o termo “agressividade”, mencionado em 35 prontuários (Tabela 3). Note-se que o quinto e o sexto termo mais registrados diziam respeito não ao sujeito, mas à passagem por serviços de saúde e por instituições da assistência social e da Justiça.

Tabela 1

Queixa principal e duração por frequência de registro.

Queixa principal e duração	Frequência do registro
Agressividade	23
Alteração da psicomotricidade	11
Alteração do juízo de realidade	7
Alteração da sensopercepção	7
Alteração do comportamento geral	5
Determinação judicial para a internação	4
Não adesão a outros serviços de atenção	2

Fonte: Ficha de Admissão/Anamnese.

Tabela 2

História atual da doença por frequência de registro.

História atual da doença	Frequência do registro
Agressividade atual	25
Passagem por outro serviço de saúde mental	23
Uso anterior de fármacos	21
Referência a histórico de agressividade	15
Uso de álcool e outras drogas/dependência de substância química	14
Alteração do estado de consciência	12
Alteração da sensopercepção	12
Alteração do juízo de realidade	11
Referência a relacionamentos e dinâmica familiar	11
Passagem por serviços de assistência social	10
Referência à escolarização	10

Fonte: Ficha de Admissão/Anamnese.

Tabela 3

Principais sinais e sintomas clínicos por frequência de registro.

Principais sinais e sintomas clínicos	Frequência do registro
Agressividade	35
Alteração do juízo de realidade	19
Alteração da psicomotricidade	18
Alteração da inteligência	12
Não adesão a outros serviços de saúde	8
Passagem por outras instituições	7
Relacionamentos e dinâmica familiar	6
Alteração do comportamento geral	5
Alteração da sensopercepção	5
Uso de drogas	5

Fonte: Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar.

Em relação ao diagnóstico médico de admissão, para os 45 sujeitos, foi atribuído ao menos um diagnóstico médico. Vale lembrar que a atribuição de diagnóstico é um ato administrativo necessário para efetivar a internação. Entre os cinco diagnósticos mais atribuídos, o de maior frequência foi o “F.29 – Psicose não orgânica não especificada”, registrado em 16 prontuários. Chama atenção o número de diagnósticos de deficiências intelectuais e/ou mentais, totalizando 13. Para três sujeitos, foi atribuído o diagnóstico de “Distúrbio de conduta”; para dois, o de “Transtornos da personalidade e do comportamento adulto”; e, para outros dois, o de “Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas”.

Por fim, no item “condições que justificam a internação”, dos 45 prontuários, cinco não continham informação alguma e em oito constava a expressão “as acima”, indicando que as condições que justificavam a internação eram aquelas do item “principais sinais e sintomas clínicos”. Dos 32 prontuários restantes, em 30 deles, o termo mais frequentemente registrado foi o de “risco para si e para outros”; considerando os dois demais, em um constava como justificativa “dificuldade de autocuidado” e, em outro, “insuficiência de recursos” do serviço que atendia o sujeito.

Perspectiva das crianças e dos adolescentes sobre os motivos de suas internações

Por meio das entrevistas e observação participante, verificou-se que as crianças e os adolescentes tinham suposições variadas sobre os motivos de suas internações, relacionando-as às suas histórias de vida.

Tratando primeiro das entrevistas, apenas três dos entrevistados referiam ter experimentado problemas de saúde mental, mas, mesmo nessas três ocasiões, esta não era exatamente a razão para internação. Dênis, 14 anos, e Francisco, 17 anos, ambos em internações involuntárias, entendiam que os motivos de internação estavam relacionados a eventos em que se sentiram ameaçados, narrando os contextos e relações que os marcaram:

“É que tinha um homem que me chamou falando que era para eu complicar uma mulher (...). O dono do bar disse que era para fazer ou matava eu, e isso ficou na minha cabeça. Daí eu fiquei mal da cabeça e fui piorando. Daí vim para cá (...). [Era para] denunciar, que tinha um monte de coisa lá, vídeo pornô, que não devia. Aí era para eu fazer, aí eu fiz” (Dênis).

