

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MARINA MARIA BELTRAME

ENTRE OS MUROS DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
Histórias sobre a infância e a adolescência

Maringá

2020

MARINA MARIA BELTRAME

ENTRE OS MUROS DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Histórias sobre a infância e a adolescência

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Boarini

Maringá

2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

B453e	<p>Beltrame, Marina Maria</p> <p>Entre os muros do hospital psiquiátrico : histórias sobre a infância e a adolescência / Marina Maria Beltrame. -- Maringá, PR, 2020. 218 f.: il. color., figs., tabs., maps.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Boarini. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2020.</p> <p>1. Crianças - Hospital psiquiátrico - Maringá (PR). 2. Adolescentes - Hospital psiquiátrico - Maringá (PR). 3. Reforma psiquiátrica. 4. Saúde mental infantojuvenil. I. Boarini, Maria Lúcia, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.</p> <p>CDD 23.ed. 155.4</p>
-------	---

MARINA MARIA BELTRAME

Entre os muros do hospital psiquiátrico. Histórias sobre a infância e a adolescência.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

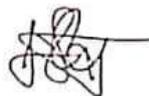
COMISSÃO JULGADORA



Profa. Dra. Maria Lucia Boarini
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



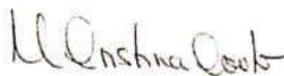
Profa. Dra. Sylvia Mara Pires de Freitas
PPI/Universidade Estadual de Maringá



Prof. Dr. Alexandre Villibor Flory
PLE/Universidade Estadual de Maringá



Profa. Dra. Elisa Zaneratto Rosa
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC



Profa. Dra. Maria Cristina Ventura Couto
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Aprovada em: 08 de maio de 2020.
Defesa realizada por vídeo conferência.

Às crianças e adolescentes que
vivem como “gente grande”.

AGRADECIMENTOS

Por mais solitária que pareça a construção de uma tese, relembrar o caminho percorrido faz-nos enxergar, assim como Drummond, que, na verdade, a construímos “de mãos dadas” com muitas pessoas.

De mãos dadas com Maria Lúcia Boarini. Seus questionamentos inesgotáveis sobre o mundo nos provocam a buscar por respostas e a fazer ainda mais perguntas. Entre uma conversa e outra, uma supervisão e outra, fomos tomando gosto pela arte de pesquisar. Obrigada por todas as perguntas, cobranças e desafios lançados durante as orientações. Obrigada pelo carinho dispensado em todos os nossos encontros, dentro e fora da academia.

De mãos dadas com os professores Alexandre Flory, Elisa Zaneratto Rosa, Maria Cristina Ventura Couto e Sylvia Mara Pires de Freitas. Agradeço pela atenção, disponibilidade e pelas valiosas contribuições que, certamente, foram fundamentais para o aprimoramento deste trabalho.

De mãos dadas com a Secretaria de Saúde do município de Maringá-PR, com a Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana-PR e com os funcionários do Hospital Psiquiátrico de Maringá, que nos possibilitaram acessar e revisar os dados.

De mãos dadas com o Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Higienismo e o Eugenismo – GEPHE, por ser um espaço de trocas. Trocas de saberes, trocas afetivas e tantas outras. Em particular, meus agradecimentos à Ednéia Zaniani, cuja dedicação às temáticas sobre a infância é inspiradora, e à Roselania Francisconi Borges, pelo comprometimento com as atividades desenvolvidas no grupo e pela generosidade demonstrada sempre que solicitamos sua ajuda.

De mãos dadas com Carina Furlaneto Frazatto. Obrigada pelo interesse demonstrado e pelo auxílio ofertado ao longo da elaboração deste trabalho. Obrigada pela amizade e companheirismo em todas as ocasiões: estudos, cafés, viagens...

De mãos dadas com Archimedes, Bruna, Eliane Cherrite, Giovanna Maroneze, Luiz Paulo, Jackeline Aristides, Márcia e Vilmer, amigos que fiz no CAPSi, com os quais, entre erros e acertos, aprendemos a lutar por uma assistência que privilegiasse o cuidado em liberdade a crianças e adolescentes com sofrimento ou transtorno mental.

De mãos dadas com a minha família. Ao meu pai, agradeço por nos ter criado em meio a uma biblioteca, montada em nossa própria casa. Poderíamos ter sido leitores mais dedicados, mas esta tese mostra que seu esforço não foi totalmente em vão. À minha mãe, agradeço pelo incentivo, pela preocupação e por tentar nos mostrar que ter disciplina, em alguns momentos, é necessário. Aos meus irmãos – Pepê, Guida, Leka e Mayra –, pela presença nos bons e maus momentos. Sei que estão sempre torcendo por mim. À minha prima e amiga Ana Lara, pelas consultorias em Língua Portuguesa e pela companhia nos jogos do Palmeiras.

De mãos dadas com todos aqueles que, mesmo sem saber, tornaram mais leve o difícil, mas prazeroso percurso de construção desta tese.

De mãos dadas, seguimos juntos.



Figura 1. Exercícios de ginástica na seção infantil de Bicêtre, 1889.
Fonte: Le Bras (2018, p. 19).

Franco Basaglia definiu o manicômio como um lugar de segregação dos homens e das mulheres improdutivos. Com as crianças que foram internadas a seleção foi preventiva (Gaino, 2017, p. 64).

Beltrame, M. M. (2020). *Entre os muros do hospital psiquiátrico. Histórias sobre a infância e a adolescência*. (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR.

RESUMO

O desenvolvimento deste estudo foi inspirado pela realidade e pela ficção. Ao longo da nossa trajetória profissional, foi possível conhecer histórias reais de crianças e adolescentes que viveram, parte de suas vidas, em hospitais psiquiátricos. Ademais, no estado do Paraná, constatamos a criação de leitos para crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos, medida que não se coaduna com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira. Este cenário suscitou alguns questionamentos, dentre eles: O que tem levado crianças e adolescentes a serem internados? Os problemas que os levam à internação estão sendo minimizados por meio desta intervenção? Que fatores têm contribuído para a sobrevivência do hospital psiquiátrico? A literatura infantojuvenil, por sua vez, mostra-nos a existência de diversas e contraditórias concepções de infância/adolescência, sinalizando que, no mundo real, elas também existem. Contudo, não encontramos, salvo equívoco de nossa pesquisa, nenhuma obra cujo enredo fosse o isolamento de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos, revelando a invisibilidade social de tal população. Tais questões nos instigaram a produzir esta tese, na qual objetivamos refletir sobre as internações de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos na vigência de uma Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Para tanto, desenvolvemos uma pesquisa documental, cuja fonte principal de dados foram os registros das altas de crianças e adolescentes ocorridas entre 2012 e 2017 no Hospital Psiquiátrico de Maringá-PR. Recuperamos também, via exame de um prontuário, obtido junto a um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), a trajetória de um adolescente que foi internado e reinternado na instituição estudada. Com base nas informações coletadas, caracterizamos as internações ocorridas nessa instituição e as discutimos à luz da legislação, de publicações do Ministério da Saúde, além de outros estudos sobre o tema. Os resultados revelaram que uma parte expressiva das crianças e adolescentes é internada de forma recorrente; a maioria dos usuários está internada devido ao uso de substâncias psicoativas e/ou a questões de ordem comportamental; muitos são internados longe de seu município de origem, ou seja, longe de sua família e comunidade; não há interlocução do hospital psiquiátrico com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) após a alta; existem limitações no cuidado ofertado pela RAPS a esta população; e, em muitos casos, há o intercâmbio dessas crianças e adolescentes entre diferentes instituições. Mostram ainda a existência de uma infância/adolescência medicalizada e silenciada entre os muros do hospital psiquiátrico, cujas circunstâncias nos remetem às infâncias/adolescências recriadas em *Capitães da Areia* e *O Meu Pé de Laranja Lima*, nas quais os protagonistas se tornam “gente grande” precocemente. Apesar do tempo transcorrido e dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica, o modelo hospitalocêntrico mantém-se hegemônico para uma parcela da população infantojuvenil, em especial para a infância/adolescência que os higienistas do início do século XX concebiam como “não higienizada” ou “disgênica” (resultante da mestiçagem com “raças inferiores”), a mesma que consideramos, hoje, socialmente indesejável e perigosa. Delineamos, assim, nossa tese, na qual sustentamos que os hospitais psiquiátricos não tratam crianças e adolescentes, mas, sob a égide da proteção, continuam funcionando como um mecanismo de violência e, muitas vezes, de exclusão direcionada a esta população. Embora partilhemos da concepção de que ações pontuais não transformam as estruturas sociais, podemos oferecer resistência ao estabelecido, apontar os desafios não superados no âmbito da assistência à infância e à adolescência e, no que tange à saúde mental, defender a consolidação de uma assistência que torne real a

possibilidade de crianças e adolescentes, com sofrimento ou transtorno mental, serem cuidados em liberdade. Sob este prisma, ponderamos que nossa pesquisa poderá contribuir para avaliar a assistência, no campo da saúde mental, à população infantojuvenil e desvelar alguns desafios, os quais perpassam o processo de consolidação do modelo de atenção proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira na atualidade. Se, no início da construção desta tese, questionamos a inexistência de uma história fictícia sobre crianças e adolescentes internados em hospitais psiquiátricos, propondo-nos a pesquisar esta temática para torná-los visíveis, refletimos, no fim do nosso percurso, que, se vivêssemos em uma sociedade na qual, ao invés de hospitais psiquiátricos, tivéssemos mais praças, áreas de lazer, espaços culturais, escolas, serviços de saúde comunitários e lugares de convivência acessíveis a todos, esta história não precisaria ser contada.

Palavras-chave: Infância e adolescência. Reforma Psiquiátrica. Hospital psiquiátrico. Saúde mental infantojuvenil. Literatura.

Beltrame, M. M. (2020). *Between the walls of psychiatric hospitals. Stories about childhood and youth*. (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR.

ABSTRACT

The development of this study was inspired by reality and fiction. Throughout our professional journey, we came to know real stories of children and adolescents who had lived, part of their lives, in psychiatric hospitals. Furthermore, in the state of Paraná, we observed the setting of new beds for children and adolescents in psychiatric hospitals, a measure that does not comply with the guidelines of the Brazilian Psychiatric Reform. This scenario has raised a few questions, among them: what has led children and adolescents to be hospitalized? Are the problems that lead them to hospitalization being minimized through this intervention? What factors have contributed to the survival of psychiatric hospitals? Children's and youth literature, on the other hand, shows us the existence of different and contradictory conceptions of childhood / adolescence, by pointing out that, in the real world, they also exist. However, should our research not be mistaken, we have not discovered any work of which plot was the isolation of children and adolescents in psychiatric hospitals, revealing the social invisibility of this population. Such questions prompted us to write this thesis, in which we wish to reflect on the hospitalization of children and adolescents, in psychiatric hospitals, under the National Policy on Mental Health, Alcohol and Other Drugs. To this end, we developed a documentary research, which main source of data was the children's and teenagers discharge records that occurred between 2012 and 2017, at the Hospital Psiquiátrico de Maringá-PR. We also recovered, through an examination of a medical record obtained from a Child and Adolescent Psychosocial Care Center (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - CAPSi), the journey of an adolescent who was hospitalized and readmitted to the mentioned institution. Based on the collected information, we characterized the hospitalizations that occurred in this institution and discussed them in the light of legislation, publications by the Ministry of Health, in addition to other studies on the subject. The results revealed that a significant part of children and adolescents is hospitalized on a recurring basis; most of them are hospitalized due to the use of psychoactive substances and / or behavioral issues; many are hospitalized away from their home towns, that is, away from their family and community; there is no interlocutor between the psychiatric hospital and the Psychosocial Care Network (Rede de Atenção Psicossocial - RAPS) after discharges; there are limitations to the care being offered by the RAPS to this population; and, in many cases, there is an exchange of these children and adolescents between different institutions. They also show us the existence of a medicalized and silenced childhood / adolescence within the walls of a psychiatric hospital, circumstances that remind us of the childhoods / adolescences recreated in *Capitães da Areia* and *O Meu Pé de Laranja Lima*, in which the protagonists become "grownups" very early. Despite the time that has elapsed and the advances achieved by the psychiatric reform, the hospital-centered model remains hegemonic for a portion of the children and youth population, especially for childhood / adolescence that hygienists in the beginning of the 20th century conceived as "not sanitized" or "dysgenic" (resulting from miscegenation with "inferior races"), which is something that we consider, today, socially undesirable and dangerous. Thus, we outline our thesis, in which we sustain that psychiatric hospitals do not treat children and adolescents, but, *under the umbrella of protection*, they continue to function as a mechanism of violence and, often, of exclusion directed at this population. Although we share the conception that specific actions do not transform social structures, we can present resistance to what is established, point out the challenges that have not been overcome in the scope of child and adolescent assistance and, in regard to mental health, defend the consolidation of assistance that makes it possible for

children and adolescents, with suffering or mental disorder, to be cared for in freedom. Thus, we consider that our research may contribute to evaluate the assistance, in the field of mental health, to the children and adolescents population and unveil some challenges, which permeate the process of consolidation of the care model proposed by the Brazilian Psychiatric Reform today. If, at the beginning of the construction of this thesis, we questioned the absence of a fictitious story about children and adolescents hospitalized in psychiatric hospitals, proposing to research this theme to make them visible, we figure, at the end of our journey, that, if we lived in a society in which, instead of psychiatric hospitals, we had more squares, leisure areas, cultural spaces, schools, community health services and places of living that were accessible to everyone, this story would not need to be told.

Keywords: Childhood and youth. Psychiatric Reform. Psychiatric hospitals. Child and youth mental health. Literature.

Beltrame, M. M. (2020). *Entre les murs de l'hôpital psychiatrique. Histoires sur l'enfance et l'adolescence*. (Thèse). Université d'État de Maringá. Maringá, PR.

RÉSUMÉ

L'élaboration de cette étude a été inspiré par la réalité et la fiction. Tout au long de notre carrière professionnelle, nous avons connu des histoires réelles d'enfants et d'adolescents qui ont vécu une partie de leur vie dans des hôpitaux psychiatriques. En outre, dans L'État du Paraná, nous pouvons observer la création de lits psychiatriques pour enfants et adolescents dans les hôpitaux, une mesure qui ne respecte pas les directives de la réforme psychiatrique brésilienne. Ce scénario a soulevé quelques questions, parmi lesquelles: qu'est-ce qui mène des enfants et des adolescents à l'institutionnalisation en psychiatrie? Les problèmes qui les y conduisent sont-ils minimisés par cette intervention? Quels sont les facteurs contribuant à la survie de l'hôpital psychiatrique? De son côté, la littérature jeunesse révèle les conceptions diverses et contradictoires de l'enfance et de l'adolescence qui existent dans le monde réel. Cependant, sauf erreur de notre part, nous n'avons trouvé aucune œuvre littéraire dont l'intrigue fusse l'enfermement d'enfants et d'adolescents dans les hôpitaux psychiatriques, ce qui laisse voir l'invisibilité sociale de cette population. Ces questions nous ont incité, dans la production de notre thèse, à réfléchir sur l'enfermement d'enfants et d'adolescents dans les hôpitaux psychiatriques dans le cadre de la Politique Nationale de Santé Mentale, d'alcool et d'autres drogues. Pour ce faire, nous avons conduit une recherche documentaire, dont la principale source de données fut les dossiers des enfants et adolescents sortis de l'Hôpital psychiatrique de Maringá, État du Paraná, entre 2012 et 2017. Nous avons également retracé le parcours d'un adolescent qui a été admis plus d'une fois dans cet établissement, grâce à l'examen d'un dossier obtenu dans un Centre de soins psychosociaux pour enfants (CAPSi, en portugais). Sur la base des informations recueillies, nous avons caractérisé les admissions à l'Hôpital psychiatrique de Maringá et en avons discuté à la lumière de la législation, des publications du Ministère de la santé et d'autres études sur le sujet. Les résultats ont montré qu'une partie importante des enfants et adolescents est hospitalisée à plusieurs reprises; la majorité est admise à l'hôpital en raison de l'usage de substances psychoactives, ou de problèmes de comportement; beaucoup d'entre eux sont hospitalisés loin de leur ville d'origine, c'est-à-dire loin de leur famille et de leur communauté; il n'y a pas de dialogue entre l'Hôpital psychiatrique et le Réseau de soins psychosociaux (RAPS, en portugais) après la date de sortie; les soins qui leur sont fournis par les RAPS sont limités; et il n'est pas rare que ces enfants et adolescents passent par différentes institutions. Les résultats nous montrent également l'existence d'une enfance et d'une adolescence médicalisées et silencieuses entre les murs de l'hôpital psychiatrique, dont les circonstances nous renvoient à l'enfance et à l'adolescence recréées dans les œuvres littéraires « Capitães da Areia » (Capitaines des sables) et « O Meu Pé de Laranja Lima » (Mon bel oranger) dont les protagonistes deviennent “des grandes personnes” prématurément. Malgré le temps passé et les progrès réalisés par la réforme psychiatrique, le modèle hospitalo-centrique reste hégémonique pour une partie de la population la plus jeune, en particulier pour l'enfance et l'adolescence que les hygiénistes du début du 20e siècle concevaient comme « insalubre » ou « dysgénique » (résultant du métissage avec des « races inférieures »), celle-là même que nous considérons aujourd'hui socialement indésirable et dangereuse. Ayant suivi cette démarche, nous soutenons dans notre thèse que les hôpitaux psychiatriques ne soignent pas les enfants et les adolescents, mais au contraire, sous le prétexte de la protection, continuent de fonctionner comme un mécanisme de violence et souvent d'exclusion envers cette population. Tout en partageant la conception selon laquelle des actions ponctuelles ne pourraient pas transformer les structures sociales, nous pensons toutefois qu'il est possible de résister à l'ordre établi, de

faire connaître les défis qui nous restent encore à relever dans le contexte de la prise en charge d'enfants et d'adolescents, ainsi que de recommander la consolidation d'un service de santé mentale qui permette aux enfants et adolescents atteints de souffrances ou de troubles mentaux d'être soignés en liberté. Nous pensons ainsi que notre recherche peut contribuer à l'évaluation des soins apportés aux jeunes dans le domaine de la santé mentale et à dévoiler quelques défis dans le cadre du processus de consolidation du modèle proposé par la réforme psychiatrique brésilienne aujourd'hui. Au début de la production de cette thèse, nous nous étions interrogés sur l'absence d'une histoire fictive sur enfants et adolescents enfermés dans des hôpitaux psychiatriques et nous avons proposé de faire des recherches sur le sujet afin de rendre visibles ces personnages. À la fin de notre démarche nous nous disons que, si nous vivions dans une société offrant plus de places publiques, d'aires de loisirs, d'installations culturelles, d'écoles, de services communautaires de santé et d'espaces de convivialité accessibles à tous, au lieu d'hôpitaux psychiatriques, cette histoire fictive que nous avons tant cherchée n'aurait pas de raison d'être racontée.

Mots-clés: Enfance et adolescence. Réforme psychiatrique. Hôpital psychiatrique. Santé mentale des jeunes. Littérature.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Exercícios de ginástica na seção infantil de Bicêtre, 1889.	
Figura 2 – Três crianças sentadas no quarto de um hospital psiquiátrico em Usberg, Alemanha, 1934-1936.	19
Figura 3 – Criança trancada em uma cesta, manicômio de Cuenca, Espanha, 1961.....	34
Figura 4 – Crianças sentam-se amarradas a um radiador dentro do hospital psiquiátrico de Deir el Qamar, Líbano, em 1982.	78
Figura 5 – Foto publicada na revista italiana L’Espresso em 26 de julho de 1970.....	104
Figura 6 – Seção Infantil de Bicêtre.	108
Figura 7 – Modelo da contrarreferência da internação na unidade de adolescentes no HPM – (registro da alta).....	119
Figura 8 – George Georgiou. (1999-2002). Crianças e adolescentes internados em hospitais da Sérvia e de Kosovo	123
Figura 9 – Distribuição do número de altas de crianças e adolescentes no HPM, entre os anos de 2012 e 2017.....	125
Figura 10 – Média do tempo de permanência (dias) das internações de crianças e adolescentes no HPM entre os anos de 2012 e 2017.....	125
Figura 11 – Uma internação e reinternações no HPM	128
Figura 12 – Número de usuários menores de 18 anos reinternados no HPM e a frequência das internações.	133
Figura 13 – Tempo médio de permanência nos casos de uma internação e nas reinternações de crianças e adolescentes no HPM entre 2012 e 2017.	139
Figura 14 – Faixa etária da população infantojuvenil internada no HPM na ocasião da alta.	141
Figura 15 – Distribuição dos adolescentes internados uma vez e reinternados, de acordo com o município de origem.	143
Figura 16 – Uma internação e reinternações no HPM por regiões do estado do Paraná.	148
Figura 17 – Município de origem das crianças e adolescentes internados uma vez no HPM	149
Figura 18 – Município de origem das crianças e adolescentes reinternados no HPM.....	149
Figura 19 – Internações de crianças e adolescentes no HPM provenientes do município de Maringá e sua distribuição por bairros.	151
Figura 20 – Acompanhante no momento da alta no HPM.....	167

Figura 21 – Adolescente amarrado no beiral da cama. Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco-AC, 2018..... 170

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número total de altas dos usuários menores de 18 anos registradas no HPM entre os anos de 2012 e 2017.....	124
Tabela 2 – Taxa de ocupação na unidade de adolescentes do HPM entre 2012 e 2017.....	126
Tabela 3 – Número de altas referentes aos casos de uma internação e reinternações no HPM distribuídas entre os anos de 2012 e 2017	129
Tabela 4 – Comparação do número de serviços e dispositivos de saúde mental no estado do Paraná em 2012 e 2016/2017.....	131
Tabela 5 – Número de crianças e adolescentes que foram internados três ou mais vezes no HPM por ano	134
Tabela 6 – Tempo entre as internações das crianças e adolescentes reinternados no HPM..	135
Tabela 7 – Tempo de permanência das crianças e adolescentes internados uma vez e reinternados no HPM.....	137
Tabela 8 – Tempo médio de permanência nos casos de uma internação e reinternações no HPM entre os anos de 2012 e 2017	139
Tabela 9 – Internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no HPM provenientes de Maringá e de outros municípios	153
Tabela 10 – Internações psiquiátricas dos usuários entre 10 e 19 anos residentes em Maringá no Hospital Municipal.	154
Tabela 11 – Internações de crianças e adolescentes no HPM entre 2012 e 2015 e entre 2016 e 2017, provenientes dos municípios de Curitiba, Guarapuava, Cascavel e Ponta Grossa.....	155
Tabela 12 – Número total de internações e número de internações judiciais entre 2016 e 2017, provenientes de Curitiba, Guarapuava, Cascavel, Londrina e ponta Grossa.....	156
Tabela 13 – Diagnósticos registrados nas altas das internações de crianças e adolescentes no HPM	158
Tabela 14 – Encaminhamento registrado nas altas das internações de crianças e adolescentes no HPM	163

SUMÁRIO

SOBRE A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA ENTRE MUROS	20
A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA ENTRE OS MUROS DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.....	21
PARTE I.....	33
1 REALIDADE E FICÇÃO: AS HISTÓRIAS CONTADAS PELA LITERATURA	35
2 ERA UMA VEZ A TERRA DO NUNCA... MAS ELA NÃO ERA IGUAL PARA TODOS	40
2.1 A TERRA DO ABANDONO	43
2.2 A TERRA DA LIBERDADE	50
2.3 A TERRA DA FANTASIA	52
2.4 A TERRA DO PROGRESSO.....	55
2.5 A TERRA DOS HOMENS.....	61
2.6 A TERRA DA PRECOCIDADE.....	67
2.7 A TERRA DA FELICIDADE	73
2.8 SER CRIANÇA NÃO SIGNIFICA TER INFÂNCIA	74
PARTE II	77
3 HOSPÍCIO: “INSTRUMENTO DE CURA” OU “PALÁCIO DOS SUPLÍCIOS”? ..	79
3.1 O ISOLAMENTO EXALTADO: O HOSPÍCIO E SEU PODER DE CURA.....	80
3.2 O ISOLAMENTO QUESTIONADO: O HOSPÍCIO CURA?.....	87
3.2.1 As condições de vida nos hospícios	89
3.2.2 A necessidade de serviços abertos.....	93
3.2.3 As reinternações	99
3.3 O HOSPÍCIO E AS INTERNAÇÕES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	101
3.3.1 A realidade de crianças e adolescentes no hospício.....	103
3.3.2 A população infantojuvenil internada nos hospícios brasileiros	112
4 CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA	117
4.1 OBJETIVO.....	117
4.2 TIPO DE PESQUISA E FONTE DE DADOS	117

4.3 PERCALÇOS DA PESQUISA DE CAMPO	117
4.4 PROCEDIMENTOS	119
4.4.1 Apresentação dos dados	121
5 A “TERRA DO SILÊNCIO”: DADOS DAS INTERNAÇÕES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO HPM	124
5.1 CARACTERÍSTICAS DAS ALTAS	124
5.1.1 Internações e reinternações	128
5.2 TEMPO DE PERMANÊNCIA	136
5.3 FAIXA ETÁRIA	140
5.4 MUNICÍPIO DE ORIGEM.....	142
5.4.1 As internações provenientes de Maringá-PR	150
5.4.2 As internações provenientes de Curitiba, Guarapuava, Cascavel, Londrina e Ponta Grossa	155
5.5 DIAGNÓSTICOS	158
5.6 ENCAMINHAMENTO PÓS-ALTA E ACOMPANHANTE NO MOMENTO DA ALTA.....	163
6 HISTÓRIAS QUE CONTINUAM ENTRE MUROS.....	171
REFERÊNCIAS	179
APÊNDICES.....	200
ANEXOS	212



Figura 2. Três crianças sentadas no quarto de um hospital psiquiátrico em Usberg, Alemanha, 1934-1936.

Fonte: Mental Asylums (n.d)

O Direito das Crianças

Toda criança do mundo
deve ser bem protegida
Contra os rigores do tempo
Contra os rigores da vida.

Criança tem que ter nome
Criança tem que ter lar
Ter saúde e não ter fome
Ter segurança e estudar.

Não é questão de querer nem questão de concordar
Os direitos das crianças todos tem de respeitar.

Direito de perguntar... ter alguém pra responder.
A criança tem direito de querer tudo saber.
A criança tem direito até de ser diferente.
E tem que ser bem aceita seja sadia ou doente.

Tem direito à atenção
Direito de não ter medos
Direito a livros e a pão
Direito de ter brinquedos.

(Ruth Rocha, 2002)

SOBRE A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA ENTRE MUROS

A literatura infantojuvenil está repleta de personagens e histórias que provocam no leitor diferentes emoções: encantamento, estranhamento, identificação, compaixão, inquietação. Muitas dessas histórias são inspiradas em personagens reais, os quais são capazes de nos comover, de nos instigar. Esta pesquisa foi motivada por alguns desses personagens, cujas histórias reais conhecemos durante nossa trajetória profissional. Lucas foi um deles. Na época em que o conhecemos, trabalhávamos em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de um município do interior do Paraná. Certo dia, aguardávamos alguns adolescentes para a realização de uma oficina. Lucas foi o primeiro a chegar e logo reparou em um cartaz que estava fixado na parede da sala. Estávamos no mês de maio e o tema do cartaz era a luta antimanicomial. Sempre curioso, Lucas leu em voz alta as palavras e frases contidas no cartaz e, a partir desse momento, passamos a lhe explicar o que era esse movimento. Em um determinado momento, ele interrompeu a conversa e, repentinamente, recitou alguns versos que expressavam sua visão a respeito do assunto que estávamos abordando. A reação de Lucas foi tão inesperada para nós que só conseguimos memorizar e registrar as primeiras frases ditas por ele: “O que adianta ficar num manicômio se ele não te cura? O que adianta ficar numa prisão se ela não te ajuda? A liberdade é justa! ”.

Assim como outros adolescentes usuários do serviço, Lucas já tinha, em sua história, passagens por hospitais psiquiátricos e, naquela ocasião, aos dezessete anos, encontrava-se acolhido em uma Casa Lar. Podemos inferir que os versos proferidos por Lucas representavam não só sua opinião sobre o movimento da luta antimanicomial, expressavam também, seus questionamentos a respeito das experiências que vivenciara, questionamentos sobre o cuidado que ele, como adolescente que sofria psiquicamente, recebia.

Alguns anos mais tarde, o trabalho como psicóloga no Tribunal de Justiça do Paraná, em uma comarca do interior do estado, levou-nos a conhecer Ana, na época com dezesseis anos. Ao entrevistá-la em um hospital psiquiátrico, suas primeiras palavras, após explicarmos as razões de nosso encontro, foram: “Me tira daqui, por favor”. Ana nos contou sua história. Esta era sua quarta internação psiquiátrica; a primeira ocorreu aos treze anos, devido, sobretudo, ao uso de drogas. Nesse momento, sua tristeza era maior porque, há oito meses, havia dado à luz ao pequeno Gabriel, mas fora separada dele quinze dias após o nascimento e proibida de vê-lo pela justiça. Ela e o filho estavam em instituições de acolhimento e a internação de Ana foi solicitada devido a fugas do local e sua exposição a situações de risco. Ela passou seis meses

internada, recebeu alta e foi reinternada um mês depois. Ao abordar esta questão, Ana ponderou com lágrimas nos olhos: “eles nem dão tempo para ver se a gente melhorou. Eu saí daqui e, na primeira coisa que eu fiz, porque eu fugi de novo, eles já mandaram me internar outra vez... queria ver se o juiz ia aguentar ficar aqui nesse lugar, longe do filho dele”.

As trajetórias de Lucas e Ana desvelam que a infância e a adolescência podem ser marcadas por várias formas de sofrimento, incluindo o sofrimento ou transtorno mental. Trata-se, portanto, de uma infância e adolescência diferente da ideal, cujas características são a alegria, a diversão e a irresponsabilidade. Assim como no mundo real, as ficções da literatura infantojuvenil nos mostram histórias diversas sobre a infância/adolescência, sinalizando a relação existente entre a ficção e a realidade, entre a arte e a sociedade.

A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA ENTRE OS MUROS DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta para a existência de acometimentos de ordem mental em crianças e adolescentes, apontando que, em todo o mundo, 20% das crianças e adolescentes apresentam alguma forma de sofrimento psíquico ou transtorno mental, sendo o suicídio a terceira principal causa de morte entre os adolescentes (World Health Organization [WHO], 2003). Ante tal constatação, direcionar cuidados a esta população é uma necessidade. Contudo, no Brasil e em vários outros países, é histórica a negligência para com a saúde mental de crianças e adolescentes (Organização Panamericana de Saúde [OPAS] & OMS, 2001; WHO, 2005; Couto & Delgado, 2015). Esta negligência não significa a inexistência de debates e propostas que visam implementar ou aprimorar a assistência direcionada ao público infantojuvenil, mas sim que as questões relativas à saúde mental se encontram diluídas entre os diversos problemas protagonizados por esta população.

Em diversos países, o período compreendido entre o final do século XIX e início do século XX foi marcado pela intensificação de mobilizações com vistas à proteção da infância, visto que eram vários os infortúnios aos quais crianças e adolescentes estavam expostos: pobreza, fome, doenças, delinquência, entre outros. O foco das propostas e ações assistenciais dirigiam-se à pobreza – a pobreza material e a pobreza moral – fato, este, evidenciado pelas discussões empreendidas em alguns congressos daquela época. No Congresso Internacional da Proteção da Infância, realizado em Paris em 1883, o alvo das preocupações das autoridades presentes no evento foram a “criança abandonada” e a “criança culpada”, ou seja, a criança órfã

ou criada por pais considerados “indignos, criminosos ou corruptos” (Congresso Internacional da Proteção da Infância, Tomo I, 1884, p. LXVII), e a criança autora de alguma forma de delito respectivamente. As medidas debatidas no referido Congresso, a fim de construir uma infância e uma adolescência sadias e formar o futuro trabalhador, pautavam-se na institucionalização. Propunha-se, por exemplo, a destituição do poder paternal, no caso das famílias consideradas indignas, e a colocação das crianças e adolescentes em colônias agrícolas, industriais ou marítimas, de acordo com a aptidão de cada um.

No Brasil, o cenário não foi diferente. Respalçadas, sobretudo, nos pressupostos médico-higiênicos e nos instrumentos de regulação da justiça, as propostas, visando solucionar as mazelas ligadas à infância, incluíam a prevenção, por meio da educação e orientações às famílias, além da “assistência de cunho predominantemente asilar, destinada às crianças abandonadas e delinquentes” (Rizzini, 2011, p. 114). A institucionalização era entendida como uma forma de educar e/ou corrigir a criança, sem que esta sofresse as influências do meio. Nas palavras de Couto e Delgado (2015, p. 26):

O princípio-base era o de que a separação de crianças em risco do seu meio familiar prejudicial poderia oferecer melhores condições para a formação moral, intelectual e física, garantindo sua capacidade produtiva e sua integração futura à sociedade como cidadãos bem formados.

Vale assinalar que, naquele período, a institucionalização de crianças e adolescentes ocorria de forma indiscriminada, ou seja, não era incomum a presença de crianças com alguma deficiência ou outros problemas de ordem psíquica nos locais destinados às crianças abandonadas, assim como não eram raros os casos de crianças órfãs ou pobres nos manicômios ou nas escolas correcionais. Em alguns casos, o isolamento de crianças e adolescentes considerados anormais era defendido como forma de evitar a procriação. Fernandes Figueira¹ (1863-1928), por exemplo, recomendava a internação permanente às crianças consideradas imbecis ou idiotas, uma vez que:

Perpetuamente internado não se reproduz, e embora a sua descendência possa extinguir-se na quarta geração – como foi verificado – poupamos a espécie essa odisseia da

¹ Formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1887. Foi introduzido ao serviço público por Oswaldo Cruz, sendo designado para dirigir a enfermaria de doenças infecciosas de crianças do Hospital São Sebastião. Idealizador e fundador da Sociedade Brasileira de Pediatria, estabelecida em 1910. Também foi o primeiro diretor do Pavilhão-Escola Bourneville. (Instituto Fernandes Figueira, n.d.).

degradação. *Eduquemos o deficiente e conservemo-lo à parte, e isso para a sua e para a nossa tranquilidade social* (Figueira, 1910, p. 322, grifo nosso).

Entre os séculos XIX e XX, no Brasil, podemos citar a criação de várias instituições, tais como o Seminário de Educandas da Glória e o Seminário de Educandos de Sant’Ana, criadas na cidade de São Paulo em 1825; o Asilo de Meninos Desvalidos, em 1874, na cidade do Rio de Janeiro; a Escola Correccional Quinze de Novembro e o Instituto Disciplinar, no Rio de Janeiro e São Paulo respectivamente, ambas inauguradas em 1903.

Ao abordar a assistência à infância e adolescência, no início da República brasileira, Couto e Delgado (2015, p. 25) ressaltam que aquelas problemáticas, não diretamente vinculadas às questões da pobreza, “constituíam temas periféricos nas agendas públicas”. Esta compreensão é corroborada por Zanélla (2014, p. 100) que, após examinar os anais do Congresso Internacional da Proteção da Infância (1883) e do Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, realizado no Rio de Janeiro em 1922, a autora concluiu, dentre outras coisas, que “as questões relativas à saúde mental não apareciam de maneira explícita”.

A despeito desta constatação, houve algumas iniciativas desenvolvidas na área da psiquiatria, tais como a criação de alas exclusivas para crianças nos hospícios. A primeira delas, denominada Pavilhão-Escola Bourneville, foi criada em 1903, no Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro, sob a direção de Fernandes Figueira. A origem desse pavilhão estaria relacionada a uma série de críticas que a instituição vinha recebendo ante a promiscuidade com que eram tratadas as crianças, visto que, até então, elas dividiam os mesmos espaços com os adultos (Silva, 2009). Em São Paulo, por iniciativa de Franco da Rocha, um compartimento específico para crianças – a Seção para Menores Anormais – foi inaugurado no Hospital Central de Juquery em 1922 (Baptista, 1938). Posteriormente, em 1947, na cidade de Oliveira (MG), foi criado o Hospital Colônia de Neuropsiquiatria Infantil, dirigido, inicialmente, por Antônio Bernardino Alves, cuja capacidade era para trezentos leitos (Dias, F. W. S. de., 2015).

Outras experiências existiam, contudo ocorreram em serviços ambulatoriais. São exemplos: a Clínica de Eufrenia, criada pela Liga Brasileira de Higiene Mental em 1932, dirigida por Mirandolino Caldas (Caldas, 1932) e as Clínicas de Orientação Infantil, instaladas em algumas escolas públicas do Rio de Janeiro, em 1934; em São Paulo, no ano de 1941, dirigidas por Arthur Ramos e Durval Marcondes respectivamente (Mendonça, 2006).

Devido à concepção de que a delinquência estava associada a alguma forma de anormalidade, em alguns casos, crianças eram encaminhadas pelo Juizado de Menores aos

pavilhões infantis, criados nos hospícios. Para ilustrar este fato, citamos a notícia veiculada no jornal *A Noite*, sobre a inauguração da primeira escola para crianças anormais, construída no Hospital do Juquery: “O edifício especialmente construído para esse fim é de dois pavimentos e sua lotação para cinquenta ou sessenta crianças, algumas das quais se encontram internadas naquele hospital e outras no juízo de menores” (Foi inaugurada, em S. Paulo..., 1929, p. 8). Outra reportagem, publicada na época, pelo *Correio da Manhã*, noticia os esforços do juiz de menores, Dr. Mello Mattos, junto ao governo, em fundar um instituto médico-pedagógico para o tratamento dos menores anormais de inteligência. O juiz justifica esta necessidade argumentando que “grande parte dos menores que comparecem à justiça como abandonados ou delinquentes, são atingidos de anomalias físico-psíquicas” (Para abrigo dos menores..., 1926, p. 2).

O aparato médico-jurídico embasou a experiência desenvolvida pelo Laboratório de Biologia Infantil, inaugurado em 1936 no Rio de Janeiro, na vigência do Código de Menores de 1927. Leonídio Ribeiro (1893-1976) foi o primeiro diretor deste estabelecimento, que funcionou como um serviço de triagem, no qual crianças e adolescentes recolhidos pelo Juizado de Menores do Rio de Janeiro eram “submetidos a acurados exames médicos e a precisas investigações sociais, para ulterior destino” (Lima, 1938, p. 37). Destino este que, não raro, era a internação. Esta lógica de intervenção perdurou nas décadas seguintes, permeando também o trabalho desenvolvido pela Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem), criada em 1964 (Cunha & Boarini, 2010).

A institucionalização de crianças e adolescentes tornou-se alvo de questionamentos no país a partir da década de 1980, período marcado por mobilizações sociais que reivindicavam mudanças tanto no âmbito da saúde quanto nas questões envolvendo a infância. Na saúde, temos como marco histórico a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) e a luta pela Reforma Psiquiátrica. Na área da infância, destacamos a promulgação da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), cujas diretrizes legitimam a doutrina da proteção integral, focando a criança e o adolescente como sujeitos de direito². Foi nesse contexto que o debate acerca da constituição das políticas públicas na área da saúde mental infantojuvenil se intensificou. Couto e Delgado (2015) localizam o desenvolvimento de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes no país apenas

² No Brasil, é a partir do ECA que se estabelece a diferenciação, em termos legais, entre criança e adolescente. De acordo com o ECA, criança é a pessoa que se encontra na faixa etária entre zero e doze anos incompletos e adolescente é aquele ou aquela que se encontra na faixa etária entre doze e dezoito anos (Lei 8.069, 1990).

no início do século XXI, especificamente a partir da III Conferência de Saúde Mental, realizada em 2001.

A defesa e o movimento visando à implementação de cuidados comunitários em saúde mental para a população infantojuvenil foi estimulada pela *Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança*, que entrou em vigor no ano de 1990 (WHO, 2005). Esta Convenção foi ratificada por 196 países e discorre sobre os direitos fundamentais de crianças e adolescentes, dentre eles a liberdade, a saúde, a educação, o lazer, a participação na comunidade e a proteção contra quaisquer formas de violência (Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, 1990). A partir destas duas convenções, é possível identificar, em alguns países, iniciativas de base comunitária com o objetivo de lidar com o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes. A Lituânia, por exemplo, desenvolveu um modelo de serviços que incluía programas de intervenção precoce em lactentes em risco; psiquiatria infantil; voluntários capacitados para o atendimento de crianças e adolescentes; equipes compostas por diversos profissionais para atuarem no nível comunitário e a utilização da abordagem psicossocial de atendimento (WHO, 2005).

Todavia a oferta desses cuidados varia de acordo com cada país (Remschmidt & Belfer, 2005). A título de ilustração, expomos a situação na Europa. De acordo com Coppens *et al.* (2015), em 2009, a maioria dos países europeus não tinha uma política de saúde mental voltada especificamente para o público infantojuvenil. Este panorama se modificou no decorrer dos anos e, atualmente, Signorini *et al.* (2017) pontuam que 70% dos países que integram a União Europeia possuem políticas nacionais oficiais que incluem estratégias de cuidado em saúde mental específicas para crianças e adolescentes. Entretanto a situação dos serviços de cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes, no que tange à quantidade, organização e distribuição, é heterogênea entre os países (Remschmidt & Belfer, 2005; Coppens *et al.*, 2015; Signorini *et al.*, 2017).

Na Europa, o foco do cuidado à saúde mental infantojuvenil são os atendimentos extra-hospitalares. Remschmidt e Belfer (2005) descrevem as seguintes modalidades de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes disponíveis na maioria dos países europeus: serviços ambulatoriais, serviços para o dia do paciente, serviços hospitalares e serviços complementares. Coppens *et al.* (2015) assinalam, que dentro de um mesmo país, a disponibilidade desses serviços varia de acordo com a região, ou seja, existem regiões nas quais os serviços são suficientes para atender à demanda e, em outras regiões, a demanda supera a oferta de serviços. Entre os países, este cenário não é diferente. O estudo de Signorini *et al.* (2017) destacou que o número de serviços públicos de saúde mental destinados à infância e à adolescência nos países

da União Europeia varia de apenas dois, em Malta e em Luxemburgo, para 939, no Reino Unido. Já o número de serviços públicos em relação à população alvo variou de 12,9 por 100.000 jovens na Finlândia a 0,5 por 100.000 jovens na Bulgária. Com relação à qualidade, a pesquisa de Coppens *et al.* (2015), que avaliou a organização dos serviços na área da saúde mental infantojuvenil em dez países, destacou positivamente a situação na Bélgica, Finlândia, França, Alemanha e Hungria.

Apesar dos avanços observados em alguns países europeus, existem limitações nesse campo, dentre as quais destacamos: a necessidade de avaliar o funcionamento dos serviços (Renschmidt & Belfer, 2005; Signorini *et al.*, 2017); a fragilidade na coordenação e conexão entre os diferentes serviços (Renschmidt & Belfer, 2005); a escassez de serviços interdisciplinares; barreiras no acesso aos serviços de saúde mental por grupos específicos de crianças e adolescentes, tais como refugiados, órfãos, desabrigados e indígenas; necessidade de melhorar a transição dos adolescentes para os serviços de saúde mental direcionados aos adultos (Signorini *et al.*, 2017); e, falta de serviços de saúde mental especializados para crianças com deficiência, autismo, crianças e adolescentes que fazem uso de álcool ou outras drogas, crianças e adolescentes acusadas de envolvimento em crimes ou delitos, entre outras (Coppens *et al.*, 2015; Signorini *et al.*, 2017).

Especificamente sobre os serviços hospitalares em psiquiatria, a despeito de alguns estudos indicarem a eficácia dos serviços de base comunitária, no tratamento de crianças e adolescentes com sofrimento ou transtorno mental, em comparação com aqueles realizados em contextos restritivos, a internação hospitalar ainda era uma realidade em muitos países no início do século XXI (WHO, 2005). A este respeito, o levantamento realizado pela OMS apontou que: dos 66 países pesquisados, apenas 18 dispunham de leitos psiquiátricos em hospitais pediátricos gerais; nos países de baixa renda, este tipo de leito era inexistente, enquanto 50 % dos países de alta renda identificaram a existência dessa modalidade de leito; e que 35 dos 66 países possuíam leitos especializados para crianças e adolescentes em algum tipo de ambiente considerado institucional (WHO, 2005).

Vale destacar que dados recentes referentes à utilização dos serviços hospitalares por crianças e jovens no Canadá indicam que os atendimentos de emergência na área de psiquiatria e as internações psiquiátricas para o público de 5 a 24 anos cresceram 50% e 42%, respectivamente, entre 2006-2007 e 2014-2015 (Canadian Institute for Health Information [CIHI], 2016). Nos Estados Unidos, algumas pesquisas também abordam esta questão. Blader (2011) identificou que as altas psiquiátricas para crianças aumentaram de 155, 54 por 100.000 crianças em 1996 para 283,04 por 100.000 em 2007. Entre os adolescentes, este índice era de

683,60 por 100.000 em 1996 e saltou para 969,03 por 100.000 em 2007. Esta pesquisa mostrou ainda que, no período averiguado, houve acréscimo no número de dias de internamento tanto para crianças como para adolescentes. Já o estudo de Bardach *et al.* (2014) apontou que as internações hospitalares para problemas de saúde mental entre os jovens aumentaram 24% entre 2007 e 2014 e as hospitalizações entre os jovens com distúrbios de humor teve uma elevação de 80% entre 1997 e 2010.

No Brasil, após a aprovação da Lei 10.216/2001, que redireciona o modelo de assistência em saúde mental, alguns avanços relativos aos cuidados às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e, em particular, ao público infantojuvenil podem ser constatados. Dados do Ministério da Saúde apontam a existência de 201 Centros de Atenção Psicossocial Infantil e Juvenil (CAPSi) até o ano de 2014, além da expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como um todo (Brasil, 2015). Porém, na contramão desses avanços, dados de 2011 mostram a existência de leitos credenciados pelo SUS para crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos de oito estados brasileiros: 1 leito no Ceará, 1 em Goiás, 15 no Rio de Janeiro, 16 na Paraíba, 20 no Rio Grande do Sul, 39 em Minas Gerais, 102 em São Paulo e 150 no Paraná (Brasil, 2011). Em alguns estados, o número tem aumentado. No Rio Grande do Sul, por exemplo, no ano de 2017, a prefeitura de Porto Alegre contratou 18 novos leitos psiquiátricos junto ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, ampliando o número de vagas de 7 para 25, sendo que, deste total, 15 foram destinadas a crianças e adolescentes (Hospital São Pedro..., 2017).

No Paraná, os leitos psiquiátricos para usuários menores de 18 anos alocados nos hospitais psiquiátricos são financiados com recursos do próprio Estado e foram habilitados após discussões empreendidas pela Comissão Intergestores Bipartite³ no ano de 2007 (Comissão Intergestores Bipartite do Paraná [CIB/PR], 2007a; CIB/PR, 2007b). Os argumentos utilizados por esta Comissão para defender a criação desses leitos foram: atender às demandas judiciais para o tratamento de adolescentes, suprir a falta de leitos no estado do Paraná destinada à população infantojuvenil e solucionar parte das reivindicações dos hospitais psiquiátricos que vinham se queixando da diminuição dos repasses pelo Ministério da Saúde e ameaçavam desativar leitos (CIB/PR, 2007a, CIB/PR, 2007b). Desde a habilitação dos primeiros leitos dessa modalidade no Estado, os números vêm aumentando. Como já assinalamos, em 2011 eram 150 leitos; em de 2014, existiam 162 leitos distribuídos em oito hospitais psiquiátricos,

³ A Comissão Intergestores Bipartite “caracteriza-se como uma instância de negociação e deliberação quanto aos aspectos operacionais do SUS no âmbito do Estado, sendo constituída paritariamente por representantes dos gestores municipais e do gestor Estadual” (Secretaria de Estado da Saúde [SESA], n.d.).

(Secretaria de Estado da Saúde [SESA], 2014); e, em 2016, estes leitos totalizavam 198 (SESA, 2016a).

Ante as circunstâncias apresentadas, indagamos: Quem são as crianças e adolescentes internados nos hospitais psiquiátricos e se os problemas que os levam a serem internados pela justiça ou por outras vias estão sendo sanados por meio dessa intervenção. Será que o problema é a falta de leitos psiquiátricos destinados a esta população? O que tem levado crianças e adolescentes a serem internados em hospitais psiquiátricos? Seria a ineficiência dos serviços extra-hospitalares? A falta de investimentos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)? A gestão dos recursos destinados à saúde mental? Que fatores estão contribuindo para a sobrevivência do modelo hospitalocêntrico no país a despeito da existência de uma política que defende a implementação do modelo psicossocial?

Algumas pesquisas já trouxeram contribuições sobre estas questões. Embora não exaustiva, em nossa revisão bibliográfica a respeito das internações de crianças e adolescentes, os principais pontos debatidos foram a comparação entre as internações por demanda judicial e as demais internações; as reinternações e as motivações das internações que nem sempre se pautam em aspectos clínicos. A pesquisa de Bentes (1999), desenvolvida antes do redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental, consistiu em comparar as internações psiquiátricas de crianças e adolescentes realizadas por encaminhamento judicial com as demais internações ocorridas entre 1994 e 1997 na Unidade Hospitalar Vicente Rezende, no município do Rio de Janeiro. Dentre os resultados obtidos, constatou-se que as internações via encaminhamento judicial eram compostas, em sua maioria, por quadros não psicóticos, que englobavam, por exemplo, os casos relativos a distúrbios de conduta. Ademais, o tempo de duração dessas internações era maior do que aquelas encaminhadas por outros meios. A autora detalhou alguns casos de crianças e adolescentes internados por mandado judicial utilizando as histórias contidas nos prontuários. Um desses casos abordava a história de um adolescente que estava na sua quarta internação.