“Foi por causa que eu estava com uma linha de perseguição dos outros querer me matar, coloquei na cabeça isso e não estava conseguindo tirar. Tipo assim, já tinha feito um furto lá na minha loja, só que eu pedi perdão para o meu gerente pelo que fiz. Foi onde começou o medo, porque os dois caras que me apreendeu no furto era policial, e eles falaram assim para mim (...) pediram meu endereço, pediu tudo, fizeram eu fazer até 50 flexões, e eu fiz 40 ou 35 flexões, acho. A gente furto Smirnoff (...). E na Pernambucanas, eu tinha pego cueca, porque estava precisando, eu tinha feito diarreia nas calças e aí eu peguei” (Francisco).

A vida deles era bastante diferente. Dênis era solitário e morava com sua tia em razão de sua mãe estar presa por maus tratos a ele – história que ele sempre contava à voz baixa. Já Francisco, falante, afirmava ter uma vida social ativa; sua mãe sempre o visitava.

Antônio, 16 anos e em internação involuntária, entendia que estava internado porque havia desrespeitado seus pais, explicando que estava “com a mente confusa” por não ter tomado medicação:

“Não tomava café, não respeitava minha mãe, ela pedia para mim levantar e tomar café, e eu não ia (...). Antes, só o remédio que eu não tomei. Eu estava com a mente confusa (...). Não estava falando coisa com coisa. Eu só falei para minha mãe, aí ela me colocou aqui (...). Eu não ia, agora eu vou começar a ir, se eles quiserem me levar para jogar bola, tudo, eu vou fazer tudo direitinho. Antes eu gostava de funk também, só que é coisa errada (...). Minha mãe e meu pai, eles falou para mim não ficar mais escutando funk. Aí eu não fiquei mais escutando, só fiquei escutando música evangélica” (Antônio).

Era frequente, no dia a dia, Antônio afirmar para a equipe que deveria ter alta porque estava se “comportando bem” (diário de campo).

Uma situação de desentendimento mas mais complexa também foi o motivo alegado por Rafael, 16 anos, para sua internação involuntária-judicial: *“Eu mordi minha mãe. Na raiva, na hora de comprar linha”*. Rafael era de poucas palavras; dizia que precisava de linha para empinar pipa, que era o que ele mais gostava de fazer.

Juliano e Cleber atribuíam a internação ao uso de drogas. Juliano, 17 anos e em internação involuntária, contou que foi levado por seus pais à emergência e, depois, ao hospital psiquiátrico com o argumento de que faria um exame:

“Foi as interações com drogas. Me deram injeção, me levaram para o pronto-socorro. Aí minha mãe falou assim, que ia ter que fazer um exame em São Paulo. Daí eu vim. Mas eu não vinha sabendo que ia ficar. Daí vim aqui, acabei ficando” (Juliano).

Seus pais se ressentiam da situação de internação. Já, Cléber, 15 anos, além de relacionar sua internação ao uso de drogas, afirmava que ela foi solicitada ao sistema de Justiça por sua avó e sua mãe, com quem morava, e por profissionais de serviço que o acompanhavam, sendo sua internação do tipo involuntária para a instituição:

“Eu estou aqui porque fumei maconha. Porque o juiz liberou eu para ficar aqui. Porque eu estava vendendo as coisas, aí pegava o dinheiro e comprava cerol (...). A minha mãe e minha avó foi lá no juiz e pediu para encaminhar eu (...). E a assistente social da Apae, que faz acompanhamento comigo, ela que mandou internar eu” (Cléber).