O estudo de Scisleski, Maraschin e Silva (2008) discute as internações de adolescentes no Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS) para crianças e adolescentes do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre-RS. Por meio da análise do percurso desses jovens até a internação, o estudo procura mostrar que, embora a trajetória dos adolescentes internados tenha, em geral, características comuns – pobreza, uso de drogas e participação em atos infracionais –, ela é problematizada pelo serviço de saúde e pelos próprios adolescentes prioritariamente sob o aspecto individual. Nesta mesma perspectiva, Scisleski e Maraschin (2008, p. 463) abordam como os diversos saberes (médico, jurídico, psicológico) se articulam

para legitimar a internação compulsória como uma intervenção destinada a uma determinada categoria social, a de adolescentes em situação de marginalidade social. Na conclusão, as autoras citam a reinternação psiquiátrica desse público, destacando que tal fato “revela a ineficácia desse tipo de intervenção”.

Em sua dissertação, Blikstein (2012) objetivou investigar como e por que, apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira, é mantida a internação de crianças e adolescentes no Estado de São Paulo. A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental (CAISM) Philippe Pinel e os dados referentes ao perfil das crianças e adolescentes internados, assim como de suas trajetórias até a internação foram obtidos via análise dos prontuários entre janeiro de 2005 e dezembro de 2009. Mediante este procedimento, a autora compara as internações encaminhadas por familiares e outros serviços de saúde com aquelas encaminhadas por ordem judicial. Com relação a esta última via de internação, observou-se uma duração maior no tempo das internações, maior incidência de reinternações e o diagnóstico de maior incidência foi o de distúrbio de conduta. A autora conclui que as internações por encaminhamento judicial se mantêm devido à falta de ações integradas entre os agentes que atuam no campo da infância e da adolescência.

Citamos, ainda, a pesquisa desenvolvida por Braga e D’Oliveira (2015), cuja proposta consistiu em compreender os motivos da internação e a situação de crianças e adolescentes internadas em um estabelecimento psiquiátrico, localizado no Estado de São Paulo. Foram analisados os prontuários de 28 usuários internados na instituição em um período de dois meses (julho a setembro de 2013). Ao apresentarem as características de tais internações, as autoras fizeram menção à ocorrência de reinternações e questionaram as motivações das internações, demonstrando que muitas delas se relacionavam a questões comportamentais não vinculadas à situação de sofrimento ou transtorno mental.

Na literatura internacional, encontramos estudos específicos a respeito das reinternações psiquiátricas do público infantojuvenil, nos quais são constatadas taxas de reinternações entre 30% e 50% (Blader, 2004; Fontanella, 2008; James *et al.*, 2010; Tossone, Jefferis, Bhatta, Bilge-Johnson & Steifert, 2014; Barker, Jairam, Rocca, Goddard & Matthey, 2016). Na maior parte dos estudos examinados, as discussões sobre este tema não explicitam uma preocupação em questionar a internação como modalidade de intervenção e suas possíveis repercussões à vida de crianças e adolescentes. Em alguns desses estudos, as reinternações psiquiátricas são debatidas com o intuito de mostrar que diminuir o uso do hospital e reforçar os serviços de base comunitária reduzem os gastos na área da saúde mental.

Em geral, estas pesquisas abordam os fatores de risco associados às reinternações. São analisados fatores como o contexto familiar (Blader, 2004), histórico de institucionalização (Romansky, Lyons, Lehner & West, 2003; Chung, Edgar-Smith, Palmer, Bartholomew & Delambo, 2008) e determinados tipos de diagnósticos, tais como esquizofrenia (Trask, Fawley-King, Garland & Aarons, 2016), problemas de conduta (Blader, 2004; Chung *et al.*, 2008) e problemas de aprendizagem e/ou atraso no desenvolvimento (Romansky *et al.*, 2003; Tossone *et al.*, 2014). O tempo de internação também é um aspecto debatido. Alguns estudos concluíram que períodos mais curtos de permanência nas internações psiquiátricas estão associados a maiores riscos de readmissão por crianças e adolescentes, argumentando que os usuários estariam menos estáveis clinicamente na ocasião da alta (American Psychiatric Association, 2016). Outros estudos, ao contrário, apontam que períodos mais longos aumentam o risco de reinternação (James *et al.*, 2010; Tossone *et al.*, 2014). No entanto, o fator com maior enfoque nesses estudos foi o acompanhamento do usuário após a alta hospitalar (Romansky *et al.*, 2003; Blader, 2004; James *et al.*, 2010; Carlisle, Mandani & Schachar, 2012; Trask *et al.*, 2016; Barker *et al.*, 2016).

De acordo com Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2016, p. 160) “a necessidade de internação hospitalar deve estar prevista na organização do contínuo de cuidados”. Conforme as diretrizes da Lei 10.216 (2001), a internação, tanto para adultos como para crianças e adolescentes, é indicada apenas nos casos graves e urgentes, deve ocorrer preferencialmente em leitos dispostos em hospitais gerais e, quando necessária, deve visar à volta do usuário em seu meio social no menor tempo possível, a fim de que ele mantenha seus vínculos com familiares e com a sua comunidade em geral. A referida lei preconiza três tipos de internação: a voluntária, quando o usuário consente com a internação; a involuntária, que ocorre a pedido de terceiro, mas sem o consentimento do usuário; e a compulsória, mediante ordem judicial.

No que tange à infância e à adolescência, existem algumas particularidades de ordem legal. Uma delas refere-se ao direito, previsto na Lei 106 (2009) e no artigo 12 do ECA, de crianças e adolescentes serem acompanhados, nos casos de internações, em estabelecimentos de saúde, os quais “deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável” (Lei 8069, 1990). Quanto às modalidades de internações psiquiátricas, a voluntária é inaplicável aos menores de 16 anos, por serem considerados incapazes segundo o Código Civil (Resende, 2008). Com relação à internação compulsória, Amstalden, Hoffmann e Monteiro (2016, p. 40) argumentam que o fenômeno do uso de álcool e outras drogas, tanto por adultos como por crianças e adolescentes, além das dificuldades da rede de atenção psicossocial em lidar com esta questão, tem contribuído para “o aumento da

atuação do poder judiciário na determinação do tratamento compulsório, recorrendo especialmente à internação como recurso imediato e sistemático de cuidado”, levando estados e municípios a oferecer tratamento em locais especializados “em detrimento da expansão e fortalecimento da rede pública, comunitária e extra-hospitalar de atenção”.

Ante tais problemas, não negamos a necessidade de internação em situação de crise, mas defendemos que elas ocorram em leitos de hospitais gerais ou nos CAPS III. O que estamos questionando são as internações de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos e, em muitos casos, por repetidas vezes. Se a internação é indicada nos casos graves e urgentes, ou seja, na ocorrência de uma crise, o que estaria levando crianças e adolescentes a apresentarem crises recorrentes? As internações de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos ocorrem, de fato, apenas nos casos graves e urgentes ou atendem às demandas da sociedade, servindo como forma de exclusão daqueles que representam um problema? Vale salientar que fenômenos como a psiquiatrização e a judicialização são temas discutidos pela literatura na atualidade e aludem à expansão da psiquiatria e do judiciário no cotidiano, assim, o que não é doença, com frequência, passa a ser considerado como tal e, apesar de não ser competência da justiça, passa a ser decidido por ela. Portanto, cabem questionamentos a respeito da contribuição dessas questões nas internações psiquiátricas do público infantojuvenil. Indagamos, por fim, o que essa forma de assistência nos diz sobre estas crianças e adolescentes que passam parte de suas vidas isoladas.

Com a proposta de debater estas e outras questões, objetivamos refletir sobre as internações de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos na vigência de uma Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas alicerçada no modelo de atenção psicossocial.

Esta pesquisa faz parte do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá e foi construída com a colaboração das discussões empreendidas pelo Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Higiene Mental e Eugenia (GEPHE)⁴, o qual integramos. Além desta introdução, este estudo está organizado em cinco seções subdivididas em duas partes.

Na primeira parte, composta por duas seções, nosso foco foi a arte e, em especial, a literatura infantojuvenil. A ausência de enredos sobre crianças e adolescentes isoladas em hospitais psiquiátricos a despeito de sua existência real foi uma das questões que nos inspirou a desenvolver esta pesquisa. Na primeira seção, discutimos a relação entre arte e sociedade,

⁴ “Grupo de pesquisa devidamente inscrito no CNPq, existente desde o ano 1998, tem como objetivo pesquisar o ideário da higiene mental e da eugenia, presença significativa no início do século XX, no Brasil” (GEPHE, 1998).

apontando que a apropriação da literatura, seja como documento histórico, seja como objeto de análise, possibilita o acesso e a compreensão do cotidiano, do pensamento, dos costumes, dos sentimentos, das relações humanas e dos problemas de uma dada sociedade. Na seção seguinte, apresentamos, por meio da literatura infantojuvenil, algumas concepções de infância e adolescência. Procuramos desvelar que tais categorias são construções históricas e, portanto, vivenciadas, de diferentes formas, por crianças e adolescentes, dependendo do período histórico, espaço e contexto social e cultural nos quais estão inseridos.

A segunda parte, que engloba as seções três, quatro e cinco, refere-se à pesquisa propriamente dita, por meio da qual discutimos a assistência em saúde mental à população infantojuvenil. Na seção três, mostramos como o isolamento foi alçado como princípio fundamental do tratamento direcionado a adultos, crianças e adolescentes considerados como portadores de algum desvio de ordem mental ou comportamental, em especial àqueles pertencentes à classe trabalhadora. Também discutimos os questionamentos envolvidos a esta prática, os quais se fizeram presentes já nas primeiras décadas após sua consolidação no século XVIII. Na quarta seção, descrevemos a nossa trajetória e os procedimentos empregados para a obtenção de dados referentes às internações de crianças e adolescentes no Hospital Psiquiátrico de Maringá. Os resultados desse processo foram apresentados na quinta seção. A discussão sobre os dados foi realizada com base nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, nos preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira, além dos referenciais utilizados na elaboração das seções anteriores.

Por fim, as considerações finais contemplam nossa tese, na qual apresentamos reflexões sobre a função e a persistência dos hospitais psiquiátricos como forma de assistência a crianças e adolescentes na sociedade vigente. Defendemos uma infância/adolescência que, embora marcada pelo sofrimento, transtorno mental ou uso de álcool e outras drogas, possa existir fora dos muros, por meio da consolidação do modelo de assistência apregoado pela reforma psiquiátrica, na qual a liberdade é uma condição fundamental do cuidado.

Assim delineada, ponderamos que nossa pesquisa poderá suscitar questionamentos sobre a infância/adolescência de crianças e adolescentes que tiveram suas vidas marcadas pelo isolamento em hospitais psiquiátricos. Poderá ainda contribuir para avaliarmos a assistência no campo da saúde mental à população infantojuvenil e desvelar alguns desafios que perpassam o processo de consolidação do modelo de atenção proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira na atualidade.

PARTE I



Figura 3. Criança trancada em uma cesta, manicômio de Cuenca, Espanha, 1961.

Fonte: <http://www.mind.thecommovein.net/disease-art-and-photography>

O Direito das Crianças

Mas a criança também tem o direito de sorrir.
 Correr na beira do mar, ter lápis de colorir...
 Ver uma estrela cadente, filme que tem robô,
 Ganhar um lindo presente, ouvir histórias do avô.

[...]

Lamber fundo de panela
 Ser tratada com afeição
 Ser alegre e tagarela
 Poder também dizer não!

[...]

Ter tempo pra fazer nada, ter quem penteie os cabelos,
 Ficar um tempo calada... Falar pelos cotovelos.
 E quando a noite chegar, um bom banho, bemquentinho,
 Sensação de bem estar... de preferência com colinho.

Uma caminha macia,
 Uma canção de ninar,
 Uma história bem bonita,
 Então, dormir e sonhar...

(Ruth Rocha, 2002)

1 REALIDADE E FICÇÃO: AS HISTÓRIAS CONTADAS PELA LITERATURA

Desde a antiguidade, a arte é tema recorrente nas reflexões filosóficas. No entanto, a discussão sobre o seu uso, como fonte para a produção de conhecimento, em especial no campo da história, remonta ao século XIX, período no qual, sob influência do positivismo, a cientificidade era conferida, sobretudo, aos documentos escritos⁵. Ao abordar esta questão, Le Goff (1990) alude que, neste mesmo século, a noção de documento, aos poucos, começa a ampliar-se, fato este demonstrado, inclusive, pelo posicionamento de alguns adeptos da escola positivista, que passam a enxergar valor histórico em outras fontes.

Mas é no século XX, com a proposta de formulação de uma história nova, promovida inicialmente por Marc Bloch (1886-1944) e Lucien Febvre (1878-1956), fundadores da revista *Annales d'histoire économique et sociale* em 1929, que esta ampliação do conteúdo designado pelo termo 'documento' se consolida e estende-se às décadas subsequentes (Le Goff, 1990). Desde então, passaram a ser considerados documentos não só os registros escritos oficiais, mas todas as demais formas de expressão produzidas pelo homem como a música, a pintura, a fotografia, a escultura, a arquitetura, o cinema, o traje, a literatura, etc.

Se o documento provém da atividade humana, ele é, de fato, “um produto da sociedade que o fabricou segundo as relações de força que aí detinham o poder” (Le Goff, 1990, p. 545). Sob esta perspectiva, conforme alerta o autor, ao tomar qualquer tipo de documento como objeto de análise, o pesquisador deve ter como escopo “a crítica do documento”, ou seja, ele precisa fazer uma leitura para além do que o documento diz ou mostra, contextualizando-o em seu tempo e espaço social e identificando as relações de poder que atravessam sua produção.

Burke (2004) discute esta questão ao defender o valor da imagem como evidência histórica. Porém, ao mesmo tempo em que o autor celebra o seu uso como uma entre as possíveis fontes da pesquisa na área da história, adverte o pesquisador “a respeito dos possíveis perigos” (p. 11). Um desses perigos consistiria em interpretar uma imagem ou qualquer outro documento sem avaliar as circunstâncias de sua produção e os objetivos de seu autor ao produzi-la.

Não são raros os estudos que têm utilizado a arte como um documento sociológico, histórico ou psicológico para compreender o homem e a sociedade. Àries (1981), por exemplo,

⁵ Este termo está designando os textos referentes a testemunhos de acontecimentos já consagrados, como demonstra Veyne (2014, p. 29) ao resgatar o posicionamento dos precursores da chamada 'história nova': “De acordo com esses pioneiros, a historiografia tradicional estudava, com demasiada exclusividade, os grandes eventos desde sempre reconhecidos como tal; fazia ‘história-tratados-e-batalhas’”. Nessa perspectiva, apesar de ser expressa por meio da escrita, a literatura não englobava o que Le Goff denomina como “documento escrito”.

utiliza materiais iconográficos para mostrar a construção social da infância e da família. Schwarcz (1999), por sua vez, faz uso de fontes não-escritas para reconstruir a biografia do imperador Pedro II. Citamos ainda o trabalho do sociólogo Norbert Elias (1994), que analisou a mudança dos hábitos e comportamentos dos povos ocidentais após a Idade Média mediante o exame de poemas, livros e tratados sobre boas maneiras produzidas naquele período. A relevância deste gênero literário como recurso para a produção de conhecimento é justificada pelo autor:

[as instruções sobre o comportamento correto] mostram-nos com exatidão o que estamos procurando, isto é, o padrão de hábitos e comportamentos a que a sociedade, em uma dada época, procurou acostumar o indivíduo. Esses poemas e tratados são em si mesmos instrumentos diretos de ‘condicionamento’ ou de ‘modelação’, de adaptação do indivíduo a esses modos de comportamento que a estrutura e situação da sociedade onde vivem tornam necessários. E mostram ao mesmo tempo, através do que censuram e elogiam, a divergência entre o que era considerado, em épocas diferentes, maneiras boas e más (p. 95).

De modo semelhante, a literatura ficcional nos fornece subsídios a respeito de costumes, valores, regras, sentimentos, acontecimentos, problemas e dilemas de uma determinada época e/ou sociedade. Ao discutir o significado da palavra ficção, Pesavento (2003, p. 34) resgata duas origens, uma proveniente do vocábulo latino *fictione*, comumente definida nos dicionários como o ato ou efeito de fingir, simulação, fingimento ou ainda, coisa imaginária, fantasia, invenção, criação; e outra utilizada por Carlo Ginzburg, que “remete ficção a *fictio*, ligado a *figulus*, oleiro, que implica na construção a partir do real”. Assim, no primeiro caso, ficção integraria o campo das coisas irrealis, não verdadeiras, no qual a literatura poderia se incluir na medida em que, de certa forma, é uma criação imaginária. No segundo caso, a ficção é situada entre o real e o imaginário e, sob este viés, a literatura se entrelaça com a realidade.

Ora, situar a ficção para além do verdadeiro e do falso é não somente restabelecer o imaginário como fundamento do ser, como capacidade humana originária, possível de recriar o mundo por um mundo paralelo de sinais e nele viver; é também admitir que, (...) tudo o que existe é identificado, percebido, nomeado, qualificado e expresso pelo pensamento e pela linguagem. Estamos, pois, diante, de uma construção social da realidade, obra dos homens, representação que se dá a partir do real, que é recriado

segundo uma cadeia de significados partilhados. Entre estas formas de recriação do mundo, de forma compreensiva e significada, se situariam a História e a Literatura, como diferentes discursos portadores de um imaginário (Pesavento, 2003, p. 35).

Logo, se a literatura é concebida como uma dentre outras formas possíveis de se recriar a realidade, pode, também, ser utilizada como fonte de conhecimento. Salientamos, todavia, que toda obra literária é datada e, como tal, representa e expressa as circunstâncias do momento histórico no qual foi produzida. Como ilustra Pesavento (2003), enredos como *Ivanhoé*, de Walter Scott (1771-1832), obra publicada em 1820, mas que narra lutas travadas na Idade Média; ou, ao contrário, obras que abordam temas futuristas, como os narrados por Júlio Verne (1828-1905) no século XIX, devem ser analisados considerando a temporalidade da escrita e não a temporalidade do narrado. Sob este prisma, ao analisar *Ivanhoé*, devemos buscar compreender não como era a Idade Média, mas “como os homens do século XIX representavam e criavam para si a época medieval” (p. 39). Já as ficções científicas representariam “as angústias e temores, os sonhos e desejos que animavam as expectativas dos homens de uma certa época” (p. 40). Assim, independentemente do gênero, a literatura é um registro histórico:

Seja a Literatura de cunho realista, dispondo-se a dizer sobre o real por forma da observação direta, fruto da vivência do escritor no seu tempo, seja por transfiguração fantasmática e onírica ou de criação de um futuro aparentemente inusitado, seja pela recuperação idealizada de um passado, distante ou próximo, a Literatura é sempre um registro privilegiado – do seu tempo (Pesavento, 2003, p. 40).

Sob o viés da Teoria da Literatura, encontramos diferentes linhas teórico-metodológicas: as que atribuem o valor de uma obra literária ao fato de seu conteúdo expressar aspectos da sociedade; outras que, ao contrário, compreendem que a importância de uma obra está exclusivamente em seu aspecto formal, sendo este desvinculado dos condicionantes de ordem social; e ainda, algumas concepções que propõem uma ruptura formal, nas quais a forma⁶ é considerada histórica, o componente que contém materializada as circunstâncias sociais de uma dada época, ou nas palavras de Adorno (1970, p. 15), como o “conteúdo sedimentado”.

Expoentes brasileiros como Roberto Schwarz (1938-) e Antônio Cândido (1918-2017) partilham desse entendimento. Schwarz (2012, p. 288), por exemplo, defende que

⁶ Os elementos básicos da estrutura narrativa são: enredo, personagem, tempo, espaço e foco narrativo (Ginzburg, 2000).

o social na obra está na forma. Não que os conteúdos não sejam sociais, mas a forma, ao trabalhá-los e organizá-los, ou também ao ser infletida por eles, configura algo de mais geral, análogo à precedência da sociedade sobre os seus conteúdos separados. Se as obras interessam, é porque se organizam de um modo revelador, que algum fundamento tem na organização do mundo histórico — fundamento a descobrir caso a caso.

Igualmente, Cândido (2006, pp. 15-16) refere que, na abordagem de um texto literário, o contexto social deve ser analisado como um elemento que está internalizado na obra através da forma. Assim,

levamos em conta o elemento social, não exteriormente, como referência que permite identificar, na matéria do livro, a expressão de uma certa época ou de uma sociedade determinada; nem como enquadramento, que permite situá-la historicamente; mas como fator da própria construção artística, estudada no nível explicativo e não ilustrativo.

A análise crítica com foco na forma pode revelar o que não era previsto ou intencionado pelo autor. É por meio da forma que o autor, pertencendo a uma determinada realidade social, expressa, mesmo sem intenção, aspectos e contradições de sua sociedade. Portanto, segundo Schwarz (2012, p. 291), a forma objetiva pode “exceder e contrariar amplamente” os propósitos do autor.

Seja como fonte de consulta às reflexões históricas, sociológicas e psicológicas, seja como objeto de análise, os argumentos apresentados balizam a literatura como uma ferramenta pela qual podemos, embora não diretamente, acessar a realidade. Por esta via, questões, fenômenos e vivências reais, como a loucura e a infância, podem ser discutidas com base na ficção.

A loucura e as implicações do isolamento em hospitais psiquiátricos foram temas de reflexão em *O Alienista* (1994), de Machado de Assis (1839-1908), *Diário do Hospício*, *O Cemitério dos Vivos* (1993) e *O Triste Fim de Policarpo Quaresma* (2001) de Lima Barreto (1881-1922), ou ainda em *Jerusalém* (2006), do escritor português Gonçalo M. Tavares (1970-). Sobre a infância, a adolescência e suas diferentes concepções, há um amplo rol de obras internacionais, que se estendem desde os contos de fadas do século XVII, popularizados por Charles Perrault (1628-1703), à saga do bruxo Harry Potter, escrita pela britânica J. K. Rowling (1965-) e publicada entre 1998 e 2007; e, de obras nacionais que vão desde as aventuras criadas

por Monteiro Lobato (1882-1948) na década de 1920, às produções de autores como Lygia Bojunga (1932), Ana Maria Machado (1941-) e Ziraldo (1932-) nas décadas de 1970 e 1980, além das publicadas por Júlio Emílio Braz (1959-) e Roger Mello (1965-) nas décadas posteriores.

Em meio à vastidão de histórias imaginárias, existiria alguma cujo enredo expresse a infância/adolescência de crianças e adolescentes isolados, ainda que temporariamente, em hospitais psiquiátricos? Que histórias existem sobre estas crianças e adolescentes?

Na próxima seção, valemo-nos da literatura infantojuvenil como um instrumento para discutir algumas concepções de infância e adolescência.

2 ERA UMA VEZ A TERRA DO NUNCA... MAS ELA NÃO ERA IGUAL PARA TODOS

Em nosso meio social costumamos perguntar a idade das pessoas que nos são apresentadas. Sempre querendo agir corretamente, Wendy perguntou a Peter quantos anos ele tinha. Não foi uma boa pergunta; ao contrário, foi como se um professor propusesse questões de gramática a um aluno que se preparou para fazer uma prova de história.

— Não sei — ele respondeu meio sem graça. — Mas sou muito jovem. — De fato, não sabia qual era sua idade, apenas desconfiava, porém informou casualmente: — Eu fugi de casa no dia em que nasci.

Wendy ficou espantadíssima e ao mesmo tempo muito interessada. Com um gesto gracioso, digno de uma menina bem-criada, tocou a camisola, indicando que lhe dava permissão para se sentar mais perto dela.

— Ouvi os meus pais conversando sobre o que eu devia ser quando crescesse — Peter explicou, quase cochichando.

— Mas eu não quero crescer! — acrescentou, terrivelmente agitado. — Sempre quis ser criança e me divertir. Por isso, corri para o parque Kensington e durante muito tempo vivi com as fadas (Barrie, 1999, p. 25).

Considerado um clássico da literatura infantojuvenil, *Peter Pan*, publicado em 1911, sob o título *Peter e Wendy*, tem como enredo as aventuras de Peter Pan, um menino que leva Wendy e seus irmãos João e Miguel para a Terra do Nunca, ilha onde o tempo não passa e onde moram os “meninos perdidos”. Nesta obra, como ilustra o excerto citado, o mundo adulto e o mundo infantil são tratados como espaços distintos e bem demarcados. Na fictícia Terra do Nunca, é possível ser sempre criança, etapa da vida marcada por alegria e diversão. Fora da ilha, as crianças crescem e crescer exige algumas responsabilidades, tais como estudar e trabalhar. Esta questão é abordada em outra passagem do livro, quando Sra. Darling, mãe de Wendy, tenta convencer Peter Pan a ser adotado por ela como fizera com os demais meninos que viviam na Terra do Nunca:

A Sra. Darling se aproximou da janela, pois agora vigiava Wendy o tempo todo. Ela disse a Peter que havia adotado os outros meninos e que gostaria de adotá-lo também.

— A senhora vai me mandar para a escola? — o espertalhão quis saber.

— Vou.

— E depois vai me mandar trabalhar?

— Acho que sim.

— E logo eu vou ser homem?

— Logo, logo.

— Eu não quero ir para a escola aprender um monte de coisas chatas — ele declarou, exaltado. — Não quero ser homem. Ah, seria horrível se um dia eu acordasse e descobrisse que tinha barba! (Barrie, 1999, p. 150).

A diferenciação entre o universo infantil e o adulto também aparece no diálogo entre Wendy, já adulta, e sua filha Jane. Nele, Wendy demonstra saudade do tempo em que era criança e podia voar:

— O tempo voa do mesmo jeito que você voava quando era menina? — a esperta criança quer saber.

— Do jeito que eu voava! Sabe, filhinha, às vezes eu me pergunto se realmente voei algum dia.

— Você voou, sim.

— Ah, bons tempos aqueles, em que eu sabia voar...

— Por que você não sabe mais, mamãe?

— Porque eu cresci, querida. A gente desaprende quando cresce.

— Por que a gente desaprende?

— Porque a gente não é mais alegre, inocente e sem coração. Só as pessoas alegres, inocentes e sem coração sabem voar (Barrie, 1999, p. 154).

Em Peter Pan, portanto, o mundo infantojuvenil é marcado pela alegria, diversão, inocência, enquanto os adultos, por características como a responsabilidade e o trabalho, sendo que a escola cumpriria a função de preparação para a vida adulta. Na atualidade, a distinção entre as diversas fases da vida está presente, por exemplo, nas definições dos dicionários, nos documentos jurídicos, na mídia, em algumas teorias sobre o desenvolvimento humano, levando-nos até a pensar que a infância, a adolescência e as características que lhes são atribuídas sempre existiram ou, ainda, que são experienciadas igualmente por todas as crianças e adolescentes. Mas tal concepção não é a única.

A partir de uma análise iconográfica, Ariès (1981) defende que o sentimento da infância, definido por ele como a “consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto” (p. 156), não existia na Idade Média, consolidando-se apenas no final do século XVII. Este processo teria sido favorecido pelo reaparecimento da preocupação com a educação e, por conseguinte, da família, que assumiu a função de formar física e moralmente a criança.

A família e a escola retiraram juntas a criança da sociedade dos adultos. A escola confinou uma infância outrora livre num regime disciplinar cada vez mais rigoroso, que nos séculos XVIII e XIX resultou no enclausuramento total do internato. A solicitude da família, da Igreja, dos moralistas e dos administradores privou a criança da liberdade que ela gozava entre os adultos. Inflingiu-lhe o chicote, a prisão, em suma, as correções reservadas aos condenados das condições mais baixas. Mas esse rigor traduzia um sentimento muito diferente da antiga indiferença: um amor obsessivo que deveria dominar a sociedade a partir do século XVIII (Ariès, 1981, pp. 277-278).

Ao situar o sentimento da infância em um determinado período e contexto histórico, ou seja, ao desenvolvimento da sociedade industrial, Ariès fornece subsídios para uma compreensão da infância e da adolescência como construções históricas. Entretanto é preciso destacar, assim como pontuam Oliveira (1996), Kramer (1996) e Klein (2012), que o estudo de Ariès concentra sua abordagem no contexto europeu e utiliza como fonte a iconografia representativa das classes mais abastadas. Sendo assim, a especificidade da infância e da adolescência tal qual retratada por Ariès não pode ser generalizada a todas as crianças e adolescentes. O próprio autor sinaliza esta questão ao analisar os trajes das crianças:

Se nos limitarmos ao testemunho fornecido pelo traje, concluiremos que a particularização da infância durante muito tempo se restringiu aos meninos. O que é certo é que isso aconteceu apenas nas famílias burguesas ou nobres. As crianças do povo, os filhos dos camponeses e dos artesãos, as crianças que brincavam nas praças das aldeias, nas ruas das cidades ou nas cozinhas das casas continuaram a usar o mesmo traje dos adultos: jamais são representadas usando vestido comprido ou mangas falsas. Elas conservaram o antigo modo de vida que não separava as crianças dos adultos, nem através do traje, nem através do trabalho, nem através dos jogos e brincadeiras (Ariès, 1981, p. 81).

Entretanto ele não aprofunda esta discussão. A este respeito, Oliveira (1996, p. 234) sustenta que a infância não pode ser compreendida sem considerarmos a “contradição essencial da sociedade capitalista entre produção e expropriação de riquezas, expressa socialmente em classes sociais antagônicas, marcada também na ‘população infantil’”. Portanto, sob tal perspectiva, é necessário ponderar que a infância e a adolescência carregam as marcas das contradições da atual sociedade, logo, não são vivenciadas igualmente por todas as crianças e adolescentes. Ou seja, o universo infantojuvenil simbolizado pela fictícia Terra do Nunca não é o mesmo para todos, por conseguinte, a infância e adolescência podem ser representadas por diferentes “Terras”. Denominamos uma dessas “Terras” como a “Terra do Abandono”, na qual, por meio da história de *Oliver Twist*, procuramos retratar a vida real de crianças e adolescentes abandonados.

2.1 A TERRA DO ABANDONO

Oliver Twist, escrito por Charles Dickens (1812-1870), publicado em 1838, narra a trajetória da infância pobre, vivida pelo personagem que dá nome ao livro. Por meio desta trajetória fictícia, o autor denuncia a realidade do cotidiano das camadas mais pobres da Inglaterra. De acordo com Hobsbawm (2011), no século XIX, a produção de riqueza e o progresso dos países desenvolvidos, provenientes do processo de industrialização, não beneficiavam igualmente toda a população e, assim como se consolidava a divisão entre países desenvolvidos e os defasados, o abismo entre as camadas ricas e pobres dentro de um mesmo país também se intensificava. Especificamente sobre a situação da Inglaterra naquele período, Huberman (1981, p. 190) assinala que existiam duas Inglaterras: uma na qual a grande massa da população trabalhava “duramente, voltando à noite para os miseráveis e doentios buracos onde moravam, que não serviam nem para porcos”, e outra onde algumas pessoas “nunca sujaram as mãos com o trabalho, mas não obstante faziam as leis que governavam as massas, e viviam como reis, cada qual num palácio individual”.

Em sua obra, Dickens retrata o cotidiano londrino:

Era dia de mercado; a lama dava pelos tornozelos; espesso vapor saía do corpo dos animais e se confundia com o nevoeiro em que desapareciam as chaminés. Todos os parques no meio daquele vasto recinto estavam cheios de carneiros; havia até alguns parques provisórios, e uma multidão de bois e animais de toda espécie estavam presos, em filas intermináveis, a umas estacas fincadas no chão; *campônios, carniceiros,*

mercadores, ambulantes, crianças, ladrões, vadios, vagabundos de toda a espécie, misturados e confundidos, formavam uma massa confusa (Dickens, 2013, p. 205, grifo nosso).

O visitante deve caminhar entre os desempregados que se estendem a cada canto, as crianças miseráveis, os carregadores e os vagabundos, perturbado pelas esquinas que aparecem para todo lado e pelas carroças que esparramam a carga dos inúmeros armazéns do lugar. Quando se atinge o canto mais afastado e remoto, precisa desviar-se de fachadas que invadem o caminho, das paredes que ameaçam despencar e dos ferros que se desprendem das construções inacabadas e de todas as outras marcas imagináveis de abandono e desolação (Dickens, 2013, p. 444).

Nestas descrições, observamos que a criança não foi retratada em um mundo à parte, mas misturada aos adultos, aos animais, e sujeita, como eles, à miséria e ao abandono. É sob tais circunstâncias que Oliver passa a maior parte de sua infância.

Oliver nasce em um asilo da mendicidade, sua mãe morre logo após o nascimento e seu pai é desconhecido. Assim, ele passa seus primeiros anos de vida em instituições de caridade, sofrendo maus-tratos e privações de toda ordem. Em certa ocasião, o conselho da paróquia que administrava o asilo é procurado por Sr. Gamfield, limpador de chaminés, que expôs seu interesse em ter Oliver, na época com dez anos, como aprendiz. No diálogo, os conselheiros explicitam os perigos envolvidos a tal ofício: “Quando o Sr. Gamfield expôs ao conselho o que queria, disse o Sr. Limbkins, presidente: – O ofício de limpador de chaminé é bem porco. – Tem-se visto morrerem as crianças nas chaminés – disse outro sujeito” (Dickens, 2013, p. 48-49).

O trabalho de crianças como aprendizes na função de limpa-chaminés foi um dos temas estudados por Vigário (2004). De acordo com a autora, a utilização de crianças e jovens como aprendizes de limpa-chaminés generalizou-se na Inglaterra a partir do século XVIII, devido, sobretudo, a dois fatores: a utilização do carvão como combustível e a regulamentação das construções de edifícios que propunha a adequação das lareiras, reduzindo-se o tamanho dos canos das chaminés, o que favorecia o entupimento mais rápido por fuligem. Nessas circunstâncias, tornou-se necessária a limpeza mais periódica das chaminés e o uso de crianças para limpar as partes mais estreitas.

Os pequenos limpa-chaminés eram verdadeiras “escovas humanas” que se movimentavam ao longo de qualquer cano de chaminé, mesmo das mais complexas. Segundo E. Royston Pike, os “climbing boys” ou “chummies” definiam-se como as crianças pequenas, aprendizes dos mestres limpa-chaminés que eram empregues por estes para subir as longas, estreitas e sinuosas passagens das chaminés domésticas, de modo a limpar a acumulação de fuligem (Vigário, 2004, pp. 87-88).

Estatísticas do ano de 1854 apontam, na Inglaterra, a existência de 4.000 crianças e jovens, de ambos os sexos, envolvidos nessa atividade. Os “pequenos limpa-chaminés” eram provenientes, em sua maioria, da classe trabalhadora. Alguns eram filhos ilegítimos das classes média e alta e outros eram vendidos por seus próprios pais. Quanto à idade, existiam crianças que começavam a trabalhar aos 4 ou 5 anos, mas a maioria delas tinha entre 6 e 8 anos. A pouca idade, no entanto, não as poupavam dos tratamentos cruéis, dos efeitos deletérios de saúde e dos perigos inerentes ao ofício.

Para forçar os pequenos aprendizes a subirem as chaminés, os mestres recorriam a ameaças e violência. Era comum, no processo de aprendizagem, “a prática de acender palha por baixo dos seus pés, ou de espetar alfinetes na planta dos pés de modo a forçar a subida das chaminés” (Vigário, 2004, p. 97). As subidas e descidas das chaminés provocavam deformações no corpo, sobretudo nos joelhos e tornozelos. As crianças e jovens ainda estavam sujeitos às inflamações nas pálpebras, redução da visão, cancro, queimaduras, crescimento atrofiado, acidentes e morte.

De facto, eram muitos os acidentes que tornavam estas crianças vítimas de crueldade e de morte, nomeadamente casos de rapazes que morreram sufocados, de rapazes que morreram devido à exposição às condições climáticas, de outros que morreram por espancamento e ainda devido a queimaduras (Vigário, 2004, p. 100).

Estes dados mostram que, embora fictícia, a história de Oliver retratava a realidade de muitas crianças daquela época. Na ficção, Oliver teve sorte, porque, desesperado, recusou a oferta de tornar-se um aprendiz de limpador de chaminés e o juiz acabou negando o pedido feito pelos conselheiros do asilo. Mas, posteriormente, ele foi enviado para trabalhar como aprendiz na casa de uma família que fabricava caixões, onde os maus-tratos continuaram.

O trabalho infantil também é retratado por Dickens em *David Copperfield*, publicado entre 1849 e 1850. Nessa obra, David, protagonista da história, é enviado a Londres, com apenas

dez anos, para trabalhar em uma fábrica de engarrafamento de vinho que pertencia a seu padrao. Com o advento das máquinas, a utilização de crianças como mão de obra tornou-se viável e, mais que isto, “passara a ser a base do novo sistema” (Huberman, 1981, p. 194), visto que, além de mais dócil, consistia em uma mão de obra mais barata. Com base nos registros do trabalho infantil da época, Huberman (1981, p. 193) descreve este cenário por meio do depoimento de um capataz de uma fábrica de tecidos à comissão do Parlamento em 1816:

Eram aprendizes órfãos? — Todos aprendizes órfãos. “E com que idade eram admitidos? — Os que vinham de Londres tinham entre 7 e 11 anos. Os que vinham de Liverpool, tinham 8 a 15 anos. “Até que idade eram aprendizes? — Até 21 anos. “Qual o horário de trabalho? — De 5 da manhã até 8 da noite. “Quinze horas diárias era um horário normal? — Sim. “Quando as fábricas paravam para reparos ou falta de algodão, tinham as crianças, posteriormente, de trabalhar mais para recuperar o tempo parado? — Sim. “As crianças ficavam de pé ou sentadas para trabalhar? — De pé. “Durante todo o tempo? — Sim. “Havia cadeiras na fábrica? — Não. Encontrei com frequência crianças pelo chão, muito depois da hora em que deveriam estar dormindo. “Havia acidentes nas máquinas com as crianças? — Muito frequentemente”.

Exemplos semelhantes também são apontados por Marx (1996). Ao discutir a legislação fabril na Inglaterra, o autor expõe as condições de trabalho de crianças nas tipografias e nas minas de carvão:

Nas gráficas inglesas de livros, por exemplo, ocorria antigamente a passagem, correspondente ao sistema da velha manufatura e do artesanato, dos aprendizes de trabalhos mais leves para trabalhos de mais conteúdo. Eles percorriam as etapas de uma aprendizagem, até serem tipógrafos completos. Saber ler e escrever era, para todos, uma exigência do ofício. Tudo isso mudou com a máquina impressora. Ela emprega duas espécies de trabalhadores: um trabalhador adulto, o supervisor da máquina, e mocinhos, em geral com 11 a 17 anos de idade, cuja tarefa consiste exclusivamente em colocar uma folha de papel na máquina ou retirar dela a folha impressa. Notadamente em Londres, eles executam essa faina vexatória por 14, 15, 16 horas ininterruptas, durante alguns dias da semana e com frequência até por 36 horas consecutivas, com apenas 2 horas de descanso para comer e dormir! Grande parte deles não sabe ler e, em regra, são criaturas embrutecidas, anormais (Marx, 1996, p. 113).

Ocupação nas minas de jovens a partir dos 10 anos. O trabalho, junto com o percurso obrigatório de ida até a mina e volta, dura em regra 14 a 15 horas, excepcionalmente mais, das 3, 4, 5 horas da manhã até as 4 ou 5 horas da tarde. Os trabalhadores adultos trabalham em dois turnos ou 8 horas, mas nenhuma alternância é feita para os jovens para poupar despesas (Marx, 1996, p. 123).

Voltando à *Oliver*, devido às péssimas condições de vida como aprendiz na família do fabricante de caixões, ele foge e vai sozinho a Londres. Lá, é acolhido na casa de um senhor que vive da exploração de crianças, as quais são aliciadas a praticar crimes (Dickens, 2013). O envolvimento de crianças e jovens com a criminalidade e as circunstâncias de sua ocorrência é retratada pela personagem Nancy:

– Sim, sou eu a infame criatura de que tens tanto ouvido falar, a que vive desde que se conhece por gente em meio aos gatunos e ladrões das ruas de Londres e que nunca teve melhor vida que a que eles lhe oferecem. . .

– Como é triste o que me contas – murmurou Rosa.

– Nunca deixes de agradecer, senhorita, pelas companhias que tiveste desde a infância e por nunca terdes sentido frio ou fome à roda de bulhas e bebedeiras, pois é assim que tenho vivido desde que nasci (Dickens, 2013, p. 362).

Em outra passagem, é mencionado um dos possíveis destinos de crianças e adolescentes, uma vez comprovada sua autoria em um crime. No trecho a seguir, Fagin explica o que poderia acontecer a um dos jovens que ele aliciava e que fora detido após cometer um delito:

Se não encontrarem nenhuma evidência, em um ou dois meses ele estará novamente conosco; se acharem alguma outra coisa, porém, a história será diferente; bem sabem como o Matreiro é esperto; é certo que o condenarão a uma eterna.

– O que é uma eterna? – perguntou Bolter. – Por que não falas coisas que eu seja capaz de entender?

Fagin ia explicar-lhe que a pena eterna, na linguagem do vulgo, significa uma condenação a trabalhos forçados no degredo pelo resto da vida, quando foi interrompido. . . (Dickens, 2013, p. 391).

Em geral, na Europa do século XIX, as crianças e jovens que praticavam delitos eram julgados pelos tribunais comuns e, em muitos casos, estavam sujeitos a penas similares às dos adultos. Conforme explicita Lopes (2002), na Inglaterra, em meados daquele século, os menores de quatorze anos podiam ser condenados à morte. Tal fator, associado à permanência de crianças e jovens nos mesmos espaços reservados aos adultos passaram a ser entendidos como entraves à formação de futuros trabalhadores, necessários ao desenvolvimento econômico da época, mobilizando discussões entre os homens de ciência. A criminalidade infantojuvenil, incluindo as propostas de despenalização dos atos ilegais cometidos por crianças e adolescentes, do tratamento diferenciado por meio da reeducação em estabelecimentos separados dos adultos e a defesa da especialização da justiça para a infância foram temas debatidos em várias modalidades de congressos realizados naquele período, tais como o Congresso Internacional da Proteção da Infância, realizado em 1883, o Congresso Internacional dos Tribunais para Menores em 1911, ambos realizados em Paris, e os Congressos Penitenciários Internacionais⁷ (Tomé, 2012).

Se, por um lado, Dickens retrata as condições sociais que favorecem a criminalidade infantojuvenil, por outro, mostra a pureza e a ingenuidade de Oliver e seu esforço em não ser corrompido apesar das circunstâncias em que vivia. Esta questão é sinalizada em diversos momentos. Em um deles, dois jovens tentam mostrar a Oliver como eles obtêm dinheiro. O menino responde que não entende. Então, os jovens insistem, encenam uma situação e o diálogo continua: “– Compreendes agora o que é? – disse Carlinhos. – Olha, Matrieiro, como ele me olha espantado. Nunca vi inocência semelhante!” (Dickens, 2013, p. 181). Em outra passagem, Oliver lê um livro sobre crimes, assassinatos e como os homens acabavam se familiarizando com estas atitudes. Até que, em um determinado momento, ele joga o livro no chão, ajoelha-se e suplica a Deus que “o deixasse puro de semelhantes crimes e lhe mandasse antes a morte do que lhe permitisse ficar um assassino” (p. 196).

A luta de Oliver para não ser corrompido pelas circunstâncias nos remete à concepção de infância debatida por Rousseau (1712-1778) em *Emílio ou Da Educação*. Em sua obra, publicada em 1762, o filósofo demonstra a educação de Emílio – do seu nascimento ao seu casamento – efetuada por um preceptor. A formação de Emílio é realizada em conformidade com a natureza, preservando-o dos vícios, da razão, do artificialismo, das convenções sociais, enfim, da sociedade, considerada, por Rousseau, como corruptora. Assim, Rousseau concede destaque à infância como uma etapa importante da formação humana, na qual, por meio da

⁷ De 1872 a 1950 foram realizadas doze edições desse congresso, um deles realizado em Washington (EUA) em 1910, os demais, em cidades europeias (Tomé, 2012).

referida educação, seria possível conservar no homem sua bondade natural. A visão de infância propagada por Rousseau pode ser resumida no seguinte fragmento:

Amai a infância; favorecei seus jogos, seus prazeres, seu amável instinto. Quem de vós não se sentiu saudoso, às vezes, dessa idade em que o riso está sempre nos lábios e a alma sempre em paz? Por que arrancar desses pequenos inocentes o gozo de um tempo tão curto que lhes escapa, de um bem tão precioso de que não podem abusar? Por que encher de amarguras e de dores esses primeiros anos tão rápidos, que não voltarão nem para vós nem para eles? (Rousseau, 1979, p. 49)

Em um trecho do livro, o próprio Dickens sugere, ante as reações apresentadas por Oliver, que suas atitudes condizem à educação ofertada por filósofos, interpretada por nós como uma alusão a Rousseau:

Posto que Oliver tivesse sido educado por filósofos, não conhecia esta máxima deles – que a conservação própria é a primeira lei da natureza; se a conhecesse talvez estivesse preparado para o que acontecera; mas, na sua ignorância, ficou mais assustado com os gritos, correu ainda mais, sempre perseguido pelo velho e pelos dois rapazes (Dickens, p. 105).

Apesar de todas as dificuldades, Oliver descobre suas origens – a história de seus pais e os motivos de ter sido abandonado –, recebe uma pequena herança e é adotado por um amigo de seu pai, pertencente às classes mais abastadas de Londres. Se a ficção permite um final feliz a uma criança nas condições de Oliver, a realidade, sabemos, não é tão benevolente.

Diferente de *Oliver Twist*, cuja história denuncia as condições reais de muitas crianças e adolescentes que, uma vez abandonados, estavam sujeitos a diferentes formas de violência, alguns personagens fictícios da literatura infantojuvenil do século XIX, como Tom Sawyer e Huckleberry Finn, simbolizam uma outra infância: livre, independente e capaz de superar as adversidades.

2.2 A TERRA DA LIBERDADE

Tom Sawyer e Huckleberry Finn são protagonistas de duas obras de Mark Twain (1835-1910), *As Aventuras de Tom Sawyer*, publicada em 1876, e sua continuação, *As Aventuras de Huckleberry Finn*, em 1884. Escritas no período pré-guerra civil americana, as histórias se passam em uma pequena cidade às margens do Rio Mississippi, portanto no Sul dos Estados Unidos, onde o país ainda era escravocrata. Com este pano de fundo, as aventuras dos dois amigos são atravessadas por descrições das paisagens e dos costumes da região. Em *As Aventuras de Huckleberry Finn*, por exemplo, Huck reproduz, em seus diálogos com o escravo Jim, expressões que retratam a forma como os negros eram tratados naquele contexto.

Por ser órfão, Tom era criado por uma tia, Polly, junto com seu meio irmão Sid e sua prima Mary. Ele era descrito como desobediente, faltava à escola para ir nadar no rio e sempre dava um jeito de escapar dos castigos da tia. Como castigo, a tia costumava fazê-lo trabalhar e isso era algo que, de fato, ele detestava fazer. Tom gostava mesmo era de brincar com os amigos. Huck era um de seus melhores amigos. Pobre e filho de um pai alcoólatra que o agredia fisicamente, sua principal característica era o gosto pela liberdade.

Huckleberry ia e vinha à vontade. Quando o clima estava bom, dormia nos degraus da fachada de alguma casa; e, quando chovia, passava a noite dentro de barris. Não tinha de ir à escola nem à igreja, nem de chamar ninguém de senhor ou obedecer a alguém; podia nadar e pescar quando e onde quisesse, e ficar ali o tempo que desejasse (Twain, 2017, p. 53).

Nas obras, a liberdade é entendida como a vida não civilizada, a vida avessa às convenções sociais. Embora o excerto citado contenha uma denúncia social, denotamos que as condições de vida de Huck, ao invés de emperrar sua infância, é, ao contrário, o que o torna livre para poder desfrutá-la plenamente, levando-nos a interpretar que, sob esta perspectiva, vivenciar a infância de uma ou outra forma dependeria mais das condições individuais do que das circunstâncias sociais.

Utilizando a imaginação, eles criavam diversas brincadeiras e se aventuravam em diferentes lugares. Mas, algumas vezes, envolveram-se em aventuras reais. Em uma delas, narrada em *As Aventuras de Tom Sawyer*, Tom e Huck saem de madrugada e testemunham um assassinato no cemitério. Depois, descontentes com a vida em sociedade, fogem para uma ilha,

onde encontram o assassino (Injun Joe) e descobrem um tesouro escondido em uma caverna. No desfecho da trama, a “liberdade” dos protagonistas é recompensada, uma vez que o Juiz Thatcher divide o tesouro entre os meninos.

A liberdade continua sendo exaltada pelo autor em *As aventuras de Huckleberry Finn*. Após ser adotado pela viúva Douglas, a quem Huck ajudou a salvar dos bandidos, ela e a irmã Miss Watson se esforçam para civilizá-lo: fazem-no vestir terno, ensinam-lhe rezar antes de comer, contam histórias da Bíblia, fornecem lições de leitura e repreendem atitudes consideradas inadequadas. Huck não esconde, porém, seu sofrimento ante a tal situação:

E o pobre de mim era obrigado a soletrar nomes, e ler as idiotíssimas histórias duma cartilha durante muito tempo. Martírio. E quando acabava a lição e a sala recaía em silêncio, vinham os lembretes de Miss Watson. — Huck, não ponha os pés na cadeira. Sente-se direito, Huck. Não boceje assim, Huck. Não se espreguice, Huck... Na realidade, o que eu queria era ver-me fora dali, mudar de vida, arejar a alma (Twain, 1959, pp. 5-6).

Depois de alguns meses, quando Huck estava se acostumando ao novo estilo de vida, seu pai apareceu e o levou à força para uma cabana dentro de uma densa selva. Apesar das surras que o pai lhe dava, não demorou para Huck se afeiçoar novamente à uma vida livre e sem regras:

Pouco a pouco, porém, acabei acostumando-me e gostando daquele sítio, apesar das surras que de vez em vez levava. Passava o dia todo fumando, pescando, deitado de barriga para o ar, sem preocupar-me com livros ou lições. Dois meses ou mais escoaram-se e já minhas vestes não eram mais que imundos farrapos. Custava-me a compreender como eu havia gostado da casa da viúva, onde era preciso tomar banho, comer na mesa, andar penteado, ir para a cama e levantar a hora certa, viver atrapalhado com as lições e, principalmente, aturar as reprimendas de Miss Watson. Positivamente eu não desejava voltar. Na casa dela, eu havia perdido o hábito de praguejar porque a viúva não admitia isso; mas agora, em companhia de um pai que não fazia outra coisa, de novo adquiri o velho hábito. Para dizer a verdade, a vida me era bem agradável, lá no mato! (p. 46).

Em certa ocasião, aproveitando a saída do pai, surgiu a oportunidade de fugir. Huck matou um porco para fingir a própria morte e, em uma canoa, seguiu rumo a Ilha Jackson. Na

ilha, Huck fazia tudo sozinho, pescava, preparava sua comida e construiu uma barraca para se abrigar. Lá, encontrou Jim, escravo de Miss Watson, que fugira após tê-la ouvido negociar sua venda a um mercador do sul. Juntos, eles se envolvem em inúmeras aventuras com o objetivo de chegarem até os Estados livres, onde não havia escravidão e Jim poderia tornar-se livre. Eles não conseguem chegar ao destino planejado, entretanto Jim ganha a liberdade depois da morte de Miss Watson, que, em testamento, deixou a carta de alforria do escravo. Huck, por sua vez, recebe a oferta de ser adotado por Sally, tia de Tom, mas, como sabia que isso implicava em civilizar-se e, por conseguinte, perder sua liberdade, ele se recusa.

Nas duas obras de Twain observamos que os protagonistas – Tom e Huck – demonstram uma incrível capacidade em responder a situações adversas e fazem isso sozinhos, já que os desfechos positivos de suas aventuras são obtidos praticamente sem quaisquer interferências dos adultos. Nesse ponto, podemos afirmar que as obras, assim como em *Robinson Crusoe*, novela de 1719 escrita por Daniel Defoe (1660-1731), anunciam o individualismo como uma das características do homem moderno.

Nem abandonada, nem excessivamente livre, existem algumas crianças e adolescentes que vivem com suas famílias, frequentam a escola, convivem com os amigos e gozam de tempo e espaço para fugirem da realidade por meio da brincadeira e da fantasia. Estas crianças e adolescentes estão retratadas, por exemplo, em *Os Meninos da Rua Paulo*, escrito pelo húngaro Ferenc Molnár (1878-1952), publicado, pela primeira vez, em 1907.

2.3 A TERRA DA FANTASIA

Em Os Meninos da Rua Paulo, Molnár (2017) narra a história de dois grupos de adolescentes que disputam um terreno baldio em Budapeste, o “grund”. De um lado, os meninos da Rua Paulo – Boka, Csónakos, Géreb, Csele, Weiss, Kolnay, Barabás, Richter e Nemeček – que já usavam o local para suas brincadeiras; do outro, os camisas-vermelhas, liderado por Chico Áts e os irmãos Pásztor, que se reuniam em outro ponto da cidade, o Jardim Botânico, mas não tinham um espaço para brincar. O “grund” é assim definido:

Aquele pedacinho estéril de Budapeste, cheio de altos e baixos; aquela planíciezinha confinada entre dois edifícios que para suas almas juvenis significava o infinito, a liberdade; *prairie* americana de manhã, estepe húngara de tarde, oceano quando chovia,

polo Norte pelo inverno – em suma, o amigo de todos eles, que se transformava naquilo que eles queriam, só para diverti-los... (Molnár, 2017, p. 112).

Na Hungria, as décadas que antecederam a Primeira Guerra Mundial foram marcadas pelo rápido desenvolvimento da indústria, do comércio e do sistema ferroviário. De acordo com Lukacs (2009), no final do século XIX, Budapeste foi uma das cidades que mais cresceu na Europa, sendo que, de 1890 a 1900, a população do país aumentou 40%. Situado nesse contexto, o “grund” representava, na obra de Molnár, a negação dos efeitos dessa modernidade, que cada vez mais limitava os espaços e a liberdade da população infantojuvenil.

Ademais, “aquela planiciezinha confinada entre dois edifícios” constituía-se como um espaço no qual era possível experienciar a infância plenamente: brincar, fantasiar, divertir-se. Quando estavam no “grund”, os meninos ficavam apartados dos adultos – pais e professores da escola – e, conseqüentemente, dos limites e do inevitável caminho para o amadurecimento que eles representavam. Talvez, por esta razão, os meninos da Rua Paulo defendiam este espaço como se defendessem a pátria, inclusive simulando batalhas de guerra, porque defendê-lo significava, também, defender a infância.

Embora coadjuvantes no enredo, a escola e a família fazem parte do cotidiano dos adolescentes que protagonizam a história, como ilustram os excertos:

Era uma hora. A campainha elétrica entrou a berrar, e dessa vez até o professor tomou conhecimento do fim da aula... O portão despejava um magote de meninos que se espalhavam metade à direita, metade à esquerda, tirando o chapéu à passagem de um ou outro professor. Depois, dirigiam-se para casa, cansados e esfaimados, pela rua banhada de sol (Molnár, 2017, p. 23).

Anoitecera cedo, a escuridão era completa e os lampiões já estavam acesos. Os rapazes, que de costume saíam para seus brinquedos logo depois do almoço, ficaram enervados pelo insólito da hora. Em regra geral, eles não saíam à rua àquela hora, mas passavam o tempo em casa a estudar (Molnár, 2017, p. 61).

No que tange à família, são citadas, no decorrer da história, as profissões dos pais de alguns personagens, fornecendo-nos uma ideia da classe social a qual pertenciam: o pai de Kolnay era médico, o pai de Richter, advogado e o de Nemeček, alfaiate.

Com relação à escola, Lukacs (2009) destaca que, a partir do final do século XIX, houve um avanço expressivo relativo à educação em cidades como Buda e Peste, que, em 1873, formaram a capital da Hungria. Os esforços em melhorar e ampliar o acesso à educação resultou em declínio do analfabetismo de 33%, em 1870, para 10%, em 1900. Portanto, a escola, como retratada por Molnár, era um ambiente comum a uma parcela das crianças e adolescentes daquele país.

Na obra, observamos ainda a preocupação com a educação moral dos adolescentes, ilustrado, por exemplo, quando o pai de Geréb procura os meninos da Rua Paulo a fim de confirmar se seu filho tinha traído os amigos ou se era um “rapaz de bem”.

Por fim, diante de ordem expressa, de minha parte, confessou que vocês o acusavam de traição. Eu então lhe disse: “Pois vou agora mesmo pegar o chapéu e avistar-me com esses rapazes. Falarei com eles e perguntarei o que há de verdade nessa história. Se não for verdade, exigirei que te peçam perdão. Mas se for verdade, vais ver, pois teu pai tem sido em toda a vida homem de bem, e não admitirá que o filho se torne traidor dos amigos”. Foi o que eu lhe disse (Molnár, 2017, p. 155).

Aliás, são muitos os valores abordados por meio dos personagens: lealdade, coragem, honra, sacrifício, amizade. Nemecek é o personagem que melhor simboliza essas virtudes. Ele é descrito como um menino pequeno e franzino e, na hierarquia do exército de faz-de-conta criado pelo grupo, era o único a ocupar a posição mais baixa: a de “soldado raso”, portanto, devia obediência a todos e tinha sua conduta repreendida constantemente. Estas características não o impediram de ir, sozinho, espionar o grupo rival, levando-o a ser castigado pelos camisas-vermelhas que o fizeram “tomar um banho” no lago. Tal episódio levou Nemecek a adoecer, mas, mesmo muito doente, ele fugiu de casa para defender o “grund” no dia da batalha contra os camisas-vermelhas e, mais que isso, foi ele quem lutou com o líder do grupo rival e o derrotou. Tamanho esforço lhe custou a vida. A doença se agravou e Nemecek faleceu dias depois.

A morte do amigo fez brotar nos meninos da Rua Paulo um sentimento desconhecido, que destoava da alegria que desfrutavam até então: “Olhavam para os passarinhos, para o quintal, sem compreender. Sabiam que o seu amiguinho tinha morrido, mas não entendiam aquilo, e entreolhavam-se como pessoas espantadas ante algo muito estranho, muito incompreensível, que nunca viram” (Molnár, 2017, p. 245). Na obra, a morte deste personagem pode ser interpretada como o processo de amadurecimento pelo qual todos precisam passar para

chegarem à vida adulta. Esta passagem para a vida adulta é ainda sinalizada no final da história, quando Boka, líder do grupo, descobre que será construído um edifício no “grund”:

– Que é isso? – perguntou ele.

Iano olhou:

– Isso? É do Sr. Arquiteto.

– Que Sr. Arquiteto?

– Sr. Arquiteto Construtor.

Boka sentiu um aperto no coração.

– Construtor? Que é que ele vem fazer aqui?

Iano soltou uma baforada do cachimbo:

– Vão fazer construção.

– Aqui?

– Sim, senhor. Segunda-feira vem muito operário... cava grund... faz adega, alicerce.

– O que? – gritou Boka. – Vão levantar um edifício?

– Edifício, sim senhor – disse o Eslovaco, indiferente. – Edifício de três andares... dono do “grund” manda fazer... (Molnár, 2017, pp. 250-251).

O fim do “grund” simbolizava, também, o fim da infância.

No início do século XX, a literatura infantojuvenil brasileira abordou igualmente essa infância fantástica. Monteiro Lobato (1882-1948), um dos principais expoentes da literatura daquele período, fez um sítio se transformar em palco para diversas aventuras imaginárias protagonizadas por Narizinho, Pedrinho e a boneca Emília, sempre com o apoio e a compreensão dos adultos. Em *Reinações de Narizinho*, Lobato retrata, dentre outras questões, a preocupação de muitos intelectuais da época com a infância, os quais associavam a criança ao progresso da nação.

2.4 A TERRA DO PROGRESSO

Reinações de Narizinho reúne histórias escritas por Monteiro Lobato entre 1920 e 1931, ano de sua publicação. A obra narra as aventuras fantásticas protagonizadas por Lúcia, a “menina do nariz arrebitado”, sua boneca Emília e seu primo Pedrinho. O palco dessas aventuras é o Sítio do Pica-Pau Amarelo, onde Narizinho (apelido carinhoso dado a Lúcia), que

vive com sua avó, Dona Benta e Tia Nastácia, negra que cozinha e faz um pouco de tudo no sítio.

O sítio é um lugar encantado, onde Narizinho, Pedrinho e Emília gozam de liberdade para fantasiar e viver estas fantasias. No sítio, portanto, tudo é possível: o ribeirão torna-se o Reino das Águas Claras, a boneca Emília toma uma pílula que a faz falar, um leitão (Rabicó) e um sabugo de milho (Visconde de Sabugosa) ganham características humanas. Eles interagem com personagens de outros livros e do cinema (Carochinha, Pequeno Polegar, Peter Pan, Gato de Botas, Gato Félix, Branca de Neve e Bela Adormecida, por exemplo); viajam para outros mundos com o pó de pirlimpimpim; e, conseguem até modificar histórias, como Emília fez com a fábula de La Fontaine, A Cigarra e a Formiga.

Todo esse faz de conta ocorre com a aquiescência e a participação dos adultos. É tia Nastácia quem confecciona Emília e o Visconde de Sabugosa. Já Dona Benta, além de contar histórias aos netos, contribuindo para despertar neles a imaginação, escuta-os e não os repreende, deixando-os transitar, livremente, entre o mundo imaginário e a realidade. O estímulo às fantasias dos netos é tanto que, em uma passagem, Dona Benta expressa sua confusão entre o que é sonho e o que é realidade:

— Já não entendo estes meus netos. Fazem tais coisas que o sítio está virando livro de contos da Carochinha. Nunca sei quando falam de verdade ou de mentira. Este casamento com peixe, por exemplo, está me parecendo brincadeira, mas não me admirarei se um belo dia surgir por aqui um marido-peixe, nem que esta menina me venha dizer que sou bisavó duma sereiazinha... (Lobato, 1993, p. 55).

Mais que isto, Dona Benta chega a participar das aventuras criadas pelos netos. Há um episódio no qual Narizinho e Pedrinho voltam do País das Fábulas, onde conheceram La Fontaine, e contam o feito à avó. Ela, então, diz que gostaria de ter ido com eles e conhecido o fabulista pessoalmente. Ao dizer isto, Pedrinho a convida para ir com eles ao País das Fábulas. Dona Benta demonstra alguma resistência, mas após alguns dias, aceita o convite:

A ideia de conhecer pessoalmente o senhor de La Fontaine virou duma vez a cabeça da boa senhora. Três dias passou a pensar naquilo, vai, não vai, sem ânimo de decidir-se. Pedrinho, porém, tanto insistiu que... — Vou, menino, vou! — disse ela afinal. — Mas pelo amor de Deus não me atropele mais. As crianças ficaram num delírio. Levarem sua

querida vovó ao País das Fábulas foi coisa que nem em sonhos lhes passara pela cabeça (Lobato, 1993, p. 154).

Notamos, portanto, que a relação estabelecida entre a avó e os netos não é baseada no autoritarismo do adulto para com a criança, a relação entre os adultos e as crianças é simétrica, ou seja, não atende à lógica de que o adulto manda e a criança obedece. Dona Benta dá voz às crianças, tem paciência para escutá-las e lhes dá atenção. É assim que ela as educa e não pelo exercício do poder e dos castigos físicos, relação que é ilustrada em uma discussão entre Emília e Narizinho: “— Princesa!... Princesa que ainda toma palmadas de dona Benta e leva pitos da negra beijuda! E tira ouro do nariz... Antipatia!... Calúnias puras. Narizinho nem tomava palmadas, nem levava pitos, nem tirava ouro do nariz. Emília, sim...” (Lobato, 1993, p. 34).

A infância retratada em *Reinações de Narizinho* era diversa à infância vivenciada por parte das crianças da elite brasileira entre o final do século XIX e início do século XX, a qual era educada, com frequência, para se comportar como pequenos adultos. É o que revela Olavo Bilac em uma crônica sobre a própria infância, escrita à *Gazeta de Notícias* em 1908:

Todas essas notícias e todos esses acontecimentos que falam [***] e de mocidade, me vieram lembrar esta cousa triste: que nunca fui verdadeiramente menino e nunca fui verdadeiramente moço. A cousa não teria importância, se fosse uma desgraça acontecida a mim somente: mas foi uma desgraça que aconteceu a toda uma geração. Toda a gente do Rio, que tem hoje a minha idade, deve estar sentindo, ao ler estas linhas, a mesma tristeza.

Fomos todos criados para gente macambúzia, e não gente alegre.

Nunca nos deixaram gozar essas duas quadras deliciosas da vida em que o existir é um favor divino. Os nossos avós e os nossos pais davam-nos a mesma educação que haviam recebido: cara amarrada, palmatória dura, estudo forçado, e escravização prematura à estupidez das fórmulas, das regras e das hipocrisias.

Tudo quanto era divertimento, estroinice, namoro, surto para o ideal e para a liberdade, tinha de ser feito às escondidas. Aos dezesseis anos, ainda éramos tratados como meninos; e éramos profundamente hipócritas, e abominavelmente perversos, fingindo, por medo do castigo, uma inocência que já fora atirada às urtigas. . .

“É preciso estar quieto! é preciso ser sério! é preciso ser homem!”

Tanto nos recomendavam isso, que ficamos homens antes do tempo. E que homens! Céuticos, tristes, de um romantismo doentio... (Bilac, 2006, p. 895-896).

Por meio deste depoimento pessoal, podemos interpretar o retrato de infância narrado por Lobato em *Reinações de Narizinho* como uma crítica à forma como uma parcela das crianças era educada naquele período, ou seja, a criança passiva, sujeita a castigos físicos e reprodutora dos comportamentos considerados desejáveis pelos adultos. É possível inferir que, se fosse permitida mais liberdade à criança, ela poderia ter um papel ativo em sua própria aprendizagem, fazendo desse processo um evento prazeroso. Crítica semelhante era sinalizada em algumas publicações da época voltadas ao público feminino. No *Livro das Noivas* de 1914, por exemplo, encontramos orientações fundamentadas nos princípios higienistas que abarcam desde os preparativos para o casamento até a educação das crianças. Em um dos capítulos, Almeida (1914, pp. 196-197) reprova a forma como muitas mães educavam seus filhos:

Há outras mães então de uma severidade pouco proveitosa e de uma aspereza verdadeiramente inconcebível! Para essas as crianças hão de se portar nas salas como pessoas grandes, numa correção de postura contrafeita, mas conforme a todas as regras da civilidade! Essas têm para cada travessura um ralho, fazem tremer com um simples olhar e batem frequentemente nas pobres crianças, esquecendo-se de que esse castigo é o mais feio e o mais imoral que se pode infligir a uma criatura.

A autora alerta, no entanto, que o excesso de condescendência, por sua vez, é uma atitude prejudicial à educação das crianças, orientando: “Devemos conceder-lhes muito mas não conceder-lhes tudo” (Almeida, 1914, p. 196). Continuando suas colocações sobre a educação das crianças, apregoa que é inútil iniciar muito cedo o ensino de coisas complicadas pensando em torná-las prodígio, porque pode correr o risco de provocar nelas a aversão pelo estudo. O ideal seria deixar “avigorar-se o espírito das crianças” e, ao ensiná-las, tomar o “cuidado paciente de envolver o trabalho na alegria, na distração, que o torne ameno e até desejado” (Almeida, 1914, p. 200).

De acordo com Santos (2008) e Sousa (2009), a concepção dessa criança espontânea, com vontade própria, questionadora das normas e incólume ao autoritarismo adulto é representada na obra lobatiana, sobretudo através da personagem Emília. A boneca, segundo Sousa (2009, p. 83), representaria o indivíduo moderno, condizente ao novo país almejado na época. Este indivíduo deveria ser “pragmático, independente e capaz de questionar sem as amarras da tradição” e, nas obras de Lobato, “é a Emília a quem cabe este papel, localizado no futuro, e na utopia”.

Diferente de Emília, Narizinho, embora descrita como uma criança esperta, que subia em árvores e cheia de imaginação, detinha as qualidades femininas propagadas na época como necessárias ao progresso da nação. Narizinho é amável, educada, discreta e, apesar da pouca idade, já sabia cozinhar:

Dona Benta é a mais feliz das vovós, porque vive em companhia da mais encantadora das netas – Lúcia, a menina do narizinho arrebitado, ou Narizinho como todos dizem. Narizinho tem sete anos, é morena como jambo, gosta muito de pipocas e já sabe fazer uns bolinhos de polvilhos bem gostosos (Lobato, 1993, p. 3).

Na história, Narizinho também assume um relacionamento com um peixe, o príncipe Escamado do Reino das Águas Claras e são realizados todos os preparativos para o casamento, como a confecção do vestido e a organização da festa.

Entre o final do século XIX e início do século XX, encontramos algumas publicações voltadas ao público feminino cujo teor era a formação da mulher dedicada ao lar, à família, à caridade e à educação dos filhos. Dessa “boa educação” dependia, inclusive, o futuro da pátria, já que caberia à mulher a formação da criança sadia, física e moralmente. Além do já citado *Livro das Noivas*, de Júlia Lopes de Almeida, uma publicação similar da autora, intitulada *O Livro das Noivas: de receitas e conselhos domésticos*, de 1929, é descrito como um “repositório de preciosas informações para a vida do lar”, contemplando “conselhos higiênicos de mestres balizados, receitas culinárias absolutamente comprovadas, literatura leve, além de informações de grande utilidade e interesse”, consistindo, portanto, em uma obra criada “em benefício da família brasileira” (Almeida, 1929, p. 3).

Com a missão de instruir e moralizar o público feminino, o impresso *Álbum das Meninas: revista educativa e literária dedicada às jovens brasileiras (1898-1901)* defendia, entre outras coisas, a instrução à mulher. Referia-se, todavia, a uma instrução cujo intuito era torná-la mais preparada para a vida doméstica, para a educação dos filhos e para a compreensão do marido:

A mulher, seja qual for a classe social a que pertença, deve ser instruída, saber todas as prendas domésticas e aprender uma profissão que lhe possa garantir a existência no caso de necessidade, e para esse fim estabelece em resumo os limites desses reconhecimentos conforme a posição de fortuna de cada uma (Franco, 1898, p. 40).

Visto que, com o auxílio de uma instrução séria e refletida, a mulher pode ser iniciada em todos os estudos que pertencem aos homens, para os poder compreender e escutá-los com prazer, e ainda mais para saber sofrer as adversidades e ajudar os seus a suportá-las. Não é, porém, para as ciências abstratas que se deve dirigir a sua cabeça já um tanto exaltada e impressionável. A mulher deve ser instruída, mas não sábia (Franco, 1898, p. 41).

Nestes excertos, observamos que a diferença de gênero implicava em diferentes formas de educação e funções sociais para um e para o outro sexo:

O homem é toda força, pujança, energia, a mulher toda graça, suavidade, brandura. Esta representa o lado doce, melodioso e poético da vida, aquele as suas lutas e suas crises, as suas tempestades e suas tragédias... O homem é harmonia psicológica engendrada na fragua viva onde o pensamento se caldeia – na meditação, no estudo, no suor amargo, mas fecundante do trabalho; a mulher é a harmonia plástica, bebida, com os alentos da mariposa, nos festivais da natureza – nos prados, nos vergéis, nas brisas, nas flores (Mendes, 1898, pp. 55-56).

Esta diferença está presente em *Reinações de Narizinho*, visto que Pedrinho frequenta a escola e, quando vem ao sítio nas férias, chega sozinho à estação e desloca-se ao sítio a cavalo, sem a companhia de adultos. Ao chegar, Narizinho e Pedrinho conversam e especificam algumas características pertencentes às meninas e outras aos meninos:

— Como adivinhou, Narizinho?

A menina deu uma risada gostosa.

— Grande coisa! Adivinhei porque conheço você. Fique sabendo, seu bobo, que as meninas são muito mais espertas que os meninos...

— Mas não têm mais muque! — replicou ele com orgulho, fazendo-a apalpar a dureza do seu bíceps que a ginástica escolar havia desenvolvido. E concluiu: — Com este muque e a sua esperteza, Narizinho, quero ver quem pode com a nossa vida! (Lobato, 1957, p. 50).

Mediante o retrato desses personagens, sinaliza-se que, nem sempre, a infância era vivenciada da mesma maneira por “meninos” e por “meninas”.

Ao contrário de Monteiro Lobato, outros autores brasileiros do século XX criaram enredos sobre crianças e adolescentes que se configuram como a antítese do progresso e cujas circunstâncias de vida impossibilitam a brincadeira, a diversão e a incursão no mundo de fantasias. Para essas crianças e adolescentes, a infância tem uma duração muito curta ou é inexistente, como ilustram Jorge Amado (1912-2001) em *Capitães da Areia* e José Mauro de Vasconcelos (1920-1984) em *O Meu Pé de Laranja Lima*.

2.5 A TERRA DOS HOMENS

Capitães da Areia, escrito por Jorge Amado e publicado em 1937, narra a história de um grupo de crianças pobres e abandonadas, entre nove e dezesseis anos, as quais viviam em um trapiche abandonado no cais de Salvador-BA. Para sobreviverem, o grupo, liderado pelo personagem Pedro Bala, realizava furtos e roubos na cidade. Em vários momentos, o autor compara os comportamentos dos integrantes dos Capitães da Areia, tais como o furto, a malandragem e a iniciação sexual precoce a comportamentos de “homens”, mostrando ao leitor que a infância daqueles meninos era bem diferente da concepção ideal de infância, entendida como uma fase de inocência e alegrias tal como fora retratada, por exemplo, por Casimiro de Abreu (1839-1860), no poema *Meus Oito Anos*. No decorrer de todo o livro, são raras as passagens que aproximam os Capitães da Areia ao universo infantil. Uma delas é descrita quando os meninos conseguem usufruir dos brinquedos em um parque de diversões, depois de encerradas suas atividades:

Pela madrugada os Capitães da Areia vieram. O Sem-Pernas botou o motor para trabalhar. E eles esqueceram que não eram iguais às demais crianças, esqueceram que não tinham lar, nem pai, nem mãe, que viviam de furto como homens, que eram temidos na cidade como ladrões. Esqueceram as palavras da velha de Iorgnon. Esqueceram tudo e foram iguais a todas as crianças, cavalgando os ginetes do carrossel, girando com as luzes (Amado, 2009, p. 79-80).

Jorge Amado evidencia a existência dessas diferentes infâncias em sua obra ao narrar a estadia do personagem Sem-Pernas na casa de uma família rica, onde ele tinha comida, roupas, um quarto para dormir e o carinho de dona Ester. O autor também mostra essa diferença por

meio da personagem Dora, que, após o falecimento dos pais, vai procurar emprego na casa de uma família abastada, onde vê os filhos dos proprietários se divertindo no jardim.

No Brasil, as mazelas ligadas à infância datam da colonização e atravessaram os séculos, como explica Del Priore (2012, pp. 247-248):

Os primeiros “vagabundos” conhecidos eram crianças brancas recrutados pelos portos de Portugal, para trabalhar como intermediários entre os jesuítas e as crianças indígenas, ou como grumetes nas embarcações que cruzavam o Atlântico. No século XVIII, terminada a euforia da mineração, crianças vindas de lares mantidos por mulheres livres e forras, perambulavam pelas ruas, vivendo de expedientes muitas vezes escusos, — os nossos atuais “bicos” — e de esmolas. As primeiras estatísticas criminais elaboradas em 1900 já revelam que esses filhos da rua, chamados durante a Belle Époque de “pivettes”, eram responsáveis por furtos, “gatunagem”, vadiagem e ferimentos, tendo na malícia e na esperteza as principais armas de sobrevivência.

Entre o final do século XIX e o início do século XX, o contingente de crianças e adolescentes que fazia da rua sua morada e se envolviam em diversos tipos de crimes, sobretudo nas grandes cidades, vinculava-se ao contexto de crescimento urbano e populacional, ao processo de industrialização e ao fim do escravismo⁸. Sem infraestrutura adequada para comportar o ritmo desse crescimento, os problemas sociais e de saúde se agravaram. Em cidades como São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, em prol do processo civilizatório apregoado pelas autoridades republicanas, a população pobre foi expulsa dos centros das cidades, com a destruição de muitos casebres e favelas. As epidemias de doenças se tornaram corriqueiras. Apesar de atingir toda a população, os grandes alvos dessas epidemias “além dos sertanejos, caipiras e populações do interior – foram os ex-escravos, os habitantes pobres das cidades, os moradores dos cortiços e favelas, os imigrantes, trabalhadores e camponeses” (Schwarcz & Starling, 2015, p. 330). Esta questão é ilustrada em alguns capítulos de *Capitães da Areia*, nos quais é narrada uma epidemia de varíola (alastrim e bexiga), que, inclusive, atingiu alguns integrantes do grupo e levou a personagem Dora e o irmão a morarem na rua depois que a

⁸ De acordo com Fausto (2001), o número de pessoas envolvidas em atividades na área da indústria passou de 7% em 1872 para quase 14% em 1920. Os imigrantes constituíram um marco importante nesse processo, sendo que cerca de 3,8 milhões de estrangeiros entraram no país entre 1887 e 1930.

doença matou sua mãe. Nesta passagem do livro, é mencionado que a população pobre era a mais atingida, já que os ricos tinham acesso à vacina.

Tais circunstâncias não combinavam com o projeto de modernização do país, demandando intervenções por parte das autoridades. Muitas das intervenções se voltaram à infância, por ser a criança considerada o futuro da nação, como observamos nas palavras do Senador Lopes Trovão, durante um discurso proferido em 1896: "Por isso, senhores, como recurso supremo, eu me volto para a infância – os pequeninos de hoje serão os grandes de amanhã; é nela que ponho as esperanças da grandeza do atual regime pela regeneração da pátria" (Moncorvo Filho, 1927, p. 131). O mesmo posicionamento era defendido pelos higienistas⁹, como ilustra a declaração do médico Vicente Baptista (1930, p. 148):

Uma população doente é fraca... Os fracos serão fatalmente espezinhados. Qual será o futuro do Brasil com os homens de hoje e de amanhã, provavelmente tão ou mais enfermiços? Sobre nosso destino está suspensa uma espada terrível: ou nos defenderemos amparando energicamente a infância, ou entregaremos o nosso solo para que dele cuide um outro povo mais forte.

No âmbito jurídico, a situação da infância¹⁰ suscitou a criação de uma legislação específica, assim como já havia ocorrido em outros países. No Brasil, o Código de Menores de 1927, promulgado através do Decreto n. 17.943-A, versava sobre a regulamentação das medidas de assistência às crianças abandonadas e delinquentes, estabelecendo a criação de escolas de preservação para os menores de 14 anos que não possuíssem família; e as escolas de reforma para os delinquentes entre 14 e 17 anos. Destacamos, portanto, que se tratava de uma lei direcionada a um segmento específico da infância brasileira –, a infância retratada por Jorge Amado por meio dos Capitães da Areia.

⁹ De forma sucinta, podemos pontuar que os higienistas eram médicos e intelectuais, em geral, integrantes da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), entidade civil, fundada em 1923, que tinha entre as suas finalidades a prevenção das enfermidades mentais, o amparo aos egressos dos manicômios e a “melhoria progressiva nos meios de assistir e tratar os doentes nervosos e mentais em asilos públicos, particulares ou fora deles” (Liga Brasileira de Higiene Mental, 1925, p. 223).

¹⁰ Pelo Código Penal de 1890, no Brasil, crianças a partir dos nove anos estavam sujeitas às mesmas penas aplicadas aos adultos. Assim, era corriqueira a veiculação de notícias nos jornais da época sobre a participação de crianças e adolescentes em variados crimes. De acordo com anais de 1917 do Arquivo do Senado, das 16 mil pessoas presas nas cadeias do Rio de Janeiro entre 1907 e 1912, 1,5 % tinham idade de até 15 anos e 14,9%, entre 16 e 20 anos. Em 1926, um caso publicado pelo Jornal do Brasil ganhou repercussão nacional. Trata-se do menino Bernardino que, aos 12 anos, foi preso após jogar graxa em um cliente que não o pagou. Ele foi preso em uma cela com 20 adultos, sofrendo diversas formas de violência, incluindo estupro. Tal fato teria impulsionado a aprovação do Código de Menores de 1927, cujo teor já vinha sendo discutido nos anos anteriores, por meio do qual estipulou-se que uma pessoa só responderia criminalmente a partir dos 18 anos (Westin, 2015).

O debate sobre as causas da criminalidade infantil está presente na obra de Jorge Amado, como ilustra o episódio em que o personagem Pedro Bala é detido pela polícia:

É o chefe dos tais Capitães da Areia. Veja... O tipo do criminoso nato. É verdade que você não leu Lombroso... Mas se lesse, conheceria. Traz todos os estigmas do crime na face. Com essa idade já tem uma cicatriz. Espie os olhos... Não pode ser tratado como um qualquer (Amado, 2009, p. 196).

Este excerto mostra uma das teorias vigentes na época no que tange às discussões sobre as causas da criminalidade: a causa natural, ou seja, de origem biológica e hereditária. Segundo Schwarcz e Starling (2015, p. 329) “teorias como o darwinismo racial e mesmo a antropologia criminal de Cesare Lombroso faziam muito sucesso no país”, influenciando muitos profissionais tais como o médico Nina Rodrigues que, em 1894, publica a obra intitulada *As raças humanas e a responsabilidade penal*, na qual defende a existência de códigos penais diferenciados para brancos e negros. Estas teorias eram partilhadas por muitos higienistas, como observamos, por exemplo, em Ernani Lopes (1930b) e Heitor Carrilho (1925, 1930):

A população das prisões é composta, na sua maioria, de anormais e portadores de constituições psicopáticas, predispostos a estados e reações mentais patológicas. Ali deparamos os amorais que vivem em plena iminência delituosa, pela deficiência e perversão das faculdades éticas, que não lhe permitem a adaptação ao espírito das Leis. (Carrilho, 1930, p. 79).

Em *Capitães da Areia*, Jorge Amado enfatiza as questões de ordem social, sobretudo a desigualdade, como produtoras da criminalidade e outras mazelas ligadas à infância. Tal posicionamento consta em algumas passagens:

O padre José Pedro dizia que a culpa era da vida e tudo fazia para remediar a vida deles, pois sabia que era a única maneira de fazer com que eles tivessem uma existência limpa. Porém uma tarde em que estava o padre e estava o João Adão, o doqueiro disse que a culpa era da sociedade mal organizada, era dos ricos... Que enquanto tudo não mudasse, os meninos não poderiam ser homens de bem (Amado, 2009, pp. 107-108).

Na véspera o surraram na polícia. Suas costas estão negras, seu peito ferido, o rosto inchado. Por isso o diretor [do reformatório] disse que ele tinha cara de criminoso. Não tem, não. Ele quer é liberdade. Um dia um velho disse que não se mudava o destino de ninguém. João de Adão disse que se mudava, sim, ele acreditara em João de Adão. Seu pai morrera para mudar o destino dos doqueiros. Quando ele sair, irá ser doqueiro também, lutar pela liberdade, pelo sol, por água e de comer para todos (Amado, 2009, p. 200).

Vale destacar que o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX foram marcados por inúmeros movimentos e revoltas no Brasil, alavancados pela população que fora deixada à margem da sociedade. Como exemplo, citamos a Guerra de Canudos (1896-1897), a Revolta da Chibata (1910), as greves operárias, entre outros. *Capitães da Areia* dá destaque à greve dos doqueiros e ao cangaço, cujo ápice no Brasil ocorreu entre as décadas de 1920 e 1940.

Ainda no que tange à criminalidade, outro ponto abordado na obra de Jorge Amado foram as medidas visando à regeneração da delinquência infantil, assinalado na obra quando Pedro Bala vai para o reformatório e o colocam para trabalhar na lavoura de cana. Esta era outra concepção defendida naquela época. No Código de Menores de 1927, era previsto que o “menor” abandonado ou delinquente poderia ser internado nas escolas de preservação ou nas escolas de reforma, dependendo do caso e da avaliação do Juiz. Nas escolas de reforma, o trabalho era utilizado como uma das principais ferramentas para atingir a regeneração. Porém, como destacado no próprio livro, dificilmente, essas instituições atingiam o objetivo proposto:

O padre José Pedro bem sabia que não podia acenar com o reformatório àquelas crianças. Ele conhecia demais as leis do reformatório, as escritas e as que se cumpriam. E sabia que não havia possibilidade de nele uma criança se tornar boa e trabalhadora (Amado, 2009, p. 72).

De fato, em muitos casos, tais medidas se configuraram, na prática, como violência e exploração do trabalho infantil, como mostra Aguilar Filho (2011). Em sua pesquisa, o autor recupera a história de cinquenta meninos órfãos ou abandonados, em sua maioria negros, entre 9 e 11 anos, que viviam sob a tutela do Juizado de Menores do Distrito Federal na década de 1930. Com o aval da justiça, eles foram transferidos de um educandário no Rio de Janeiro para fazendas localizadas no interior do estado de São Paulo, onde foram submetidos a trabalhos

exaustivos, cárcere, castigos físicos e constrangimentos diversos. Destes meninos, alguns morreram no cárcere, outros fugiram e os demais ganharam a liberdade muitos anos depois.

Quanto aos integrantes dos Capitães da Areia, com o tempo, eles foram crescendo e diversos foram seus destinos: alguns morreram; Pirulito tornou-se frade; Professor encontrou uma pessoa que o ajudou a ser artista no Rio de Janeiro; Pedro Bala tornou-se organizador de greves; Volta Seca entrou para o cangaço e, após matar muitos homens, foi preso. Outros tantos continuaram vagabundeando pelas ruas e sobrevivendo como podiam, roubando, trapaceando ou vivendo às custas de mulheres casadas. Mas como ressaltado por Amado (2009, p. 235), eles cresceram apenas no tamanho, porque a realidade não lhes permitiu conhecer e desfrutar a infância. Na verdade, eles sempre viveram como homens.

Pedro sorriu. Era outro que ia. Não seriam meninos toda vida... Bem sabia que eles nunca tinham parecido crianças. Desde pequenos, na arriscada vida da rua, os Capitães da Areia eram como homens, eram iguais a homens. Toda a diferença estava no tamanho. No mais eram iguais: amavam e derrubavam negras no areal desde cedo, furtavam para viver como os ladrões da cidade. Quando eram presos, apanhavam surras como homens. Por vezes assaltavam de armas na mão como os mais temidos bandidos da Bahia. Não tinham também conversas de meninos, conversavam como homens. Sentiam mesmo como homens. Quando outras crianças só se preocupavam com brincar, estudar livros para aprender a ler, eles se viam envolvidos com acontecimentos que só os homens sabiam resolver. Sempre tinham sido como homens, na sua vida de miséria e de aventura, nunca tinham sido perfeitamente crianças. Porque o que faz a criança é o ambiente de casa, pai, mãe, nenhuma responsabilidade. Nunca eles tiveram pai e mãe na vida de rua. E tiveram sempre que cuidar de si mesmos, foram sempre os responsáveis por si. Tinham sido sempre iguais a homens.

Conforme já citamos, há crianças e adolescentes que até experienciam as benesses associadas à condição infantojuvenil, mas por um período muito curto. E, assim como Zezé, personagem de *O Meu Pé de Laranja Lima*, acabam se tornando homens cedo demais.

2.6 A TERRA DA PRECOCIDADE

O Meu Pé de Laranja Lima, escrito por José Mauro de Vasconcelos (1920-1984), foi publicado em 1968, momento em que o Brasil era governado pelos militares. De acordo com Schwarcz e Starling (2015, p. 451), o plano de desenvolvimento econômico dos militares “deu prioridade a um programa de estímulo ao investimento estrangeiro e de incentivo às exportações por meio da desvalorização do cruzeiro em relação ao dólar” associada “a uma dura política de estabilização: controle dos salários, redução da idade legal mínima de trabalho, fim da estabilidade no emprego através da criação do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), repressão aos sindicatos, proibição de greves”, o qual limitou as ações dos sindicatos em defesa dos direitos e das condições de vida dos trabalhadores.

Tais medidas, de fato, impactaram a economia, provocando a diminuição da inflação e um crescimento cujos índices fizeram o período ser denominado pelo governo como “milagre econômico brasileiro”. Contudo esse “milagre” não ocorreu sem consequências. Uma delas foi “um aumento vertiginoso da dívida externa”; a outra foi “um processo acentuado de concentração de renda, resultado de uma política salarial restritiva, em que os ganhos de produtividade não eram repassados para os trabalhadores” (Schwarcz & Starling, 2015, p. 453). A desigualdade social foi uma das características do Brasil no século XX, porque, embora a riqueza total no período tenha crescido quase doze vezes em relação à população, a distribuição dessa riqueza piorou a partir da última metade do século. Em 1960, “o rendimento recebido pelos 10% mais ricos era 34 vezes o obtido pelos 10% mais pobres” e, na virada do século XX para o século XXI “o 1% mais rico dos brasileiros ganhava praticamente o mesmo que os 50% mais pobres” (Gois e Escóssia, 2003, para. 1).

Em *O Meu Pé de Laranja Lima*, Vasconcelos retrata o sofrimento de crianças que vivenciam os efeitos da desigualdade socioeconômica. Zezé, o protagonista da história, é uma criança de cinco anos, membro de uma família numerosa e pobre da periferia do Rio de Janeiro. A dinâmica familiar perpassa toda a história e, já nos primeiros capítulos, é assim apresentada:

Lá em casa cada irmão mais velho criava um mais moço. Jandira tomara conta de Glória e de outra irmã que fora dada para ser gente no Norte. Antônio era o quindim dela. Depois Lalá tomara conta de mim até bem pouco tempo. Até ela gostava de mim, depois parece que enjoou ou ficou muito apaixonada pelo namorado dela que era um almofadinha igualzinho ao da música: de calça larga e paletó curtinho. . . Meus outros

dois irmãozinhos morreram pequenos e eu só ouvi falar deles. . . Depois então vinha o meu irmãozinho Luís. Esse quem tomava mais conta dele era Glória e depois eu (Vasconcelos, 1975, p. 13).

Especificamente sobre as condições de vida, trata-se de uma família na qual o pai está desempregado e a mãe acaba se configurando como a pessoa responsável pelo sustento da família, trabalhando junto com a filha em uma tecelagem. Segundo Fonseca (1997), no século XX, eram altas as taxas de mulheres que exerciam a função de chefes-de-família nos grupos mais pobres da população brasileira, sendo a indústria têxtil um dos setores que mais incorporavam esta mão de obra. Apesar da pouca idade, Zezé, aos poucos, era apresentado pelos irmãos a esta realidade:

– Você que quer saber tudo não desconfiou o drama que vai lá em casa. Papai está desempregado, não está? Ele faz mais de seis meses que brigou com Mister Scottfield e puseram ele na rua. Você não viu que Lalá começou a trabalhar na Fábrica? Não sabe que Mamãe vai trabalhar na cidade, no Moinho Inglês? Pois bem, seu bobo. Tudo isso é pra juntar um dinheiro e pagar o aluguel dessa nova casa. A outra, Papai já está devendo bem oito meses. Você é muito criança para saber dessas coisas tristes (Vasconcelos, 1975, p. 8).

No Natal, a família de Zezé só passou com rabanadas e café. Ninguém ganhou presentes. Zezé até tentou buscar alguns com o irmão em um local onde distribuiriam brinquedos às crianças pobres, mas chegaram tarde e já havia acabado tudo. Ao conversar com o irmão Antônio (cujo apelido era Totoca), este questionava a diferença que o Menino Jesus fazia entre ricos e pobres:

— Pois então. Todo mundo é bom na família. E por que o Menino Jesus não é bom pra gente? Vai na casa do Dr. Faulhaber e veja o tamanho da mesa cheia de coisas. Na casa dos Villas-Boas, também. Na casa do Dr. Aducto Luz, nem se fala... Pela primeira vez eu vi que Totoca estava quase chorando. — Por isso que eu acho que o Menino Jesus só quis nascer pobre para se mostrar. Depois Ele viu que só os ricos é que prestavam... Mas não vamos mais falar disso. Pode ser até que o que eu falei seja um pecado muito grande (Vasconcelos, 1975, p. 28).

Zezé também descobriu a desigualdade entre uns e outros de outra forma. O menino colocou suas meias do lado de fora, esperando que, por um milagre, recebesse algum presente de Natal. Mas no outro dia, viu que continuavam vazias e queixou-se a Totoca: “Como é ruim a gente ter pai pobre!” (Vasconcelos, 1975, p. 30). O pai acabou ouvindo o comentário e, ao perceber a tristeza no olhar do pai, Zezé, em pleno dia de Natal, pega o material que ele e Totoca usavam, algumas vezes, para engraxar sapatos e sai pela cidade tentando juntar dinheiro para comprar um presente para o pai. Ele conseguiu alguns trocados, engraxando os sapatos, e também recebeu esmolas de algumas pessoas. No caminho, ele passou em frente a uma casa e reconheceu a criança que lá brincava com sua bicicleta nova:

Serginho era da idade e da mesma aula que Totoca. Fiquei com vergonha dos meus pés descalços porque ele calçava uns sapatos de verniz, usava meia branca e ligas de elástico vermelho. O brilho do sapato refletia tudo. Até os olhos de Papai começaram a me olhar no brilho. Engoli em seco. — Que foi, Zezé? Você está esquisito. — Nada. De perto ela é mais bonita. Você ganhou de Natal? — Ganhei. Ele desceu da bicicleta para conversar melhor e abriu o portão. — Ganhei foi coisa. Uma vitrola, três ternos, um monte de livros de histórias, caixa de lápis de cor das grandes. Uma caixa com todos os jogos, um avião que mexe a hélice. Dois barcos com vela branca... Abaixei a cabeça e me lembrei do Menino Jesus que só gostava de gente rica como Totoca falara. — Que foi, Zezé? — Nada. — E você... ganhou muita coisa? Balancei a cabeça, negativamente, sem poder responder. — Mas nada? Nada mesmo? — Esse ano não houve Natal lá em casa. Papai ainda está desempregado. — Não é possível. Vocês nem tiveram castanhas, avelãs, nem vinho?... (Vasconcelos, 1975, p. 33).

O enredo da obra centra-se na amizade entre Zezé e um pé de laranja-lima, recriando um contexto no qual as relações humanas encontravam-se fragilizadas. O autor relaciona o desgaste das relações humanas a circunstâncias de ordem social. As condições de vida da família de Zezé não possibilitavam que ele recebesse muita atenção da família. Tal fato é explicitado, por exemplo, em uma passagem na qual Zezé, ao convencer a irmã a passar as terças-feiras na companhia de um cantor de rua, diz que o pai não sentiria sua falta na hora do almoço: “— É. Mas tem uma coisa, o que diremos a Papai quando ele notar que toda a terça-feira você não vem almoçar? — Nem nota. Se uma vez perguntar, a gente mente” (Vasconcelos, 1975, p. 54). Ou ainda ao descrever que, devido ao cansaço, a mãe pouco conversava: “Ela vive tão cansada que quando chega em casa de noite, nem tem vontade de conversar” (Vasconcelos,

1975, p.78). As irmãs mais velhas, por sua vez, ao descobrirem que Zezé já sabia ler, mentiram sua idade e o matricularam na escola porque, assim, ficariam “livres” dele por um período do dia. A irmã Glória era a única que, às vezes, tinha atitudes de afeto para com ele, contudo demonstrações de afeto entre os membros da família eram raros, como ilustra a fala de Zezé: “Quando voltou com a comida, eu não aguentei e dei um beijo nela. Aquilo era muito raro em mim” (Vasconcelos, 1975, p. 71).

A falta de atenção da família não era a única causa de sofrimento de Zezé. Ele também era vítima de agressões físicas constantemente. Zezé falava palavrões e, devido às suas travessuras frequentes, era considerado pelos familiares como um “menino malvado” e diziam, entre outras denominações, que ele era o “afilhado do diabo”, que tinha o “diabo no sangue”. Às vezes, as surras ocorriam para repreender alguma travessura, mas outras não. Uma das surras aconteceu porque Zezé, ao perceber que o pai estava triste, teve a ideia de cantar uma canção para alegrá-lo. Sem compreender o conteúdo, Zezé cantou versos sobre o corpo de uma mulher nua e o pai, considerando o conteúdo inadequado, agrediu-o com muita violência. Independente dos motivos, fato é que as agressões físicas, sofridas por Zezé, eram recorrentes e descritas ao longo de toda a história:

Aí me deu um desespero danado. Era melhor acabar com aquilo. Fui lá. — Pronto, Lalá. Pode me bater. Virei as costas e ofereci o material. Trinquei os dentes porque a mão de Lalá tinha uma força danada no chinelo (Vasconcelos, 1975, p. 17).

— Que é, Zezé? — Nada, Godóia... Por que ninguém gosta de mim? — Você é muito arteiro. — Hoje já levei três surras, Godóia. — E não mereceu? — Não é isso. É que como ninguém gosta de mim, aproveitam para me bater por qualquer coisa. Glória começou a comover seu coração de quinze anos. E eu sentia isso. — Eu acho que é melhor amanhã eu ser atropelado na Rio-São Paulo e ficar todo esmagadinho. Aí então as lágrimas desceram em torrentes dos meus olhos. — Não diga bobagens, Zezé. Eu gosto muito de você. — Não gosta, não. Se gostasse não ia deixar eu apanhar mais uma surra hoje (Vasconcelos, 1975, p. 70).

Ela apanhou a mão de couro sobre a cômoda e começou a me bater sem piedade. Virei as costas e escondi a cabeça entre as mãos. A dor era menor que a minha raiva. — Puta! Puta! Filha de uma puta!... Ela não parava e meu corpo era uma só dor de fogo. Foi quando entrou Antônio. E correu em auxílio de minha irmã que estava começando a

cansar de tanto me bater. — Mata, assassina! A cadeia está aí para me vingar! E ela batia, batia a ponto de eu ter caído de joelhos, me apoiando na cômoda. — Puta! Filha da puta. Totoca me suspendeu e me virou para frente. — Cala a boca, Zezé, você não pode xingar assim a sua irmã. — Ela é uma puta. Assassina. Uma filha da puta! Então ele começou a me bater na cara, nos olhos, no nariz e na boca. Sobre tudo na boca... (Vasconcelos, 1975, p. 86).

Outra bofetada, outra, mais outra. As lágrimas pulavam dos meus olhos sem querer... Meu rosto quase não se podia mexer, era arremessado. Meus olhos abriam-se para se tornar a fechar com o impacto das bofetadas. . . Tomado de fúria, só então ele se ergueu da cadeira de balanço. Desabotoou o cinto. Aquele cinto que tinha duas rodela de metal e começou a me xingar apoplético. De cachorro, de porcária, de traste vagabundo, se era assim que falava do seu Pai. O cinto zunia com uma força danada sobre o meu corpo. Parecia que o cinto tinha mil dedos que me acertavam em qualquer parte do corpo. Eu fui caindo, me encolhendo no cantinho da parede. Estava certo que ele ia me matar mesmo (Vasconcelos, 1975, p. 89-90).