Danilo, 14 anos, que de fato estava em internação involuntária-judicial, entendia que o mandado judicial era o motivo de sua internação, relatando que o fundamento desta foi uma briga com seus pais, com quem tinha uma relação difícil:

“Eu tinha brigado com meus pais, tinha batido na minha mãe. Estão tendo muitas coisas ruins lá em casa, na minha escola, que me levaram a fazer isso (...). Naquele dia, vários amigos que eu tinha antes ficaram me xingando, ficaram me ofendendo, ficaram batendo em mim (...). Tinha um simulado que eu tinha que fazer que era super mega blaster difícil. Aí minha mãe [ficou] o dia inteiro pedindo para eu fazer um milhão de coisas para ela. Não sei, parece que ela queria me prejudicar, o único dia que eu podia estudar (...). Juiz desgraçado. Me internou aqui, deixou aqui já faz 50 dias (...). É claro que o motivo [bater] está errado, alguma coisa está errada, mas eu tive vários motivos para fazer isso também” (Danilo).

Sua mãe solicitava semanalmente à instituição que o mantivesse lá.

O mandado judicial para internação também foi mencionado por Leandro, 15 anos, e em internação involuntária-judicial. No entanto, ele afirmava que pediu por isso:

“Eu pedi. Eu fui ameaçado de morte. [silêncio] Eu que quis vir para cá. [Pedi] diretamente para o juiz. Foi demorado de conversar com ele. Eu fui, falei para o promotor um milhão de vezes (...). Daí, depois, consegui falar com o juiz. Eu entrei na sala, ele começou a conversar comigo. Daí ele falou assim – ‘você tem certeza que você quer ir para lá mesmo?’ – e eu falei: ‘tenho’. Mas eu errei em falar que tenho. Porque eu nem devia estar aqui, foi bobagem minha eu vir para cá” (Leandro).

Na sequência, falou da preocupação que vivia, que o levou a pedir pela internação:

“Mataram eu, isso que acontece, de matarem eu. O rapaz, no dia que ele bateu em mim, ele deu um passo segurando assim, e daí ele falou – ‘na próxima eu vou acabar com a sua vida’ – ele falou bem assim para mim” (Leandro).

Leandro já havia sido internado outras três vezes nesse mesmo hospital psiquiátrico. Ele morava com sua avó, com quem não tinha laços afetivos, e fazia pequenos trabalhos para ter renda para comprar “cigarros” e “algum pão na padaria”, afirmando: “o que aparecer, eu faço”. Quando caminhava pela instituição, cumprimentava as pessoas que estavam em internações de longuíssima permanência. Dizia que fazia isso porque acreditava que um dia moraria lá, então era “melhor já conhecer todos” (diário de campo). Em nenhum momento fazia qualquer referência a viver um problema de saúde mental, sendo os motivos de sua internação, para ele, completamente alheios a isso. Certa vez, um profissional que trabalhava na cidade de Leandro esteve na instituição para acompanhar a internação de uma criança. Quando soube que Leandro estava lá, disse à equipe do hospital psiquiátrico: “a cidade reza todo dia para ele não voltar” (diário de campo).

Como a investigação sobre os motivos de internação era a razão da presença da pesquisadora no hospital psiquiátrico, este se tornou um assunto comentado, sendo os relatos registrados em diário de campo. Entre as colocações feitas por crianças e adolescentes, foram elencados como motivos de internação: uso de medicação, uso de drogas e discussões e brigas com familiares e na escola. Vale narrar uma história observada: a de Mario e Thales.

Mário, 10 anos, morava em uma Casa-Abrigo e estava internado por mandado judicial para o hospital psiquiátrico; do seu ponto de vista, isso aconteceu porque havia brigado com sua professora de matemática após ela pedir que ele fizesse uma conta na lousa – e ele não sabia fazer. Em um dia de visita, um profissional desta instituição foi ao hospital psiquiátrico e levou seu irmão, Thales, 12 anos, para visitá-lo. Segundo relato da equipe da instituição, “o profissional da Casa-Abrigo deu a entender, no grupo de família, que queria que Thales ficasse na instituição também. Solicitou diazepam para Thales para que ele ficasse mais calmo” (diário de campo). A equipe recusou. Porém, passados oito dias da alta de Mário, Thales foi internado após solicitação da Casa-Abrigo ao sistema de justiça; em sua Ficha de Anamnese, no item “antecedentes familiares”, constava: “tem um irmão com doença mental”, em referência a Mario, de apenas 10 anos, e sua primeira internação psiquiátrica.