A forma encontrada por Zezé para lidar com tais situações era o refúgio na fantasia. Ele conversava e brincava com seu pé de laranja lima, chamado por ele de Minguinho ou Xururuca. Na interação com a árvore, ele recebia atenção, era compreendido e podia brincar sem medo de repreensões. Além disso, Zezé descobriu que a relação entre um adulto e uma criança poderia ser afetuosa ao conhecer e tornar-se amigo de Sr. Manoel Valadares, um português que morava no bairro. Zezé preferia chamar o amigo de Portuga e, com ele, passeava de carro, conversava, escutava conselhos, comia, recebia cuidados, enfim, Zezé era tratado com carinho.

Todavia, quando parecia que a vida do protagonista se transformaria e, finalmente, ele poderia desfrutar de uma infância melhor, dois acontecimentos mudam sua trajetória: Zezé recebe a notícia de que seu pé de laranja lima seria cortado e seu amigo Portuga morre em um acidente com o trem. Zezé adoece e perde a vontade de viver: “Eu ouvia tudo e continuava desinteressado de viver. Queria ir para o céu e ninguém vivo ia para lá” (Vasconcelos, 1975, p. 111). Sobre tudo pela insistência da irmã Glória, que ficou dia e noite ao lado dele, Zezé se recuperou aos poucos e se conformou em ter que viver: “Mas poucos dias depois acabou. Estava condenado a viver, viver” (Vasconcelos, 1975, p. 117). No entanto, a partir daquele momento, sua vida não continuaria da mesma maneira. Aos cinco anos, Zezé deixava de imaginar, de sonhar atividades que simbolizavam para ele os poucos momentos em que, de fato, vivenciava

a infância. Essa passagem precoce da infância para a vida adulta é expressa, por exemplo, quando ele recebe a primeira flor do pé de Laranja Lima:

Fiquei alisando a flor branquinha entre os dedos. Não choraria mais por qualquer coisa. Muito embora Minguinho estivesse tentando me dizer adeus com aquela flor; ele partia do mundo dos meus sonhos para o mundo da minha realidade e dor (Vasconcelos, 1975, p. 117).

Ou ainda, ao se esforçar para manter vivo o mundo imaginário para o irmão mais novo:

— Zezé... — Hum. — Cadê a pantera negra? Era difícil recomeçar tudo sem acreditar nas coisas. A vontade era contar o que de fato existia. “Bobinho, nunca existiu pantera negra. Era apenas uma galinha preta e velha, que eu comi numa canja”. — Só ficaram as duas leas, Luís. A pantera negra foi passar as férias na selva do Amazonas. Era melhor conservar a sua ilusão o mais possível. Quando eu era criancinha também acreditava naquelas coisas. O Reizinho arregalou os olhos. — Ali naquela selva? — Não tenha medo. Ela foi tão longe que nunca mais vai acertar o caminho da volta. Sorri com amargura. A selva do Amazonas era apenas meia dúzia de laranjeiras espinhudas e hostis. — Sabe, Luís, Zezé está muito fraco, precisa voltar. Amanhã a gente brinca mais. De bondinho de Pão de Açúcar e do que você quiser. Acedeu e começou a voltar devagarzinho comigo. Ele ainda era muito pequeno para adivinhar a verdade. Eu não queria chegar perto do valão ou do Rio Amazonas. Eu não queria me deparar com o desencanto de Minguinho. Luís não sabia que aquela flor branquinha tinha sido o nosso adeus (Vasconcelos, 1975, p.118).

Não à toa, Zezé era considerado, por seu tio Edmundo, como precoce. Aprendeu a ler antes da hora, entendia e sofria “com os problemas de gente grande” (Vasconcelos, 1975, p. 94) e descobriu, muito cedo, as dificuldades de conservar-se criança no contexto em que vivia.

Se, na história de Zezé e de muitas crianças e adolescentes reais, o relacionamento familiar produz sofrimento, em outros casos, o convívio familiar e comunitário fornece as condições necessárias para um desenvolvimento adequado e a vivência de uma infância feliz.

2.7 A TERRA DA FELICIDADE

Escrito por Ziraldo Alves Pinto (1932-) e publicado em 1980, *O Menino Maluquinho* retrata a trajetória de um menino que vivia com os pais, os quais, em alguns momentos, contavam com a ajuda de outras pessoas no cotidiano da casa. No livro, são citados, por exemplo, a cozinheira e a babá. O menino recebe a seguinte descrição: “ele tinha o olho maior que a barriga, tinha fogo no rabo, tinha vento nos pés” (Pinto, 2005, pp. 6-8), “era muito sabido, ele sabia de tudo, a única coisa que não sabia era como ficar quieto” (Pinto, 2005, p. 12). Em resumo, “era um menino impossível” (Pinto, 2005, p. 11). A alegria era outra de suas características: “Depois entrava o menino com seu pé de vento e a casa ventava, os quartos cantavam e tudo se enchia de som e alegria. E a cozinheira dizia: ‘chegou o maluquinho’” (Pinto, 2005, p. 24).

O menino maluquinho ia para a escola. Perdia seus cadernos frequentemente, desenhava nas lições, às vezes tirava notas baixas, às vezes se dedicava, estudava e tirava boas notas, mas não conseguia o mesmo feito com relação ao comportamento.

Às vezes sem qualquer ordem do papai e da mamãe, se trancava no quarto e estudava e voltava do colégio com as provas terminadas, tinha dez no boletim que não acabava mais. E ele dizia aos pais cheio de contentamento: “Só tem um zerinho aí. Num tal de comportamento” (Pinto, 2005, pp. 30-31).

Apesar de seu comportamento, não há menção no livro de que os pais o repreendessem. Ao contrário, encontramos relatos de brincadeiras com os pais, além dos momentos de diversão na casa da avó:

Ele deitava e rolava, pintava e bordava e se empanturrava de bolo e cocada. E ria com a boca cheia e dormia cansado no colo da vovó suspirando de alegria. E a vovó dizia: “Esse meu neto é tão maluquinho!” (Pinto, 2005, p. 47).

Podemos interpretar que a condescendência dos adultos, para com o comportamento do menino maluquinho, expresse a necessidade de respeitar a liberdade de ser criança. Em outras palavras, as traquinagens e a inquietude do menino são retratadas na história como atitudes inerentes às crianças; a falta de repreensão, por parte dos adultos, simbolizaria a importância de deixá-las brincar, divertir-se, de não cobrar delas atitudes pertinentes aos adultos.

Mesmo envolto em muitos cuidados, conforto e afeto, por vezes, o menino ficava triste. Nessas ocasiões, ele chorava escondido e passava semanas seguidas brincando sozinho no quarto. Tão logo a tristeza passava, “ele saía do quarto a voar outra vez pela mesa da sala, pelas grades da varanda, pelas cercas do quintal” (Pinto, 2005, p. 65). Alguns problemas também apareceram na vida do maluquinho. Um deles foi a separação dos pais, mas o menino usou a criatividade para lidar com a situação e criou a Teoria dos Lados: “Todo lado tem seu lado. Eu sou o meu próprio lado e posso viver ao lado do seu lado, que era meu” (Pinto, 2005, p. 76). E, assim, entendeu o que era a saudade: “Pouca gente entendeu a teoria maluca do menino maluquinho, mas ele ria baixinho quando a saudade apertava pois descobriu que a saudade era o lado de um dos lados da vida que vinha aí” (Pinto, 2005, p. 77).

A “vida que vinha aí” era a vida adulta. O menino maluquinho cresceu e “virou um cara legal” (Pinto, 2005, p. 89). Ao crescer, todos descobriram que a alegria, as traquinagens e a inquietude do menino não retratavam a vida de um “maluquinho”, mas sim a vida de um menino feliz. O enredo ressalta a convivência comunitária do menino maluquinho, que ia para escola, brincava de futebol com seus amigos e mantinha uma relação de afeto com todos, especialmente com sua família. No livro, estes são os ingredientes para a vivência de uma infância feliz, e, por conseguinte, para a formação de adultos “legais”.

2.8 SER CRIANÇA NÃO SIGNIFICA TER INFÂNCIA

Ao analisarmos uma obra literária, devemos considerar que o autor pertence a uma determinada realidade social, portanto, o que ele escreve contém, explícita ou implicitamente, seu ponto de vista em relação ao contexto em que está inserido. Em outras palavras, podemos dizer que a literatura não é imparcial. Tal questão pode ser observada, por exemplo, quando comparamos *Reinações de Narizinho*, de Monteiro Lobato, com *Capitães de Areia*, de Jorge Amado. Na primeira obra, Lobato, representante dos ideários da classe dominante de sua época, recria, por meio do sítio e seus moradores, um cenário atemporal e harmônico, no qual os personagens desfrutam de boas condições materiais, porém sem que sejam sinalizados os meios pelos quais eles asseguram sua subsistência. Ou seja, os componentes da estrutura social não estão postos e a infância é concebida de forma homogênea, como se fosse única para todas as crianças. Em *Capitães da Areia*, ao contrário, as contradições estão demarcadas, a luta de classe aparece como pano de fundo e é possível identificar a existência de diferentes formas de vivenciar a infância/adolescência e relacionar a condição marginal dos personagens a uma

forma de organização social que se mantém pela exploração e exclusão daqueles que pertencem à classe trabalhadora.

As histórias abordadas, nesta seção, mostram a existência de uma pluralidade de infâncias: crianças e adolescentes que desfrutam de uma intensa liberdade e vivem para a diversão como Peter Pan, Tom Sawyer e Huckleberry Finn; aqueles que são os centros das atenções e vivem a primazia do brincar com o apoio dos adultos, como Narizinho, Pedrinho e Emília; os que conjugam a vida entre família, escola e lazer, como os meninos da Rua Paulo e o Menino Maluquinho, sendo este último investido de muito afeto pela família; crianças e adolescentes que, como Zezé, embora inseridos em uma família, não experimentam trocas afetivas, nem recebem proteção, ao contrário, são alvos de maus-tratos e negligência; e, casos nos quais o abandono, a vida nas ruas, o trabalho, a criminalidade e a passagem por instituições tornam infâncias bem próximas ou indiferenciadas da vida adulta, como as experiências retratadas em *Oliver Twist* e *Capitães da Areia*.

Para alguns, portanto, ser criança ou adolescente sob o aspecto biológico não implica em vivenciar a infância e a adolescência, que, em tese, seria caracterizada pela vida em família, pela vida escolar e o lazer, espaços estes permeados de cuidados, afeto e proteção, por isto diferenciados do mundo adulto. “Ser criança não significa ter infância”, este é o mote do documentário *A Invenção da Infância* (2000), produzido por Liliana Sulzbach e Mônica Schmiedt, no qual a aproximação entre a o mundo infantil e o mundo adulto é retratado por meio da diferença das condições de vida entre crianças e adolescentes da classe trabalhadora e aqueles pertencentes às classes dominantes. No primeiro caso, o trabalho realizado por crianças e adolescentes é necessário para a subsistência da família e esta jornada, algumas vezes associada ao estudo noturno, limita muito o tempo de lazer. Já no caso das crianças e adolescentes da classe dominante, a aproximação com a vida adulta decorre do acesso às mesmas informações dos adultos, do ato de consumir como adultos e de uma rotina excessiva de atividades e tarefas.

Na atualidade, podemos pensar em muitos outros exemplos dessa pluralidade: crianças e adolescentes em países que se encontram em guerra, crianças e adolescentes refugiados, crianças e adolescentes que trabalham no tráfico de drogas, os filhos das realezas, assim como crianças e adolescentes cujas histórias são marcadas por internações em hospitais psiquiátricos. Apesar de sua existência real, salvo equívoco de nossa leitura, não encontramos, na literatura infantojuvenil, uma obra cujo enredo fosse protagonizado por crianças e/ou adolescentes isolados no hospital psiquiátrico. Tal fato, a nosso ver, reforça a invisibilidade social dessa população, que demorou a ser incluída na pauta das políticas públicas na área da saúde mental.

Instigados por esta questão, além daquelas expostas na introdução deste trabalho, discorreremos, nas próximas seções, sobre a assistência em saúde mental direcionada a crianças e adolescentes, a qual, ainda hoje, vale-se do isolamento como um dos seus principais recursos. Resgatar a forma de assistência que se expressa no funcionamento do hospital psiquiátrico é, sobremaneira, falar a respeito da infância/adolescência produzida entre os muros desta instituição.

PARTE II

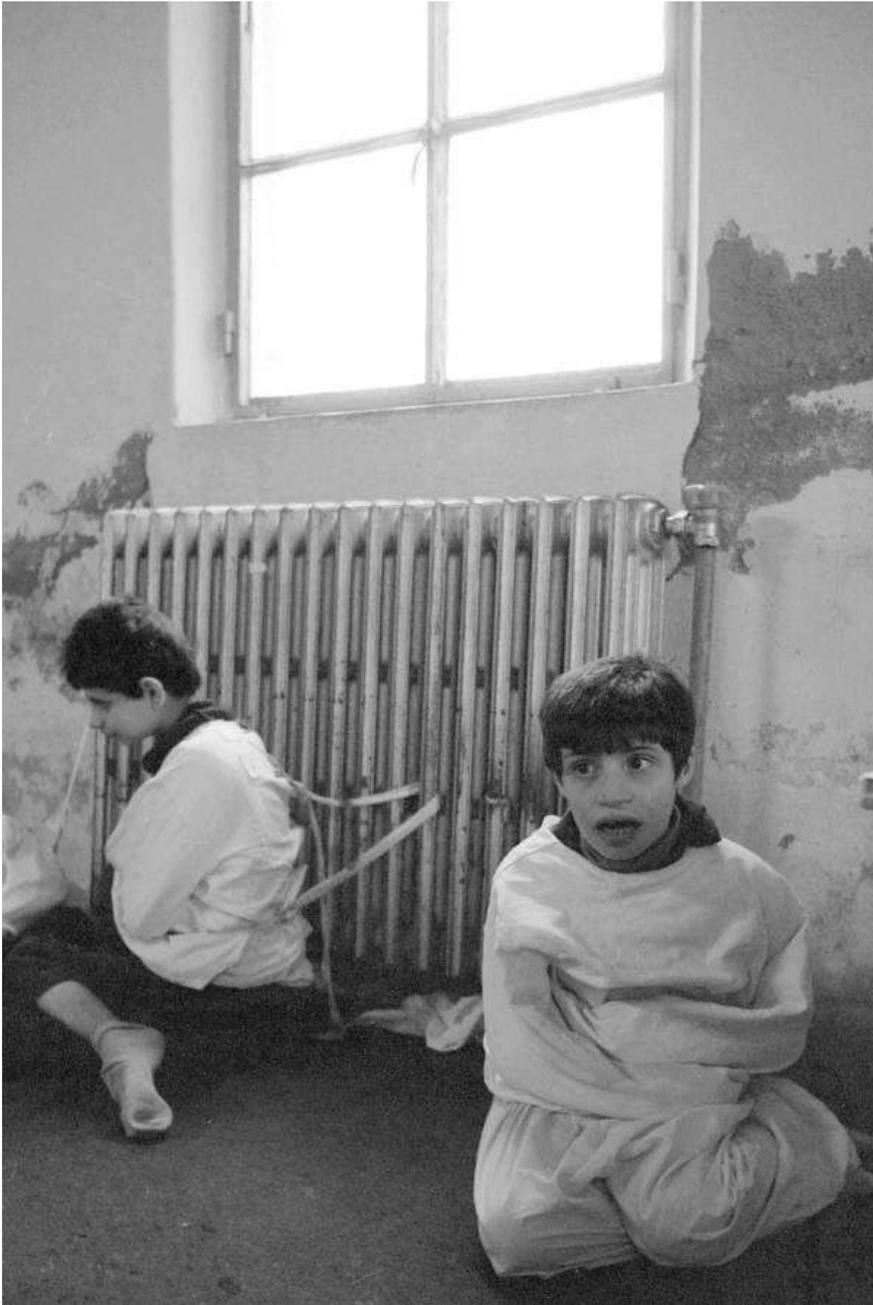


Figura 4. Crianças sentam-se amarradas a um radiador dentro do hospital psiquiátrico de Deir el Qamar, Líbano, em 1982.

Fonte: Mental Asylums (n.d)

*Mas a vida do manicômio
É uma vida dura dura
Que nos leva à sepultura
E destrói a juventude*

(Poema de Maria Luiza, internada em um manicômio para crianças e adolescentes. Citada por Gaino, 2017, p. 64)

3 HOSPÍCIO: “INSTRUMENTO DE CURA” OU “PALÁCIO DOS SUPLÍCIOS”?

A hora era de muito sol – o povo caçava jeito de ficarem debaixo da sombra das árvores de cedro. O carro lembrava um canoão no seco, navio. A gente olhava: nas reluzências do ar, parecia que ele estava torto, que nas pontas se empinava. O borco bojudo do telhadilho dele alumiava em preto. Parecia coisa de invento de muita distância, sem piedade nenhuma, e que a gente não pudesse imaginar direito nem se acostumar de ver, e não sendo de ninguém. Para onde ia, no levar as mulheres, era para um lugar chamado Barbacena, longe (Rosa, 1985, p. 18)

[...]

O que os outros se diziam: que Sorôco tinha tido muita paciência. Sendo que não ia sentir falta dessas transtornadas pobrezinhas, era até um alívio. Isso não tinha cura, elas não iam voltar, nunca mais. De antes, Sorôco agüentara de repassar tantas desgraças, de morar com as duas, pelejava. Daí, com os anos, elas pioraram, ele não dava mais conta, teve de chamar ajuda, que foi preciso. Tiveram que olhar em socorro dele, determinar de dar as providências de mercê. Quem pagava tudo era o Governo, que tinha mandado o carro. Por forma que, por força disso, agora iam remir com as duas, em hospícios (Rosa, 1985, pp. 19-20).

Os excertos acima foram retirados do conto *Sorôco, sua mãe e sua filha*, escrito por João Guimarães Rosa (1908-1967) e publicado no livro *Primeiras Estórias* em 1962. Em sua narrativa, o autor descreve um episódio no qual Sorôco embarca sua mãe e sua filha – as duas únicas pessoas de sua família – no trem que as levaria para o hospício de Barbacena, de onde “elas não iam voltar, nunca mais” (Rosa, 1985, p. 19). Tal fato despertou a curiosidade da comunidade, que se aglomerou no local para ver de perto o desfecho daquela partida, e provocou reações de medo e estranheza: “todos ficavam de parte, a chusma de gente não querendo afirmar as vistas, por causa daqueles transmodos e despropósitos, de fazer risos” (Rosa, 1985, p. 19). Mas provocou, também, sentimentos de dó e solidariedade para com a tristeza de Sorôco, sendo que, no final do conto, as pessoas acompanharam-no no caminho de volta para casa cantando com ele o mesmo “canto sem razão” entoado pelas duas mulheres no momento da partida. O vagão que serviria para “levar as duas mulheres, para longe, para sempre” possuía “janelas sendo de grades, feito as de cadeia, para os presos” e localizava-se “quase no fim da esplanada, do lado do curral de embarque de bois, antes da guarita do guarda-chaves, perto dos empilhados de lenha” (Rosa, 1985, p. 18).

Assim, encontramos, neste pequeno conto, alusões às formas como a loucura se manifesta no imaginário social, à posição marginal da loucura na sociedade e ao local que, por muito tempo, foi destinado ao louco: o hospício. Diferentes concepções a respeito da loucura são discutidas desde a antiguidade e no decorrer da história, assim como variados foram os lugares ocupados pelo louco na sociedade. No esforço para decifrar a loucura e lidar com aqueles acometidos por ela, o isolamento ocupou uma posição de destaque durante muitos séculos e persiste, ainda hoje, apesar dos embates.

3.1 O ISOLAMENTO EXALTADO: O HOSPÍCIO E SEU PODER DE CURA

Considerando sua etiologia, três formas de entendimento sobre a loucura são encontradas nos escritos da antiguidade. A concepção mítico-religiosa, presente, por exemplo, nas obras de Homero, atribuía ao sobrenatural a origem da loucura, creditando sua manifestação à interferência divina: a loucura “é apenas uma interferência transitória (e caprichosa) dos deuses, sobre o pensamento e a ação dos homens e que pode levá-los a comportamentos nocivos ou bizarros” (Pessotti, 1995, p. 20). A loucura, portanto, não era considerada doença, dispensando a busca por cura. Nas tragédias gregas, como as escritas por Eurípedes, a loucura é entendida sob o viés psicológico, já que está vinculada ao descontrole das paixões, logo, sua natureza é humana e não divina. A loucura é decorrente do conflito entre os desejos humanos e os deveres e normas estabelecidos socialmente. Já, no modelo organicista, inaugurado por Hipócrates e aprimorado posteriormente por Galeno, a loucura seria derivada de lesões no cérebro, “um órgão cuja normalidade assegura todas as funções comportamentais: afetivas, intelectuais e outras; e cujos distúrbios implicam a doença ‘mental’, a desrazão, o descontrole sobre o comportamento, ou seja, a loucura” (Pessotti, 1995, p. 52).

Estas três concepções sobre a loucura – mítico-religiosa, psicológica e organicista – vigoraram, repaginadas ou em estado de pureza, no decorrer dos séculos. Na Idade Média, prevaleceu o entendimento sobrenatural não só para explicar a loucura, mas para inúmeras doenças, as quais eram consideradas como um desígnio de Deus, como uma punição divina. No caso da lepra, a deformidade física que a enfermidade acarretava era a comprovação do pecado e do castigo divino. O leproso, portanto, simbolizava, na Idade Média, a impureza da alma, o pecado, despertando a repulsa não apenas pela possibilidade de contágio da doença em si, mas pelo perigo que o contato com um pecador representava. Ao mesmo tempo, os preceitos cristãos apregoavam a prática da caridade, assim, ajudar os excluídos, os enfermos era uma obrigação

moral e a possibilidade de redenção da alma. Não à toa, a Igreja Católica foi uma das principais responsáveis pela construção de abrigos para acolher leprosos. Isolar o leproso das pessoas sãs era uma medida necessária, contudo, ele devia estar ao alcance dos cuidados cristãos, como explica Le Goff (1983, pp. 76-77):

Parece detestá-los, tem medo deles num misto de atração e horror. Conserva-os à distância, mas fixa esta distância muito curta para poder tê-los ao seu alcance. Aquilo que esta sociedade designa por caridade para com eles assemelha-se à atitude do gato para com o rato. Assim, as leprosarias, deviam estar “à distância de uma pedrada da cidade” a fim de a “caridade fraternal” poder ser exercida. A sociedade medieval tem necessidade destes párias, afastados porque perigosos, mas visíveis, pois ela forja, mediante cuidados que lhes dedica, a sua boa consciência e, ainda mais, projeta e fixa magicamente neles todos os males que de si afasta.

Ao abordar esta questão, Foucault (2017) cita estudos que apontam a multiplicação de leprosários na Europa da alta Idade Média ao século XIV, os quais chegaram a totalizar 19.000. Ainda de acordo com este autor, o controle da doença, obtido pela prática de segregação e pela redução do contato com o foco do contágio após o fim das cruzadas, culminou com o esvaziamento progressivo desses estabelecimentos, que permaneceram praticamente, sem utilidade até o século XVII.

No final do século XV, os asilos destinados aos leprosos passam a receber pessoas acometidas por doenças venéreas, mas tal conduta não perdurou, “pois diversamente da lepra, logo se tornou coisa médica, inteiramente do âmbito médico” (Foucault, 2017, p. 8), ocupando seu lugar entre as demais doenças. De acordo com Foucault (2017, p. 6), a herança da lepra foi a loucura:

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão – essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual.

Antes da loucura assumir o lugar da lepra, o louco, conforme os estudos de Foucault (2017, p. 9), tinha uma vida errante. Durante a renascença, há registros de barcos que levavam o louco de uma cidade a outra: “As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos”. O autor explica que, possivelmente, só eram escorraçados das cidades aqueles que não pertenciam a elas, todavia havia lugares nos quais os loucos estrangeiros eram mais numerosos que os nativos, indicando que estes poderiam ser locais de peregrinação, “insanos em busca da razão” (Foucault, 2017, p. 10). Outras cidades, contudo, não se destinavam à peregrinação e, os loucos acolhidos, eram jogados na prisão.

Analisando textos dos séculos XV e XVI, Pessotti (1995) aborda que, nesse período, muitas vezes, a loucura era associada à intervenção do demônio, logo, aqueles acometidos pela loucura eram vistos como possuídos pelo demônio e sua cura era buscada em jejuns, orações e no exorcismo. Esta visão reedita a concepção mitológica grega sobre a loucura, mas a corrompe também:

Corrompe, porque agora a loucura é apenas negativa, patológica, estigma de imperfeição e de culpa. Os deuses causavam a loucura, mas a cancelavam. Agora o louco é um campo de batalha entre forças do mal e forças do bem. A loucura era uma questão de relação do homem, na sua autoconsciência, com um ou mais deuses. Agora a relação que se estabelece exclui ou desqualifica a autoconsciência. O homem é passivo. Passivo frente ao demônio, passivo diante do poder salvador do exorcista... A perda da razão ou o descontrole emocional agora têm a marca da condenação e da culpa. O louco passa a ser suspeito, a ser perigoso e, por isso, evitado (Pessotti, 1995, p. 100).

Por outro lado, são publicadas, nesse mesmo período, algumas obras nas quais o homem não é mais concebido como totalmente submetido às leis divinas. Em *O Discurso sobre a dignidade do homem*, escrito por Giovanni Pico Della Mirandola em 1486, o homem é colocado por Deus no centro do mundo e, por ser livre, usa a razão para fazer as escolhas que construirão sua essência. Sob esta perspectiva, o homem é o que é não por um desígnio de Deus, mas porque assim escolheu. Além disso, Lacerda (2010) destaca outro aspecto presente na filosofia de Pico Della Mirandola: a capacidade de o homem “conhecer a natureza, de descobrir seus segredos e transformá-las”, ou seja, ele retrata não o homem passivo, mas aquele que atua sobre o mundo. A necessidade da experimentação e da intervenção sobre a natureza é expressa em desenhos e

pinturas dos séculos seguintes como observamos em *A incredulidade de São Tomé* (1602), de Caravaggio (1571-1610) e *A lição de anatomia do Dr. Tulp* (1632), de Rembrandt (1606-1669).

Os séculos XVI e XVII representaram uma época de descobertas que rompiam com o saber até então instituído. É o caso, por exemplo, da teoria heliocêntrica proposta por Copérnico (1473-1543), defendida por Galileu Galilei (1564-1642). A invenção do telescópio (possivelmente pelos holandeses, mas aperfeiçoada por Galileu), possibilitou inúmeras descobertas por Galileu, tais como manchas no sol, a superfície irregular da Lua e outros mundos para além das estrelas fixas. Estes fatos se contrapunham ao geocentrismo e à concepção de um universo finito, esférico e hierarquizado tal como encontrado nas obras de Aristóteles e que perduraram até a Idade Média (Penereiro, 2009). Estas e outras descobertas na área da ciência favoreceram a laicização do conhecimento, a busca da verdade desvinculada da fé.

Para a loucura, o advento da ciência implicou na possibilidade de torná-la alvo de intervenções, visando descobrir a sua causa e as formas de tratá-la ou curá-la. Antes disso, porém, o louco esteve entre aqueles destinados ao isolamento, praticado de forma generalizada nos hospitais gerais e instituições congêneres a partir do século XVII. Não raro, tais estabelecimentos funcionavam nos antigos leprosários. Em Paris, o Hospital Geral foi fundado em 1656 e, segundo Foucault (2017, p. 50), constituía uma “instância da ordem, da ordem monárquica e burguesa”, portanto, com objetivos de cunho social e político. Ao citar artigos do decreto de sua criação, este autor explica que o Hospital Geral se destinava aos pobres “de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis”, os quais deveriam ser encaminhados pela autoridade real ou judiciária (p. 49). De fato, dados de 1661 sobre os internamentos no Hospital Geral de Paris mostram que a população infantojuvenil não era poupada. Salpêtrière abrigava 1.460 mulheres e crianças; no prédio de Misericórdia havia 98 meninos, 897 moças entre sete e dezessete anos e 95 mulheres; em Bicêtre, 1.615 homens adultos; em Savonnerie, 305 meninos entre oito e treze anos; em Sipion ficavam as mulheres grávidas, as amas e as crianças de pouca idade, as quais totalizavam 530 pessoas (Foucault, 2017).

De acordo com Desviat (2015, p. 19), o enclausuramento dessa população “foi uma resposta do século XVII à desorganização social e à crise econômica então provocadas na Europa pelas mudanças estabelecidas nos modos de produção. Um enclausuramento, na intenção absolutista de ocultar a miséria”. De acordo com Huberman (1981), em muitos países da Europa, nos séculos XVI e XVII, houve um acréscimo expressivo no número de mendigos.

Esta miséria foi decorrente, sobretudo, das inúmeras guerras ocorridas no período; da circulação de prata e ouro, provenientes da exploração das colônias americanas pelas metrópoles; e, do processo de cercamento de terras para a criação de ovelhas, o qual promoveu a expulsão de inúmeros lavradores das terras nas quais trabalhavam. Não por acaso, muitas obras de arte circunscritas ao período retratavam a miséria, como exemplo, citamos *Criança com Pé Torto* (1642), de autoria de José de Ribera (1591-1652), no qual uma criança carrega um bilhete pedindo esmolas; *Os Mendigos* (1568), de Bruegel (1530-1569); *A Briga dos Mendigos* (1620), de La Tour (1593-1652); *Mendigo com perna-de-pau* (1630), desenho de Rembrandt.

Para Foucault (2017, p. 78), a internação pode ser considerada uma invenção do século XVII, visto que ela adquire um significado muito diferente às prisões ocorridas na Idade Média: é “o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se ao grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade”. Sobre esta questão, Pessotti (1996, p. 154) alude que, na França e na Itália, os loucos considerados tranquilos eram deixados em casa ou vagavam pelas ruas, mas, quando considerados perigosos, “eram trancafiados junto com delinquentes comuns, acorrentados e entregues aos carcereiros”. Já no final do século XVII, o louco passou a ser internado sistematicamente nos hospitais gerais “sempre trancados nos locais mais apartados, lúgubres e insalubres” e, muitas vezes, “eram confiados ao arbítrio de guardas rudes, munidos de chicote e bastão. De costume, eram presos a correntes, fixadas ao pavimento ou à parede”. É nesse período que são criados os primeiros hospícios destinados exclusivamente ao recolhimento e assistência ao louco, os quais não visavam, contudo, um tratamento de ordem psiquiátrica.

Mudanças significativas na assistência à loucura só ocorreram a partir do final do século XVIII e início do século XIX. Ao discorrer sobre o surgimento da instituição psiquiátrica, Castel (1978) aborda como a questão da loucura se tornou um desafio para a ordem social após a queda do Antigo Regime, porque, na sociedade contratual, o louco, embora considerado perigoso, não poderia sofrer sanções de forma arbitrária, já que, destituído da razão, não tem responsabilidade sobre seus atos. Assim, a repressão do louco não se fez via aparato jurídico-policia, mas por um outro agente – a medicina – que vai conferir ao louco o status de doente e, por conseguinte, instaurar a necessidade de receber assistência. “O indivíduo é sujeito autônomo enquanto for capaz de se dedicar a intercâmbios racionais. Ou então sua incapacidade de entrar num sistema de reciprocidade o isenta de responsabilidade e ele deve ser assistido” (Castel, 1978, p. 35). É sob esta lógica, da repressão travestida em tratamento, que a psiquiatria

e o hospício vão assumir um protagonismo cada vez maior na manutenção da ordem social. Como explica Castel (1978, p. 39):

A importância crucial da questão da loucura no momento da instauração da sociedade burguesa se deve, inicialmente, ao fato dela ter concretamente revelado uma lacuna da ordem contratual: o formalismo jurídico não pode controlar tudo, existe, pelo menos, uma categoria de indivíduos que deve ser neutralizada por outras vias do que aquelas de que dispõe o aparelho jurídico-policial. Mas essa importância se deve, também, ao fato de que o novo dispositivo instaurado para suprir essas carências vai desenvolver um novo modelo de manipulação, de plasticidade quase infinita. A maior parte dos novos modos de controle, das novas técnicas de sujeição, das novas relações de tutelarização vão ser afetadas por um índice médico.

Os principais expoentes dessa outra forma de lidar com a loucura foram os médicos Philippe Pinel (1745-1826) e Esquirol (1772-1840), um de seus seguidores. Em 1793, Pinel passou a dirigir Bicêtre, uma das unidades do Hospital Geral de Paris e, imbuído pelos ideais da Revolução Francesa, uma das medidas adotadas por ele foi desacorrentar os loucos, o que, conforme Basaglia (2010, p. 23), tratou-se de uma liberdade “concedida num espaço fechado, e deixada nas mãos do legislador e do médico, que a deviam dosar e tutelar”. Para Pinel, a loucura teria inúmeras causas, tais como lesões orgânicas, hereditariedade, educação corrompida, vida desregrada ou, ainda, o excesso ou desvio das paixões. Resultaria, em suma, de lesões das funções mentais, como o intelecto e a vontade, as quais se manifestam no comportamento do enfermo. Sob este viés, a loucura “deixa de ser uma condição estática, irreversível e apenas passível de correções superficiais. Deixa de ser uma lesão anatômica, apenas passível de tratamento ‘sintomático’, e passa a ser um desequilíbrio, uma distorção na natureza do homem a ser corrigida” (Pessotti, 1996, p. 72). Não se trata, portanto, da perda da razão, mas de alienação, de estar alheio à razão que ainda existe, alheio de si, alheio da realidade. Assim, na classificação proposta por Pinel, várias categorias da loucura – mania, melancolia, demência e idiotia – são designadas como alienação mental e seu portador, alienado.

Com base nesta concepção, o tratamento ao alienado objetivava “restituir o equilíbrio, rompido pela doença”, “devolver o alienado à ordem da racionalidade e dos afetos” ou ainda, “assegurar ao doente mental o reencontro da plena racionalidade” (Pessotti, 1996, p. 73).

Tratamento moral foi o termo utilizado por Pinel para designar sua proposta de agir sobre a loucura:

O tratamento proposto é moral porque não é físico, porque se exerce sobre o conhecimento (no plano das ideias) e, por consequência, sobre o comportamento resultante. E é moral porque visa corrigir excessos passionais, desvios da norma ética do grupo social (Pessotti, 1996, p. 128).

Sob a influência do empirismo de John Locke (1632-1704) e Étienne Bonnot de Condillac (1715-1780), a atividade mental resultaria, segundo Pinel, das experiências “circunscritas à vida pessoal, individual, do homem ou relativas a realidades ou episódios da vida social” (Pessotti, 1996, p. 123), logo, o princípio fundamental do tratamento do alienado seria o seu isolamento do meio social – origem da desordem mental – e a observação objetiva do alienado passa a ser um requisito importante a título de diagnóstico e, por conseguinte, para atingir o objetivo do tratamento. Para tanto, seria necessário um ambiente adequado, e o hospício, nesse contexto, adquiriu uma função fundamental, não mais como abrigo ao alienado, mas como “instrumento de cura”. Ao médico alienista, por sua vez, coube o papel de ordenador não só do psiquismo, como “da ordem social, da moral dominante”. (Pessotti, 1996, p. 128).

De acordo com Pessotti (1996), essa modalidade de hospício – destinado à cura do alienado – multiplicou-se rapidamente pela Europa no século XIX, citando, como exemplo, a Itália, país no qual o número de manicômios aumentou de vinte, em 1840, para quarenta, em 1880. No Brasil, o primeiro hospício também data deste período. Trata-se do Hospício de Pedro II, inaugurado em 1852, após protestos médicos iniciados por volta de 1830, motivados pelas precárias condições de assistência aos loucos no Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Conforme Machado, Loureiro, Luz e Muricy (1978, p. 428), esta instituição foi concebida para possuir “características idênticas às do modelo francês elaborado basicamente por Pinel e Esquirol” e, como tal, atribuía ao princípio do isolamento o sucesso do tratamento.

O isolamento é uma característica básica do regime médico e policial do Hospício de Pedro II. Por sua posição geográfica nos limites da cidade, por suas condições de ar puro, silêncio, tranquilidade, o Hospício – mais uma instituição a que a política e a medicina social assinalaram um lugar fora do aglomerado urbano – realiza o projeto de isolamento. O Hospício é um espaço fechado, com uma única entrada constantemente vigiada, de onde o alienado não sai, a não ser para passeios pelas redondezas, mas

sempre acompanhado pelos enfermeiros, e onde ninguém entra que possa interferir na relação da psiquiatria com o seu doente, atrapalhando o processo terapêutico. Não há cura sem isolamento, o que implica que todo tratamento deve ser asilar (Machado, Loureiro, Luz & Muricy, 1978, p. 432).

No Brasil, assim como em vários outros países, apesar da defesa de uma forma de assistência às pessoas com sofrimento ou transtorno mental que privilegie o cuidado em liberdade, pautado na utilização dos recursos alocados na comunidade, o isolamento persiste. Contudo, este modelo de assistência não atravessou os séculos sem produzir inúmeras formas de violações à vida daqueles que estiveram entre os muros de um hospício.

3.2 O ISOLAMENTO QUESTIONADO: O HOSPÍCIO CURA?

O romance intitulado *No Hospício*, escrito por Rocha Pombo (1857-1933) e publicado em 1905, retrata a curiosidade do narrador por Fileto, um homem que fora internado em um hospício. Esta curiosidade o leva a se internar naquela instituição para se aproximar e conhecer a história de Fileto. Embora o teor principal da obra não consista em uma crítica aos hospícios, algumas passagens contêm esta conotação. É o caso, por exemplo, de um diálogo entre o narrador e sóror Teresa:

Como é possível – eu ia me interrogando – que um caso destes passe aqui despercebido!... Que ciência é esta que assim condena uma pobre criatura humana sem ouvi-la e abandona assim um espírito à solidão horrível de um hospício... Como é que não há no mundo quem se compunja daquele destino, ao menos para saber o que há de irremediável naquela tristeza!... Que ciência é esta que não cura os loucos! (Pombo, 1970, p. 22).

O excerto ilustra as dúvidas lançadas sobre a suposta função terapêutica dos hospícios praticamente no mesmo período em que se evidenciou a expansão dessas instituições em vários países do mundo. Dúvidas que, com frequência, colocavam em xeque as verdades científicas concebidas sobre a loucura e as formas de tratá-la.

O modelo proposto por Pinel e Esquirol não tardou a ser desvirtuado. A superlotação dos manicômios, o número insuficiente de enfermeiros e vigilantes, assim como o despreparo

destes, a exigência de longa permanência dos médicos entre os pacientes e o retorno do enfoque orgânico como causa da loucura “reduziram a adesão às teses do tratamento moral e, por conseguinte, ao projeto ideal da instituição manicomial” (Pessotti, 1996, p. 167). O revigoramento da etiologia organicista da loucura propiciou o desenvolvimento de inúmeras pesquisas nas áreas da anatomopatologia, práticas terapêuticas e farmacologia, favorecendo a utilização do tratamento físico como forma de intervir sobre a loucura. Embora o tratamento físico não fosse descartado totalmente por Pinel e Esquirol, agora ele passa a ser a base da terapêutica. Sangria, duchas frias, balanços giratórios, vomitórios e purgatórios eram algumas das técnicas e instrumentos utilizados, os quais, inevitavelmente, tornavam-se formas de violência. Assim, pouco tempo depois de todo o otimismo em torno dos ideais pinelianos, o manicômio, no final do século XIX, deixa de ser um agente de transformação do alienado.

Foi em nome dessa nova verdade que o tratamento manicomial se transformou em um conjunto de intervenções mais ou menos violentas sobre as funções orgânicas. Infligir o sofrimento físico e a violência, para atuar sobre o cérebro doente, passou a ser rotina terapêutica. O manicômio não é mais um “instrumento de cura”. Nem instrumento. Passou ser, ele também, um *locus*, apenas um lugar onde o louco está à mão, para submeter-se aos diversos “tratamentos físicos” (Pessotti, 1996, p. 285).

Ressaltamos que os questionamentos direcionados à institucionalização do alienado, constatadas a partir do século XIX, não se restringiam à negligência e ao tratamento violento aos quais os enfermos eram submetidos. Tais questionamentos, frequentemente, visavam o ato do isolamento em si, apesar de apresentar características mais ou menos humanizadas. Como explicita Basaglia (2010, p. 24):

A partir do momento em que transpõe os muros do internamento, o doente entra numa nova dimensão de vazio emocional... ou seja, vê-se introduzido num lugar que, criado originalmente para torná-lo inofensivo e ao mesmo tempo tratá-lo, na prática, surge como um espaço paradoxalmente construído para um aniquilamento completo de sua individualidade, como lugar de sua total objetificação. Se a doença mental, em sua própria origem, é a perda da individualidade e da liberdade, no manicômio o doente não encontra outra coisa senão o espaço onde se verá definitivamente perdido, transformado em objeto pela doença e pelo ritmo do internamento.

3.2.1 As condições de vida nos hospícios

“Palácio dos suplícios” foi a denominação dada ao Hospital Nacional de Alienados, do Rio de Janeiro, em uma matéria veiculada no jornal *A Noite*, em março de 1912. A notícia comunicava o recebimento de uma série de denúncias que desvelavam o hospício, que outrora fora considerado modelo, como um lugar de atrocidades “onde não há ordem, não há assistência médica e, onde padecem, sem o direito de queixas, milhares de doentes!” (“*A Noite*” emprega-se no..., 1912, p. 1). Em resumo, estas eram as denúncias contra o hospício:

Falta de cuidados, a brutalidade de guardas para com os pobres enfermos, a imundície, as irregularidades administrativas, cenas de horríveis torturas, inomináveis escândalos em que infelizes enfermas sofriam até brutais atentados – crimes, verdadeiros crimes, que ficavam impunes entre os misteriosos paredões do enorme edifício (“*A Noite*” emprega-se no..., 1912, p. 1).

A fim de apurar tais denúncias, o jornal conseguiu empregar um de seus funcionários no hospício, que, fundamentando-se em tudo o que presenciou, constatou que o hospício, da forma como se encontrava, “não é um estabelecimento de filantropia pública – é um inferno que não foi sonhado sequer por Dante, senão o grande poeta veneziano teria criado o oitavo círculo demoníaco!” (“*A Noite*” emprega-se no..., 1912, p. 1).

Alguns dias depois da publicação dessa matéria, o jornal noticiou, durante alguns dias, a investigação sobre a morte de Manoel Gouvêa, que havia sido internado por ser alcoolista. Embora a autópsia tenha revelado equimoses e fraturas nas costelas, o diretor do hospício alegou que isto não tinha ocorrido dentro do hospício, sustentando que Manoel havia sido espancado antes de adentrar à instituição ou que seriam decorrentes de fraturas espontâneas. A investigação policial, porém, viu indícios de um assassinato:

Gouvêa chegou ao hospício à 1 hora da tarde, sendo internado ao pavilhão de observações. Aí permaneceu até as 8 horas da noite, hora em que foi removido para um quarto dos agitados. No dia seguinte foi o enfermo removido para a sessão Pinel, sendo recolhido à enfermaria de observação. Foi nessa sala que se passou o brutal espancamento. À noite o guarda João Henrique, que tinha por missão observar os doentes, estava cochilando, sentado em uma cadeira à porta da enfermaria. Como um dos pés não estivesse seguro, de súbito a cadeira falseou e caiu. O guarda acordou

sobressaltado. Presumindo que se tratasse de uma pilhéria de Gouvêa avançou para ele dando-lhe vários pontapés nas costelas e na cabeça. Foi tão espezinhado o pobre homem que ficou estirado no chão sem poder se mover... Foi, então, o enfermo arrastado pelo corredor e posto no quarto forte sob a vigilância do guarda Oliveira. No dia seguinte foi-lhe dado banho pelo banhista Jeronymo da Silva, sendo o enfermo acometido de uma síncope no banho. Levado para uma sala, aí veio a falecer (O bárbaro assassinato..., 1912, p. 1).

Foi neste mesmo hospício que o escritor brasileiro Afonso Henriques de Lima Barreto (1881-1922) ficou internado em duas ocasiões. Em sua última estadia, entre os anos de 1919 e 1920, ele escreve *Diário do Hospício* e *O Cemitério dos Vivos*. Nestas obras, além de descrever o ambiente físico do hospício, a rotina e as humilhações às quais, constantemente, eram submetidos os internos, ele revela outros aspectos produzidos pelo isolamento, tais como a impossibilidade ou dificuldade de comunicar-se:

Cá estou na sessão Calmeil há oito dias. Raro é o seu hóspede com quem se pode travar uma palestra sem jogar o disparate. Ressinto-me muito disto, pois gosto de conversar e pilheriar; e sei conversar com toda a gente, mas, com esses que deliram, outros a quem a moléstia faz tatibitate, outros que se fizeram mudos e não há nada que os faça falar, outros que interpretam as nossas palavras de um modo inesperado e hostil, o melhor é calar-se, pouco dizer, mergulhar na leitura, no cigarro. . . (Barreto, 1993, p. 32).

O tédio das longas horas de ócio:

Disse mais atrás que tinha do Pavilhão recordações tristes e dolorosas. Uma delas é a desse episódio e a outra é do pátio, do terreiro em que estávamos encurralados todo o dia, até vir a hora de ir para os dormitórios, pois eu estava num bem aseado. Habitado a andar por toda a parte, a fantasiar passeios extravagantes, quando não me prendem as obrigações de escrever e de ler, ou então a estar na repartição, enerva-me ficar, bem doze horas por dia, em tão limitado espaço, sob a compassiva sombra de umas paineiras e amendoeiras (Barreto, 1993, p. 127).

O medo:

Essa sua falta de método, junto à minha condição de desgraçado, davam-me o temor de que ele quisesse experimentar em mim um processo novo de curar alcoolismo em que se empregasse uma operação melindrosa e perigosa. Pela primeira vez, fundamentalmente, eu senti a desgraça e o desgraçado. Tinha perdido toda a proteção social, todo o direito sobre o meu próprio corpo, era assim como um cadáver de anfiteatro de anatomia (Barreto, 1993, p. 175).

A aniquilação dos desejos:

Veio-me repentinamente, um horror à sociedade e à vida; uma vontade de absoluto aniquilamento, mais do que aquele que a morte traz; um desejo de perecimento total da minha memória na terra; um desespero por ter sonhado e terem me acenado tanta grandeza, e ver agora, de uma hora para outra, sem ter perdido de fato a minha situação, cair tão, tão baixo, que me pus a chorar que nem uma criança (Barreto, 1993, p. 126).

Com o ar azul da enseada de Botafogo, para quem olha, devia ser um alegre retiro, tivesse ele outro destino; mas a beleza do local pouco deve consolar, apreciada através das grades, da triste condição em que se está, torvo o ambiente moral em que ali se respira. A beleza da natureza faz mais triste a quem tem consciência do lugar em que está e, olhando-a com os olhos tristes, ao amanhecer, a impressão que se tem é que não se pode mais sonhar felicidade diante das belas paisagens e das belas cousas... (Barreto, 1993, p. 150).

Por fim, a vontade de morrer: “Ontem, matou-se um doente, enforcando-se. Escrevi nas minhas notas: ‘Suicidou-se no pavilhão um doente. O dia está lindo. Se voltar a terceira vez aqui, farei o mesmo. Queira Deus que seja o dia tão belo como o de hoje’. (Barreto, 1993, p. 51).

Estes não foram episódios isolados e circunscritos ao Hospital Nacional de Alienados. Situações como estas continuaram ocorrendo no decorrer das décadas e as condições de vida nos hospícios foram alvo de estudos, como encontramos, por exemplo, em *O Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo*, de Maria Clementina Pereira Cunha (1986); em *A Instituição Sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil* (Silva, 2001); e, em *Holocausto Brasileiro*, escrito por Daniela Arbex (2013). Neste último, a jornalista descreve os horrores ocorridos no hospício Colônia de Barbacena no estado de Minas Gerais, onde

morreram cerca de 60.000 pessoas desde sua inauguração, em 1903, até o ano de 1980, sendo comparado por Franco Basaglia, durante uma visita à instituição, a um campo de concentração (Arbex, 2013).

Alguns relatórios divulgados pela Comissão Nacional de Direitos Humanos e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre instituições privativas de liberdade, tais como manicômios, unidades socioeducativas, hospitais de custódia e comunidades terapêuticas, indicam que algumas consequências dessa forma de intervenção se mantêm em nosso século. O relatório das visitas realizadas pela 1ª Caravana Nacional de Direitos Humanos em 20 manicômios de sete estados brasileiros (Goiás, Amazonas, Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo) mostrou a situação de abandono, negligência e maus-tratos aos quais eram submetidas inúmeras pessoas. Em algumas instituições, era comum o uso de eletroconvulsoterapia e a prática de neurocirurgia. Na Clínica São Paulo, em Salvador-BA, por exemplo, foi descrito o seguinte cenário:

A clínica São Paulo é um verdadeiro depósito de doentes mentais. Suas instalações são inaceitáveis e conformam condição de sofrimento aos internos. Foi difícil para nós realizar o trabalho de inspeção pela própria angústia dos pacientes que cercavam os integrantes da caravana implorando por sua liberdade. Na ala feminina, situada em um verdadeiro calabouço, encontramos pacientes despidas em estado de abandono. As condições de higiene são as piores possíveis e o cheiro que emanava em toda a instalação era insuportável. Há evidentemente, um "tratamento" massificado e a prática de abuso medicamentoso (Brasil, 2000, p. 14).

O relatório sobre as unidades de internação de adolescentes, em conflito com a lei, constatou a ocorrência de espancamentos em 56,66% das 30 unidades visitadas, além de superlotação, instalações contendo “celas-fortes”, internos acometidos por variados problemas de saúde sem receber a devida intervenção, suicídios e péssimas instalações: “Os alojamentos são precários, inadequados e assemelham-se a celas; têm goteiras; o mau cheiro é intenso; pouca ventilação e má iluminação. As celas são, portanto, insalubres, sem higienização e algumas têm fiação elétrica exposta. Muitos adolescentes dormem ‘de valete’” (Conselho Federal de Psicologia [CFP]; Ordem dos Advogados do Brasil [OAB], 2006, p. 118).

O relatório sobre as inspeções nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e estabelecimentos afins identificou superlotação, instalações inadequadas e, em 59% do total de unidades visitadas, havia espaços de contenção e isolamento, concluindo que tais

estabelecimentos “mantém privados de quaisquer direitos um número desconhecido de pessoas com transtornos mentais e/ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas” (CFP, 2015, p. 127). Dentre estas violações, são citadas a ocorrência de “graves agressões e ameaças, além das condições desumanas e degradantes” (CFP, 2015, p. 135).

Com relação às comunidades terapêuticas, o relatório elaborado pelo CFP identificou que quase a totalidade dos dispositivos visitados possuem características asilares, já que sua proposta de tratamento é pautada no isolamento, articulada à religião, abstinência e laborterapia, que, frequentemente, configura-se como exploração de trabalho. Além disso, averiguou-se o estabelecimento de rígidas rotinas e algumas práticas abusivas, como a contenção física ou química do interno. Na maioria dos estabelecimentos inspecionados, também se verificou a internação de adolescentes, muitos deles de forma compulsória. Conforme a análise do CFP (2018), o encaminhamento do adolescente a comunidades terapêuticas, por si só, seria uma violação de direitos, uma vez que tal encaminhamento não encontra respaldo nos dispositivos legais.

As condições de vida nos hospícios e sua forma de organização foram uma das razões que motivaram, na Europa, ainda em 1860, e no Brasil, no início do século XX, debates e intervenções visando à alta e ao tratamento em meio aberto para uma parcela de internos.

3.2.2 A necessidade de serviços abertos

A superlotação dos hospícios, o alto custo deste serviço aos cofres públicos e a concepção, ainda que incipiente, de que muitos alienados poderiam se curar por meio do “contato com a vida normal”, mobiliza, a partir de 1860 na França, um movimento cujo objetivo era manter internado nos hospícios apenas os pacientes mais perigosos, promovendo para os demais formas alternativas de tratamento, tais como a assistência do alienado junto à sua família ou em famílias estranhas, a criação de aldeias de alienados e de colônias agrícolas, localizadas nas proximidades do hospício. Vale frisar, contudo, que este movimento não contestava a utilidade e necessidade do hospício, objetivava-se com tais medidas, sobretudo, a contenção de gastos (Pessotti, 1996, p. 177).

O movimento recebeu apoio das autoridades, da imprensa e de vários setores da sociedade, mas havia opiniões divergentes. Alguns médicos consideravam que, no caso de alienados curáveis, a permanência com a família não era indicada e que o internamento deveria ser feito o quanto antes para evitar o progresso da doença. Questionava-se, ainda, a dificuldade da polícia, prefeitos e médicos leigos em discernir os alienados perigosos e não perigosos. No

caso dos incuráveis e inofensivos, mesmo aqueles em que se considerava sua permanência com a família adequada, vislumbravam-se dificuldades em manter ou restituir os pacientes à família uma vez que ela mesma conduzia o alienado ao hospício em busca de uma assistência mais qualificada. Sobre esta questão, Pessotti (1996, citando Falret, 1890, p. 47) explica:

É mais fácil que um alienado continue indefinidamente com uma família que ele jamais deixou, que recolocá-lo numa família após longo tempo de ausência, quando os parentes já perderam o hábito de vê-lo junto de si, quando eles se livraram, por um certo tempo, dos inconvenientes e prejuízos que necessariamente resultam de sua presença na vida doméstica. O médico encontrará a cada instante novos obstáculos quando quiser devolver à família um alienado reputado inofensivo ou incurável. Em muitos casos, ademais, sobretudo nas grandes cidades, o alienado jamais teve ou já não tem uma família. Devolvido à sua casa, ele encontrará uma família hostil, dividida, pouco disposta a recebê-lo.

Muitos dos questionamentos assinalados foram feitos por Jules Falret, na época, diretor da Salpêtrière e presidente da Sociedade Médico-Psicológica. Este médico considerava que a liberdade dos alienados não deveria causar prejuízos a eles, assim, defendia que o egresso continuasse a receber alguma forma de assistência, além disto alertava para as inúmeras dificuldades que podem surgir após o retorno do alienado ao convívio social: a família precisaria trabalhar, a remuneração fornecida pelo governo para a assistência poderia ser insuficiente, muitos alienados não teriam condições de trabalhar e, sob tais circunstâncias, muitas famílias poderiam desanimar, demandando a reinternação no hospício (Pessotti, 1996).

Lubomirska (1908), ao abordar esta questão em um livro intitulado *Les Prèjugès Sur La Folie*, alude que, em muitos casos, a loucura é curável, mas, ao deixar o hospício, o egresso enfrenta inúmeros problemas para voltar à convivência social devido a alguns preconceitos, tais como a crença na origem sobrenatural da loucura, o aspecto externo do louco e a crença no contágio, na incurabilidade e no perigo da loucura. Assim, defende que o processo de recuperação do doente seja estudado, porque “o estudo da convalescença também permite conhecer o futuro de pessoas loucas curadas que estão retornando ao seu lugar na sociedade e fornecer antecipadamente o que elas precisarão para evitar recaídas e transformações em doenças crônicas” (p. 99). Posicionamento semelhante é defendido por Jules Voisin, médico em Salpêtrière e presidente da Sociedade de Patronagem dos Alienados Egressos, que, no prefácio deste livro expõe:

Eu vou além, a organização pela iniciativa privada e inteligente de uma rede tutelar de caridades de reabilitação para os loucos fora do asilo constitui uma medida poderosa, a única séria em favor da seguridade social, pois é seguindo o insano que sai para a multidão, apoiando-o em seus fracassos e facilitado seu retorno ao asilo no caso de uma recaída, que a sociedade pode ser melhor protegida contra as perigosas surpresas da loucura desconhecida dos insanos em liberdade (p. XIV-XV).

Com relação às aldeias de alienados, Falret condicionava sua eficácia e segurança apenas se estas se localizassem próximas aos hospícios, sob o controle de um médico. Igualmente, as colônias agrícolas seriam uma alternativa adequada desde que sua administração fosse de responsabilidade do hospício. Na França, a primeira colônia agrícola teria sido a de Sainte-Anne, criada em 1828. Posteriormente, esta modalidade de tratamento se alastrou por todo o território francês e em outros países. Seus idealizadores e defensores acreditavam que o trabalho ao ar livre acarretaria muitos benefícios, favorecendo a cura, contudo não escondiam que tal prática reduziria o custo do hospício (Pessotti, 1996).

No Brasil, iniciativas muito semelhantes foram propostas, no início do século XX, por alguns higienistas, dentre eles, Ernani Lopes, Pacheco e Silva e Gustavo de Rezende. Rezende (1929) estabeleceu algumas propostas dirigidas aos egressos dos hospícios:

- 1º - Ter sempre uma relação dos parentes, amigos e conhecidos dos internados para que aqueles sejam sempre informados do estado dos pacientes e aconselhados a retirá-los do estabelecimento em caso de cura ou melhora acentuada.
- 2º - Auxiliar materialmente os egressos sem parentes ou amigos ou pessoas que por eles se interessem.
- 3º - Auxiliar materialmente os egressos cujas famílias forem necessitadas.
- 4º - Fazer o possível para arranjar colocação para os egressos válidos, de acordo com suas aptidões, em casas particulares, oficinas, etc.
- 5º - Colocar os egressos incapazes de trabalhar, mas que também não podem ser conservados no serviço nem na família, em asilos, colônias familiares, ou instituições análogas.
- 6º - Estar sempre em contato com os egressos por intermédio das visitadoras sociais.
- 7º - Vulgarização dos conhecimentos de psiquiatria, de modo que o povo compreenda seu dever de auxiliar os egressos, aceitando-os na comunidade e amparando-os.
- 8º - Facilitar o tratamento, em domicílio ou em estabelecimento apropriado, dos egressos que apresentarem quaisquer manifestações que façam suspeitar a volta do estado mental patológico.

Outros serviços propostos foram a instalação de ambulatórios de higiene mental, o posto de psicopatas, a assistência familiar e heterofamiliar e os Centros de Reabilitação (Frazatto & Beltrame, 2016).

A defesa da comunidade científica, em prol da criação dos serviços abertos, tornou-se possível no Brasil e em outros países graças à divulgação e aprovação de leis que permitiam a esterilização dos alienados. A visão organicista e biológica sobre os problemas de ordem mental tornava a procriação do alienado uma grande preocupação, daí a necessidade de mantê-los internados. Logo, com a esterilização, tornar-se-ia possível libertá-los do hospício sem o risco da geração de proles consideradas indesejáveis, conforme ilustra o posicionamento de Rezende (1932, p. 90):

Do ponto de vista eugênico, impõem-se não só a instrução do povo sobre os perigos da herança psicótica, como a instituição das consultas pré-nupciais e, em certos casos, deve-se apelar para a esterilização. Esta não poderá sofrer objeções uma vez que obedeça a uma indicação terapêutica, qual seja a da alta precoce, com seus benéficos efeitos sobre o psiquismo do esquizofrênico.

Assim como na Europa, as propostas discutidas pelos higienistas no Brasil visavam, sobretudo, solucionar o problema da superlotação nos hospícios e reduzir os gastos. A legitimidade dos hospícios e o papel central desses serviços no tratamento da loucura não eram alvos de questionamentos. Experiências visando à transformação da assistência em saúde mental ganham força após a Segunda Guerra Mundial, contexto no qual a degradante condição de vida imposta pela destruição da guerra e materializada pelos campos de concentração fez aflorar a defesa em prol da dignidade humana. Dentre essas experiências, Amarante (2007) destaca aquelas que visavam a transformação dos hospitais psiquiátricos: como a Comunidade Terapêutica, sistematizada por Maxwell Jones na Inglaterra, e a Psicoterapia Institucional, fundada por François Tosquelles na França; as que tinham como escopo tornar o hospital psiquiátrico obsoleto “a partir da construção de serviços assistenciais que iriam qualificando o cuidado terapêutico” (p. 41), como a Psiquiatria de Setor francesa, cujo principal expoente foi Lucien Bonnafé; e a Psiquiatria Preventiva, desenvolvida nos Estados Unidos; e, por fim, aquelas consideradas mais radicais “que deram início a processos de rompimentos com o paradigma psiquiátrico tradicional” (p. 51), como a Antipsiquiatria de Ronald Laing e David Cooper, na Inglaterra, e a Psiquiatria Democrática, experiência italiana consolidada por Franco Basaglia.

No Brasil, um movimento com finalidade semelhante só ganha força a partir de 1980, período marcado pelo processo de redemocratização do país e por intensas mobilizações sociais, dentre os quais destacamos os movimentos em defesa da saúde como um direito de todos, que culminou com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990. Com base sobretudo na experiência italiana, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), iniciado em 1978, foi ganhando adesão popular a partir da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, transformando-se no Movimento da Luta Antimanicomial, o qual questionava a assistência centrada em internações psiquiátricas e denunciava a violação de direitos às pessoas internadas em manicômios. O marco desse movimento foi o ano de 1987, que, em um encontro no município de Bauru-SP, do qual participaram diferentes segmentos da sociedade, foi proposta a reorganização da assistência em saúde mental, que apregoava o tratamento em liberdade por meio de serviços comunitários e a extinção dos manicômios (Amarante, 2007). Nesse mesmo ano, foi inaugurado em São Paulo-SP, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, o primeiro CAPS do Brasil. Esta e outras iniciativas desenvolvidas no mesmo período, como ocorreu nos municípios de Santos-SP e Campinas-SP, influenciaram a construção e os rumos da política nacional de saúde mental (Luzio & L'Abbate, 2006).

A luta desse movimento resultou na aprovação da *Lei 10.216, de 6 de abril de 2001*, a qual “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Apesar de representar um inegável avanço, “o texto da lei aprovada não assegurou algumas das aspirações mais fundamentais do projeto original, tais como a extinção progressiva dos manicômios” (Amarante, 2007). No entanto, a Lei salvaguarda o direito do usuário de receber tratamento “preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental” (Art. 2º, inciso IX) e prevê que “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (Art. 4º, §1º).

De lá para cá, muitas experiências foram desenvolvidas e muitas portarias criadas a fim de organizar e implementar esse novo modelo de assistência em saúde mental – a atenção psicossocial –, oficializado pelo Ministério da Saúde em 2011, por meio da Portaria 3.088. Essa Portaria estabelece a “Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” e é aprovada, segundo Teixeira, Ramôa, Engstrom e Ribeiro (2017, p. 1461) em um contexto paradoxal, no qual observava-se, por um lado, o fortalecimento da proposta de redução de danos e da atenção psicossocial, mas, por outro, o aumento do número de normativas que reforçavam “o modelo centrado na doença,

especialmente por meio das Comunidades Terapêuticas (CT)”. A Portaria 3.088 (2011) define os componentes e respectivos pontos de atenção, entre os quais inclui as comunidades terapêuticas, conforme descrito no quadro a seguir:

Componente	Pontos de Atenção
Atenção básica em saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde • Equipe de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua e Atenção Residencial de Caráter Transitório) • Centros de Convivência
Atenção psicossocial especializada	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diversas modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPS i
Atenção de urgência e emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192 • Sala de Estabilização • UPA 24 horas • Unidades Básicas de Saúde
Atenção residencial de caráter transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento • Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria Especializada em Hospital Geral • Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas
Estratégias de desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos
Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de geração de trabalho e renda

Quadro 1: Componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Fonte: Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (2011).

Amarante (2007) nos lembra que a aprovação de leis é insuficiente para assegurar cidadania e direitos àqueles que sofrem psiquicamente, reforçando que “é preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais” (p. 71). Por esta via, o processo rumo à

consolidação de uma nova forma de cuidado às pessoas com sofrimento mental é atravessado por inúmeras dificuldades, tais como: a lentidão na implementação da rede de atenção substitutiva (Alverga & Dimenstein, 2006; Boarini, 2011); o funcionamento inadequado de muitos dispositivos que acabam, em suas intervenções, reproduzindo a lógica manicomial (Leal & Delgado, 2007; Yasui, 2010); a precariedade da formação do profissional de saúde mental (Scarcelli, 1999; Boarini, 2011); a contraposição de alguns setores e estudiosos à concepção da Reforma Psiquiátrica (Luzio, 2011).

No tocante a este último ponto, citamos, a título de ilustração, o artigo de autoria do jornalista Ferreira Gullar (2009), o qual, em defesa das internações, afirma que a reforma psiquiátrica brasileira, tal qual a italiana, “resultou num desastre”; e, o posicionamento da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) que critica a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos, asseverando que a reforma psiquiátrica produziu a desassistência às pessoas em sofrimento mental (Carvalho, 2010).

Conforme assinala Luzio (2011), os problemas enfrentados, incluindo a divergência de opiniões relacionadas a este campo, são “próprias de um processo de transição paradigmática na Saúde Mental no país” (p. 151). Assim, se, por um lado, as resoluções da Portaria n. 3.088 (2011) foram convergentes ao debate promovido pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental, assistimos, na atualidade, a aprovação da Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que, sem a participação social, instituiu, dentre outras alterações relativas à RAPS, a manutenção de vagas em hospitais psiquiátricos com o aumento no valor das diárias e a volta do ambulatório especializado como um dos pontos de atenção da RAPS (Portaria n. 3.588, 2017). As dificuldades na transição de um modelo de assistência para outro também são evidenciadas ao constatarmos, na atualidade, a coexistência desses dois modelos – o hospitalocêntrico e o psicossocial, que, não raro, vêm favorecendo a ocorrência de reinternações (Machado & Santos, 2013).

3.2.3 As reinternações

Ao discutir a assistência ao alienado no século XIX, Pessotti (1996) refere que, ao ser internado em um hospício, o enfermo tinha dois caminhos possíveis: a cura ou a morte, sendo que, no primeiro caso, ainda existia a possibilidade da reinternação. Ao analisar dados do manicômio de Roma, o autor expõe que, no período de sete anos, de 1874 a 1880, os registros apontam um índice de cura equivalente a 32,73%. Nesse mesmo período, as mortes representaram 25,59% do total de enfermos. As causas das mortes eram devidas, sobretudo, a

doenças físicas. Contudo, no relatório produzido pela instituição, a explicação era que a loucura causava os males físicos, o que eximia a instituição de quaisquer responsabilidades.

Com relação aos “curados”, ou seja, aqueles que recebiam alta para voltarem a exercer suas atividades fora do hospital, uma grande parcela era reinternada, uma ou mais vezes:

A percentagem de reinternações, calculada sobre o total de pacientes internados no período de sete anos, foi 15,68%. Se o índice fosse calculado sobre o total de pacientes no período, incluídos os que já estavam internados anteriormente, o valor seria 12,81%. Visto que a percentagem global, era de 32,73%, resulta que a grande parte dos curados era reinternada (Pessotti, 1996).

O argumento fundamental, utilizado por Fiordispini, diretor do manicômio de Roma naquele período, para justificar as reinternações, era a insuficiência de cuidados recebidos após a alta, o que, para ele, implicava na falta de um ambiente adequado tal qual o manicômio lhes ofertava. Para Pessotti (1996), a análise de Fiordispini revela a preocupação, já debatida na França a partir de 1860, com a necessidade de cuidados extra-hospitalares, no entanto, “não se discute, diante de tão altos índices de recidivas, quanto o tratamento oferecido no manicômio está realmente conseguindo verdadeira cura” (p. 200).

Questionamentos referentes à “cura” produzida pelo tratamento ofertado nos hospitais psiquiátricos cabem nos dias de hoje, afinal as reinternações persistem. Sobre esta questão, Machado e Santos (2013) afirmam que a coexistência do modelo hospitalocêntrico com o modelo psicossocial vem produzindo reinternações em hospitais psiquiátricos, assinalando que, embora o usuário permaneça menos tempo internado, ele volta a ser internado um maior número de vezes. Corroborando com este posicionamento, Rosolem (2016) mostra que, mesmo em um município que possui uma RAPS, dispondo de diversos dispositivos, o número de reinternações no hospital psiquiátrico é expressivo, indicando que é comum o hospital especializado ser utilizado mesmo quando os recursos substitutivos existem.

Como exposto na introdução deste trabalho, a fim de sanar os problemas ligados à população infantojuvenil, o isolamento foi uma medida direcionada, ao longo da história, a crianças e adolescentes também.

3.3 O HOSPÍCIO E AS INTERNAÇÕES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Ao discutir a assistência às crianças idiotas e degeneradas, no final do século XIX, o médico Désiré Magloire Bourneville (1840-1909) faz um breve percurso histórico a respeito das internações da população infantojuvenil em Bicêtre e Salpêtrière. De acordo com o autor, desde a época da criação dos hospitais gerais, por volta de 1656, há registros referentes a estas internações. Com base nos censos divulgados entre os séculos XVII e XIX, Bourneville (1895) expõe as características das crianças e adolescentes internados nestes estabelecimentos:

- Em 1656, havia uma população total de 600 pobres, incluindo idosos e crianças aleijadas;
- Em 1716, foram registradas 6 crianças tratadas como loucas, 10 epiléticas e 7 imbecis;
- No ano de 1750, estavam internadas em Bicêtre 383 crianças e adolescentes com variados problemas, tanto de ordem física como mental, tais como sarnentos, epiléticos, aleijados, imbecis e mendigos;
- Em 1820, foram contabilizadas 32 internações, sendo: 14 idiotas de nascimento, 2 idiotas por acidente, 2 idiotas por doença, 6 epiléticos, 1 devido a defeito de formação do crânio, 2 onanistas, 2 doentes por maus-tratos e 3 por causas indeterminadas;
- Entre 1840 e 1842, foram admitidas em Bicêtre 117 crianças e adolescentes, cujos diagnósticos incluíam: idiotia, mania, epilepsia, imbecilidade, melancolia, demência, masturbação, fraqueza intelectual e hidrocefalia.

De acordo com Lobo (2018), no século XIX, vigorou a concepção de que a loucura era um desvio que acometia sobretudo adultos. Os desvios de ordem mental da criança, que passou a ser alvo da psiquiatria naquele período, estavam englobados na classificação dos quadros de idiotia. Naquele século, são desenvolvidos alguns estudos e iniciativas nos hospícios e outras instituições francesas com o objetivo de educar a criança considerada idiota, sendo o trabalho de Édouard Séguin (1812-1880) reconhecido como um dos marcos nesta área. Outros médicos como Esquirol, Guillaume Ferrus (1784-1861) e Maximien Parchappe (1800-1866) entendiam que a assistência à criança anormal deveria ser a mesma ofertada aos adultos, defendendo não só que a população infantojuvenil fosse internada nos hospícios de alienados, bem como a instalação de pavilhões específicos para ela em tais estabelecimentos.

Bourneville (1895) explica que as internações eram necessárias nos casos considerados incuráveis, tais como os idiotas, atrasados, paralíticos, epiléticos, histéricos, crianças com perversão de instintos ou insanidade moral, uma vez que as crianças acometidas por estes

desvios não conseguiam se manter na escola, assim, precisavam ficar em casa sob a supervisão de um adulto e este, por sua vez, ficava impossibilitado de trabalhar.

É um princípio que deve sempre guiar a assistência: é que devemos ajudar os desafortunados o mais próximo possível de suas casas e, sempre que possível, em casa. Em nossa opinião, em conformidade com a de todos os homens que se ocuparam seriamente desta questão, e procuraram substituir a esmola e a caridade por uma ajuda real da República, é necessário recorrer ao hospital ou ao hospício sempre que o atendimento domiciliar não puder ser feito de maneira útil. A hospitalização é indispensável quando o infeliz, pela natureza de sua enfermidade, ou por suas enfermidades, requer, para ser bem cuidado, a presença constante de um dos membros da família, que se encontra imobilizado e não pode mais contribuir para os encargos comunitários (Bourneville, 1895, p. 143).

Embora a lei francesa de 30 de junho de 1838, sobre a assistência aos alienados, contemplasse o direito da criança idiota a ser assistida por meio de internações nos hospícios, até no final do século, eram poucos os estabelecimentos que aceitavam recebê-las.

Exceto o Departamento do Sena, que em 1878, quando o último Relatório Geral do Serviço de Inspeção foi publicado, teve uma subseção de crianças em Bicêtre e Salpêtrière, e o Departamento do Norte, onde o Asilo privado Lommlet hospitalizou cerca de 100 crianças (?), a maioria dos outros departamentos tinha dificuldades em abrir suas portas para esses infelizes. Eles também foram misturados na maioria das vezes com adultos, sem qualquer tratamento especial (Bourneville, 1895, p. 213).

Segundo Lobo (2018, p. 20), “no final do século XIX, a criança idiota deixa de englobar o universo dos desvios da infância e passa a ocupar uma das categorias da anormalidade”. No Brasil, a autora destaca a rapidez com que os psiquiatras e demais estudiosos ligados ao movimento higienista se apropriaram dessa concepção, citando a importância conferida à criança nas propostas higienistas, muitas das quais contendo um viés preventivo.

Dentre o vasto material produzido pelos higienistas nas primeiras décadas do século XX, citamos a discussão do psiquiatra Ernani Lopes (1885-?) sobre as psicoses infantis. Conforme este higienista, havia, naquele período, uma preocupação com o diagnóstico precoce. Os especialistas defendiam que não era suficiente o estudo das psicoses típicas da infância. Era

necessário “surpreender, já na infância, certas psicoses do adulto, rastreáveis com grande antecedência pelas suas leves manifestações prodrômicas ou incipientes” (Lopes, 1930a, p. 123). O autor expõe pesquisas internacionais que questionavam a visão, até então hegemônica, de que algumas formas de doença mental só ocorriam na maturidade e puberdade. É o caso do estudo de um autor americano, segundo o qual sinais da demência precoce e das psiconeuroses podiam ser observadas em crianças e, ainda, o estudo do francês André Collin que, mediante observações acuradas do desenvolvimento neuropsíquico da criança de 0 a 6 anos, concluiu que era possível “rastrear as primeiras manifestações patológicas do psiquismo” (Lopes, 1930a, p. 124).

Lopes (1930a) explica que o crescente interesse em identificar problemas de ordem mental nas “primeiras idades” anunciava o desenvolvimento de uma nova especialidade médica, a “psico-pediatria” ou a psiquiatria infantil.¹¹

3.3.1 A realidade de crianças e adolescentes no hospício

Em 26 de julho de 1970, a revista italiana *L'Espresso* impactou a sociedade de Torino ao publicar a foto de uma menina nua, com as mãos e os pés amarrados nas beiradas da cama. A cena remetia a uma crucificação. A criança “crucificada” tinha 10 anos, chamava-se Maria e estava internada na Villa Azzurra, um instituto psico-médico-pedagógico para crianças alocado no Hospital Psiquiátrico de Gruliasco, em Torino¹². Na década de 1960, a Villa Azzurra foi dirigida pelo médico psiquiatra Giorgio Coda, que, em nome da ciência, realizou experiências usando as crianças como cobaias, utilizando e incentivando o uso do eletrochoque (Gaino, 2017).

¹¹ A psiquiatria infantil se consolidou como especialidade médica em 1937, no Congresso de Psiquiatria Infantil de Paris (Assumpção Jr., 1994).

¹² Os pavilhões destinados à população infantojuvenil que faziam parte do Hospital Psiquiátrico de Gruliasco, passaram a se chamar Villa Azzurra a partir de 07 de abril de 1964 (Gaino, 2017).

(...) Muitos não sabem comer, nem se manter polidos. Frequentemente alguns são amarrados mãos e pés à cama, seja de dia ou de noite (La fabbrica dela follia, 1971, citada por Gaino, 2017, p. 7, tradução nossa).

Com base nas fichas clínicas das crianças internadas na Villa Azzurra, bem como nos depoimentos de ex-internos, enfermeiros, psicólogos e familiares, Gaino (2017) reconstruiu a história de oito crianças e adolescentes que viveram a infância/adolescência entre os muros dessa instituição. Histórias como a de Savério, “o monstro que viveu sempre amarrado” (p. 85); de Libero, “o ladrão” (p. 101); de Maria, e o seu “precoce interesse sexual” aos 6 anos (p. 116); de Aristide, “o epilético no manicômio”, internado aos 3 anos (p. 124); de Grazia e Valter, “os gêmeos” (p. 138); e Ignazio, “morto amarrado nu ao leito” (p. 146). Gaino (2017) também apresenta o testemunho de Ângelo, que ingressou na Villa Azzurra aos 3 anos de idade:

Tinha três anos quando um assistente social me trouxe para a Villa Azurra que daquela cor não tinha nada. Acabei lá porque aquela boa dona da minha mãe me teve com um homem que não se importou com a paternidade, nunca mais o encontrei. Ela era jovem e só, e trabalhava como operária em uma malharia. Me levou para a via Giovanni da Verrazzano, em Turim, que era um centro da Província. Lá, um assistente social escolheu por minha mãe e por mim: podia ir ao Instituto Levi, que era um lugar para as crianças pobres, mas normais, terminei, no entanto, no manicômio para os mais pequenos. Só para ter um leito e um prato de sopa. Obviamente estes são pensamentos que tive depois (p. 17, tradução nossa).

Sobre o seu diagnóstico, Ângelo explica:

Fui definido pelos médicos do manicômio como “descontínuo, discretamente reativo e também agressivo”. Praticamente um mau caráter. Coda me havia marcado no início, como um quase deficiente que estava mal porque não havia a mãe por perto (“Retardo mental com sofrimento afetivo”). Então tive que permanecer de qualquer modo, como uma pessoa perturbada: Angelo que subia nos telhados, que via os melros no jardim, e dizia *que não era louco*. (Gaino, 2017, p. 21, grifo do autor, tradução nossa).

Outros exemplos de causas e diagnósticos que justificavam a internação de crianças na Villa Azzurra foram apontados por Gaino (2017). Em 1963, um menino de três anos

incompletos foi internado na instituição por ser considerado “perigoso a si e aos outros”. Nos dados registrados por Coda, constam ainda o caso de Adrianina, treze anos, descrita como “menor boa, dócil, mas avessa aos estudos. Nasceu em uma família pobre, o pai é analfabeto (...) começou a andar e a falar com atraso”. (p. 56, tradução nossa). Coda a diagnostica como oligofrênica e pede a sua custódia a um instituto ortofrênico. Adrianina acaba em Villa Azurra. Já Pier Giacomo, doze anos, foi internado em Villa Azzurra após a indicação de outro médico por apresentar “excessiva instabilidade psicomotora e abandono pedagógico (...) notáveis reações de medo (...) é afetivamente apegado ao pai, o qual não tem condições de assisti-lo pedagogicamente”. Recebeu o seguinte diagnóstico e recomendação: “sujeito epilético, afetado pela oligofrenia de grau médio (...) O instituto indicado para ele, que provém de uma família pobre, é Villa Azzurra” (p. 59, tradução nossa).

Ângelo também descreve os castigos sofridos:

Pois, para Villa Azzurra, que era um quartel com as freiras que puniam por qualquer coisa, me tornei oposição, como diziam todos. Lembro que me castigavam e eu escapava pelas calhas no telhado, me escondia nos bueiros, me refugiava na câmara mortuária ao fundo do Hospital Psiquiátrico de Grugliasco. (...) Comecei a ser amarrado à cama, ou ao radiador, quando tinha 4 anos. Assim me tornei um rebelde. Eu não apenas fugia. Respondia elevando a voz. Era levado ao Coda, o psiquiatra eletricitista. Me deu choque 52 vezes. (...) Roubei a minha ficha clínica e lá está escrito que Coda, me fez colocar as borrachinhas entre os dentes e dois tampões nas têmporas todas as vezes. (...) me aplicava nos genitais, na coluna vertebral, nos rins, outras vezes na cabeça. Dizia à freira: “Se era verdade que eu tinha feito xixi em mim mesmo? Sim. Vamos ensiná-lo a não fazer mais”. Ou bastava que eu o olhasse torto. E me fazia explodir o medo, primeiro, mas tentava não demonstrar. Tentava. Uma vez iniciada a eletricidade no meu corpo, perdia os sentidos e desmaiava. (Gaino, 2017, pp. 17-18, tradução nossa).

O uso de castigos tinha respaldo científico. Em uma publicação no *Annali di freniatria e scienze affini* em 1967, a psicóloga Lidia Bertalot em colaboração com Coda, aborda esta questão:

O castigo é o modo mais elementar e direto para conter os impulsos agressivos na criança, impulsos que pontilham a vida emotiva de obscuros sentimentos de culpa e que ameaçam de precipitá-lo em crise de angústia. O castigo torna-se, portanto, uma barreira à agressividade e antídoto à angústia em virtude da função de expiação. (...) A criança ama somente o que respeita (Bertalot, 1967, citado por Gaino, 2017, p. 54, tradução nossa).

Além dos castigos e eletrochoques, Ângelo faz menção à ocorrência de violência sexual:

Recordo os abusos e *costumes* de Villa Azzurra. Os abusos tenho-os impressos no cérebro mais do que todo o resto. Havia a enfermeira que pegava e trazia, onde somente eles sabiam, as crianças mais desenvolvidas. Que tinham 13 anos, mas também 11 anos. A freira capataz, aquela que se dava tão bem com Coda, acobertava-o. Havia uma ou duas daquelas meninas que se tornaram grandes, a freira nos disse: “Elas comem muito doce”. Que doce? Nunca vimos nenhum. Então, aquelas uma ou duas meninas que nunca mais vimos. Depois de anos, entendi e aprendi que a enfermeira as engravidou. Eram abusos dele, que se tornaram *costumes*. Hábitos na linguagem popular. Como as massagens que uma enfermeira loira fazia em nós, os mais pequenos, quando ela nos banhava. A enfermeira pianista. (Gaino, 2017, p 19, grifos do autor, tradução nossa).

Ângelo permaneceu mais de 9 anos na Villa Azzurra. Em sua ficha clínica, era descrito como magro e resistente ao trabalho, “liquidado como futura unidade produtiva do país” (Gaino, 2017). Aos 15 anos, decidiu fugir, pois compreendera que esta era a única forma de se salvar.

A Villa Azzurra parou de funcionar em 1979. Após a denúncia publicada no L’Espresso, as crianças e adolescentes da Villa Azzurra foram transferidos para outras instituições. Maria, a menina da foto, foi transferida para uma instituição criada na Província, na estrada del Mainero. Segundo um dos psicólogos que trabalhou em Villa Azzurra, Maria “morreu anos depois na nova estrutura, afogada na banheira. Deixaram-na sozinha” (Gaino, 2017, p. 71).

A vida de crianças e adolescentes nas instituições psiquiátricas francesas foi enfocada por Le Bras em *Un Enfant à L’Asile* (2018). Em meio aos arquivos do Hospital Psiquiátrico de Saint Athanase em Quiper, o pesquisador encontrou a autobiografia de um dos internos, Paul Taesch. Paul Taesch nasceu em Paris em 1874, filho de pai desconhecido. Sua mãe morreu

durante o parto e ele passou parte da infância em um orfanato. Em 1886, Paul Taesch tinha 12 anos e era aprendiz de confeitiro, mas, após a vivência de situações de abusos e humilhações, manifestou um colapso nervoso e foi internado na seção infantil de Bicêtre, chefiada por Bourneville. Desde então, sua vida tornou-se inseparável dos hospícios.

Entre os 12 e 22 anos, Paul Taesch recebeu, ao menos, oito diagnósticos – epilético, idiota, histérico, degenerado, entre outros – e apresentou uma trajetória precoce de “reincidência’ de internação”, sendo internado em diferentes instituições: duas vezes em Bicêtre, três vezes no asilo de Ville-Évrard e, em 21 de dezembro de 1895, ele chegou a Quimper de trem, no meio de um contingente de loucos do Sena, transferido para aliviar os hospícios congestionados da região de Paris (Le Bras, 2018, p. 14).

Com o tempo, as idas e vindas do hospício permitiram a Paul Taesch entender “as fontes de internação e saída do asilo” (Le Bras, 2018, p. 16), em outras palavras, ele aprendeu como poderia entrar e como poderia sair do hospício. Algumas vezes, a internação foi utilizada por ele como um recurso para sair das ruas e minimizar as consequências da miséria.

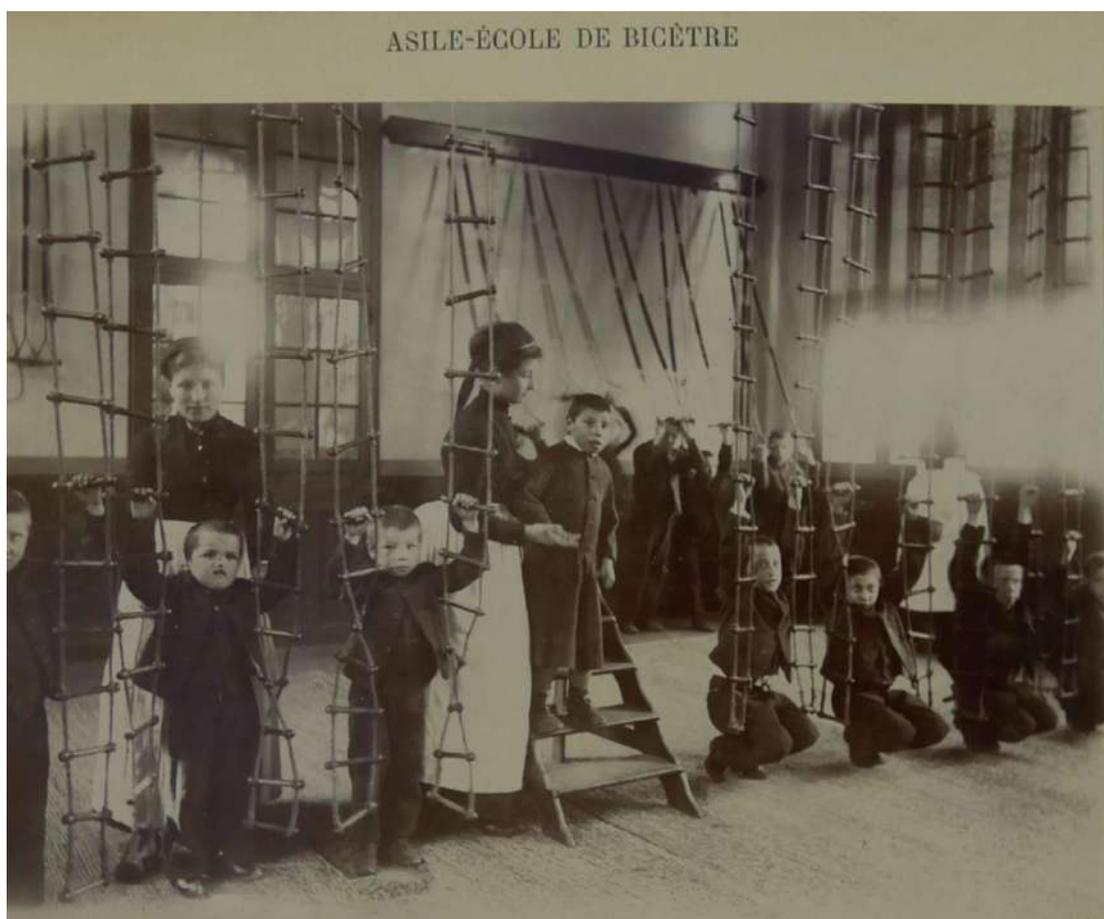


Figura 6. Seção Infantil de Bicêtre. (n.d)

Também no contexto francês, mas na década de 1970, quando estavam em voga as concepções da psicoterapia institucional e da psiquiatria de setor, Sandretto (1977) conta sua experiência como médico residente no pavilhão infantil de um centro psicoterápico, procurando mostrar as dificuldades de colocar em prática estas teorias no cotidiano de trabalho. O referido centro psicoterápico foi inaugurado em 1970 e a ala infantil, um pouco mais tarde, em 1971. “O Centro tinha sido construído para cuidar dos loucos, dos senis, das crianças idiotas e incuráveis” (Sandretto, 1977, p. 17) e apesar de sua denominação – centro psicoterápico – tratava-se de um hospício remodelado.¹³

O Centro Psicoterápico busca ter a aparência de uma vila, estando dividido em 28 pavilhões semelhantes, cercado por uma simples grade de proteção. (...) Um caminho central conduz da entrada à farmácia e blocos administrativos, e depois até uma pequena praça ao redor da qual se organiza a vila. De um lado da praça fica a igreja, e do outro o restaurante dos funcionários, ao lado de uma sala de cinema. De lá partem 3 caminhos cimentados, onde ficam os pavilhões centrais de cada médico-chefe do serviço de psiquiatria para adultos. Espalhados ao redor, os pavilhões dos doentes, com um andar, para 25 ocupantes, cercados por gramados. Há também salas de reunião, ateliês, salão de beleza, uma cafeteria, campos para esportes diversos e um grande ginásio. Em toda volta desta parte nobre da vila há uma estrada asfaltada. Nos fundos, ficam escondidos os pavilhões de defectologia, reservados aos velhos senis e a uma futura ala de psiquiatria infantojuvenil. (Sandretto, 1977, pp. 11-12, tradução nossa).

Especificamente sobre os pavilhões infantojuvenis, o autor descreve:

O prédio contava com uma parte central comum onde convergiam três pavilhões, de maneira que era possível criar ali 3 unidades de atendimento; elas foram batizadas de: *A Fonte* (primeira a funcionar), *A Cascata* e *A Água Viva*. (...) Ao entrar no pavilhão, o visitante era surpreendido por um cheiro permanente de fezes e suor [como o aquecimento era no piso, os excrementos se incrustavam]; (...) e por mãos, ferozes ou lascivas, que se agarravam às pernas, grupos de crianças se esfregando ao recém-chegado como animais domésticos repugnantes; por sons estranhos, gritinhos, urros,

¹³ No livro, o próprio autor se refere à instituição ora como centro psicoterápico, ora como hospital psiquiátrico.

ranger de dentes, pancadas... (Sandretto, 1977, pp. 24-25, grifos do autor, tradução nossa).

Na visão de Sandretto (1977, p. 23, tradução nossa), a construção desses pavilhões, nos fundos do Centro, foi feita de forma consciente ou inconsciente para “que não ficasse à vista de todos os visitantes esse escândalo natural, social ou acidental que é a doença psíquica, o retardamento ou a demência de uma criança”.

O autor relata as dificuldades cotidianas e a tensão entre dois modelos de funcionamento, um pautado em um sistema hierárquico autoritário e outro com uma proposta mais democrática. É nesse contexto que Christian chega à instituição. Christian é um menino de 9 anos que, diferente dos demais internos, majoritariamente composta por “retardados severos”, apresentava uma “inteligência normal” e possuía plenamente desenvolvida a capacidade de falar. Tal fato tornou o cotidiano da instituição ainda mais caótico e a violência, produzida de diferentes formas, foi um recurso utilizado para abafar a palavra e as demais formas de expressão pelas quais Christian denunciava os efeitos da institucionalização.

Logo nos primeiros dias, Christian demonstra sua angústia perguntando e pedindo incessantemente por objetos pessoais como toalhas e guardanapos. Tais pedidos, no entanto, são entendidos pelos profissionais do pavilhão como uma crítica e passíveis de punição. Além desse processo de objetificação, o autor descreve, em outros momentos de seu relato, a violência de Christian contra outros internos e da equipe de enfermeiros contra ele:

Christian tentava provocar algo que perturbasse o funcionamento de uma instituição onde tendia a ser esquecido. Por enquanto, ele brigava com as crianças. (...) as cenas violentas entre Christian e a equipe da Cascata se repetem quase quotidianamente durante várias semanas – ele chuta, morde, bate, ao que a equipe responde com isolamento, humilhações, colocando de castigo, dando tapas, surras, imobilizando-o na cama (...). Os meios empregados são cada vez mais desproporcionais. (...). Ressuscita-se as receitas e os métodos do asilo: a contenção física para os agitados. (Sandretto, 1977, pp. 78-79, tradução nossa).

Com frequência, a violência era exercida por meio de injeções sem quaisquer medicações, apenas para provocar dor, ou pelo excesso de medicação:

O médico residente o encontra em estado semicomatoso, com queda na pressão arterial e distúrbios de consciência. Os exames realizados em seguida não revelam nenhum problema de saúde. O que teria acontecido? (...) Enfim, a ingestão poderia ter ocorrido pela prática conhecida como *tratamentos paralelos*, muito comum no meio psiquiátrico. Quando a equipe de enfermeiros se sente ameaçada por um doente e pensa, com ou sem razão, que os médicos não compreendem ou não querem compreender suas dificuldades, ela às vezes prescreve secretamente, fora dos circuitos hierárquicos, quimioterápicos de que só nos damos conta face a distúrbios físicos inexplicáveis de um doente que até então era conhecido apenas como problemático, ou com uma morte brutal ‘de origem cardiovascular’. (Sandretto, 1977, pp. 85-86, grifo do autor, tradução nossa).

Além de manifestações de raiva e agressividade, após dois meses internado, Christian passou a apresentar regressões de ordem comportamental, comportando-se igual às demais crianças. “Christian começa a aterrorizar o mundo acomodado da Cascata, quase sem dizer nada: regredindo violentamente à imitação do meio que o rodeia” (Sandretto, 1977, p. 94, tradução nossa). Christian chegou ao Centro Psicoterápico encaminhado pelo sanatório onde vivia após ser diagnosticado como pré-psicótico. Conforme já mencionado, assim que chegou ao Centro, Christian foi percebido pelos profissionais como uma criança “normal”. Contudo, com o passar dos dias, as reações da criança, decorrentes, sobretudo, do processo de institucionalização, passaram a justificar seu status de “doente” e sua permanência na instituição.

Se uma criança persistia em manifestar de mil maneiras sua oposição ou seu desacordo, ou mesmo simplesmente sua dificuldade de existir, não se tratava nunca da evidência de um desejo expresso numa linguagem e capaz de perturbar o equilíbrio, mas sim de um sintoma psiquiátrico ou médico que demandava um tratamento (Sandretto, 1977, p. 58, tradução nossa).

Apesar de muitos entraves, a equipe de saúde conseguiu fazer com que Christian iniciasse um intercâmbio entre o Centro Psicoterápico e o “mundo externo”. Christian passa a frequentar a escola fora do Centro, participa de um grupo de escoteiros, vai a acampamentos e pernoita na casa de amigos. Concomitantemente, é inaugurado um hospital diurno, o que possibilita à equipe planejar medidas para que Christian deixe definitivamente o Centro

Psicoterápico. Sandretto (1977, p. 213, tradução nossa) não narra qual foi o desfecho da história de Christian, por ter sido transferido de instituição alguns meses depois. Contudo, ele sugere que esses pequenos avanços foram passageiros e que, muito rapidamente, as instituições se cristalizam “numa eterna rigidez”.

Após analisar o caso de Christian e cogitar, junto com a equipe, a possibilidade de a criança viver fora do complexo psiquiátrico, Sandretto (1977, p. 209, grifos do autor, tradução nossa) conclui:

Chegávamos assim ao verdadeiro problema e ao que estava realmente em jogo desde o início. Liberar a palavra de Christian significaria, em suma, enfrentar a barreira hierárquica instalada por uma sociedade que encerra aqueles que não deseja ouvir de nenhuma maneira.

Considerando as pontuações que desenvolvemos na seção 2, a infância/adolescência vivenciada nos hospitais psiquiátricos poderia, assim, ser simbolizada como a “Terra do Silêncio”.

3.3.2 A população infantojuvenil internada nos hospícios brasileiros

Assim como ocorria nos países europeus, no Brasil, as crianças e adolescentes que, por alguma razão, eram encaminhadas aos hospícios dividiam os mesmos espaços com os adultos. Tal circunstância foi alvo de questionamentos e, em alguns estabelecimentos, foram criadas seções específicas destinadas ao tratamento da população infanto-juvenil. Esta condição passou a ser obrigatória a partir do Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, que, em seu artigo 3º, determinava: “Os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a eles destinados ou em seções especiais dos demais estabelecimentos especiais dos demais estabelecimentos desse gênero”. Contudo, o referido decreto não assegurou que esta medida fosse adotada em todas as instituições psiquiátricas.

A primeira seção específica para o atendimento de crianças e adolescentes foi o Pavilhão-Escola Bourneville, instalado no Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro em 1903. De acordo com Silva (2009, p. 201), que examinou os prontuários da população internada no pavilhão nas quatro primeiras décadas de funcionamento, “os diagnósticos variaram em torno de aproximadamente quinze categorias, sendo os mais recorrentes os de

idiotia, paralisia, epilepsia, imbecilidade e os quadros de degeneração. O diagnóstico mais frequente era, com vantagem, o de idiotia”.

Em São Paulo, na década de 1920, foi criado o Serviço de Menores Anormais no Hospital de Juqueri. Este serviço era composto pelo Pavilhão Asilo, instalado em 1922 e pelo Pavilhão-Escola, instalado em 1929. O médico Vicente Baptista, um dos diretores do serviço, descreve que, ao chegar, a criança ou o adolescente passava pelo “exame de entrada” e procedimentos de observação. Uma vez concluído esse processo, a criança ou o adolescente era destinado ao Pavilhão-Asilo ou ao Pavilhão-Escola, conforme sua classificação. Os classificados como ineducáveis – idiotas, imbecis profundos, epiléticos em estado demencial, perversos post-encefalíticos, post-encefalíticos graves eram encaminhados ao Pavilhão-Asilo; os classificados como educáveis – débeis mentais e anômalos com perturbações da moral e caráter, mas com possibilidade de serem alfabetizados e de conviverem com outros internos, ao Pavilhão-Escola (Baptista, 1938). Em geral, os meninos eram encaminhados ao Serviço de Menores Anormais no Hospital de Juqueri pelo Instituto Disciplinar ou juízes (Serra & Scarcelli, 2012).

Ainda no que tange ao tratamento direcionado a crianças e adolescentes internados no Hospital de Juqueri, Masiero (2003) e Toledo (2019) apontam a prática da lobotomia e leucotomia, sobretudo entre os anos de 1942 e 1956. Segundo Toledo (2019), de 1941 a 1954, 12,82% das lobotomias foram realizadas em internos com idades entre 9 e 17 anos e 95% deles eram do sexo feminino. Em 1947, Masiero (2003) refere que foram operadas 9 crianças e adolescentes, todas meninas entre 9 e 16 anos. Duas delas faleceram por hemorragia intracraniana. Conforme explica o autor: “A ideia básica era a de que, quanto antes se tratasse a doença, melhor seria o prognóstico. Enfim, crianças constituíam ‘um material humano ainda não degradado’” (p. 562).

Sobre as internações no Hospício São Pedro, no Rio Grande do Sul, Silva, Hartmann, Scisleski e Pires (2008), por meio da análise dos prontuários entre 1884 e 1937, constataram que houve mudanças nos diagnósticos que levaram a internações de crianças e adolescentes na instituição ao longo dos anos. De 1884 a 1920 prevaleceram os diagnósticos que associavam a anormalidade a doenças orgânicas ou congênitas, como a idiotia. De 1920 a 1929, embora estes diagnósticos ainda se fizessem presentes, “a doença mental em crianças e adolescentes passa a ser mais fortemente caracterizada pelos ‘estados maníacos’” (p. 452). Além disso, foi identificado um número maior de diagnósticos, dentre eles o estado melancólico, degeneração típica e atípica e psicose maníaco-depressiva. As autoras citam ainda descrições das condições

que motivaram os encaminhamentos ao hospício, as quais, muitas vezes, revelavam condutas que se opunham aos padrões sociais aceitos na época:

São exemplos expressões como “intenção de prática do mal”, “erros de conduta”, “surtos extravagantes”, “indivíduo que tem maus propósitos”, “projetos matrimoniais sem fundamento”, “masturbador profissional”, entre outras, que são utilizadas para descrever os jovens internos. “Pai paupérrimo” também aparece nos motivos de internação – o que indica uma alusão à condição econômica da família do jovem –, bem como os indivíduos “atacados” e “acometidos”, explicitamente ameaçadores dos “bons costumes” (Silva, Hartmann, Scisleski & Pires, 2008, p. 452).