Por fim, enquanto justificativa para internação, destaca-se o comentário de um psiquiatra:

“Na sala da equipe, conversei com um médico psiquiatra sobre a pesquisa. Após ele perguntar quais eram as informações que eu estava procurando [os motivos de internação], ele afirma: ‘se tem agressividade, é só colocar F.29 que interna’, dizendo como se efetiva uma internação” (diário de campo).

Discussão

Curto-circuito e o aval da ciência

A análise dos documentos revela os motivos e as justificativas de internação pela instituição. Como apontando anteriormente, no item “queixa principal e duração”, as queixas que levavam à procura pela internação psiquiátrica se referiam a comportamentos categorizados como “agressividade”. No item “história atual da doença”, a história mais frequentemente registrada era a de alguém para quem se atribuía agressividade. Quanto aos “principais sinais e sintomas clínicos”, estes aludiam à “agressividade”. Por fim, quanto ao item “condições que justificam a internação”, a expressão predominantemente era “risco para si e para outros”.

Ora, quando a assim chamada “agressividade”, sugerindo periculosidade, é registrada como demanda de internação, história da doença, sintoma de uma doença e justificativa para internação – ou seja, um único e mesmo predicado é reafirmado em distintos itens de anamnese que, em tese, são elementos distintos de avaliação – o que se observa na prática é um curto-circuito em ação, constringendo a vida da pessoa a um único aspecto expresso nas “condições que justificam a internação”: o, assim dito, “risco para si e para outros”.

Essa expressão, segundo Basaglia & Ongaro Basaglia¹³, é a racionalização do conceito de periculosidade social no terreno da psiquiatria e é atribuída às pessoas definidas como perigosas para a sociedade. A expressão revela a descontextualização e a simplificação das situações e contradições da vida, reduzindo a existência a um desvio das normas sociais de maneira tal que a pessoa passa a ser identificada como um desviante¹².

Para Basaglia & Ongaro Basaglia¹³ (p. 165), o desviante aparece como aquele que se mantém no limite ou fora das normas sociais, sendo estas definidas por uma classe dominante a partir de um conjunto de valores relativos “*que ganham peso e significados absolutos no momento em que são infringidos*”. Na internação psiquiátrica, a transgressão dos valores é reforçada por meio da codificação de caráter científico: para o desviante “*procuram-se e recolhem-se – sob a cobertura da documentação clínico-social – os elementos negativos e os aspectos deteriorantes da personalidade, a fim de estigmatizar um comportamento*”¹³ (p. 165); a ultrapassagem dos limites de certas normas sociais determina quais são os comportamentos desviantes e quem é representante de periculosidade.

Justamente, observou-se que, na anamnese, são registrados aspectos estigmatizantes sobre a pessoa na relação com o corpo social, fundamentando a internação; do que segue como conclusão as condições que a justificam, um “risco para si e para outros” – achado esse similar aos de Barker et al.⁷ e Joyce et al.⁸. Note-se que, a sua maneira, as crianças e os adolescentes compreendiam essas questões, atribuindo como motivo de internação situações entendidas como desviantes, que iam de brigar, cometer infrações e usar drogas, até desrespeitar alguém, não obedecer aos pais, ir ao baile funk e fazer “rolês”.