Também referente às internações de crianças e adolescentes no Hospício São Pedro entre 1884 e 1929, Trevisani e Silva (2014) organizaram os diagnósticos mais prevalentes conforme o quadro a seguir.

DIAGNÓSTICOS	INCIDÊNCIA (número de casos em cada período)	
	1884 a 1910	1911 a 1929
Mania – mania aguda – mania crônica – mania confusa – excitação maníaca – acesso maníaco – psicose maníaco-depressiva – loucura maníaco-depressiva - melancolia	8	21
Epilepsia – loucura epiléptica – psicose epiléptica – síndrome epiléptica – furor epiléptico	9	20
Imbecilidade – idiotia – idiotia profunda – idiotismo – debilidade mental – oligofrenia	12	33
Degeneração hereditária – estado degenerativo – degeneração típica – degeneração atípica – delírio polimorfo dos degenerados – estigmas da degenerescência mental	7	36
Demência precoce – esquizofrenia	2	18
Enfraquecimento mental – confusão mental – disfunção mental – desequilíbrio mental	4	14

Loucura alcoólica – dipsomania – confusão alucinatória por alcoolismo – alcoolismo crônico – mania alcoólica – cocainomania – psicose tóxico-infecciosa	3	6
Cerebropatia infantil – encefalopatia infantil – psicopatia constitucional	1	8
Sífilis – sífilis cerebral – sífilis hereditária	0	3

Quadro 2: Diagnósticos prevalentes referentes às crianças e adolescentes internados no Hospício São Pedro entre 1884 e 1929.

Fonte: Trevisani e Silva (2014, p. 153).

Já em 1937, foram predominantes os diagnósticos de esquizofrenia, psicose autotóxica e degeneração, cujos traços seriam transmitidos hereditariamente. Os encaminhamentos realizados pelo Juizado de Menores aumentam nesse período e “trazem como marca descrições de atitudes inapropriadas, como ‘procedimento incorrigível’, ‘não gostar de permanecer nos empregos para sair e passear’ e ‘entregar-se à vadiagem’” (Silva, Hartmann, Scisleski & Pires, 2008, p. 453). Com base nesses dados, as autoras avaliam que, a despeito da maior quantidade e diversidade de instituições com a finalidade de institucionalizar crianças e adolescentes no Hospício São Pedro, “loucos, delinquentes e mendigos partilhavam de um espaço de clausura comum” (Silva, Hartmann, Scisleski & Pires, 2008, p. 454).

Viana (2015) apresenta dados referentes às internações de crianças e jovens internados durante a primeira década de funcionamento do Hospital Colônia Sant’Ana, inaugurado em 1942. Neste hospital, a despeito do que determinava a legislação, crianças foram internadas nas mesmas dependências dos adultos durante muitas décadas. Apenas na década de 1980 foi instalada uma unidade específica, extinta poucos anos depois.

O exame de 86 prontuários da instituição, entre 1942 e 1951, revelou os seguintes diagnósticos: 23 casos de oligofrenia, 15 de epilepsia, 12 de esquizofrenia, 9 de encefalopatia infantil, 8 de idiotia, 7 de psicose maníaco-depressiva, 6 de imbecilidade, 2 de psicose mista e associada e 2 de psicose epiléptica. Também foram contabilizados 1 caso referente aos diagnósticos de neuro-sífilis, neurose histérica, paralisia geral, personalidade psicótica, psiconeurose e psicose autotóxica, os quais foram citados em um prontuário. Em 13 prontuários, não constavam os diagnósticos e, em um, estava registrado que não se tratava de doença mental. Sobressaíram-se, portanto, os quadros relacionados a padrões de desenvolvimento, os quais englobam a oligofrenia, a idiotia, a imbecilidade e a debilidade mental (Viana, 2015).

Também circunscrito ao início do século XX, encontramos o estudo de Miranda (2010), que apresenta casos de crianças e jovens internados no Hospital de Alienados da Tamarineira,

no Recife-PE. Segundo o autor, muitas crianças e jovens que estavam retidas na Casa de Detenção eram conduzidos para o Manicômio Judiciário localizado no Hospital de Alienados, local que servia como um laboratório de triagem, onde eram realizados exames cujos resultados auxiliavam o Juiz a decidir o destino mais adequado ao caso. Quando mantidos no Hospital de Alienados, dividiam o espaço com os adultos. Por meio da análise de alguns prontuários das décadas de 1920 e 1930, Miranda (2010) aponta “que um número expressivo de casos tinha como justificativa o envolvimento desses garotos com o consumo do álcool”. O autor cita, ainda, dados divulgados pelo Boletim de Higiene Mental em 1933, o qual detalhava o número de crianças e adolescentes internados na instituição entre 1924 e 1930, sendo a maior parte dessa população diagnosticada com psicose epiléptica, desvio associado, na época, a questões de ordem hereditária. Além desses casos, foi mencionada a internação de um menino de nove anos, vítima de abandono e apresentando desnutrição.

As internações e reinternações de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos persistem. No início do século XX, observamos que estas instituições se destinavam, sobretudo, aos casos de idiotia, classificação descrita hoje como retardo mental. O panorama atual, objeto deste estudo, sinaliza mudanças com relação aos motivos que levam crianças e adolescentes a serem internados em hospitais psiquiátricos. O que não mudou com o tempo transcorrido foi a violência produzida no interior do hospital psiquiátrico, uma vez que, a despeito dos direitos salvaguardados pelo ECA e pela Lei 10.216 (2001), o Relatório de Inspeção Nacional sobre os hospícios brasileiros realizado em 2018 verificou, dentre outras situações, que, em muitas instituições, os adolescentes são internados em ambientes comuns com os adultos; que as internações desse público ocorre, majoritariamente, de forma compulsória; que há uso excessivo de medicação; e que os adolescentes ainda são privados de conviver com sua família e comunidade, porque em geral, são internados longe de seu município de origem e as instituições não ofertam condições para o acompanhamento de familiares (CFP, 2019). Um dos hospitais psiquiátricos inspecionados no referido relatório foi o Hospital Psiquiátrico de Maringá e, para discutir as internações de crianças e adolescentes ocorridas nesta instituição, desenvolvemos uma pesquisa de campo.

4 CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA

4.1 OBJETIVO

Refletir sobre as internações de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos na vigência de uma Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, alicerçada no modelo de atenção psicossocial.

4.2 TIPO DE PESQUISA E FONTE DE DADOS

Desenvolvemos uma pesquisa documental, cuja fonte principal de dados foram os registros das altas de crianças e adolescentes internados no Hospital Psiquiátrico de Maringá (HPM)¹⁴, no qual existem 12 leitos destinados a adolescentes do sexo masculino. Estes registros foram obtidos na Secretaria de Saúde do município de Maringá-PR¹⁵. Na referida Secretaria, só existiam registros a partir do ano de 2012 e como coletamos os dados no primeiro trimestre de 2018, delimitamos a pesquisa ao período compreendido entre os anos de 2012 e 2017.

A título complementar, utilizamos as seguintes fontes de dados:

- a) O prontuário de um adolescente que foi acompanhado pelo CAPSi de Apucarana-PR e passou por internações no HPM durante o período estudado.
- b) Relatórios estatísticos do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) referentes aos anos de 2016 e 2017, obtidos junto à coordenação da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde de Maringá.

4.3 PERCALÇOS DA PESQUISA DE CAMPO

Inicialmente, tínhamos como proposta realizar um levantamento sobre as internações e reinternações de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos, ocorridas em todo o estado

¹⁴ Entidade privada, sem fins lucrativos, em funcionamento desde 1967 e cuja razão social é Sanatório Maringá LTDA. Embora conste no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como hospital geral, mantém todas as características de um hospital psiquiátrico, sendo que todos os seus leitos – 240 destinados ao SUS e 32 particulares – são destinados a pessoas com transtorno mental ou dependentes químicos (CNES, 2019).

¹⁵ Maringá está localizada na região Noroeste do Paraná e sua população, em 2018, foi estimada em 417.010 mil habitantes. Sua economia é baseada na agricultura e atividades ligadas à indústria e ao comércio. Em 2015, seu PIB per capita correspondeu a R\$ 38.881,75 (IBGE, 2018b).

do Paraná. Após várias trocas de *e-mail* no ano de 2016 com a Coordenação Estadual de Saúde Mental e com o Centro Psiquiátrico Metropolitano, responsável pela regulação dos leitos psiquiátricos no Estado, os dados que precisávamos não foram disponibilizados. Como alternativa, pensamos em circunscrever tal levantamento aos municípios pertencentes às 15ª e 16ª regionais de saúde do Estado. Contatamos as coordenações de saúde mental de ambas as regionais e fomos alertados que, apesar de os hospitais psiquiátricos encaminharem dados referentes às internações, nas unidades de adolescentes, estes continham falhas, lacunas, duplicatas e, por isto, poderiam não ser fidedignos para a utilização como fonte de dados em uma pesquisa. Fomos orientados a verificar a existência dessas informações nas secretarias de saúde de alguns municípios, uma vez que, segundo as coordenadoras de saúde mental das regionais de saúde contatadas na ocasião da alta, os hospitais psiquiátricos encaminhavam as contra referências aos municípios.

Em conformidade com esta orientação, elegemos os municípios de Jandaia do Sul-PR¹⁶ e Maringá-PR devido à nossa facilidade de acesso e à existência de unidades para adolescentes nos hospitais psiquiátricos das duas localidades – 40 leitos para adolescentes do sexo feminino em Jandaia do Sul e 12 leitos para adolescentes do sexo masculino em Maringá. Após contato com as coordenadoras de saúde mental de Jandaia do Sul e Maringá, verificamos que a Secretaria de Saúde do município de Jandaia do Sul só dispunha de dados referentes às internações das crianças e adolescentes residentes no município. Já, na Secretaria de Saúde de Maringá, os dados existentes abarcavam todas as internações ocorridas no hospital psiquiátrico, tanto dos usuários residentes no município de Maringá-PR como daqueles residentes em outros municípios do estado do Paraná.

Ante a diferença entre os dados destes dois municípios, foi necessário eleger apenas um deles para utilizarmos na pesquisa. Por conter um maior número de informações, optamos em estudar as internações e reinternações da população infantojuvenil no Hospital Psiquiátrico de Maringá (HPM), cuja inauguração da unidade de adolescentes, contendo 12 doze leitos, destinados a usuários menores de 18 anos do sexo masculino, ocorreu no dia 04 de abril de 2008 (Hospital psiquiátrico inaugura..., 2008).

¹⁶ Conforme estimativa de 2018, Jandaia do Sul possui uma população de 21.122 habitantes. O município está localizado na região norte do estado e em 2015, seu PIB per capita correspondeu a R\$ 25.872,47 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2018a).

4.4 PROCEDIMENTOS

Após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética¹⁷, iniciamos o processo de coleta de dados. Os dados referentes às altas de crianças e adolescentes internados no HPM foram obtidos na Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, por intermédio da coordenadora de saúde mental.

Os registros das altas da unidade de adolescentes do HPM encontravam-se arquivados em formato portátil de documento (PDF). As informações constantes nesses documentos incluem: número do prontuário, nome, data de nascimento, endereço, telefone, cidade em que reside, diagnóstico segundo o CID-10, motivo da alta, acompanhante, entidade destino, data de admissão, data de alta, nome do representante legal e Unidade Básica de Saúde (UBS), conforme o modelo a seguir:

DATA: _____	DATA DE NASCIMENTO _____	PRONTUÁRIO _____
PACIENTE: _____		
ENDEREÇO: _____		
CIDADE: _____	UF: _____	FONE: _____
MÉDICO ASSIST: _____	DIAGNÓST. CID: _____	
ALTA: MÉDICA ()	ABANDONO TRATAMENTO ()	ADMINISTRATIVA ()
TRANSFERÊNCIA: (_____) ENTIDADE DESTINO: _____		
ACOMPANHADO POR: FAMILIAR () SASC () SMS () OUTROS (_____)		
NOME: _____	RG: _____	
REPRES. LEGAL: _____	GRAU DE PARENT: _____	
RECEITA MÉDICA () E OU ORIENTAÇÃO PARA TRATAMENTO EXTRA-HOSPITALAR ()		
DATA DE ADM: _____	DATA DE ALTA: _____	BAIRRO: _____
OBSERVAÇÕES: _____		NOME DA MÃE: _____
UNIDADE DE SAÚDE: _____	CARTÃO SUS: _____	

Figura 7. Modelo da contrarreferência da internação na unidade de adolescentes no HPM – (registro da alta).

Para trabalhar com os dados, foi necessário transcrevê-los manualmente para o aplicativo de planilhas eletrônicas Excel. Após este procedimento, utilizamos a data de nascimento como o descritor para levantarmos os casos correspondentes às reinternações. Nesta pesquisa, estamos considerando como reinternação os casos de crianças ou adolescentes que foram internados duas ou mais vezes no HPM. Assim, ao digitarmos uma determinada data de nascimento, apareciam todos os registros contendo o descritor selecionado. Em seguida,

¹⁷ O projeto foi aprovado por meio do Parecer nº 1.900.951 (anexo 1).

realizamos a conferência de tais informações com a identificação do usuário a fim de confirmarmos se correspondiam à mesma criança ou adolescente. Com este procedimento, identificamos a ocorrência de internações recorrentes.

Durante o desenvolvimento desse processo, constatamos, nos casos de reinternações, que muitos registros continham a mesma data de admissão, porém, datas de alta diferentes. Para ilustrar, citamos o caso do adolescente A. O. Existiam quatro registros de alta referentes a este adolescente, todos com datas de admissão em 04/01/2013, porém com datas de alta diferentes: 02/03/2013; 14/07/2013; 20/12/2013 e 15/05/2014. Em alguns casos, as datas de admissão se repetiam não em todos os registros, mas em parte deles. Assim, verificamos, por exemplo, casos nos quais um adolescente possuía sete registros de alta, sendo três deles, com datas de internações repetidas. Ante as falhas constatadas e a inviabilidade de utilizarmos estes registros na pesquisa, solicitamos autorização da direção do HPM para conferirmos os dados desses registros com os dados informatizados existentes no sistema do hospital. Com o auxílio de uma assistente social do HPM, realizamos esta conferência e, após as correções e exclusões de alguns registros, chegamos ao total de 722 registros examinados.

Os resultados desta etapa da pesquisa forneceram subsídios para caracterizarmos a população infantojuvenil internada e reinternada no local estudado. Porém, além das falhas nos dados existentes, os registros examinados não continham algumas informações importantes, inviabilizando uma caracterização mais ampla relativa aos usuários internados. Conforme demonstrado na Figura 7, os dados disponíveis não possibilitaram a caracterização dessa população a partir de recortes de etnia e classe social, tampouco de gênero, porque, no HPM, só são internadas crianças e adolescentes do sexo masculino. Lembramos que unidades para adolescentes em hospitais psiquiátricos foram criadas no estado do Paraná a partir de 2007, sendo que, em alguns estabelecimentos, essas unidades são destinadas apenas para o sexo feminino ou masculino e, em outros, há leitos para ambos os sexos.

Também encontramos dificuldades em especificar o território no qual vivem as crianças e adolescentes internados no HPM, visto que, como discutiremos mais adiante, essas internações são provenientes de todas as regiões do Estado. Assim, no que tange a esta questão, limitamo-nos a apresentar alguns aspectos pertinentes ao município de Maringá-PR, tais como a caracterização da RAPS, a distribuição das internações no HPM por bairros e a comparação do histórico de internações provenientes de Maringá com o de outros municípios.

Outra informação ausente nos registros era se a internação ocorreu por ingerência da justiça. Por considerar que este era um dado relevante para o entendimento da problemática

proposta nesta pesquisa¹⁸, contatamos a direção do HPM e solicitamos o número de crianças e adolescentes que foram internados na instituição por intermédio da justiça de 2012 a 2017. Contudo, a direção do HPM respondeu que tais dados não constavam no sistema e somente poderiam ser verificados por meio de uma consulta aos prontuários físicos de cada usuário, a qual consideraram inviável. Assim, recorremos aos relatórios do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HPM obtidos junto à coordenação da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde de Maringá, porém os dados existentes se restringiam aos anos de 2016 e 2017.

Para dialogar com os dados quantitativos obtidos via registros das altas, recuperamos o caso de um adolescente que ficou internado no HPM durante o período estudado. A trajetória desse adolescente, ao qual demos o nome fictício de João, foi obtida por meio do exame do seu prontuário arquivado no CAPSi de Apucarana-PR, cujo acesso nos foi autorizado pela Autarquia Municipal de Saúde do referido município (anexo 2). Escolhemos este caso em razão da viabilidade para a obtenção de dados, uma vez que, ao revisar os registros de alta do HPM, lembramos que, na época em que ainda trabalhávamos no referido CAPSi, o adolescente tinha iniciado o acompanhamento no serviço. Durante a discussão dos resultados, avaliamos que a história de João ilustrava os dados mais expressivos provenientes dos registros das altas e, sendo assim, optamos em não incluir outros casos.

4.4.1 Apresentação dos dados

Apresentamos os resultados por meio de tabelas e gráficos, cuja exposição foi subdividida nos seguintes tópicos: características das altas, tempo de permanência, faixa etária, município de origem, diagnósticos e encaminhamento pós-alta/acompanhante no momento da alta. Os dados foram discutidos com base na legislação, publicações do Ministério da Saúde com enfoque na reforma psiquiátrica, além de outros estudos, nacionais e internacionais, que abordam o tema de nossa pesquisa.

¹⁸ No estudo de Scisleski, Maraschin e Silva (2008), o índice de internações compulsórias de adolescentes no ano de 2005 foi de 42%, número semelhante ao encontrado por Blikstein (2012) que correspondeu a 45% do total de internações na instituição investigada. Blikstein (2012) constatou que, nas internações judiciais, o tempo de permanência, o número de reinternações e a incidência do diagnóstico correspondente a distúrbio de conduta eram maiores em comparação com as internações ocorridas por outras vias. Já Scisleski, Maraschin e Silva (2008, p. 463) concluíram que a internação psiquiátrica por ordem judicial era direcionada, sobretudo, “a adolescentes em situação de marginalidade social, em conflito com a lei, usuários de drogas”.

Com o intuito de ilustrar e complementar os dados quantitativos, acrescentamos à discussão apontamentos sobre a história de João. A história na íntegra, considerando as informações contidas no prontuário, encontra-se no apêndice 1.

Com relação aos relatórios do SAME, estes foram utilizados para compreender o aumento das internações provenientes de determinados municípios (Tabela 12).



Figura 8. Crianças e adolescentes internados em hospitais da Sérvia e de Kosovo.
Fonte: George Georgiou (1999-2002).

É que quando eu estava internado, eu sentia tanta saudade do sol...

(Explicação de Lucas, 17 anos, sobre o sol que desenhou durante uma oficina no CAPSi, realizada em 2012).

5 A “TERRA DO SILÊNCIO”: DADOS DAS INTERNAÇÕES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO HPM

5.1 CARACTERÍSTICAS DAS ALTAS

De janeiro de 2012 a dezembro de 2017, foram internadas 508 crianças e adolescentes no HPM, cujas internações totalizaram 722. Ao computarmos os registros das altas em cada ano, verificamos que os maiores índices de internamento ocorreram nos anos de 2013, 2015 e 2016.

Tabela 1

Número total de altas dos usuários menores de 18 anos registradas no HPM entre os anos de 2012 e 2017

Ano	Nº de Internações	%
2012	120	16,62
2013	140	19,39
2014	92	12,74
2015	139	19,25
2016	142	19,67
2017	89	12,33
Total	722	100

Fonte: elaborado pela autora.

Se a Lei 10.216/2001 prevê a ampliação dos recursos do SUS para a criação dos serviços abertos e substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a redução progressiva dos leitos psiquiátricos, em tese, o número de internações nesses estabelecimentos deveria diminuir com o passar do tempo. Contudo, no que tange ao público infantojuvenil, além de terem sido criados leitos em hospitais psiquiátricos do estado do Paraná, notamos em nosso estudo, conforme ilustrado no gráfico abaixo, que não houve um decréscimo no número de internações, mas oscilações. Comparando um ano com o ano subsequente, houve um acréscimo nos anos de 2013, 2015 e 2016 e decréscimo nos anos de 2014 e 2017.

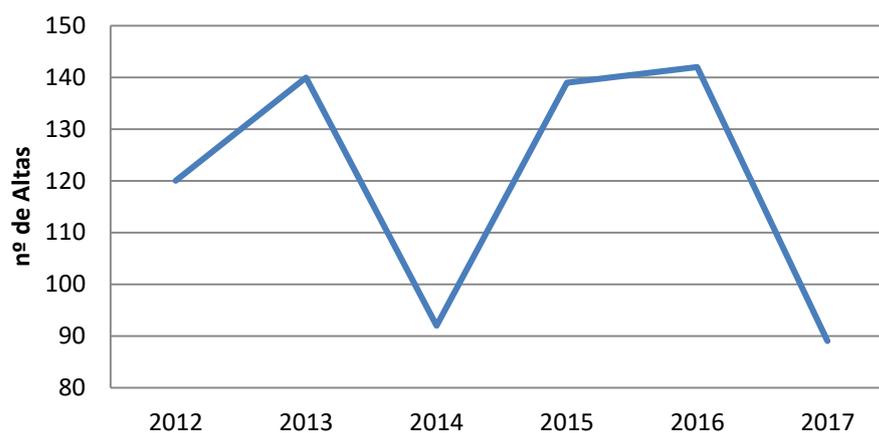


Figura 9. Distribuição do número de altas de crianças e adolescentes no HPM, entre os anos de 2012 e 2017.

Fonte: elaborado pela autora.

Um fator que, a nosso ver, explica essa oscilação é o tempo de permanência. Calculando a média da duração das internações por ano, constatamos que, nos anos em que houve um número maior de internações, o tempo médio de permanência foi menor e, ao contrário, nos anos em que o número de internações diminuiu, o tempo médio de permanência foi maior. Assim, nos anos de 2013 e 2015, nos quais houve um aumento significativo de internações, o tempo médio de permanência foi de 30,7 e 28,25 dias respectivamente, enquanto nos anos de 2014 e 2017, nos quais observamos um decréscimo no número de internações, estes índices corresponderam a 40,38 e 40,46 dias respectivamente, conforme ilustrado no gráfico abaixo.

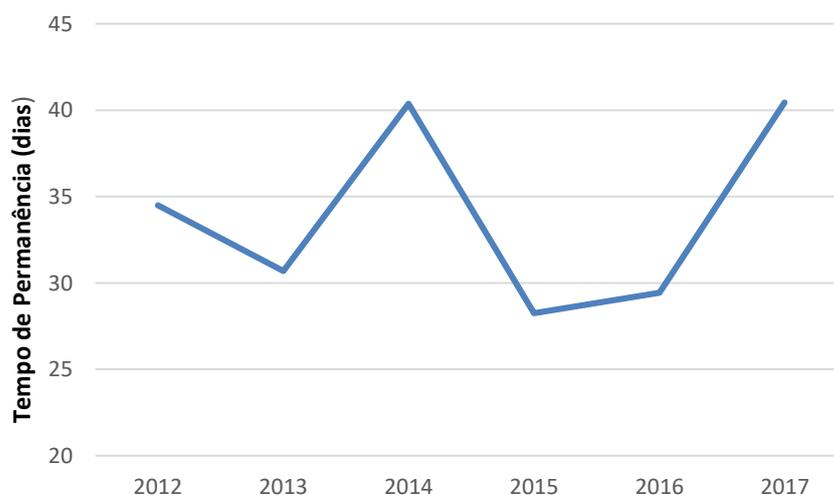


Figura 10. Média do tempo de permanência (dias) das internações de crianças e adolescentes no HPM entre os anos de 2012 e 2017.

Fonte: elaborado pela autora.

Assim, quanto menor o tempo de permanência, mais vagas ficam disponíveis para internações e, ao contrário, quanto maior o tempo de permanência, menos vagas ficam disponíveis. É preciso considerar, porém, que os leitos se mantêm continuamente ocupados, fato este corroborado pelos altos índices referentes à taxa de ocupação da unidade de adolescentes do HPM.

Tabela 2

Taxa de ocupação¹⁹ na unidade de adolescentes do HPM entre 2012 e 2017

Ano	Taxa de Ocupação (%)
2012	95,32
2013	98,83
2014	85,73
2015	90,30
2016	96,12
2017	83,15

Fonte: elaborado pela autora.

Sobre esta questão, estudos canadenses ressaltam que, no âmbito da saúde mental, o aumento no uso de serviços hospitalares por crianças e jovens pode estar relacionado a alguns fatores, tais como o aumento da prevalência de transtornos mentais; a melhoria da capacidade de identificar e tratar os jovens com transtornos mentais; a redução do estigma, resultando em mais jovens procurando ajuda; a escassez de serviços comunitários e/ou a fragmentação desses serviços ou, ainda, que existem necessidades não atendidas relativas à atenção a este público (CIHI, 2015).

Com relação às limitações do alcance dos serviços comunitários à população infantojuvenil em 2010, na Comissão de Saúde Mental do Canadá, um tema recorrente foi o desafio que jovens e suas famílias enfrentavam ao tentar atendimento nessa modalidade de serviço. Como exemplo, citam que o tempo de espera, com frequência, é identificado como uma barreira significativa, o que poderia levar crianças e jovens a experimentar uma

¹⁹ A taxa de ocupação é calculada por meio da fórmula: $\frac{n^{\circ} \text{ de pacientes dia (n.de leitos ocupados)} \times 100}{n^{\circ} \text{ de leitos dias (leitos disponíveis)}}$

deterioração da saúde mental ao ponto de crise. Além disso, os atendimentos, na maioria das vezes, só são disponíveis durante o horário normal de trabalho (CIHI, 2015).

No cenário brasileiro, vale mencionar que, a despeito do aumento na implantação dos diferentes tipos de CAPS ao longo dos anos, os CAPS III e CAPS ad III, que, segundo a Portaria 3.088 (2011), visam à atenção contínua com funcionamento 24 horas, constituindo-se, portanto, como importantes recursos de acolhimento à crise, apresentam um crescimento abaixo dos demais tipos de CAPS, totalizando 154 em todo o país. Até 2017, estavam habilitados, no estado do Paraná, 4 CAPS III²⁰ e 10 CAPS ad III²¹ (SESA, 2017).

No contexto canadense, outro fator que vem favorecendo o uso dos serviços hospitalares por crianças e adolescentes é a falta de aumento no financiamento para programas de saúde mental, cuja consequência seria a redução dos serviços comunitários voltados a essa população (CIHI, 2015). Na América Latina e Caribe, dados de 2013 apontam que 73% dos países despendiam entre 1 e 5% do orçamento global da saúde em ações de saúde mental. Contudo, dos vinte e sete países que possuíam hospitais psiquiátricos, vinte destinavam mais de 50% desse orçamento a essas instituições (Organización Panamericana de la Salud [OPAS] e Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013). Desta forma, para além da questão do financiamento, a gestão dos recursos na área da saúde mental pode repercutir no direcionamento da forma de cuidado prestado ao usuário. No Brasil, apenas 1% do orçamento total do Ministério da Saúde foi destinado à saúde mental no ano de 2016 (Orçamento do SUS..., 2016).

De acordo com o *Canadian Institute for Health Information*, o financiamento insuficiente na área de saúde mental e, por conseguinte, as limitações na ampliação dos recursos comunitários contribuem com a formação de uma “porta giratória” nos departamentos de emergência e, conseqüentemente, nos hospitais, que passam a atender e/ou a internar crianças e adolescentes por repetidas vezes (CIHI, 2015). Desta forma, o fenômeno das reinternações explicaria, em parte, o aumento do uso dos serviços hospitalares por crianças e adolescentes naquele país.

As reinternações ou readmissões hospitalares “são definidas como a admissão hospitalar de um paciente em um mesmo hospital, após certo período de tempo” (Dias, B. M., 2015, p. 20). Em nossa pesquisa, estamos considerando como reinternação os casos de crianças e adolescentes que, durante o período estudado, passaram por duas ou mais internações no HPM.

²⁰ Dois em Curitiba, um em Cascavel e um em Londrina.

²¹ Quatro em Curitiba (sendo um específico para crianças e adolescentes), um em Marmeleiro, dois em Guarapuava (sendo um voltado exclusivamente para a população infantojuvenil), um em Cascavel, um em Congonhas e um em Toledo.

Embora não haja um consenso, a taxa de readmissão vem se constituindo como um importante indicador de resultado no campo da saúde, sendo aplicável em todas as especialidades e cada vez mais utilizada para avaliar a qualidade dos cuidados prestados (Van Walraven *et al.*, 2011; Borges & Turrini, 2011; Lazar, Fleischut & Regan, 2013). Considerando este fator, a maior parte dos dados apresentados a seguir serão analisados comparando os casos de uma internação com os casos de reinternações.

5.1.1 Internações e reinternações

Do total de 508 crianças e adolescentes internados entre 2012 e 2017 no HPM, 108 foram reinternados, o que representa 21,26% do total de usuários internados no período. João foi um deles, sendo internado no HPM em três ocasiões durante o referido período.

O número total de internações foi 722, dos quais 400 se referem a internações que ocorreram uma única vez, o que corresponde a 55,40%. As 322 internações restantes tratam-se de reinternações, totalizando 44,60% dos registros examinados. Vale assinalar que os dados retratam apenas as internações e reinternações ocorridas no HPM, não sendo consideradas possíveis internações às quais estas crianças e adolescentes possam ter sido submetidas em outras instituições.

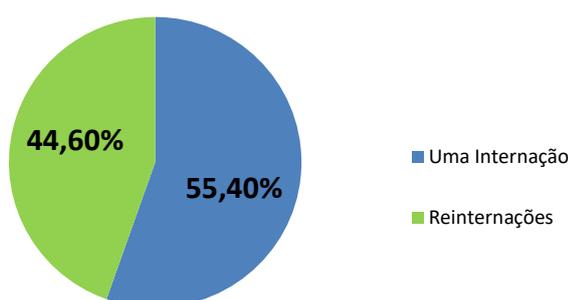


Figura 11. Uma internação e reinternações no HPM.

Fonte: elaborado pela autora.

Esta porcentagem de reinternações é semelhante às apresentadas em alguns estudos nacionais e internacionais, cujos índices encontram-se entre 30 e 50% (Blader, 2004; Fontanella, 2008; James *et al.*, 2010; Blikstein, 2012; Tossone, Jefferis, Bhatta, Bilge-Johnson

& Steifert, 2014; Barker, Jairam, Rocca, Goddard & Matthey, 2016). No estudo de Scislesk e Maraschin (2008), a taxa de reinternação no ano de 2005, em uma instituição do Rio Grande do Sul atingiu 62%.

Em nosso estudo, embora o índice de reinternações durante os cinco anos analisados tenha sido menor que os casos de uma internação, nos anos de 2013, 2014 e 2015, as reinternações representaram mais de 50% do total de internações, como podemos observar na tabela abaixo.

Tabela 3

Número de altas referentes aos casos de uma internação e reinternações no HPM distribuídas entre os anos de 2012 e 2017

Ano	Uma Internação		Reinternação	
	Nº de Altas	%	Nº de Altas	%
2012	78	65	42	35
2013	57	40,71	83	59,29
2014	45	48,91	47	51,09
2015	60	43,17	79	56,83
2016	99	60,72	43	30,28
2017	61	68,54	28	31,46
Total	400	55,40	322	44,6

Fonte: elaborado pela autora.

Se, antes da Lei 10.216/2001, a ocupação dos leitos em hospitais psiquiátricos caracterizava-se pelas internações de longa duração, hoje, podemos inferir que as reinternações vêm se constituindo como um importante componente na subsistência dessas instituições, e, portanto, como um dos desafios ainda existentes na implementação da reforma psiquiátrica no país.

Os dados da tabela também mostram que a proporção de internações que ocorreu uma vez sofreu um acréscimo ao longo do período estudado, totalizando quase 70 % dos casos nos anos de 2016 e 2017. A proporção de reinternações, ao contrário, decresceu, passando de 59,29% dos casos em 2013 para cerca de 30% nos anos de 2016 e 2017. Se, como aludimos anteriormente, alguns estudos associam as reinternações de crianças e adolescentes à falta investimento na implementação de serviços comunitários e às limitações no funcionamento

desses serviços, a queda do número de reinternações constatada nos últimos anos do período estudado poderia indicar o fortalecimento da assistência ofertada pela RAPS.

Em 2012, os recursos orçamentários do estado do Paraná previstos para a saúde mental totalizaram R\$ 14.000.000,00, incluindo o pagamento de contratos de leitos psiquiátricos adultos e adolescentes (Paraná, 2013). Em 2014, por meio da Deliberação CIB/PR n. 149, foi aprovada a implantação da Rede de Atenção à Saúde Mental do Estado do Paraná e, a partir de então, houve um incremento dos incentivos financeiros estaduais com os dispositivos extra-hospitalares, fator considerado imprescindível “para o caminhar em direção aos princípios da Reforma Psiquiátrica” (Paraná, 2016, p. 145). Estes incentivos financeiros são destinados tanto à atenção primária, com o denominado Incentivo Financeiro de Custeio da Rede de Saúde Mental/ Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, como à atenção secundária, cujos incentivos destinam-se à implantação e custeio do Serviço Integrado de Saúde Mental – SIMPR²². Ainda conforme a SESA, os incentivos financeiros do estado continuam financiando o contrato de leitos em hospitais psiquiátricos para adultos e adolescentes:

Buscando garantir o acesso à atenção psicossocial no componente de Atenção Hospitalar, o Estado investe recursos financeiros próprios para a complementação de diárias de internação em Hospital Especializado. Tal iniciativa garante a manutenção destes serviços no atendimento aos transtornos mentais e aos distúrbios decorrentes de álcool e outras drogas nas populações de várias faixas etárias e de ambos os sexos, quando é necessário este recurso terapêutico. Por meio de uma Avaliação de Desempenho, são verificados indicadores a fim de garantir a qualidade no serviço prestado, bem como a articulação e integração dos pontos de atenção. A SESA investe aproximadamente R\$ 30 milhões ao ano na complementação de diárias de leitos para adultos e integralidade de diárias para adolescentes em hospitais psiquiátricos (Paraná, 2016, p. 145).

Dados referentes ao ano de 2017 apontam o repasse de R\$ 4.451.000,00 para os SIMPR já implantados, R\$ 5.724.000,00 referentes ao Incentivo Financeiro de Custeio da Rede de Atenção à Saúde Mental/Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e R\$ 34.451.680,01 referente à complementação de diárias de internação em hospitais especializados (Paraná,

²² São serviços regionais compostos por CAPS AD III e Unidade de Acolhimento (UA). Os CAPS AD III destinam-se à população adulta e infantojuvenil, já as UAs podem ser específicas para adultos ou para crianças e adolescentes (Paraná, 2016).

2018). As informações descritas revelam que os investimentos na área da saúde mental aumentaram de 2012 a 2017.

Ao compararmos os serviços e dispositivos de saúde mental no ano de 2012 com os existentes entre os anos de 2016 e 2017, obtemos o seguinte quadro:

Tabela 4

Comparação do número de serviços e dispositivos de saúde mental no estado do Paraná em 2012 e 2016/2017²³

Serviços/dispositivos	Ano	
	2012	2016/2017
Equipes NASF	76	263
Ambulatórios	54	52
CAPS	97 (sendo 9 CAPSi)	129 (sendo 13 CAPSi)
SIMPR	00	05
Leitos em Hospitais Gerais (infantojuvenil)	21	21
Leitos em Hospitais Psiquiátricos (infantojuvenil)	168	198

Fonte: elaborado pela autora baseado nos dados fornecidos pela SESA (2012; 2016a; 2017).

Notamos, portanto, que se, por um lado, houve a expansão de alguns serviços extra-hospitalares, como o CAPSi e o SIMPR, por outro, os leitos em hospitais gerais ficaram estagnados. Já os leitos nos hospitais psiquiátricos cresceram. Logo, se os leitos em hospitais gerais são escassos, diante de uma crise, as internações de crianças e adolescentes nos hospitais psiquiátricos, cujos leitos vêm sendo incentivado, tornam-se uma alternativa. Esta constatação mostra que, embora a Secretaria de Saúde do Estado anuncie a implantação de uma RAPS em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, no caso da população infantojuvenil, observamos que a gestão dos recursos destinados à saúde mental vem favorecendo à coexistência de dois modelos distintos de lidar com o sofrimento psíquico ou transtorno mental: o psicossocial e o hospitalocêntrico. No entanto, o volume e a destinação dos investimentos indicam que este último modelo tem mantido sua hegemonia.

²³ Os dados sobre a equipes NASF, ambulatórios, CAPS, SIMPR e leitos em hospitais gerais são referentes ao ano de 2017. Não encontramos dados atualizados sobre os leitos infantojuvenis em hospitais psiquiátricos, por esta razão, utilizamos os dados referentes ao ano de 2016.

Sobre esta questão, convém pontuar que algumas lacunas na implementação da RAPS, como a implantação de leitos em hospitais gerais, por exemplo, ocorrem não apenas pela escolha de um determinado governo com relação ao direcionamento dos recursos financeiros, mas pela resistência de muitos hospitais gerais em implantar leitos de psiquiatria. Lucchesi e Malik (2009) citam, como motivações dessa resistência à visão alheia aos princípios do SUS, a baixa rentabilidade e, em alguns casos, o desinteresse “sem qualquer justificativa clínica ou financeira” (p. 163). Em alguns casos, como no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), localizado em Cascavel-PR, os leitos psiquiátricos para adolescentes só foram implantados por ingerência da justiça. Na Ação Civil Pública movida em 2006 pelo Ministério Público de Cascavel-PR contra a Universidade do Oeste do Paraná, constam as tentativas do gestor estadual em credenciar leitos em hospitais gerais da região.

Consultou todos os hospitais privados quanto ao interesse de credenciarem leitos para psiquiatria, recebendo de todos, resposta negativa. O Gestor Estadual questionou ainda o HUOP sobre a possibilidade de abrir leitos psiquiátricos e recebeu, como resposta, o *ofício de fls. 77*, negando qualquer disposição na abertura de leitos psiquiátricos para curta permanência. A atuação do Gestor Estadual, no sentido de implantar a rede de assistência hospitalar, chegou a ponto de disponibilizar vantagens extras, além do pagamento da produtividade, para o hospital que disponibilizasse leitos para este fim, como se pode ver a *fls. 91* e seguintes, onde a Coordenação Estadual de Saúde Mental documentou que o pagamento destes leitos será além dos limites atuais do hospital, incluindo valores diferenciados na produtividade, mesmo assim, nenhum hospital e, nem mesmo o HUOP, aceitou ter em seu quadro, leitos de curta permanência para pessoas com transtorno mental. (Ministério Público de Cascavel, 2006, p. 12, grifos do autor).

Há que se considerar, ainda, que a assistência em saúde mental não é homogênea, variando entre as regiões e municípios do estado, fato este demonstrado em uma auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU), em 2015, sobre a atenção à saúde mental no Estado, na qual constatou-se a cobertura desigual de CAPS e a existência de vazios assistenciais no estado, com regionais de saúde que continham apenas um CAPS I (TCU, 2017). Ademais, é preciso questionar se a existência de serviços extra-hospitalares, por si só, produz a redução das internações e reinternações psiquiátricas. Tais questões serão detalhadas adiante, ao abordarmos os municípios de origem das crianças e adolescentes internados no HPM.

Em nossa pesquisa, conseguimos contabilizar não apenas o número de reinternações, como o número de crianças e adolescentes reinternados, possibilitando que verificássemos quantas vezes cada usuário foi internado no período estudado. Em média, cada criança ou adolescente reinternado passou por três internações. No gráfico a seguir, mostramos o número de crianças e adolescentes e a quantidade de internações correspondentes, que variou de 2 a 14 internações no período estudado.

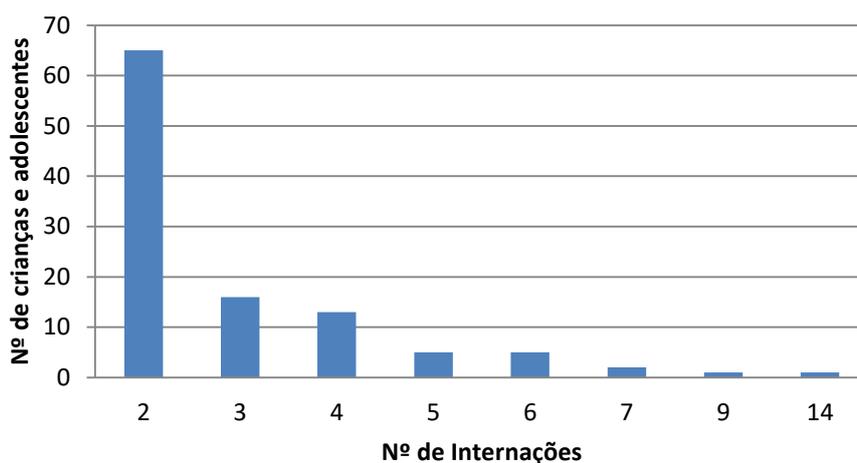


Figura 12. Número de usuários menores de 18 anos reinternados no HPM e a frequência das internações.

Fonte: elaborado pela autora.

Ao abordar os serviços de psiquiatria em hospitais gerais, a OMS relaciona o ciclo “internação-alta-internação” à falta de resolutividade desses dispositivos para os casos de doenças crônicas, o que só poderia ser revertido com um forte suporte de serviços de base comunitária (WHO, 2008). Com relação ao Canadá particularmente, estudos sugerem que a ocorrência de três ou mais internações psiquiátricas no período de um ano pode indicar limitações na obtenção de cuidados adequados na comunidade e/ou sinais de fragmentações dos serviços (CIHI, 2011). Tomamos este dado como referência e verificamos, dentre os casos de reinternações no HPM, quantas crianças e adolescentes passaram por três ou mais internações no decorrer de um ano.

Tabela 5

Número de crianças e adolescentes que foram internados três ou mais vezes no HPM por ano

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nº de Adolescentes	03	08	04	05	04	01

Fonte: elaborado pela autora.

Os dados apresentados acima mostram que o número de adolescentes reinternados três ou mais vezes atingiu seu ápice no decorrer do período estudado em 2013, totalizando 08 e decresceu nos anos seguintes, sendo que apenas um adolescente foi internado três ou mais vezes no ano de 2017. Embora o número de leitos para crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos tenha aumentado entre 2012 e 2017, conforme mostramos na tabela 4, o número desses leitos caiu de 168 em 2012, para 150 em 2013 (SESA, 2012; SESA, 2013), voltando a crescer nos anos subsequentes. Como o número de leitos em hospitais gerais manteve-se estagnado, podemos inferir que, em 2013, o Estado dispunha de menos leitos para o atendimento à crise dessa população, elevando o número de internações nos leitos disponíveis, entre eles os do HPM.

Além disso, ressaltamos que, em todos os anos, a maior parte das crianças e adolescentes reinternados três ou mais vezes residia no município de Maringá-PR²⁴. Nesse município, até 2016, os 26 leitos da emergência psiquiátrica localizados no Hospital Municipal Thelma Villanova Kasprovicz eram referência para o atendimento do público adulto e infantojuvenil de 67 municípios de três regionais de saúde. De lá para cá, por meio da Deliberação n. 10, de 13 de outubro de 2016, esses leitos passaram a ser referência apenas para os municípios de Maringá-PR e Mandaguaçu-PR. Tal fator pode ter facilitado o acesso das crianças e adolescentes residentes em Maringá aos leitos da emergência e, por conseguinte, diminuído a quantidade de reinternações no HPM, como ocorreu no ano de 2017. Nesse caso, poderíamos associar a oferta de serviços comunitários para o atendimento de situações de crise com a redução da necessidade de internações nos hospitais especializados.

Muitas pesquisas associam as reinternações psiquiátricas de crianças e adolescentes aos cuidados recebidos após a alta hospitalar. Assim, calculamos, a partir da data de cada alta e da data da internação subsequente, o tempo decorrido entre uma internação e outra, que variou de um dia a vinte meses.

²⁴ Dois casos em 2012, quatro em 2013, três em 2014, quatro em 2015, três em 2016 e um em 2017.

Tabela 6

Tempo entre as internações das crianças e adolescentes reinternados no HPM

Tempo decorrido entre as internações	Freq.	%
Menos de um mês	43	20,67
De 1 a 2 meses	26	12,5
De 2 a 3 meses	27	13
De 3 a 4 meses	26	12,5
De 4 a 5 meses	15	7,2
De 5 a 6 meses	11	5,3
De 6 a 7 meses	09	4,33
De 7 a 8 meses	08	3,85
De 8 a 9 meses	15	7,2
De 9 a 10 meses	05	2,4
De 10 a 11 meses	02	0,96
De 11 a 12 meses	04	1,92
Mais de 12 meses	17	8,17
Total	208	100

Fonte: elaborado pela autora.

Segundo Dias, B. M. (2015), os estudos que utilizam a readmissão hospitalar como indicador de qualidade da assistência adotam diferentes intervalos entre uma internação e outra, os quais variam de 7 dias a 24 meses. Entretanto Maurer e Ballmer (2004), assim como Fisher, Anema e Klazinga (2012) apontam que a maioria dos estudos utilizam como parâmetro o período de 30 dias. Este também é o intervalo de tempo adotado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2015). Citando estudos internacionais, a ANS (2015, p. 19) divide as readmissões entre as planejadas, ou seja, “aquelas necessárias para a continuidade da avaliação diagnóstica ou terapêuticas”, e as eventuais. Estas últimas são classificadas entre as readmissões potencialmente evitáveis e as readmissões não evitáveis, sendo que, “quanto menor o intervalo entre a primeira admissão e a readmissão, maior a possibilidade do retorno por complicação ter sido potencialmente evitável”. Ainda sobre esta questão, a ANS (2015, p. 19) refere que esta forma de readmissão pode ser evitada “com melhor gerenciamento do quadro clínico do paciente, adequado planejamento de alta, e provisão de recursos no domicílio para atender às necessidades do paciente”.

A tabela 6 nos mostra que mais de 90% das reinternações aconteceram até um ano após a alta, sendo que maior parte delas, 20,67%, ocorreu menos de um mês depois da alta. Com base nestes dados, levantamos a hipótese de que existe uma lacuna no caminho entre o HPM e o retorno à comunidade e/ou limitações na continuidade dos cuidados pela rede de atenção

psicossocial após a alta hospitalar. Resultado semelhante foi obtido por James *et al.* (2010), o qual identificou que o risco de reinternação foi maior nos 30 primeiros dias após a primeira internação psiquiátrica e manteve-se elevado até cerca de 90 dias após a alta. Os estudos de Fontanella (2008), Blader (2004) e Tossone, Jefferis, Bhatta, Bilge-Johnson e Steifert (2014) constataram que a maioria das readmissões psiquiátricas entre crianças e adolescentes ocorreram nos três primeiros meses após a alta.

No contexto internacional, as pesquisas acerca deste tema objetivaram averiguar a relação entre a quantidade e a qualidade dos serviços comunitários ofertados após a alta com as reinternações psiquiátricas de crianças e adolescentes. O estudo de Carlisle, Mandani and Schachar (2012), por exemplo, constatou que o tratamento via recursos comunitários, realizado no mês seguinte à alta, aumentou a probabilidade de readmissão hospitalar. Por outro lado, Blader (2004) destaca que o acompanhamento de crianças e adolescentes pelos serviços de base comunitária reduz o risco de reinternações, sobretudo se forem direcionados no período inicial após a alta. Fontanella (2008) ressalta a importância de planejar a alta, avaliando que esta deve ser cuidadosamente vinculada ao tratamento pós-alta ofertado nos serviços comunitários de saúde mental. Romansky *et al.* (2003) e James *et al.* (2010) pontuam como resultados de seus estudos que a prevenção das reinternações pode ocorrer por meio da oferta de serviços comunitários diversificados, incluindo atividades que tradicionalmente não são consideradas como serviços de saúde mental.

5.2 TEMPO DE PERMANÊNCIA

O que fazem as crianças e adolescentes durante o tempo em que permanecem internados no hospital psiquiátrico? Embora este estudo não tenha contemplado uma observação do cotidiano do HPM para responder em detalhes esta questão, o caso de João ilustra um pouco desse cotidiano. Em sua primeira internação no HPM, João permaneceu 39 dias internado, recebendo alta em 11/01/12. Neste mesmo ano, em 10/10/12, ele voltou a ser internado e, durante sua segunda internação, recebeu visitas da equipe do CAPSi. Contou que sentia muito sono e cansaço; passava o dia no pátio do hospital e, às vezes, os meninos brincavam de bola com o professor. Mas ele quase não participava dessa atividade, dizendo que não “achava graça” porque o espaço era pequeno demais para brincar. Em uma das visitas, contou que um adolescente com o qual dividia o quarto tinha tentado se enforcar e não sabia o que tinha acontecido com ele, “se estava vivo ou morto”. Mais ou menos humanizados, o

tratamento nessas instituições privilegia, como recursos, o isolamento e a medicação. Conforme descreveu Lima Barreto no início do século XX, o isolamento pode produzir tédio, a aniquilação dos desejos e, inclusive, ideação suicida, fato este corroborado em alguns estudos que apontam a internação psiquiátrica como um dos fatores associados ao risco de suicídio (Mortensen, Agerbo, Erikson, Qin & Westergaard-Nielsen, 2000; Oliveira, Bezerra & Gonçalves-Feitosa, 2014).

A legislação não estabelece um tempo mínimo ou máximo para as internações psiquiátricas. Sobre esta questão, a Portaria n. 251/GM de 31 de janeiro de 2002 (2002) considera como “pacientes de longa permanência” aqueles “com mais de 01 (um) ano ininterrupto de internação”. Já no que concerne ao pagamento dos procedimentos em psiquiatria, o Manual Técnico do Sistema de Informação do SUS (Brasil, 2007, p. 94) estipula o período máximo de 45 dias, sendo este o limite da autorização de internação hospitalar inicial (AIH-1). Caso seja necessário prolongar o tempo de internação, deve ser aberta outra AIH, dessa vez de longa permanência (AIH-5), a qual permite o registro de 31 diárias e pode ser renovada quantas vezes forem necessárias “até a alta, óbito, ou transferência do paciente”. Ainda de acordo com o referido manual, uma nova AIH-1 só pode ser emitida “nos casos em que o paciente tenha alta hospitalar e a reinternação de longa permanência seja, no mínimo, 15 dias após internação anterior”.

Com base nos critérios estabelecidos pelo Manual Técnico do Sistema de Informação do SUS (Brasil, 2007), obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 7

Tempo de permanência das crianças e adolescentes internados uma vez e reinternados no HPM

Tempo de Permanência	Internações que ocorreram uma vez	%	Reinternações	%	Total	%
De 0 a 45 dias	343	55,68	273	44,32	616	85,32
Mais de 45 dias	57	53,77	49	46,23	106	14,68

Fonte: elaborado pela autora.

Embora a maior parcela das crianças e adolescentes permaneça internada até 45 dias, dentre aqueles com internações superiores a este período, foram constatados doze casos (4

internações que ocorreram uma vez e 8 reinternações) cuja duração foi superior a 100 dias. A este respeito, o médico Leon Garcia, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP, fez a seguinte consideração em uma entrevista ao jornal *Folha de S. Paulo*:

Há consenso na literatura de que a internação por mais do que 90 dias não tem benefício terapêutico. O controle de um surto psicótico, de maneira geral, se faz em 15 a 40 dias. Se a pessoa passa quatro, cinco, seis meses internada, quando volta, é mais difícil a reinserção na comunidade (Cancian, 2018, para. 10).

Nesta perspectiva, Larrobla e Botega (2006) apontam que, em hospitais gerais, a literatura internacional considera aceitável internações entre 15 e 28 dias, ressaltando que internações mais breves sem o acompanhamento adequado pelos recursos extra-hospitalares podem produzir readmissões. Com relação aos casos de dependência química, Silveira (2011) afirma que a OMS preconiza internações curtas, variando de 15 a no máximo 30 dias em leitos de hospitais gerais. Especificamente sobre as internações de crianças e adolescentes, a American Psychiatric Association (2016) assinala que, atualmente, nos Estados Unidos, embora o período de 14 dias seja considerado adequado para a maioria dos casos, um estudo realizado pela entidade considera que a diminuição do tempo de permanência, que em décadas anteriores chegou a ser maior que 30 dias, está levando a uma maior incidência de readmissão.

Considerando a totalidade das internações de crianças e adolescentes no HPM durante o período estudado, o tempo de permanência variou de 0 a 175 dias, sendo que a média de duração das internações correspondeu a 33,33 dias. Este índice foi semelhante aos encontrados por Braga e D'Oliveira (2015), que constatou um tempo médio de internação de 32,6 dias para as internações psiquiátricas voluntárias, 32,1 dias para as involuntárias e 31,2 dias para as involuntário-judiciais. Já no estudo de Blikstein (2012), a duração média das internações de crianças e adolescentes foi superior a 40 dias. Na pesquisa de Bentes (1999), desenvolvida antes da aprovação da Lei 10.216 (2001), o tempo médio de permanência, considerando todas as internações ocorridas no período estudado, foi de 21,8 dias.

Comparando os casos de internações que ocorreram apenas uma vez com os casos de reinternações, verificamos em nosso estudo que a média de duração das internações foram semelhantes, correspondendo a 32,6 dias no primeiro caso e a 34,25 dias no segundo. Entretanto, ao examinarmos o tempo médio de permanência em cada ano, observamos que a duração das reinternações foi superior.

Tabela 8

Tempo médio de permanência nos casos de uma internação e reinternações no HPM entre os anos de 2012 e 2017

Ano	Tempo médio de permanência (dias)	
	Uma Internação	Reinternação
2012	34,63	35,1
2013	28,77	32,4
2014	35,04	46,34
2015	28,53	28,39
2016	30,54	27,58
2017	39,06	44,96
Total	32,59	34,25

Fonte: elaborado pela autora.

De 2012 a 2015, o tempo médio de permanência dos casos de reinternações foram expressivamente maiores. Em 2015, a diferença entre um caso e outro foi muito pequena; em 2016, este índice foi maior entre os casos de uma internação e em 2017, voltou a ser maior nas reinternações. O gráfico a seguir ilustra esta constatação:

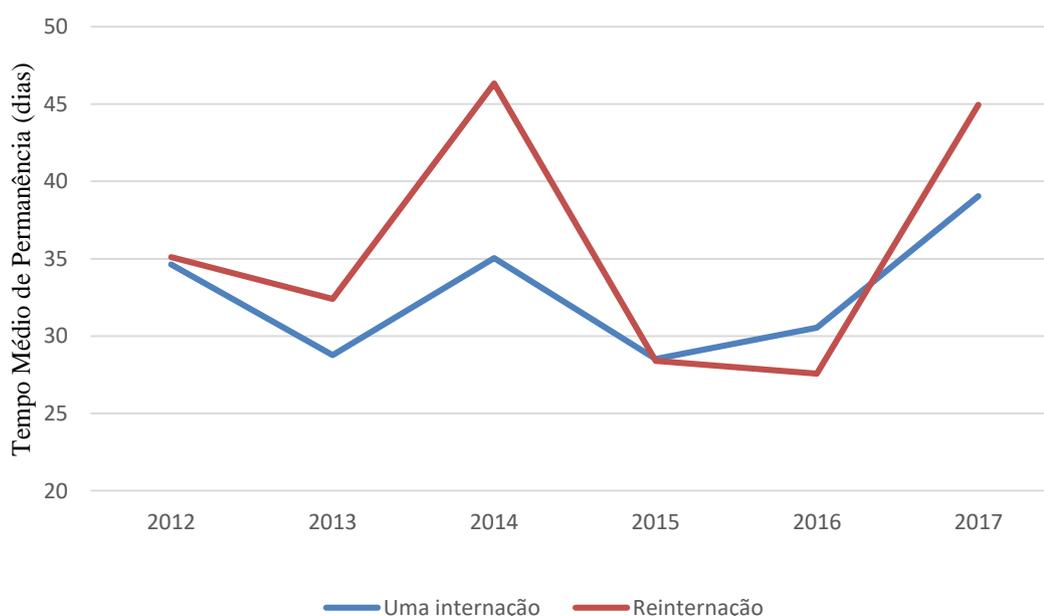


Figura 13. Tempo médio de permanência nos casos de uma internação e nas reinternações de crianças e adolescentes no HPM entre 2012 e 2017.

Fonte: elaborado pela autora.

Os estudos de Tulloch, Fearon and David (2011) e Zeshan, Waqas, Naveed, Ghulam and Manocha (2018) associaram o maior tempo de permanência aos casos de usuários internados involuntariamente, com múltiplos diagnósticos, com história familiar de transtorno mental ou uso de substâncias psicoativas, com outras comorbidades médicas e também entre aqueles com múltiplas internações prévias. Em nossa pesquisa, as reinternações e sua associação a estadias mais prolongadas podem indicar a fragilização dos vínculos do usuário com sua comunidade, o que implicaria em dificuldades no planejamento da alta, gerando um aumento no tempo de permanência. Outra hipótese é que, por ter uma internação prévia, o usuário reinternado seja reconhecido como alguém que necessita de um tempo maior de internação para a estabilização do quadro.

Ainda no que tange às reinternações, devemos ponderar que uma criança ou adolescente é internado, no mínimo, duas vezes. Assim, considerando o tempo médio de permanência de 34,25 dias e que, conforme apresentamos na Tabela 6, em 90% dos casos as reinternações no HPM ocorreram até um ano após a alta, podemos inferir que uma parcela expressiva do público infantojuvenil passou, em média, 68,5 dias internado no período de um ano. Alguns casos, em particular, chamam a atenção. No ano de 2017, um adolescente foi internado duas vezes, porém a soma do tempo de permanência das duas internações totalizou 329 dias, ou seja, em um ano, ele passou apenas 36 dias fora do HPM. Citamos ainda o caso de um usuário internado 14 vezes entre março de 2013 e setembro de 2017, totalizando, nesse período, 644 dias de internamento, em média 143,11 dias de internamento por ano. Um longo período de permanência no hospital psiquiátrico, muitas vezes, implica em consequências na vida do usuário, podendo gerar, por exemplo, a descontinuidade das atividades escolares e o enfraquecimento dos vínculos entre ele, sua família e comunidade.

5.3 FAIXA ETÁRIA

Os dados obtidos mostram altas relativas a crianças, já que ocorreram com usuários de onze anos. No entanto, a maior parcela dos registros de alta examinados concentrou-se em adolescentes entre 17 e 18 anos. Lembramos que foi utilizado como fonte de dados os registros das altas, portanto, em tese, embora uma pessoa com 18 anos não possa ser internada na unidade de adolescentes do HPM, ela pode ser internada antes dessa idade e receber alta com 18 anos. Salientamos que não houve diferença significativa entre a idade das crianças e adolescentes internados uma vez e reinternados no HPM.

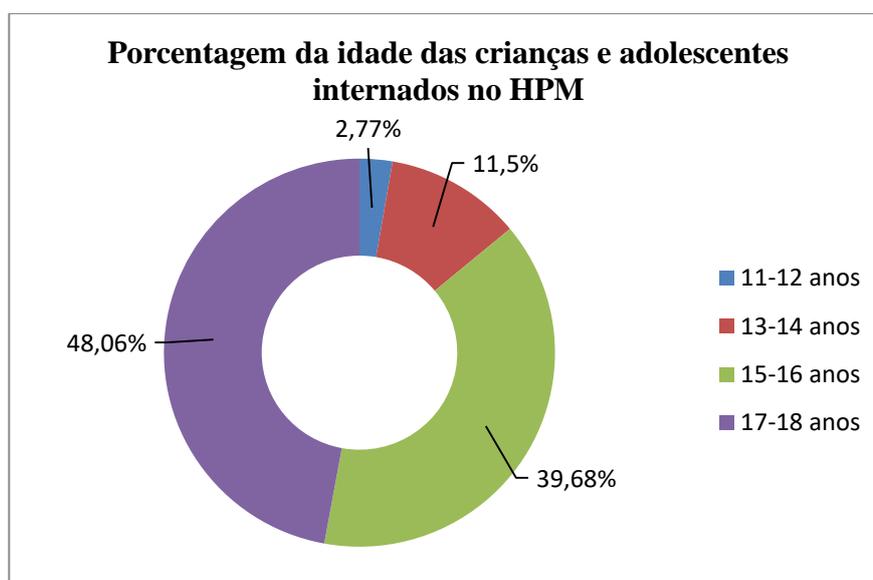


Figura 14. Faixa etária da população infantojuvenil internada no HPM na ocasião da alta.
Fonte: elaborado pela autora.

No estudo de Bentes (1999), a média de idade na primeira internação foi de 15 anos e 10 meses. Já Blikstein (2012) constatou que a maioria dos usuários foi internada na faixa etária compreendida entre 16 e 17 anos, correspondendo a 52,5% dos casos. No Canadá, todos os anos, os jovens entre 15 e 24 anos compõem a maior parcela dos casos atendidos nos serviços de emergência e internações psiquiátricas. A este respeito, o CIHI (2015) levanta a hipótese de que esta faixa etária é considerada de transição para os cuidados em saúde mental voltados para adultos. Existiriam dificuldades nessa transição, uma vez que usuários relatam que os serviços direcionados para adultos raramente atendem às necessidades dos jovens. Assim, a internação poderia significar uma lacuna na disponibilidade de serviços comunitários adequados para esta faixa etária.

Esta hipótese também pode ser considerada em nossa pesquisa, porque, no cenário brasileiro, o CAPSi destina-se ao atendimento de crianças e adolescentes, portanto até os 18 anos, cabendo uma avaliação acerca dos caminhos percorridos pelo usuário atendido nesse dispositivo após atingir a maioridade.

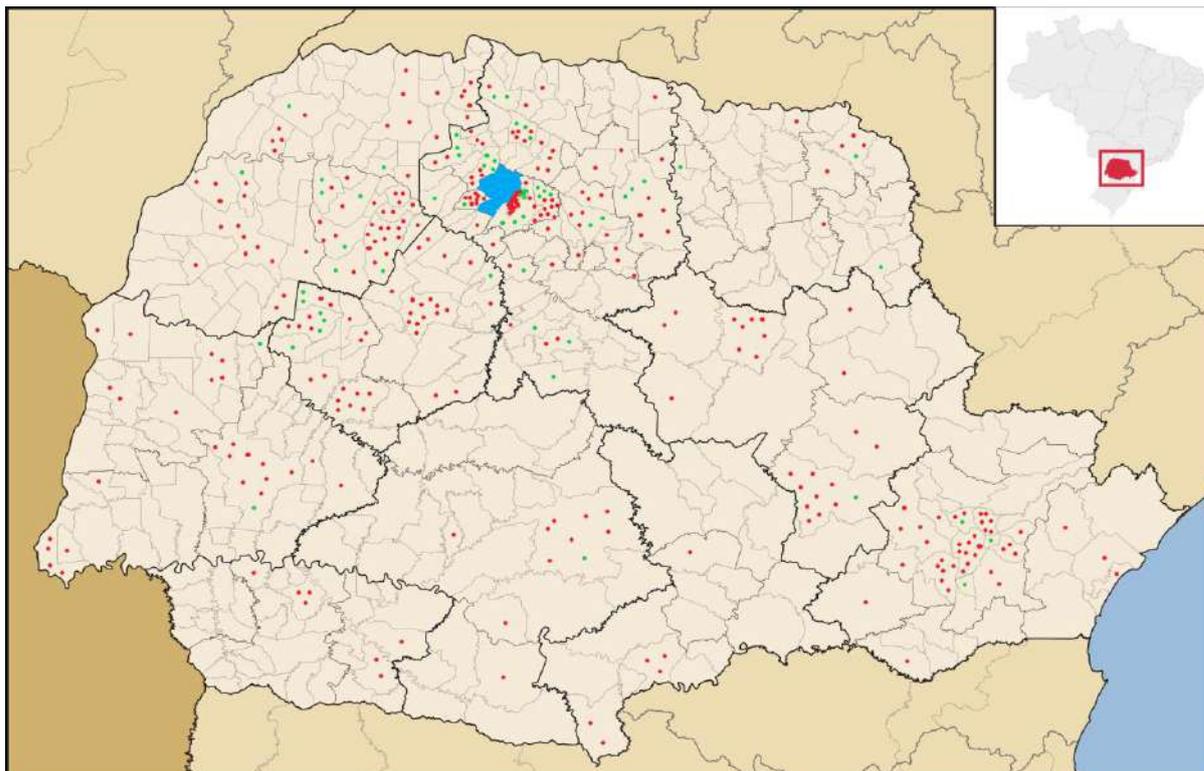
O ECA considera a adolescência a faixa etária entre 12 e 18 anos incompletos, assegurando-lhes os seguintes direitos: convivência familiar e comunitária, liberdade, educação, saúde, cultura, esporte e trabalho, desde que salvaguardadas algumas condições para o seu exercício (Lei 8.069, 1990). A OPAS e o Ministério da Saúde (2017, pp. 7-9) atribuem à

adolescência características como “a busca de autonomia sobre decisões, emoções e ações pelo desenvolvimento de habilidades e a vivência da sexualidade” ou ainda “um momento de transformação dos aspectos biopsicossociais com mudanças físicas, diferentes interações sociais e o despertar de novos interesses”. Logo, ao analisarmos o conteúdo dos materiais citados, assim como a maior parte dos programas, propagandas, filmes e livros a respeito da adolescência, constatamos que, atualmente, em nossa sociedade, as atividades atreladas ao adolescente são os estudos, o lazer, a interação com a família e amigos, o início da vida sexual, a busca pela inserção no mercado de trabalho para uns, o curso de uma faculdade para outros, entre outras.

Contudo, nosso estudo se refere a uma parcela de adolescentes que, em algum momento, teve sua vida marcada por uma ou mais internações em hospitais psiquiátricos, condição que dificulta ou impossibilita o pleno exercício de seus direitos e das atividades que lhe são associadas. Assim, apesar da idade biológica os caracterizar como crianças ou adolescentes, de maneira geral, os usuários da unidade de adolescentes do HPM não vivenciam de forma plena a infância e a adolescência almejada socialmente. João, por exemplo, parou de estudar no 3º ano do Ensino Fundamental. Dos 13 aos 18 anos, participava de furtos e roubos, vivia ameaçado de morte por traficantes, foi espancado algumas vezes por traficantes e por policiais, viu um colega ser assassinado após uma fuga do hospital psiquiátrico e, não raro, relatava medo de morrer.

5.4 MUNICÍPIO DE ORIGEM

No período estudado, 508 crianças e adolescentes foram internados no HPM, destes, 108 referem-se a usuários que passaram por reinternações. Estas crianças e adolescentes vieram de todas as regiões do estado, sendo que 26,38% do total desses usuários são residentes em Maringá-PR, município no qual está localizado o HPM. No mapa a seguir, mostramos a distribuição dos usuários internados uma vez e reinternados, de acordo com o município de origem.



Legenda

- Maringá
- Uma internação
- Reinternação

Figura 15. Distribuição dos adolescentes internados uma vez e reinternados, de acordo com o município de origem.

Fonte: elaborado pela autora.

Podemos constatar, por meio do mapa, que crianças e adolescentes de todas as regiões do estado (anexo 3) foram internados no HPM. Atualmente, o Estado do Paraná é composto por 399 municípios e neste estudo, averiguamos que crianças e adolescentes de 129 municípios passaram por internações no HPM, conforme detalhamos no apêndice 2. Constatamos que estas internações foram viabilizadas tanto por municípios de grande porte como Curitiba e região metropolitana, Londrina, Maringá e Cascavel, como por municípios com menos de 5.000 habitantes, dentre eles, Kaloré, Atalaia, Munhoz de Melo e Uniflor.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018c), a projeção para o ano de 2020 é que o estado do Paraná tenha 76,69% dos municípios com população abaixo de 20.000 pessoas. Conforme a Portaria 3.088/2011, os CAPS são recomendados para municípios ou regiões com população acima de 15.000 habitantes. Para municípios cujo número de habitantes seja inferior, preconiza-se que a assistência em saúde

mental seja estruturada por meio da atenção básica, sob a lógica do apoio matricial e da responsabilização compartilhada dos casos (Brasil, 2004). Contudo, estudos sobre a assistência em saúde mental em municípios de médio e pequeno porte apontam dificuldades nesse processo. Boarini (2009) desenvolveu um estudo em um município paranaense com menos de 5.000 habitantes, sendo a maior parte deles residentes na zona rural. Na época, a rede municipal de saúde possuía uma UBS com duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), mas sem apoio matricial e nem CAPS na região. Nesse município, além da falta de capacitação das equipes ESF, constatou-se que a assistência em saúde mental consistia em encaminhamentos do usuário para atendimento psiquiátrico, geralmente em outros municípios, disponibilizados por meio de cotas oferecidas pelos consórcios intermunicipais. Tal fato tornava a medicação o principal recurso da assistência, uma vez que o médico da UBS, nesses casos, repetia as receitas fornecidas pelo especialista na área. Embora executados, os atendimentos psicológicos em grupo eram desarticulados de outras ações coletivas e, ante os agravos da patologia, o recurso acessível era a internação em hospitais psiquiátricos da região.

A respeito deste assunto, Silva e Campos (2015, p. 43) avaliam que:

Muito embora se esteja observando o esforço do governo federal na qualificação dessa rede com a possibilidade técnica e financeira para a organização das RAPS, o quadro pouco se modifica no cotidiano dos municípios, apontando a necessidade de se observar o desenvolvimento da gestão da saúde mental no âmbito municipal.

Os autores analisaram a gestão em saúde mental de um município do Rio de Janeiro com 35.000 habitantes e, dentre outras coisas, constataram a fragilidade da RAPS e ações que contrariavam os princípios da Reforma Psiquiátrica, tais como a permanência de uma clínica psiquiátrica na cidade, com a qual o gestor da época pretendia fazer uma parceria a fim de torná-la um espaço para o tratamento de casos relacionados ao uso de álcool e drogas. Além de não sinalizar quaisquer intenções visando ao fechamento da tal clínica, não havia nenhum movimento por parte dos gestores no sentido de promover o atendimento à crise nos serviços públicos disponíveis, tais como o hospital e posto de urgência. Na avaliação dos autores, a existência de uma clínica psiquiátrica no município favorecia uma “cultura internante” e, diante do agravo da doença, a alternativa da RAPS era a internação do usuário na clínica psiquiátrica.

No que concerne a esta questão, Dimenstein *et al.* (2012, p. 101), em consonância, assinalam que, no cenário nacional, mesmo em cidades de grande porte como Natal-RN, há “uma evidente fragilidade em diversos componentes da RAPS”, citando que, na atenção

primária, estudos destacam “dificuldades em relação à implantação do matriciamento e ao desenvolvimento de ações compartilhadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família/ESF, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família/NASF e dos serviços substitutivos, nos territórios de vinculação dos usuários” e que os serviços de urgência são resistentes em atender pessoas em grave sofrimento psíquico, utilizando, com frequência, procedimentos inadequados. Além disso, a implantação de leitos integrais em hospitais gerais, CAPS III e serviços hospitalares de referência para álcool e drogas é lenta e nem sempre obedecem a critérios de cobertura populacional. Dados apresentados pelo TCU (2017), por exemplo, mostram que, de acordo com o plano plurianual 2012-2015, uma das metas na área da saúde mental era a implantação de 3.600 leitos integrais de saúde mental em hospitais gerais, no entanto, até 2014, apenas 24% desta meta foi atingida. Tais fatores

vêm produzindo espaços lacunares na atenção ao usuário em crise, vazios para os quais a principal resposta da RAPS... tem sido o encaminhamento ao hospital psiquiátrico. Em outras palavras, as dificuldades de fechamento de hospitais psiquiátricos no país devem-se, em grande parte, à ineficiência de serviços que deem suporte à crise. Assim, os manicômios continuam ocupando um lugar central em função da inexistência desses dispositivos e tendo sua existência justificada socialmente (Dimenstein *et al.*, 2012, p. 102).

No Paraná, desde 2012, a regulação do fluxo hospitalar em saúde mental é realizada pela Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental, “que tem entre seus objetivos a equidade do acesso implementada por meio de ações dinâmicas, executadas de forma equânime, ordenada, oportuna e racional [...], propiciando o ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão paranaense” (SESA, 2016b, p. 6). De acordo com a SESA (2016b), este serviço orienta-se pelas diretrizes dos *Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental*, resolução aprovada pela Organização das Nações Unidas [ONU] em 17 de dezembro de 1991. O Princípio 7 desta resolução estabelece que “todo usuário terá o direito de ser tratado e cuidado, tanto quanto possível, na comunidade onde vive” e que:

Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o usuário terá direito, sempre que possível, de ser tratado próximo a sua residência, ou

à de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar à comunidade o mais breve possível (ONU, 1991).

Todavia, a SESA se contradiz, porque, ao mesmo tempo que defende este posicionamento, prevê que as internações no Estado do Paraná podem ocorrer longe do local onde o usuário reside:

Além das questões clínicas, são observados os princípios da regionalização e hierarquização. Neste caso, a busca de leito via Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental se dá seguindo os princípios do SUS quanto à regionalização. Casos identificados como tendo indicação de internamento imediato e sem possibilidade de encaminhamento devido à falta de recurso disponível dentro da região – podem ser encaminhados para internamento dentro de toda a macrorregião de Saúde ou ainda em outra região do Estado, se o quadro clínico justificar tal procedimento. O internamento longe do local de moradia deve ser de concordância dos responsáveis pelo usuário e de ciência da unidade solicitante do leito (SESA, 2016b, p. 17).

A regulação em saúde pública, cujas diretrizes são regulamentadas pela Portaria n. 1.559/2008 visa, dentre outros objetivos, “apoiar a organização do sistema de saúde brasileiro, otimizar os recursos disponíveis, qualificar a atenção e o acesso da população às ações e aos serviços de saúde” (Ministério da Saúde, n.d, para. 2). Tal ferramenta garante, por exemplo, que uma pessoa com problemas de saúde que demande intervenções de urgência ou tratamentos específicos, cuja realização não seja possível em seu município, receba tais atendimentos em outras localidades, ou seja, é um processo que, muitas vezes, pode salvar vidas. Com relação à saúde mental, a Lei 10.216/2001 preconiza o respeito aos direitos dos usuários, o que inclui o tratamento “com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” e o tratamento realizado, “preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”. Para tanto, a implementação e a atuação da RAPS nas situações de crise são fundamentais, como explicitam Silva e Dimenstein (2014, p. 32):

Um aspecto crucial para a concretização da função de substitutividade dos serviços se refere ao modo como as equipes operam nos componentes da RAPS. A qualificação das práticas e dos serviços é um elemento imprescindível à sustentabilidade da Reforma

Psiquiátrica. Nesse sentido, a atenção à crise se revela como um eixo estratégico do cuidado da RAPS, vez que sua viabilização, fora do circuito das internações nos hospitais psiquiátricos, garante a permanência dos usuários em seus contextos familiares e sociocomunitários, possibilitando a territorialização do cuidado e interrompendo o circuito de internações, segregações e cronificações tão conhecido. Desse modo operada, a atenção à crise garante a função substitutiva dos serviços e ações na RAPS.

Conforme o posicionamento das autoras, viabilizar ações para o manejo adequado da crise, tais como a expansão da modalidade CAPS III e leitos em hospitais gerais, a capacitação permanente dos profissionais que atuam na área para o manejo de situações de crise e a qualificação dos atendimentos de urgência e emergência são estratégias basais para a consolidação dos objetivos da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, na atenção à saúde mental tanto para adultos como para crianças e adolescentes, faz-se necessário criar condições para a efetivação das ações já previstas pela Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, as quais incluem o atendimento à crise no território do usuário, e não regular o fluxo de acesso aos leitos dos hospitais psiquiátricos. Afinal, as constatações obtidas acerca das internações do público infantojuvenil no HPM mostra que tal medida se distancia da assistência apregoada pela reforma psiquiátrica. A reforma preconiza o cuidado no território do usuário, ou seja, no espaço onde ele estabelece relações sociais. Porém, quando internamos crianças e adolescentes no hospital psiquiátrico, comumente a quilômetros de distância de sua moradia, afastamo-los de sua família e comunidade, privando-os de circularem em espaços que possibilitam trocas sociais.

Ao analisar os números obtidos em cada região do estado, observamos que a mesorregião Norte Central registrou o maior percentual de internações no HPM tanto entre aquelas que ocorreram apenas uma vez como nas reinternações, atingindo índices de 45,5% e 79,81% respectivamente. Com exceção a esta mesorregião, o número de crianças e adolescentes reinternados foi inferior aos casos de uma internação, conforme ilustrado no gráfico abaixo.

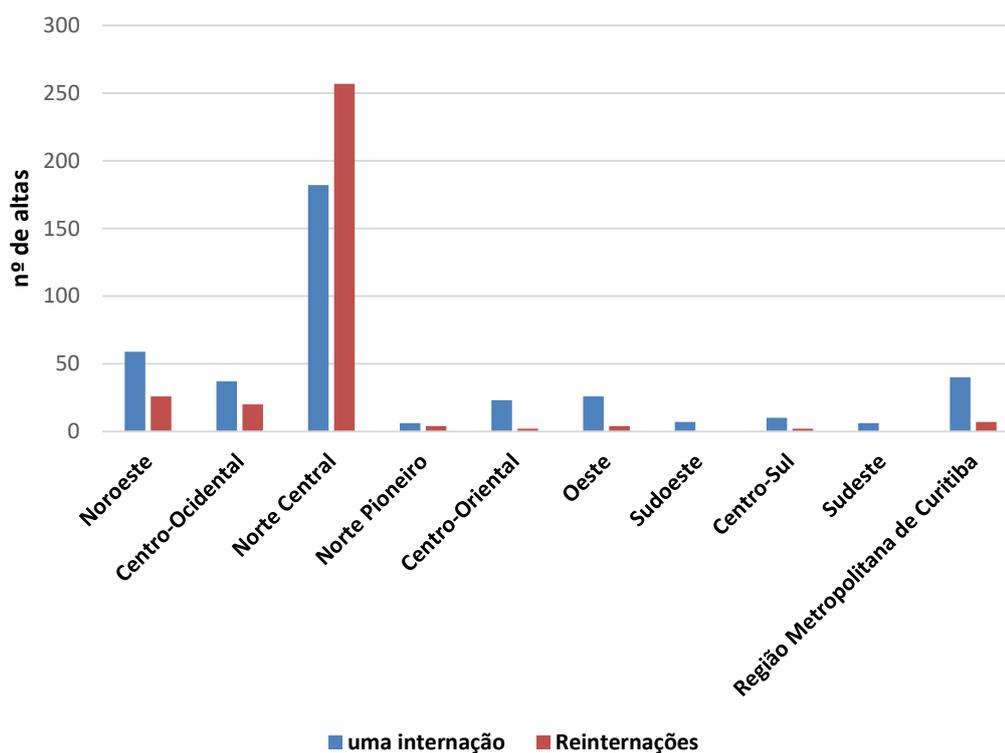


Figura 16. Uma internação e reinternações no HPM por regiões do estado do Paraná.
Fonte: elaborado pela autora.

Maringá, que pertence à mesorregião Norte Central, foi o município de origem em 34,35% do total de internações de crianças e adolescentes internados no HPM, sendo este um dos fatores que explica a concentração de um número maior de internações e reinternações nessa região do estado. Ao compararmos o número de internações de crianças e adolescentes residentes em Maringá-PR com aquelas residentes em outros municípios, observamos que, tanto nos casos cuja internação ocorreu apenas uma vez como nas reinternações, o percentual de usuários residentes em outros municípios foi superior. Entretanto, no caso das reinternações, constatamos um número expressivo de usuários que tinha como município de origem Maringá, correspondendo a 49,69%.

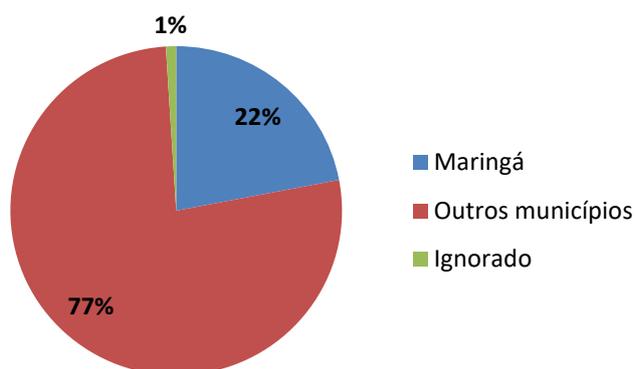


Figura 17. Município de origem das crianças e adolescentes internados uma vez no HPM.
Fonte: elaborado pela autora.

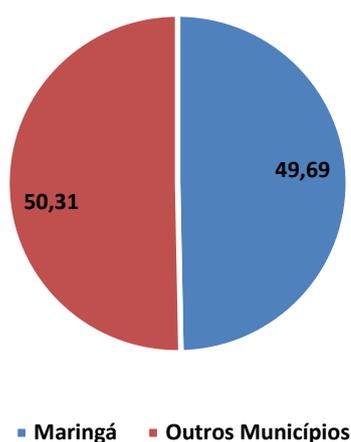


Figura 18. Município de origem das crianças e adolescentes reinternados no HPM.
Fonte: elaborado pela autora.

Embora a regulação de leitos em saúde mental, no estado do Paraná, pautar-se no princípio de regionalização, ou seja, quando necessário, a internação deve ocorrer o mais próximo possível do local de moradia do usuário, os dados apresentados também podem sugerir que residir próximo ao HPM é um fator que favorece a internação de crianças e adolescentes nesta instituição, sobretudo aquelas que ocorrem por repetidas vezes.

Vale assinalar que, de acordo com informações disponíveis no site da Secretaria Municipal de Saúde, atualmente, o município de Maringá possui uma RAPS composta por 34 UBS (todas com psicólogos), 9 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 26

leitos psiquiátricos em hospital geral (referência para os municípios de Maringá e Mandaguacu), 01 CAPSad II, 01 CAPS II, 01 CAPSi, 02 Residências Terapêuticas, sendo uma masculina e uma feminina, um CAPS III que atende 24h e possui 12 leitos de acolhimento e uma equipe do Consultório na Rua (Saúde mental..., n.d, para.1). Tal composição a tornou uma referência nacional na assistência em saúde mental, como ilustra a fala recente de uma integrante do Ministério da Saúde durante um evento realizado nesta cidade: “Escolhemos Maringá de exemplo para Honduras por ter uma rede completa, articulada e organizada na saúde mental” (Maringá é referência..., 2018, para. 1).

Ante tal estrutura, o alto índice de internações provenientes de Maringá é emblemático porque evidencia que a utilização das internações psiquiátricas vem ocorrendo mesmo em municípios nos quais existe uma RAPS considerada qualificada.

5.4.1 As internações provenientes de Maringá-PR

A fim de explorarmos um pouco mais o alto índice de internações provenientes de Maringá-PR, levantamos informações sobre os bairros deste município nos quais foram registrados os maiores números de internações. Relembramos que Maringá foi o município de origem de 134 crianças e adolescentes internados no HPM durante o período estudado, totalizando 248 internações.

De acordo com Cardoso (2011, para. 9), em notícia veiculada sobre a apresentação do diagnóstico social de Maringá, três aspectos foram destacados: “o alto índice de evasão escolar, principalmente no ensino médio, a falta de políticas públicas voltadas para a juventude e a desigualdade econômica e territorial”. Em nosso levantamento, verificamos que as internações foram provenientes de 61 bairros²⁵, sendo que o maior número de crianças e adolescentes internados e, igualmente, o maior número de internações foram registrados no bairro Parque Industrial. Como a quantidade de internações oriunda deste bairro foi muito discrepante em comparação com os demais, examinamos novamente os registros e identificamos que, com exceção a um caso, todas as crianças/adolescentes registrados como moradores do bairro possuíam o mesmo endereço e, ao pesquisarmos, descobrimos que se tratava do endereço do Centro de Socioeducação (CENSE). Foram contabilizadas internações de 36

²⁵ Em 2014, Maringá possuía 458 bairros (Decreto 2358, 2014).

crianças/adolescentes e um total de 52 internações provenientes do CENSE (apêndice 3), o que corresponde a 21,37% do total de internações, conforme ilustramos no gráfico:

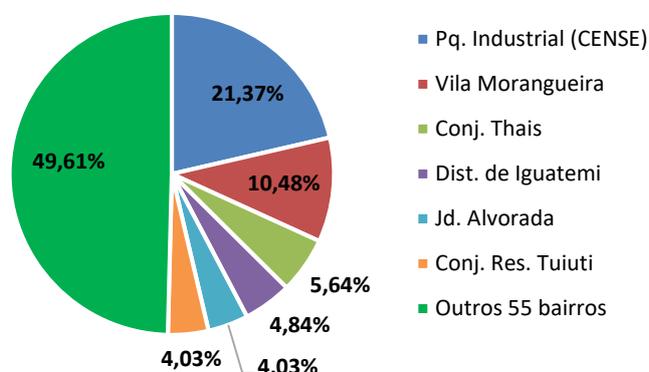


Figura 19. Internações de crianças e adolescentes no HPM provenientes do município de Maringá e sua distribuição por bairros.
Fonte: elaborado pela autora.

Considerando o alto índice de encaminhamentos do CENSE para o HPM, podemos inferir que as características da população internada no CENSE representam também as características de uma parcela expressiva da população internada no HPM. Sendo assim, vale apresentar os dados do Departamento de Atendimento Socioeducativo (DEASE) sobre o perfil dos adolescentes em atendimento socioeducativo no Governo do estado do Paraná: 95,05% são do gênero masculino; com relação à raça, 45,99% foram declarados como pardos e 39,68% como brancos; a maior parte se encontra na faixa etária entre 16 e 18 anos; 51,66% viviam em famílias com renda de 1 a 2 salários mínimos e 52,19% não estudava antes da internação na instituição (DEASE, 2016).

O gráfico nos mostra também que, entre as internações que não ocorreram via CENSE, o bairro Vila Morangueira obteve o maior percentual. Nesse bairro, identificamos que 6 adolescentes foram internados, cinco deles, por repetidas vezes, contabilizando 26 internações. Dos 6 adolescentes, 5 foram internados com diagnósticos relacionados a distúrbios do comportamento e uso de substância psicoativa. De acordo com Barros e Rodrigues (2011), a região no entorno do bairro Vila Morangueira ocupa uma área de 2,2 Km² e possui densidade populacional de 72,68 hab/Km², consistindo, na época, em uma das áreas de maior densidade do município. Com base nas informações disponíveis no site da prefeitura do município, a Vila Morangueira dispõe dos seguintes equipamentos: 2 Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI), 1 Escola Municipal (Ensino Fundamental), 2 Escolas Estaduais, 2 Unidades Básicas

de Saúde, 1 Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), 1 Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), 1 Centro Social Urbano (CSU) e 1 parque. Apesar da existência desses equipamentos, no que tange à distribuição e acesso aos mesmos, o estudo de Barros e Rodrigues (2011) classificou esta região como Médio Inferior, assinalando que, em comparação com as demais áreas, a Vila Morangueira era a que possuía o menor número de equipamentos.

Ainda sobre a região do bairro Vila Morangueira, dados do Diagnóstico Social de Maringá referentes ao ano de 2010 apontam que 0,20% dos habitantes do bairro viviam em extrema pobreza e 1,49% possuem uma renda per capita até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, sendo estes os melhores índices entre todos os bairros do município. 7,65% dos habitantes do bairro tinham uma renda per capita até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, índice considerado médio quando comparado aos demais bairros (Diagnóstico Social de Maringá, n.d.). Casteletto (2014) constatou que a renda per capita dos habitantes da região do bairro Vila Morangueira era de 2 a 10 salários mínimos e que a população possuía “acesso a infraestrutura urbana de qualidade” (p. 110). Porém o autor identificou um elevado número de ocorrências criminais nesta área, com expressivos números de casos referentes a uso, porte ou tráfico de drogas, lesões corporais, furtos e roubos. No que tange à infância e à adolescência, dados do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) referentes ao ano de 2009, mostram o número de ocorrências de violações aos direitos fundamentais e sua distribuição entre os bairros de Maringá. O bairro Vila Morangueira obteve 45 registros, ocupando a 4ª posição entre todos os bairros (CMDCA, 2012-2013).

Assim, embora a Vila Morangueira não se enquadre entre os bairros com maiores índices de pobreza, os equipamentos públicos são considerados insuficientes em relação ao número de habitantes. Logo, é possível inferir que uma parcela dos moradores do bairro tem dificuldades relativas ao acesso a tais equipamentos, impedimento que, em parte, justificaria o fato de contabilizar índices expressivos de criminalidade, uso de drogas e registros de violação de direitos contra crianças e adolescentes. Lembramos que estas são questões complexas, atravessadas por inúmeros fatores. Ante estas constatações, é necessário ponderar que o uso de drogas e o envolvimento em práticas criminais, por exemplo, podem ocorrer mesmo entre aqueles que dispõem de boas condições materiais e têm assegurado o acesso à educação, saúde, cultura, lazer e trabalho²⁶.

²⁶ As reportagens de Di Franco (2015), Meireles (2018) e Affonso (2019) ilustram esta questão ao noticiar o uso de drogas e a participação no tráfico entre os jovens de “classe média e alta”.

Outra localidade de Maringá que merece destaque é o distrito de Iguatemi. Na figura 12, observamos que Iguatemi está entre as regiões do município com maior número de internações de crianças/adolescentes no HPM. Já, ao considerarmos o número de crianças/adolescentes internados no HPM, Iguatemi foi o local com o segundo maior índice, contabilizando 8 casos (Apêndice 3). Segundo dados do Diagnóstico Social de Maringá, disponível no *site* da prefeitura do município, Iguatemi possui uma população estimada em 6.969 habitantes e está equipada com 1 CMEI, 2 Escolas Municipais (Ensino Fundamental), 1 Escola Estadual, 1 UBS, 1 CRAS e um Centro Esportivo. Além destes dispositivos, constam, no *site* como equipamentos da área da assistência social, 3 ONGs, sendo uma delas a Associação Maringaense de Apoio e Reintegração de Adolescentes (AMARAS – Recanto Mundo Jovem), caracterizada como Comunidade Terapêutica. Este é um dado relevante porque, novamente, ao consultarmos os endereços dos adolescentes registrados como moradores do distrito de Iguatemi, verificamos que dos oito registros das crianças/adolescentes de Iguatemi internadas no HPM, seis apresentavam o mesmo endereço, sendo este o endereço da Comunidade Terapêutica referida anteriormente.

Com base no recorte que apresentamos sobre o município de Maringá, verificamos que, embora as limitações da RAPS contribuam para a ocorrência de internações no HPM, uma parcela expressiva dos usuários chegou ao HPM pelo CENSE e pelas Comunidades Terapêuticas, encaminhamentos que, nem sempre passam pela RAPS, como abordaremos mais adiante, no item 5.6 desta seção.

Comparando o histórico de internações totais provenientes do município de Maringá com o de outros municípios, obtivemos os seguintes dados:

Tabela 9

Internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no HPM provenientes de Maringá e de outros municípios

Ano	Maringá		Outros Municípios	
	Freq.	%	Freq.	%
2012	30	25	90	75
2013	54	38,57	86	61,43
2014	46	50	46	50
2015	59	42,45	80	57,55
2016	43	30,28	99	69,72

2017	16	17,98	73	82,02
Total	248	34,35	474	65,65

Fonte: elaborado pela autora.

Destacamos que, em Maringá, a proporção de internações caiu expressivamente em 2017. Conforme já abordamos anteriormente, uma deliberação do mês de outubro de 2016 aprovou o fluxo de urgências psiquiátricas na 15ª Regional de Saúde, destinando os 26 leitos da emergência psiquiátrica do Hospital Municipal, que antes eram referência para 67 municípios, para o atendimento dos usuários residentes apenas nos municípios de Maringá e Mandaguaçu. Esta mudança pode ter contribuído para diminuir as internações de crianças e adolescentes residentes em Maringá no HPM.

Por meio do acesso ao Sistema de Informações Hospitalares do SUS, levantamos dados referentes às internações urgentes dos usuários do sexo masculino, entre 10 e 19 anos, residentes em Maringá, internados no Hospital Municipal de Maringá e diagnosticados dentro do grupo de Transtornos Mentais e Comportamentais, conforme o CID-10:

Tabela 10

Internações psiquiátricas dos usuários entre 10 e 19 anos residentes em Maringá no Hospital Municipal.

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nº de internações no Hospital Municipal de Maringá	59	48	29	42	26	61

Fonte: elaborado pela autora baseado nos dados do Ministério da Saúde. (2018, nov. 25).

Ao compararmos estes dados com os da tabela anterior, verificamos que 2012 e 2017 foram os anos nos quais houve o maior número de internações desses usuários no hospital geral do município e, inversamente, foram os anos nos quais foram contabilizados os menores índices de internações de crianças e adolescentes residentes em Maringá no HPM. Embora haja outros fatores a serem considerados ao analisarmos esta questão, esta constatação nos permite afirmar que, em alguns municípios, a existência de serviços de base comunitária no atendimento à crise contribui para diminuir as internações nos hospitais psiquiátricos.

5.4.2 As internações provenientes de Curitiba, Guarapuava, Cascavel, Londrina e Ponta Grossa

Voltando à tabela 9, observamos que, diferentemente do que ocorreu em Maringá entre 2016 e 2017, houve um acréscimo no número de internações provenientes de outros municípios. Analisando o histórico de internações por município nos cinco anos examinados em nosso estudo, verificamos que, em alguns municípios, o número de internações no HPM sofreu um aumento significativo nos anos de 2016 e 2017. É o caso, por exemplo, de Curitiba, Guarapuava, Cascavel, Londrina e de Ponta Grossa.

Tabela 11

Internações de crianças e adolescentes no HPM entre 2012 e 2015 e entre 2016 e 2017, provenientes dos municípios de Curitiba, Guarapuava, Cascavel e de Ponta Grossa

Município	Internações entre 2012 e 2015	Internações entre 2016 e 2017
Curitiba	02	06
Guarapuava	01	08
Cascavel	01	10
Londrina	02	06
Ponta Grossa	02	09

Fonte: elaborado pela autora.

Estes cinco municípios estão entre os dez mais populosos do estado do Paraná. Destes, Curitiba, Cascavel e Guarapuava estão entre os municípios do estado que mais receberam recursos federais para a saúde mental entre 2013 e 2015 (TCU, 2017). Logo, podemos inferir que são municípios que possuem uma RAPS estruturada, mas que, mesmo assim, precisam recorrer às internações em hospitais psiquiátricos. Em parte, o aumento das internações no HPM provenientes desses municípios pode ser explicado pela falta de leitos psiquiátricos no estado, a qual promove a ocupação dos leitos existentes sob o sistema “oferta-demanda”. Mas outros fatores devem ser considerados, como, por exemplo, as internações ocorridas por ordem judicial.

Conforme assinalamos na seção anterior, não conseguimos dados das internações compulsórias de crianças e adolescentes no HPM referentes ao período total contemplado nesta pesquisa, mas apenas dos anos de 2016 e 2017. Ainda assim, é necessário pontuar que existem divergências entre os dados obtidos junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HPM, cujos dados gerais encontram-se na tabela do apêndice 4, e os divulgados no Relatório de Inspeção Nacional sobre os hospitais psiquiátricos (CFP, 2019). Os achados revelam que enquanto os dados do SAME indicam que as internações compulsórias de crianças e adolescentes corresponderam a 33,71% em 2017, na Inspeção Nacional referida, realizada em 2018, os administradores do HPM informaram que a proporção de internações compulsórias desse público na instituição é de 90% (CFP, 2019).

Com base nos dados do SAME, apresentamos os resultados referentes aos municípios citados na tabela anterior.

Tabela 12

Número total de internações e número de internações judiciais entre 2016 e 2017, provenientes de Curitiba, Guarapuava, Cascavel, Londrina e de Ponta Grossa

Município	Total de internações entre 2016 e 2017	Internações por ordem judicial entre 2016 e 2017
Curitiba	06	01
Guarapuava	08	02
Cascavel	10	05
Londrina	06	05
Ponta Grossa	09	04

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SAME (2016-2017).

Observamos que, em alguns municípios, como Curitiba e Guarapuava, as internações via ordem judicial não foram expressivas. Vale acrescentar que, no caso de Maringá, também não, visto terem sido registrados 4 casos de um total de 59 internações entre 2016 e 2017. Contudo, em Cascavel, as internações compulsórias representaram metade do total de internações ocorridas no período e, em Londrina, elas representaram 83,33% do total de internações no referido período, justificando o aumento das internações nessas localidades. Em Ponta Grossa, ao verificarmos os registros, constatamos que o endereço de 8 dos 9 adolescentes

era o CENSE desse município, ou seja, entre 2016 e 2017, 88,88% das internações de crianças e adolescentes no HPM provenientes de Ponta Grossa-PR ocorreram via encaminhamento pelo CENSE. Destes, dos 8 casos que já se encontravam internados no CENSE, 4 foram internados no HPM por ordem judicial.

No caso de Cascavel, além das internações demandadas pela justiça, destacamos alguns aspectos relativos à RAPS. Este município possui os seguintes serviços para o atendimento do público infantojuvenil:

- um CAPS ad;
- um CAPSi;
- SIMPR composto por um CAPS ad III (com funcionamento 24h, 5 leitos de reabilitação e 5 leitos noturnos) e uma Unidade de Acolhimento;
- 17 leitos psiquiátricos de curta permanência para o atendimento a crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), sendo 7 vagas para o sexo masculino, 7 vagas para o sexo feminino e 3 para crianças.

Segundo Pagliace (2017), os leitos do HUOP foram inaugurados em 2007 e, até 2015, eram referência apenas para a 10ª Regional de Saúde. Após este período, esses leitos passaram a ser regulados via Central de Leitos do Estado, atendendo a todos os municípios do Paraná. Com a regulação dos leitos, a possibilidade de sua ocupação por crianças e adolescentes residentes em Cascavel e região foi reduzida, produzindo a necessidade de internações em outras localidades. Além disso, em 2015, o Hospital Psiquiátrico Filadélfia, localizado em Marechal Cândido Rondon, na região oeste do Estado, mesma região geográfica de Cascavel, encerrou suas atividades. Assim, uma parcela de crianças e adolescente que era internada neste estabelecimento passou a ter como destino hospitais de outras regiões do estado. Tais circunstâncias ajudam a explicar o aumento do número de internações provenientes de Cascavel ao HPM entre 2016 e 2017.

Sobre Guarapuava, salientamos que, dentre outros dispositivos da RAPS, em 2012, havia 66 leitos psiquiátricos SUS em hospitais gerais destinados ao atendimento do público adulto e infantojuvenil. Em 2013, o número desses leitos subiu para 71, caindo gradativamente nos anos seguintes: 50 em 2014 e 19 em 2015 e 2016²⁷ (DATASUS, n.d). Pode-se inferir que, apesar da inauguração do SIMPR no município em 2014, contendo um CAPS ad III exclusivo para crianças e adolescentes com 10 leitos noturnos, a falta dos leitos no hospital geral pode ter levado a um aumento das internações nos hospitais psiquiátricos, dentre eles, o HPM.