Na contramão dessa prática, na atenção em saúde mental se espera a escuta da multiplicidade de aspectos de uma situação – como contexto, história, rede de relações, território em que se vive, o que é oferecido como possibilidade de vida, entre outros – para entender o sentido de como a pessoa se expressa nas relações^{4,5}. Então compreender as situações relacionadas à internação, incluindo as que podem ser entendidas como agressividade, requer refletir, por exemplo, sobre a difícil relação de Danilo com sua mãe; o território e as condições de vida de Leandro; o contexto dos furtos de Francisco; a história das relações de Dênis; e os cotidianos de vida de Antônio, Juliano, Cléber, Rafael e tantas outras crianças e adolescentes. Porém situações diversas e mesmo de agressividade, que obviamente envolvem ao menos dois sujeitos em relação em um dado contexto, são atribuídas como desvio a uma pessoa.

Na perspectiva da desinstitucionalização, entende-se que a mera afirmação de agressividade, em seu par com a periculosidade, é uma explicação simplificada da multiplicidade da vida de uma pessoa, em uma profunda redução da complexidade do viver, das relações e dos contextos. É, assim, uma categoria objetificante, codificada em doença pela psiquiatria. Justamente, Basaglia & Gianichedda¹⁴ (p. 302) argumentam que este conceito, o de periculosidade, constitui “*a grande ‘categoria diagnóstica’ a partir da qual se recortam e se diferenciam subsequentemente as outras*”.

Precisamente, justificar a internação envolve mais um mecanismo: a atribuição de um diagnóstico psiquiátrico. Se, de maneira geral, qualquer diagnóstico psiquiátrico tem a força de garantir uma internação, neste estudo, um em particular parece sustentá-las – o F.29. Poderia ser lançada a hipótese de que a atribuição deste, que é abrangente, se daria no sentido de não fechar um diagnóstico. Contudo, se tivermos em vista a lógica da instituição e o enunciado de que *“se tem agressividade, é só colocar F.29 que interna”* (diário de campo), sua atribuição é, antes, uma garantia, com o aval da ciência, para legitimar a internação.

Assim, a internação em hospital psiquiátrico é realizada a partir de dois mecanismos articulados: um curto-circuito simplificador, com registros em prontuários que giram em si mesmos e possibilitam à instituição afirmar que a agressividade representa risco e é motivo de internação, somado à atribuição de um diagnóstico abrangente, que legitima a internação.

Circuito do controle

Em uma leitura transversal dos dados, percebe-se que há, nas diferentes situações de cada um dos sujeitos, uma mesma lógica operando: o cerceamento da vida em um circuito do controle.

O circuito do controle é definido como conjunto de dependências recíprocas de instituições em uma relação entre, principalmente, o sistema de saúde, a justiça e a assistência social, que *“produzem e reproduzem lógicas de normalização impositiva, sempre envolvendo algum nível de uso da força”*¹ (p. 3), com o objetivo de controlar os desvios das normas sociais; o principal equipamento que sustenta esse circuito é o hospital psiquiátrico. Segundo Basaglia & Gianichedda¹⁵ (p. 246), o circuito do controle se estabelece em uma prática social e intrainstitucional: mecanismos jurídicos, econômicos, culturais, ideológicos e administrativos criam condições para a demanda de internação, e a existência do hospital psiquiátrico produz *“uma série de círculos concêntricos de contágio, correspondentes a outros tantos aparatos institucionais”*, alimentando, no tecido social, a prática de segregação de desvios para a manutenção da ordem pública.

Para compreender como as situações de rompimento com a ordem pública passam a ser tuteladas pelas instituições psiquiátricas, é preciso entender como o próprio poder psiquiátrico se constituiu. Segundo Foucault¹⁶ (p. 320), médicos passaram a emitir suas opiniões sobre crimes buscando sinais de alguma doença, de modo a *“reivindicar para a doença mental o próprio crime”*, criando uma noção de doença mental com base no seguinte raciocínio: se alguém comete um crime sem razão de ser, o fato de cometer um crime seria o sintoma de uma doença, sendo a essência dessa mesma doença o próprio crime; nessa lógica, o crime pertenceria à doença mental. Afirma Foucault¹⁶ (p. 320): *“se trata não tanto de demonstrar que todo criminoso é um possível louco, mas de demonstrar – o que era muito mais grave, porém muito mais importante para o poder psiquiátrico – que todo louco é um possível criminoso”*; daí a psiquiatria passará a ocupar a função de proteger a sociedade do perigo que o outro representa.

Neste estudo, exemplos do circuito do controle operando são: as múltiplas internações na mesma instituição de oito sujeitos; as internações de Leandro e a afirmação de profissional de sua cidade de que lá ele não é bem-vindo; a internação de Mario e Thales envolvendo a assistência social, o sistema jurídico e o de saúde; e os encaminhamentos de Secretarias Municipais de Saúde e serviços de saúde à internação psiquiátrica, a partir de ordens judiciais como resposta à obrigação de ofertar atenção em saúde mental, quando a rede de atenção psicossocial poderia ser acionada no lugar. As crianças e os adolescentes, à maneira deles, percebiam isso ao afirmar que a decisão de suas internações estava atrelada a arranjos institucionais sobre os quais eles não exerciam nenhum poder.

Então, o circuito do controle opera custodiando os desviantes das normas sociais e, em acordo com o apontado por Scisleski et al.⁹, há certo perfil de crianças e adolescentes internados em hospital psiquiátrico, sendo uma característica a vulnerabilidade socioeconômica, o que também é concluído por Barker et al.⁷. Este estudo indica, ainda, que são crianças e adolescentes sem redes sociais fortes e que estão, majoritariamente, fora da instituição na qual deveriam estar – a escola –, enquanto são frequentes as relações com instituições da assistência social e da Justiça. Mas, em leitura diferente da de Blikstein¹¹, ainda que haja diferenças nos percursos institucionais na internação psiquiátrica por encaminhamento de serviços de saúde e por mandatos judiciais, este estudo sugere a existência de um mesmo e único circuito para internação, envolvendo distintas instituições em dependência mútua para custódia dos desviantes de normas sociais.

As internações em hospital psiquiátrico, então, não se dão apenas porque, por exemplo, determinado serviço de saúde ou da assistência social não dispõe dos recursos para sustentar a não internação ou porque não há diálogo entre a rede de serviços. Mas porque a vida desviante das normas sociais é capturada por um circuito de controle que tem como função custodiar desvios. Assim, o que aparenta ser uma falha no funcionamento de serviços e redes – situações em que se afirma “a rede não funciona” ou “há buracos na rede”, resultando em internações em hospitais psiquiátricos – é, justamente, a lógica do circuito do controle funcionando muito bem.

Frise-se: esse funcionamento do circuito do controle ocorre mesmo nos tempos de avanço da reforma psiquiátrica porque se refere ao próprio paradigma psiquiátrico – daí o circuito do controle ser entendido como uma chave de leitura para desinstitucionalização¹. Por isso, romper com essa lógica demanda superar o hospital psiquiátrico em si e, também, seu alicerce: o paradigma psiquiátrico, o que envolve questionar o objeto da psiquiatria e romper com os mecanismos interinstitucionais que delegam para esta instituição o controle de sujeitos sem poder contratual, rompendo com a cumplicidade entre as instituições e revelando a contradição fundamental entre a justificativa de internação e a prática concreta da custódia. Para Basaglia & Gianichedda¹⁵ (p. 257), o desmonte desse circuito ocorre quando uma crise nos aparatos de controle e sanção é estabelecida com “*a ruptura do complexo mecanismo de distribuição da clientela na sua dosagem equilibrada de sanção*”; ou seja, em cada momento em que se questiona e supera o paradigma psiquiátrico. Por isso, o desafio é enfrentar o paradoxo de, ao mesmo tempo, criar rupturas nas redes de dependência entre as instituições e, via confronto, criar diálogos entre elas, mantendo as contradições abertas e questionando o que as interconectam.

Ora, instaurar tal crise no sistema é parte do cotidiano da rede de serviços territoriais, abertos e substitutivos de saúde mental. Rompe-se com o circuito do controle quando em ações territoriais as normas sociais são alargadas e abre-se espaço para múltiplas formas de existência e de expressão; quando se insiste na inserção de uma criança no sistema escolar; quando o uso de drogas por um adolescente é abordado de forma complexa e intersetorial e são construídas respostas que abrem novos projetos de vida; quando, no percurso de (re)construção de cidadania, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) atua para que o usuário tenha, pela primeira vez, um documento de identidade, para citar alguns exemplos de práticas. Ou seja, os arranjos do circuito do controle se desfazem quando são construídas condições para o cuidado em liberdade e para o exercício de direitos. Nesse sentido, a superação do paradigma psiquiátrico precisa ser uma ação sustentada diariamente nos serviços de saúde mental, sendo, para isso fundamental que a desinstitucionalização se afirme como prática em uma postura antimanicomial.

Considerações finais

Considerando os achados da pesquisa, conclui-se que as internações de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico são justificadas pela atribuição de um perfil desviante de normas sociais e um diagnóstico médico, em um curto-circuito simplificador sustentado com aval da ciência. Entende-se que uma lógica geral opera nas internações psiquiátricas, a do circuito do controle.

Em certa medida, as normas sociais podem variar a depender do contexto social, político e econômico. Ainda assim, sabe-se de antemão que a população que será internada em hospital psiquiátrico ou em outras instituições asilares é aquela sem poder contratual e a quem é atribuído um ou mais desvios em relação à ordem social vigente. Então, além de fechar hospitais psiquiátricos, é preciso superar o paradigma psiquiátrico que fundamenta uma prática que – esta sim – se desvia do contexto de vida, das relações e da própria pessoa para objetificá-la em uma categoria diagnóstica.

Importante salientar que a atenção em saúde mental realizada pelos serviços abertos de base territorial e, de fato, substitutivos reconhece e afirma os direitos de crianças e adolescentes em práticas baseadas nas necessidades reais, na complexidade de vida e na construção da rede, produzindo cuidado em liberdade. Agora, se mesmo em tempos de expansão da reforma psiquiátrica situações de internação em hospitais psiquiátricos ocorriam, dadas as mudanças na política institucional de saúde mental, é preciso redobrada atenção para não incorrer na reprodução de práticas intrainstitucionais de tutela de desviantes de normas sociais.

Colaboradores

C. P. Braga trabalhou na concepção, no delineamento e na redação final do artigo e aprovou a versão a ser publicada. A. F. P. L. d'Oliveira trabalhou na revisão crítica e aprovou a versão a ser publicada.

Informações adicionais

ORCID: Claudia Pellegrini Braga (0000-0002-6061-7972); Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira (0000-0003-1456-4184).

Referencias

1. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
2. Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol Clin* 2015; 27:17-40.
3. Coordenação Geral de Saúde Mental, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Atenção psicossocial para crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para construir direitos. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
4. Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec Editora; 2010.
5. Rotelli F, De Leonardi O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "países avançados". In: Nicacio F, organizador. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec Editora; 2001. p. 17-60.
6. Lalayants M, Minseop K, Prince J. Psychiatric hospitalization among adolescents. *J Behav Health Serv Res* 2018; 45:292-9.
7. Barker MJ, Leyton F, Stojanova J, Briceño M, Dueñas LA, Arancibia M. Estudio transversal de las características y factores asociados a la evolución clínica de pacientes hospitalizados en una unidad de psiquiatría infanto-juvenil pública en Chile. *Medwave* 2020; 20:e7853.
8. Joyce VW, King CD, Nash CC, Lebois LAM, Ressler KJ, Buonopane RJ. Predicting psychiatric rehospitalization in adolescents. *Adm Policy Ment Health* 2019; 46:807-20.
9. Vicentin MCG, Gramkow G, Rosa MD. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de "novos" manicômios judiciários. *J Hum Growth Dev* 2010; 20:61-9.
10. Scisleski ACC, Maraschin C, Silva RN. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:342-52.
11. Blikstein F. Destino de crianças: estudo sobre internações de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico público [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2012.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec Editora; 2014.
13. Basaglia F, Ongaro Basaglia FO. A doença e seu duplo: propostas críticas sobre o problema do desvio. In: Basaglia F, organizador. Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2010. p. 161-86.
14. Basaglia F, Gianichedda M. Lei e psiquiatria. In: Basaglia F, organizador. Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2010. p. 299-324.
15. Basaglia F, Gianichedda M. O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. In: Basaglia F, organizador. Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2010. p. 237-58.
16. Foucault M. O poder psiquiátrico. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

Abstract

Important strides in psychiatric reform include the implementation of mental health services that replace the traditional psychiatric logic. However, admissions to psychiatric hospitals continue to occur, including children and adolescents. This study analyzed the reasons for admission to a psychiatric hospital from the institution's perspective and that of the hospitalized children and adolescents. This was a qualitative study with a hermeneutic-dialectic approach, based on a reading of the institutional documents, open interviews with eight adolescents, and participant observation. The results showed that the main alleged reason for admission reported by the psychiatric hospital was "aggressiveness", justified by the idea of "risk to self and others", while the children reported multiple reasons for their hospitalization, including drug use, minor scuffles, and misdemeanors. The analysis showed that the mechanism for admission to the psychiatric hospital involve, during anamnesis, defining an individual as deviating from social norms and, subsequently, assignment of a diagnosis to back the psychiatric institutionalization. It also showed that the backing and continuity of psychiatric hospitalizations occur in a circuit of control that is operated between different institutions for the deviants' custody. The study demonstrates that to avoid psychiatric hospitalizations, besides closing psychiatric hospitals, it is necessary to overcome the psychiatric paradigm, which in turn requires deinstitutionalization of practices and psychosocial care in open, community and substitutive mental health services.

Psychiatric Hospitals; Mental Health; Deinstitutionalization; Child; Adolescent

Resumen

Los avances de la reforma psiquiátrica incluyen la implantación de servicios de salud mental substitutivos a la lógica de los asilos, no obstante, los internamientos en hospitales psiquiátricos, incluidos los de niños y adolescentes, continúan ocurriendo. Este estudio buscó comprender los motivos de internamiento en un hospital psiquiátrico, a partir de la perspectiva de la institución, y de los niños y adolescentes internados. Se trata de una investigación cualitativa, de abordaje hermenéutico-dialéctico, habiéndose realizado la lectura de documentos institucionales, entrevistas abiertas con ocho adolescentes y observación participante. Los resultados indicaron que el motivo principal alegado por el hospital psiquiátrico para el internamiento fue denominado "agresividad", justificada por el "riesgo para sí mismos y para otros", mientras que para los niños y adolescentes los motivos de internamiento eran múltiples, incluyendo el uso de drogas, pequeñas peleas e infracciones. El análisis indicó que los mecanismos para el internamiento por el hospital psiquiátrico implican, durante la anamnesis, una lectura sobre lo que lo define como una conducta desviada respecto a normas sociales, y la posterior atribución de un diagnóstico, avalando el internamiento psiquiátrico. También indicó que el mantenimiento y continuidad de los internamientos psiquiátricos se producen en un circuito del control operado entre diferentes instituciones para la tutela de los que desvían de las normas sociales. Este estudio evidencia que, para evitar internamientos en hospitales psiquiátricos, además del cierre de los hospitales psiquiátricos, es necesaria la superación del paradigma psiquiátrico, siendo para eso necesarias prácticas de desinstitucionalización y desde la perspectiva de la atención psicosocial contar con servicios de salud mental abiertos, territoriales y substitutivos.

Hospitales Psiquiátricos; Salud Mental; Desinstitucionalización; Niño; Adolescente

Recebido em 08/Jul/2021
Versão final reapresentada em 01/Dez/2021
Aprovado em 08/Mar/2022