²⁷ Não havia informações disponíveis referentes ao ano de 2017.

5.5 DIAGNÓSTICOS

A classificação diagnóstica utilizada pelo HPM e, portanto, constante nos registros de alta consultados pauta-se na Classificação Internacional das Doenças – Décima revisão (CID-10). Muitos usuários (48,06%) receberam mais de um diagnóstico ou hipótese diagnóstica, indicando a ocorrência de comorbidades. Na tabela a seguir, contabilizamos os diagnósticos separadamente, evidenciando serem mais numerosos que a quantidade de altas registradas.

Tabela 13

Diagnósticos registrados nas altas das internações de crianças e adolescentes no HPM

CID	Significado	Uma Internação	%	Reinternação	%
F 10	Uso de álcool	24	3,96	08	1,51
F 12	Uso de canabíoides	50	8,25	19	3,6
F 14	Uso da cocaína	43	7,1	20	3,79
F 15	Uso de outros estimulantes	00	0,0	02	0,38
F 18	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de solventes voláteis	02	0,33	00	0,0
F 19	Uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	194	32,01	187	35,42
Subtotal F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa	313	51,65	236	44,7
F 20	Esquizofrenia	20	3,3	12	2,27
F 21	Transtornos esquizotípicos	01	0,16	00	0,0
F 22	Transtornos delirantes persistentes	01	0,16	00	0,0
F 23	Transtornos psicóticos agudos transitórios	03	0,49	01	0,19
F 25	Transtornos esquizoafetivos	03	0,49	02	0,38
F 29	Psicose não-orgânica não especificada	23	3,8	15	2,84
Subtotal F20-F29	Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e Trastornos delirantes	51	8,4	30	5,68
F 31	Transtorno afetivo bipolar	12	1,98	15	2,84
F 32	Episódios Depressivos	10	1,65	15	2,84
Subtotal F31-F32	Transtornos de Humor [afetivos]	22	3,63	30	5,68
F 40	Transtornos fóbico-ansiosos	01	0,16	00	0,0
F43	Reação ao "stress" grave e T. de adaptação	05	0,82	03	0,57
Subtotal F40-F 43	Transtornos neuróticos e relacionados ao stress	06	0,98	03	0,57

F 60	Transtornos específicos da personalidade	11	1,81	10	1,89
F 64	Transtornos da identidade sexual	02	0,33	00	0,0
Subtotal F60-F64	Transtornos da personalidade e do comportamento adulto	13	2,14	10	1,89
F 70	Retardo mental leve	23	3,8	30	5,68
F71	Retardo mental moderado	15	2,47	22	4,17
F 72	Retardo mental grave	01	0,16	00	0,0
Subtotal F70-F71	Retardo Mental	39	6,43	52	9,85
F90	Transtornos Hipercinéticos	07	1,15	04	0,76
F91	Distúrbios de Conduta	111	18,32	99	18,75
F 92	Transtornos mistos de conduta e das emoções	01	0,16	01	0,19
F98	Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente na infância ou adolescência	01	0,16	01	0,19
Subtotal F90-F98	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência	120	19,79	105	19,89
F 06	Outros transtornos mentais devido a lesão e disfunção cerebral e doença física	28	4,62	44	8,33
F 84	Transtornos globais do desenvolvimento	02	0,33	01	0,19
Subtotal outros F	Outros dentro do grupo de transtornos mentais (F)	30	4,95	45	8,52
G 40	Epilepsia	07	1,15	04	0,76
Nulo	Sem registro de CID	05	0,82	13	2,46
Subtotal Outros	Outros	12	1,97	17	3,22
TOTAL	Soma dos Subtotais	606	100	528	100

Fonte: elaborado pela autora.

Os dados levantados apontam que os diagnósticos mais prevalentes, considerando a totalidade da população infantojuvenil, internada no HPM, entre 2012 e 2017, concentraram-se no agrupamento F10-F19, referente ao uso de substâncias psicoativas, atingindo 48,41%. Entre os casos de uma internação, este índice foi de 51,65% e, nas reinternações, de 44,7%. A prevalência desse agrupamento diagnóstico nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes também foi identificada por Scisleski, Maraschin e Silva (2008), cujo índice, no ano de 2005, chegou a 50%. Já, nos estudos de Bentes (1999), Santos, Carvalho, Pinho e Nunes (2005), Blikstein (2012), Braga e D'Oliveira (2015), os maiores registros abarcaram os casos de psicose (agrupamento F20-F29). Estatísticas referentes às internações hospitalares de adolescentes nos Estados Unidos, no ano de 2012, apontam que 28,1% dos casos incluíam pelo

menos um diagnóstico de transtorno mental ou de uso de substâncias psicoativas entre todos os diagnósticos listados no prontuário. Destes, o diagnóstico mais recorrente foi o transtorno de humor (43,04%), seguido dos transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (20,76%) (Heslin & Elixhauser, 2016).

Como apontamos na seção três, no século XIX na Europa e no início do século XX no Brasil, os diagnósticos prevalentes entre crianças e adolescentes era a idiotia. Em alguns hospitais psiquiátricos, os quadros de psicose cresceram entre as décadas de 1920 e 1930 e houve uma ampliação na variedade de diagnósticos atribuídos à população infantojuvenil. No Hospício São Pedro, particularmente, Scisleski e Maraschin (2008) destacam que, de 1910 a 1990, a maioria das internações de crianças e adolescentes englobava casos de psicose e, atualmente, passou a incidir sobre usuários de drogas.

Em nosso estudo, dentro do agrupamento F10-F19, constatamos que as internações motivadas pelo uso de drogas ilícitas – canabíoides, cocaína e múltiplas drogas – foram superiores às internações decorrentes do uso de álcool. De qualquer forma, a prevalência de internações de crianças e adolescentes usuários de drogas nos levam a questionar se estas internações teriam, em todos os casos, um determinante clínico e revela, em especial, a falta de serviços comunitários voltados a essa população ou a existência de lacunas na execução desses cuidados. Os resultados obtidos por Scisleski e Maraschin (2008) mostram que 42% dos adolescentes internados por decisões judiciais no Hospital Psiquiátrico São Pedro (RS), entre 2002 e 2006, englobavam diagnósticos relativos a “transtornos mentais e comportamentais devido a uso de substância psicoativa”. De acordo com as autoras, além do uso de drogas ilícitas, muitos desses adolescentes cometeram outros atos infracionais ou perturbavam o convívio social de outras maneiras e viviam em situação de marginalidade social. Portanto, nesses casos, a intervenção judicial teria duas funções diversas, servindo como um meio de acesso aos serviços de saúde e como punição ao adolescente.

No que tange a este assunto, Silveira (2011) explicita que, considerando os padrões de consumo de droga, uma minoria dos usuários se tornam dependentes²⁸ e, apenas neste caso, uma internação poderia ser cogitada. Mesmo para estes casos, o autor destaca inexistir

²⁸ De acordo com o CID-10, a síndrome de dependência se caracteriza pelo:

conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e, por vezes, a um estado de abstinência física (OMS, 1993).

evidências científicas de que o tratamento a essa população deva ser preferencialmente via internação e questiona o uso da internação como recurso àqueles que não são dependentes:

A luta antimanicomial trouxe à luz as condições desumanas aplicadas aos doentes mentais. Em vez da hospitalização em unidades de internação em hospital geral, prevalecia um sistema carcerário em que os maus tratos a pacientes eram a regra. Curiosamente, esse modelo obsoleto tende agora a ser preconizado para dependentes químicos. Não existe respaldo científico sinalizando que o tratamento para dependentes deva ser feito preferencialmente em regime de internação. Paradoxalmente, internações malconduzidas ou erroneamente indicadas tendem a gerar consequências negativas. Quando se trata de internação compulsória, as taxas de recaída chegam a 95%. De um modo geral, os melhores resultados são aqueles obtidos por meio de tratamentos ambulatoriais. Se a internação compulsória não é a melhor maneira de tratar um dependente, o que dizer de sua utilização no caso de usuários, não de dependentes? (Silveira, 2011, para. 6).

A Lei 11.343/2006, conhecida como “Lei de Drogas”, vigente no país, despenaliza a conduta relacionada ao uso de drogas ilícitas. Isso quer dizer que uma pessoa não pode ser presa por ser usuária, no entanto a referida Lei continua considerando crime qualquer conduta relativa a drogas ilícitas. Sendo assim, embora não possa ser preso, o usuário está cometendo um crime e pode sofrer sanções que não restrinjam sua liberdade. Para o adolescente, o uso de drogas é considerado um ato infracional e quem o pratica está sujeito à aplicação de medidas socioeducativas, ainda que não restritivas de liberdade. Logo, ainda há uma associação entre o usuário de drogas e a criminalidade. Conforme discutido nas diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2003), a proibição do uso e, por conseguinte, a necessidade de ocultar tal fato, dificulta o acesso dessa população aos serviços de saúde. Outros fatores apontados na literatura como barreiras no acesso aos serviços de saúde são a vulnerabilidade social que aflige uma parcela significativa dessa população e a falta de serviços extra-hospitalares para o atendimento à crise nos municípios de menor porte (Xavier & Monteiro, 2013; Xavier, Limberger, Monteiro & Andretta, 2018).

O estudo de Manfrê (2015) sobre o atendimento da RAPS a usuários de álcool e drogas em um município do estado de São Paulo identificou que os trabalhadores e gestores da área restringem os cuidados a este público ao CAPS e às internações. Em estudo análogo sobre o

atendimento aos adolescentes usuários de álcool e outras drogas, realizado em um município do Rio Grande do Sul, Paim *et al.* (2017) apontam que o CAPS vem funcionando como um mediador para as internações psiquiátricas, assinalando dificuldades em desenvolver estratégias atrativas para favorecer a adesão do adolescente ao tratamento no CAPS, além da falta de estrutura do serviço e de ações intersetoriais. Tal cenário, segundo as autoras, contribui para intervenções contrárias às propostas da reforma, voltadas, na maioria das vezes, para o tratamento de caráter punitivo.

Ante ao exposto, é possível afirmar o hospital psiquiátrico ainda é pensado como uma alternativa de tratamento a crianças e adolescentes usuários de drogas. Nos casos das internações psiquiátricas decorrentes de ordem judicial, as quais, inclusive, são, com frequência, justificadas com respaldo do ECA, tal medida pode representar a necessidade de mostrar à sociedade que este usuário está sendo responsabilizado pelos seus atos, já que, simbolicamente, a reclusão possui esse caráter punitivo, mas o cuidado em meio aberto não.

Também nos chama a atenção o fato de 19,84% do total de internações corresponderem ao agrupamento F90-F98 – Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência –, os quais abarcam os casos de hiperatividade e distúrbios de conduta, diagnósticos estes questionados por alguns estudos. Os resultados obtidos por Braga (2015) sobre as internações psiquiátricas de crianças e adolescentes revelaram que muitas internações foram determinadas por aspectos comportamentais, como o par agressividade/periculosidade, e não necessariamente pela presença de alguma forma de sofrimento psíquico.

Crianças e adolescentes miseráveis, sem redes sociais, sem redes de serviços, majoritariamente, fora da instituição à qual deveriam estar vinculados – a escola – com passagem por outras instituições, e que rompem com a ordem pública e representam um desvio em relação a uma norma social, é a população que pode ser internada na instituição. Algumas apresentam sofrimento psíquico, outras não (Braga, 2015, p. 190).

Moysés e Collares (2013, p. 19) corroboram este posicionamento, assinalando que, na atualidade, “sonhos, utopias, devaneios, questionamentos, discordâncias” estão sendo transformados em doenças mentais e seus porta-vozes em “portadores de distúrbios de comportamento e de aprendizagem”. Sob este prisma, a medicalização, a internação em hospitais psiquiátricos tornam-se, muitas vezes, uma forma de controle, de manutenção da ordem.

Há que se apontar ainda que a violência contra crianças e adolescentes via patologização e judicialização não ocorre apenas entre os muros das instituições psiquiátricas, fato este demonstrado, por exemplo, pela sanção da Lei 13.438, em abril de 2017. A referida Lei alterou o artigo 14 do ECA, estabelecendo a “aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico”, o que pode se tornar uma brecha para a proliferação de diagnósticos e para tratarmos, como doentes, crianças sem quaisquer problemas.

5.6 ENCAMINHAMENTO PÓS-ALTA E ACOMPANHANTE NO MOMENTO DA ALTA

Nos registros das altas, há um campo para preenchimento denominado “entidade destino”, sugerindo o possível destino da criança ou do adolescente após a alta do HPM. Em nosso levantamento, a maioria dos encaminhamentos após a alta foi destinado aos ambulatórios, 67,75% nos casos referentes a uma internação e 76,09% nas reinternações.

Tabela 14

Encaminhamento registrado nas altas das internações de crianças e adolescentes no HPM

Encaminhamento após a alta	Internações que ocorreram apenas uma vez	%	Reinternações	%
Ambulatório	271	67,75	245	76,09
Ambulatório/CAPS	07	1,75	05	1,55
CAPS	55	13,75	24	7,45
CAPS/Comunidade Terapêutica	01	0,25	02	0,62
CAPS-ad	07	1,75	02	0,62
Comunidade Terapêutica	02	0,5	07	2,18
UBS	09	2,25	00	00
CENSE	01	0,25	00	00
CENSE/ Ambulatório	01	0,25	00	00

Psiquiatria	01	0,25	00	00
Evasão	01	0,25	05	1,55
Transferência	01	0,25	00	00
Não Informado	43	10,75	32	9,94
Total	400	100	322	100

Fonte: elaborado pela autora.

A tabela acima mostra que o encaminhamento, após a alta, mais indicado, nos registros examinados, foi o ambulatório. De acordo com a Portaria SAS/MS nº 224 (1992), “o atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais”. Com o processo de redirecionamento da assistência em saúde mental, alguns parâmetros estabelecidos por esta portaria no que se refere ao atendimento em nível ambulatorial foram modificados. Como exemplo, citamos a Portaria GM nº 336 (2002), que ampliou a abrangência dos CAPS, estabelecendo-os como um serviço ambulatorial cujo funcionamento visasse à integralidade da atenção. Sob esta outra lógica de cuidado, o funcionamento dos ambulatórios especializados passa a ser alvos de questionamentos.

Sobre esta questão, Bezerra Júnior (2001), ao analisar a desigualdade existente na oferta de tratamento em saúde mental nas diferentes camadas sociais, alerta:

Enquanto para a elite existem os divãs, os consultórios, a relação terapeuta-cliente personalizada, as técnicas mais variadas, para a maioria da população nada mais resta que a internação ou as “consultas” de cinco minutos em ambulatórios que mal merecem este nome, onde as filas, o descaso, a falta de condições materiais transforma o que deveria ser um ato terapêutico num mecânico e interminável ritual de prescrição de remédios e cronificação de sofrimento (p. 136-137).

Essas circunstâncias se mantiveram no decorrer dos anos. Dados de 2010 apontavam a baixa resolutividade dos ambulatórios e o funcionamento pouco articulado desse serviço com a rede de atenção em saúde mental (Brasil, 2010). Sobre este dispositivo, Guimarães, Oliveira e Yamamoto (2013) assinalam a coexistência de dois modos de funcionamento. Um deles, pautado na transposição da clínica tradicional, portanto caracterizado por atendimentos

especializados, individualizados e no tratamento baseado na lógica da medicalização, reforçaria o modelo asilar. O outro visa à autonomia do usuário por meio de estratégias de cuidado desenvolvidas por uma rede de serviços de saúde mental integrada e articulada e, sob esta perspectiva, convergente aos princípios da reforma psiquiátrica. Com base em uma experiência do município de Aracaju-SE, os autores identificaram alguns avanços, mas destacaram as inúmeras fragilidades ainda existentes, dentre elas a desarticulação dos ambulatórios com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e demais serviços da rede.

Igualmente, Severo e Dimenstein (2011, p. 644) problematizam a função dos ambulatórios no contexto da reforma psiquiátrica e, ao resgatar a história desses dispositivos, pontuam que:

o processo de ambulatorização da saúde mental ocorrido no País resultou na cronificação da população assistida, atraindo novos pacientes e elevando o consumo de psicotrópicos. Tais consequências são sentidas até hoje, aspecto que consideramos problemático no processo de reforma psiquiátrica, já que esta busca operar a mudança paradigmática do modo asilar hegemônico para o modo psicossocial.

Como as diretrizes da reforma psiquiátrica defendem uma lógica de cuidado no território, com ênfase no acolhimento, vínculo e acompanhamento integral do usuário pelas equipes que compõem a Atenção Básica, articuladas a outros serviços da área de saúde mental, os ambulatórios especializados perdem espaço, tanto que deixam de constar entre os serviços constituintes da RAPS (Portaria 3.088, 2011). Apesar disto, lembramos, conforme demonstrado na Tabela 4, que, entre 2016 e 2017, existiam 52 ambulatórios no Paraná, distribuídos em 38 municípios. Destes, 16 pertenciam a Consórcios Intermunicipais de Saúde, abrangendo um número maior de municípios. Ao verificarmos se os serviços prestados pelos ambulatórios no estado abrangiam todos os municípios de residência dos usuários internados no HPM, constatamos que, de um total de 129 municípios, 44 não dispunham de tal serviço, embora constasse nos registros o encaminhamento pós-alta para “ambulatório”.

Assim, o elevado número de encaminhamentos para ambulatórios identificado nesta pesquisa suscita dúvidas quanto a que está englobado como “ambulatório”, sendo que as Unidades Básicas de Saúde podem estar contempladas dentro desta categoria. A Atenção Básica é reconhecida como um *locus* fundamental para o desenvolvimento de ações em saúde mental na perspectiva do modelo psicossocial (Brasil, 2005; Ribeiro, Ribeiro & Oliveira, 2008; Campos, *et al.*, 2011). Entretanto não é incomum no cotidiano das UBSs que a assistência em

saúde mental se restrinja à prescrição de medicação e ao encaminhamento do usuário para outros serviços sem a devida articulação e corresponsabilização (Lucchese, Oliveira Conciani & Marcon, 2009; Borges, 2012; Frateschi & Cardoso, 2014), intervenções estas que se distanciam dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e dos princípios do SUS, demandando investimento na capacitação de gestores e trabalhadores (Ribeiro, Ribeiro & Oliveira, 2008; Lucchese, Oliveira Conciani & Marcon, 2009).

De qualquer forma, a alta taxa de encaminhamentos para ambulatórios associada ao índice expressivo de reinternações de crianças e adolescentes no HPM sinaliza a possível desarticulação entre o HPM e a entidade destino na ocasião da alta. De acordo com o Conselho Local do Hospital Psiquiátrico de Maringá (2019, p. 5), o referenciamento do HPM a serviços extra-hospitalares após a alta é feito por escrito, sendo que o usuário e/ou seu familiar são orientados a procurar a rede de saúde do município de origem. O contato do HPM com os serviços para os quais o usuário é referenciado após a alta é realizado pela assistente social apenas quando necessário, geralmente nos casos em que o usuário não recebe visitas da família. Ademais, o HPM julga ser “praticamente impossível” conhecer os recursos comunitários disponíveis nos municípios de origem do usuário, uma vez que internam usuários de todos os municípios do Estado e “cada um tem uma realidade diferente”.

Outro fator a ser considerado na discussão sobre a atenção a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico refere-se aos responsáveis presentes no dia a dia destes usuários, sejam eles familiares ou não. É um fato reconhecido que a qualidade da relação entre cuidador e usuário também pode tornar-se uma condição para a internação.

Em nosso estudo, o acompanhante que apareceu em maior número nos registros de alta examinados foi a mãe, com 334 menções (46,26%), seguido pelo pai ou padrasto, com 87 menções (12,05%). Não houve diferença significativa entre os casos de internações que ocorreram uma vez e as reinternações, assim, no gráfico abaixo, ilustramos os dados referentes ao acompanhante de todas as crianças ou adolescentes na ocasião da alta no HPM.

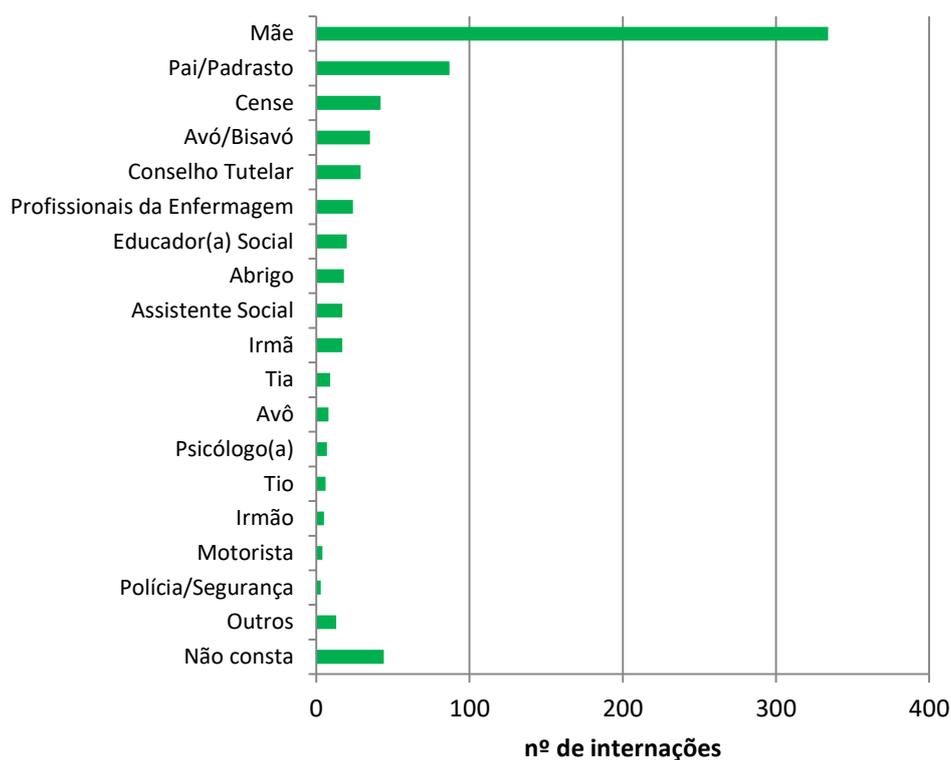


Figura 20. Acompanhante no momento da alta no HPM.

Fonte: elaborado pela autora.

A prevalência da figura feminina, em sua maioria a mãe, como a principal responsável pelos cuidados às pessoas com sofrimento psíquico foi igualmente constatada em outros estudos, tanto no que se refere à população em geral (Brusamarello, Capistrano, Oliveira, Mercês & Maftum, 2013; Rosolem, 2016) como entre crianças e adolescentes (Dombi-Barbosa, Bertolino Neto, Fonseca, Tavares & Reis, 2009; Campelo, Costa & Colvero, 2014; Daltro, 2015). Este dado desvela a desigualdade de gênero ainda presente em nossa sociedade, assim como a necessidade de ações voltadas à família das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Nos estudos citados, é debatida a sobrecarga à mulher, que, na maioria das vezes, é a cuidadora, visto que a dedicação à criança ou ao adolescente que se encontra em sofrimento psíquico envolve, além da assistência à vida cotidiana (alimentação, higiene, educação), a assistência relativa ao tratamento e, com frequência, uma observação atenta com relação a comportamentos e outras reações. Todas estas questões exigem uma disponibilidade de tempo que, não raro, dificultam ou impedem-na de trabalhar, provocando, inclusive, repercussões de ordem financeira. O desgaste físico e mental também é recorrente. Em tais circunstâncias, a

fragilização dos vínculos familiares pode se configurar como uma importante consequência. Embora este cenário evidencie a necessidade de inclusão da família nas intervenções da RAPS, estas ações ainda são muito tímidas (Dombi-Barbosa, Bertolino Neto, Fonseca, Tavares & Reis, 2009; Bessa & Waidman, 2013; Daltro, 2015).

Nas três altas do HPM, João não foi acompanhado por um familiar, e sim por profissionais da equipe do CAPSi de seu município ou por conselheiros tutelares. Assim, além do cuidador da família, destacamos os casos das internações nas quais a criança ou o adolescente está sob a tutela do Estado, em instituições de acolhimento ou internadas no sistema socioeducativo. Nesta pesquisa, conforme observamos na figura 20, a indicação dos Centros de Socioeducação (CENSE) como acompanhante do usuário na ocasião da alta ocupou o terceiro lugar, ficando à frente de familiares como avós, irmãos e tios.

Observamos também que uma porcentagem das crianças e adolescentes tinha como acompanhante pessoas ligadas a abrigos, conselheiros tutelares ou outros profissionais, como assistentes sociais, educadores sociais, psicólogos e enfermeiros, indicando que, além da internação no HPM, muitos experienciaram a institucionalização em outros locais. O caso de João nos fornece um panorama deste processo. Entre 2012 e 2017, ele passou por três internações no HPM, duas na Casa de Saúde Rolândia e uma internação no Hospital Psiquiátrico San Julian em Piraquara-PR; ficou acolhido cinco vezes na Casa Lar de Apucarana-PR e outra no abrigo “Meninos de 4 Pinheiros” localizado em Mandirituba-PR, região metropolitana de Curitiba-PR; foi internado no CENSE em duas oportunidades e passou por cinco internações em comunidades terapêuticas. Em muitas oportunidades, a passagem de João de uma instituição para outra ocorreu de forma direta, ou seja, sem que, antes de uma nova institucionalização, ele voltasse à vida em comunidade.

A preocupação com a atenção em saúde mental aos adolescentes em privação de liberdade consistiu em pauta recorrente nas discussões do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil²⁹. Em 2005, o Fórum recomendou “a realização de um projeto-piloto que possa subsidiar a construção de redes de apoio e atenção em saúde mental para adolescentes e jovens em situação de privação de liberdade” (Brasil, 2014, p. 18). Em 2007, foi apontada a necessidade de realizar “um mapeamento de crianças e adolescentes abrigados e em regime de internação em unidades de medidas socioeducativas e com necessidade de atenção em saúde mental, com vistas à elaboração de estratégias de atenção a esta população” (Brasil, 2014, p.

²⁹ Instituído pela Portaria MS/GM n. 1608, de 3 de agosto de 2004, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil “objetiva debater as diferentes questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, oferecendo subsídios para a construção das políticas públicas voltadas essa população (Brasil, 2014, p. 5).

38) e, em 2009, uma das recomendações foi “a garantia de atendimento do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa (meio fechado e aberto) na rede de saúde mental sempre que for necessário, em especial nos Caps, como usuários legítimos” (Brasil, 2014, p. 50).

Todavia a distância entre essas recomendações e a realidade é notória, como nos mostram os dados do *Levantamento Nacional dos Serviços de Saúde Mental no Atendimento aos adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades Socioeducativas (USEs)*, realizado em 2008. De acordo com este levantamento, a maioria das Unidades Socioeducativas (USEs) ofertam procedimentos em saúde mental como: avaliações, acompanhamento psiquiátrico, psicológico, de enfermagem e de assistência social, atividades ocupacionais, contudo estas práticas são desenvolvidas, sobremaneira, no interior das unidades. Embora os pesquisadores tenham constatado um movimento de transição no sentido inserir os adolescentes nos serviços de saúde mental externos às USEs, tais medidas ainda não estão afinadas à proposta da Reforma Psiquiátrica, já que as opções de tratamento são prioritariamente aquelas embasadas na contenção física e química. Na pesquisa, os dispositivos externos mais utilizados pelas USEs, visando ao cuidado em saúde mental demandado pelos adolescentes, foram, em primeiro lugar, o ambulatório psiquiátrico (42%), seguido pelo hospital psiquiátrico (39%). O CAPS I e o CAPS ad atingiram índices de 33% e 31%, respectivamente e as Comunidades Terapêuticas, 25%. Na avaliação de Machado (2010, p. 17), este cenário indica “um padrão de utilização de instituições de caráter restritivo no sistema socioeducativo” e pondera: “os adolescentes se movimentam entre dispositivos similares: das USEs para hospitais psiquiátricos, clínicas e comunidades terapêuticas, retornando para as unidades”.

Os dados obtidos em nosso estudo indicam que este circuito ainda acontece com frequência a despeito das legislações vigentes. Vale ressaltar que a Lei nº 12.594 (2012), que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), estabelece, em seu Artigo 64, que “o tratamento a que se submeterá o adolescente deverá observar o previsto na Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Em consonância a esta diretriz, a Portaria n. 1.082 (2014), que redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), explicita, em seu Artigo 4º, a garantia de atenção à saúde no SUS e, no Artigo 10, inciso I, o atendimento na Atenção Básica, garantindo-se a articulação com a RAPS, por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).



Figura 21 – Adolescente amarrado no beiral da cama. Hospital de Saúde Mental do Acre, Rio Branco-AC, 2018.
Fonte: CFP (2019)

Liberdade

Deve existir nos homens um sentimento profundo que corresponde a essa palavra LIBERDADE, pois sobre ela se têm escrito poemas e hinos, a ela se têm levantado estátuas e monumentos, por ela se tem até morrido com alegria e felicidade. [...]

Somos, pois, criaturas nutridas de liberdade há muito tempo, com disposições de cantá-la, amá-la, combater e certamente morrer por ela. Ser livre como diria o famoso conselheiro... é não ser escravo; é agir segundo a nossa cabeça e o nosso coração, mesmo tendo de partir esse coração e essa cabeça para encontrar um caminho...

Enfim, ser livre é ser responsável, é repudiar a condição de autômato e de teleguiado é proclamar o triunfo luminoso do espírito. (Suponho que seja isso.)

Ser livre é ir mais além: é buscar outro espaço, outras dimensões, é ampliar a órbita da vida. É não estar acorrentado. É não viver obrigatoriamente entre quatro paredes. (Cecília Meireles, 2013).

6 HISTÓRIAS QUE CONTINUAM ENTRE MUROS

Conforme anunciado ao longo deste trabalho, o propósito, em nosso percurso, consistiu em discutir a assistência em saúde mental direcionada a crianças e adolescentes, em particular a internação em hospital psiquiátrico. Discorrer sobre esta temática nos levou a refletir, inclusive, a respeito das variadas formas de vivenciar a infância e a adolescência e, por conseguinte, mostrar, ao menos em parte, diferentes histórias existentes sobre elas. Foi um percurso marcado por dificuldades na obtenção e no exame dos dados, devido aos registros referentes às altas de crianças e adolescentes internados no HPM, além de conterem erros, não incluíam informações relativas à etnia, condição socioeconômica, escolaridade, se eram ou não encaminhamentos outorgados pela justiça, entre outras omissões. Tal fato revela a pouca importância dada aos registros em saúde, comprometendo a qualidade de pesquisas científicas e os processos de avaliação e planejamento de ações na área.

Para além das dificuldades, a construção desta tese nos presenteou com a aprendizagem, sob uma outra forma, de ler as obras literárias: uma leitura que contempla a relação existente entre ficção e realidade. Assim, nossa imersão em obras da literatura infantojuvenil possibilitou não só distração como inspiração. Por meio delas, realizamos um exercício, ainda que incipiente, de compreender o mundo real. Sob esta perspectiva, se a ficção nos apresenta uma infância e adolescência marcadas por nuances, a realidade, igualmente, revela ao longo da história, a existência de diferentes e contraditórias infâncias e adolescências, as quais resultam, em grande medida, de uma sociedade desigual.

No Brasil colonial, essas diferenças se apresentavam, por exemplo, entre a criança branca, filha dos senhores de engenho, e a criança negra, filha dos escravos. As primeiras, viviam os anos iniciais da vida sob os cuidados das mães e amas e, depois, eram educadas para se tornarem doutores, no caso dos meninos, ou para tornarem-se “boas” mães e donas de casa, no caso das meninas. A criança escrava, por sua vez, quando conseguia sobreviver, começava a trabalhar muito cedo, entre 7 e 14 anos, sujeita ao mesmo tratamento cruel direcionado aos escravos adultos (Goés & Florentino, 2013). Como descreve Gilberto Freyre (1969) em *Casa Grande & Senzala*, também era comum a criança negra servir como brinquedo ou qualquer outro objeto aos filhos dos senhores de engenho, sendo que, nessa “brincadeira”, as crianças reproduziam com naturalidade a relação estabelecida entre senhor e escravo

Com a abolição da escravatura e o advento da República, crianças e adolescentes que viviam nas senzalas ocuparam as ruas dos grandes centros urbanos entre o final do século XIX

e início do século XX, vivendo, conforme a descrição do senador Lopes Trovão, “às soltas, em liberdade incondicional, ao abandono, imbuindo-se de todos os desrespeitos, saturando-se de todos os vícios, aparelhando-se para todos os crimes” (Moncorvo Filho, 1927, p. 130). Foi nesse período que, preocupados com o futuro do país, filantropos e membros do movimento higienista, compostos sobretudo por médicos e juristas, acreditaram que poderiam transformar essa infância/adolescência, sinônimo de atraso e desordem, em uma infância/adolescência sadia e ordeira. Em nome do cuidado e da proteção, buscaram na institucionalização a redenção para os problemas da população infantojuvenil. Não à toa, datam do século XX, algumas leis e políticas públicas visando assistir essa população, tais como a inauguração, em 1903, da Escola Correccional Quinze de Novembro, no Rio de Janeiro, e do Instituto Disciplinar, em São Paulo, o Código de Menores, 1927; a criação de escolas de ensino profissionalizante, o Serviço Social de Menores Abandonados e Delinquentes em 1938; o Serviço de Assistência a Menores, 1941; a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor e a Política Nacional de Bem-Estar do Menor, em 1964; e, o Código de Menores de 1979. No entanto, Del Priore (2012, p. 250) destaca que “ao invés de encontrar mecanismos de integração, a criança ‘não ideal’, achou os estigmas definitivos de sua exclusão”. Conclui que

No Brasil, foi entre pais, mestres, senhores e patrões, que pequenos corpos se dobraram à violência, às humilhações, à força quanto foram amparados pela ternura os sentimentos familiares os mais afetuosos. Instituições como as escolas, a Igreja, os asilos e posteriores FEBENS e FUNABENS, a legislação ou o próprio sistema econômico fez com que milhares de crianças se transformassem, precocemente, em gente grande (p. 248).

A transformação precoce de crianças e adolescentes em “gente grande”, tão bem retratada em *Capitães da Areia* e *O Meu Pé de Laranja Lima*, marcou também a história de João, que, entre a permanência em uma instituição e outra, sempre manifestava o desejo de voltar à casa da avó, de onde ainda guardava reminiscências de sua curta infância. Em alguns aspectos, a história de João, adolescente cujo prontuário utilizamos como fonte de dados (p. 116), é semelhante à de muitos outros meninos internados no HPM, caracterizada pelo uso de drogas, internação, reinternação e o intercâmbio entre diversas instituições, como abrigos, comunidades terapêuticas e centros de socioeducação.

Hoje, o ECA confere inúmeros direitos a crianças e adolescentes, dentre eles, o direito à liberdade, ao respeito à dignidade, à educação, à saúde, ao lazer, à cultura e à convivência

familiar e comunitária. É comum as internações em hospitais psiquiátricos serem defendidas sob o argumento de que a criança e o adolescente têm direito à saúde³⁰; e, a esta forma de internação, é atribuído o status de tratamento, o que, em tese, visaria a proteção, o cuidado e a garantia de condições para um desenvolvimento adequado. Será mesmo que estamos tratando, cuidando e protegendo crianças e adolescentes quando as encarceramos em hospitais psiquiátricos, onde passam dias sob efeito de medicações, muitas vezes a quilômetros de distância do município onde residem, portanto isolados de sua família e comunidade, impossibilitados, ainda que temporariamente, de desenvolver relações afetivas, de frequentar a escola, de brincar e de interagir com o mundo? Alçada à condição de tratamento, a internação nesses estabelecimentos obnubila o caráter excludente e, com frequência, punitivo desta intervenção, além de mascarar as violações de direitos que ali são produzidas. Em nosso estudo, o tempo médio de permanência foi 33,33 dias. No entanto, 14,68% das internações ultrapassaram 45 dias e, em alguns casos, foi superior a 100 dias, o que, a nosso ver é um indicativo de que as internações e/ou a permanência no HPM nem sempre ocorrem em razão de uma crise. Ademais, o índice expressivo de diagnósticos relacionados a transtornos de comportamento e a constatação de que muitas crianças e adolescentes transitam de uma instituição para outra reforçam que a cultura da institucionalização ainda vigora para uma parcela da população infantojuvenil.

Desta forma, a despeito da vigência do ECA, continuamos produzindo mecanismos para controlar a infância/adolescência “não ideal”, uma infância/adolescência que escancara as contradições existentes em nossa sociedade. Neste estudo, constatamos que entre as crianças e adolescentes que compõem infância/adolescência não ideal estão os usuários de drogas e/ou aqueles cujas questões de ordem comportamental têm justificado as internações. Guardadas as devidas diferenças entre um período histórico e outro, no início do século XX, esta concepção embasou as propostas e intervenções dos higienistas adeptos do ideário da higiene mental. Naquela época, o fortalecimento da nação era a meta a ser atingida. Para tanto, priorizava-se a formação de um novo homem e, nesse contexto, as atenções voltaram-se para a infância. Entre aqueles que defendiam os preceitos eugênicos, tal objetivo poderia ser alcançado evitando-se o nascimento de seres disgênicos, resultante da procriação entre raças consideradas inferiores. Já os defensores dos princípios da higiene mental, sustentavam a necessidade de construir uma “infância higienizada”, ou seja, uma infância sadia física, psíquica e moralmente, o que poderia

³⁰ Conforme disposto no inciso V do artigo 101 do ECA, uma das medidas protetivas aplicáveis a crianças e adolescentes é a “requisição de tratamento médico, psicoterápico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial” (Lei 8.069, 1990).

ser obtido por meio de uma educação que privilegiasse a aquisição de bons hábitos físicos e mentais. Contudo, conforme destaca Boarini (2012, p. 45), esta é uma concepção idealizada de infância que não leva em conta a situação real vivenciada pelas crianças de diferentes classes sociais:

Enquanto construção histórica, a infância não é algo homogêneo que escape às contradições sociais peculiares a uma sociedade de classes. Desta forma, abandonando a concepção linear da história e naturalista da essência humana, podemos afirmar que não há termo de comparação entre a condição social da classe popular e a criança idealizada cientificamente pelos médicos higienistas. Enfim, a infância higienizada não era uma possibilidade para todas as crianças.

Quando oferecemos a internação como resposta às mazelas ligadas à infância/adolescência, dentre elas, o uso de drogas, atribuímos apenas ao indivíduo as causas de um problema complexo, que também possui determinações de ordem social. Nossa pesquisa aponta que as intervenções do Estado para lidar com esta problemática têm se pautado na patologização e judicialização, desvelando que, tal como os higienistas de outrora, continuamos nos valendo da ciência, dentre elas a medicina, a psicologia e o direito, para lidar com a infância/adolescência “não higienizada”, ou seja, com aqueles considerados “indesejáveis” e perigosos, justificando a partir do biológico e de outros aspectos individuais, a condição marginal dessa população.

O paradigma proibicionista que tem embasado as políticas de drogas no Brasil nos ajuda a compreender esta questão. Entre 2012 e 2017, período referente a nossa coleta de dados, vigorava a Lei 11.343/06. De acordo com Brito Neto, Lemos, Galindo, Ferla e Côrrea (2016) e Rodrigues e Labate (2018), apesar desta lei contemplar medidas preventivas e a redução de danos, ela manteve a lógica punitiva das leis que a precederam. Por um lado, a referida lei despenalizou o usuário de drogas, por outro, aumentou a pena para os traficantes, todavia deixou a cargo de policiais e autoridades jurídicas a atribuição de enquadrar uma pessoa como um ou outro. “Assim, inaugurou-se aí uma espécie de ‘estatutos normativos’ distintos, de um lado, ao traficante são aplicadas penas severas e, de outro, ao usuário é prescrita a patologização de suas condutas, forjando também a figura do dependente químico” (Brito, Lemos, Galindo, Ferla & Côrrea, 2016, p. 69). Um dos efeitos da sua aplicação foi o encarceramento em massa de uma parcela da população, em geral jovens, negros e pobres. Ao traficante, a cadeia e, ao usuário de drogas, a internação psiquiátrica.

Na atualidade, a recente promulgação da Lei 13.840 (2019), que altera a política nacional de drogas, indica que este cenário pode se tornar ainda mais alarmante, visto que adota a abstinência como modelo prioritário de tratamento, possibilita a internação contra a vontade do usuário e integra as comunidades terapêuticas, alvo de inúmeras denúncias por violação aos direitos humanos, à política pública dessa área. Para Carneiro e Tajra (2019, para. 8), as medidas contidas nessa lei favorecem a criação de uma indústria da internação:

Ela representa um interesse que não é o da saúde pública, nem o da democracia. A nova política de drogas tem, acima de tudo, um interesse de rentabilizar um setor privado que não é ligado ao aspecto científico do atendimento médico e social. Esse setor vai passar a receber um montante de verbas enorme, e é um dinheiro que não é destinado aos Caps [Centros de Atenção Psicossocial, órgão do SUS utilizado também para tratamentos relacionados a substâncias psicoativas]. Isso pode criar uma indústria da internação, já que quanto mais gente internada por mais tempo, mais renda eles podem ter.

Se a história nos mostra que o hospital psiquiátrico fracassou nos seus objetivos manifestos, ou seja, no propósito de tratar a loucura, sua persistência, hoje, pode ser explicada pela confluência de inúmeros fatores, tais como a forma como são investidos os recursos da saúde mental; as limitações da RAPS, dentre elas a falta de dispositivos que funcionem 24h para o atendimento às situações de crise; os interesses da indústria da loucura e/ou indústria do tratamento de drogas e, sobretudo, porque, em uma sociedade desigual, o hospital psiquiátrico continuará sendo uma estratégia necessária para justificar as diferenças. E, enquanto persistir, continuará como destino para crianças e adolescentes que vivem como “gente grande”. No início da década de 1990, ao discutir a possibilidade ou não da extinção dos manicômios, Rotelli e Zolla (1991, p. 4) avaliam que esse processo sempre será “meio traumático” e que nunca ocorrerá “de uma forma linear e progressiva”. Eles argumentam que, em nossa sociedade, esta questão sempre envolverá contradições:

Onde se tentou construir os serviços primeiro, antes de fechar o manicômio, os manicômios estão ainda totalmente em pé. Onde se tentou fechar o manicômio primeiro, para depois construir os serviços, existem situações de muita crise, de muita dificuldade e desencontros. Isto porque nós não estamos vivendo situações revolucionárias. Essa contradição é insolúvel no interior de um processo de reforma psiquiátrica. Talvez ela

pudesse ser solúvel num momento de revolução, de transformação, quando tudo na sociedade está mudando ao mesmo tempo.

No Brasil, o caminho tomado não foi o de extinguir o hospital psiquiátrico e, hoje, em muitos lugares, ele não só continua em pé, mas se mantém como o modelo hegemônico de assistência, conforme constatamos em nosso estudo. Sua permanência é um entrave à desinstitucionalização, princípio defendido pela Reforma Psiquiátrica. Como explicam Rotelli e Zolla (1991, pp. 4-5): “o manicômio é um enorme obstáculo à transformação cultural. Até o momento que existir o manicômio, a população vai imaginar que os loucos devem estar presos nele”.

Observamos, com base nos dados desta pesquisa, que a presença do hospital psiquiátrico no território, assim como de outras instituições que funcionam sob a mesma lógica vêm favorecendo a transinstitucionalização de parte da população infantojuvenil, a qual, entre uma instituição e outra, tem a vida impactada pelos efeitos do isolamento. Medicalizar, silenciar, controlar, punir, excluir caracterizam a forma como ainda nos relacionamos com crianças e adolescentes que representam um problema, indicando quão longe estamos de construir uma nova forma de conceber e lidar com o louco, com o usuário de drogas, enfim, com aqueles considerados diferentes e/ou indesejáveis. Aliás, a trajetória de Paul Taesch, citada na seção três (pp. 78-115), mostra que as reinternações e a transinstitucionalização são práticas que atravessaram os séculos, sinalizando que o isolamento, há muito tempo, não cumpre a função que lhe é atribuída: proteger, tratar, enfim, minimizar os problemas que levam crianças e adolescentes a serem internados, sejam estes em razão de uma crise, do uso de drogas e/ou da condição social na qual se encontram. Nesta perspectiva, as limitações relativas à assistência da população infantojuvenil no campo da saúde mental não serão superadas com a criação de leitos em hospitais psiquiátricos.

Mostramos que, na literatura, a despeito da vivência de situações adversas, alguns meninos, como Oliver Twist e Huckleberry Finn, podem ter um “final feliz”, mas outros, a exemplo do desfecho que tiveram alguns integrantes dos Capitães da Areia, não. Na ficção, o destino de uma criança ou adolescente pode ser traçado de variadas formas, de acordo com a vontade e/ou o objetivo do autor. Na ficção, portanto, podemos dizer que as palavras transformam vidas. A realidade, porém, mostra-nos que as palavras, em particular aquelas materializadas em forma de leis, possuem limitações, porque, como vimos, leis não bastam para assegurar que crianças e adolescentes desfrutem a infância/adolescência por elas apregoadas.

Sobretudo a partir do século XX, a criação de políticas públicas tem sido nossa resposta aos infortúnios vivenciados por uma parcela das crianças e adolescentes. No que tange à saúde mental, devemos considerar a complexidade que envolve este campo e a pluralidade de fatores envolvidos na produção do sofrimento psíquico. A OPAS e a OMS (2001, p. XX) assinalam que o desenvolvimento de transtornos mentais está relacionado a condições biológicas, psicológicas e sociais, destacando que “os pobres e os carentes apresentam uma maior prevalência de perturbações, inclusive o abuso de substâncias”. Conforme já pontuamos, os dados desta pesquisa indicam que a internação em hospitais psiquiátricos ainda se constitui um encaminhamento usual à população infantojuvenil não apenas em razão do sofrimento ou transtorno psíquico, como também por questões de ordem social. Destarte, a Política de Saúde Mental deve estar coordenada com políticas de outras áreas, tais como habitação, segurança, educação, esporte e cultura.

Reconhecemos que as políticas públicas e, por conseguinte, o acesso à educação, cultura, lazer, esporte, trabalho pode assegurar direitos, promover saúde e minimizar alguns condicionantes de ordem social. Na obra *O Menino Maluquinho*, observamos este posicionamento, já que o protagonista vivenciou uma infância marcada pela convivência familiar e comunitária e uma rotina que incluía o acesso à escola e ao lazer com os amigos, sendo tais fatores determinantes para que ele se tornasse um “cara legal”. Em nossa pesquisa, não foi possível um aprofundamento a respeito do território no qual viviam as crianças e adolescentes internados no HPM, mas, no que tange ao município de Maringá-PR, verificamos que, suficientes ou não, existem equipamentos na área da educação, saúde, esporte/lazer e assistência social. A existência deles, porém, não tem evitado o alto índice de criminalidade, uso drogas e violações dos direitos de crianças e adolescentes em alguns bairros, e nem a internação em hospitais psiquiátricos.

Para além desta questão, devemos lembrar que as políticas públicas são criadas pelo Estado em razão das tensões produzidas pela estrutura social, ou seja, pelos conflitos de classes, logo, são contraditórias, servindo aos interesses da classe hegemônica e funcionando para manter as coisas como estão. Sobre esta questão, salientamos o posicionamento de Lessa (2013, pp. 87-88) que, ao analisar, nos anos de auge do Estado de Bem-Estar, as políticas públicas voltadas à saúde, educação, igualdade racial e direitos civis aos imigrantes, crianças e adolescentes, conclui:

A história tem lá suas ironias. A cidadania estendida aos negros estadunidenses reafirma sua subalternidade de classe. As doenças e seus tratamentos, a educação e sua qualidade,

as moradias, os direitos civis, o destino dos jovens... em cada um desses setores o que determina o que o indivíduo vai receber da sociedade não é sua cidadania, mas a classe a que pertence. Há, portanto, que analisar com realismo as políticas públicas, suas finalidades e suas consequências. [...] Todos os dados encontrados indicam que as políticas públicas do Estado de Bem-Estar voltadas ao desemprego, aos idosos, ao racismo e à xenofobia, à saúde, à educação, à moradia, às crianças e adolescentes afirmam o predomínio da lucratividade e da estabilidade do sistema do capital sobre toda e qualquer outra consideração. Tal como antes dos “30 anos dourados” e tal como depois, nos anos de neoliberalismo.

Se não podemos, mediante ações pontuais, transformar as estruturas sociais, resta-nos oferecer resistência ao estabelecido, apontar os desafios não superados no âmbito da assistência à infância e à adolescência e no que tange à saúde mental, sustentar a consolidação de uma forma de atenção que torne real a possibilidade de crianças e adolescentes serem cuidados em liberdade. Podemos também nos valer do recurso da imaginação e fazer como João que, durante uma oficina no CAPSi, imaginou o planeta das “capas voadoras”, no qual as crianças e adolescentes, diante de uma situação de violência e/ou sofrimento, poderiam se dirigir à montanha das capas coloridas, tomar posse de uma delas e voar em busca de um planeta melhor. Assim, nos arriscamos a imaginar: Em um “planeta” no qual todas as crianças e adolescentes tivessem infância/adolescência, que histórias reais e ficcionais existiriam sobre elas?

Ao iniciarmos a construção desta tese, um dos motivos que nos instigou a estudar as internações de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos foi a ausência de uma história sobre elas entre tantas já narradas pela literatura infantojuvenil, o que, a nosso ver, indicava a invisibilidade social dessa população. Discutir as internações de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos seria, portanto, uma forma de dar visibilidade a estas crianças e adolescentes. Contraditoriamente, as reflexões geradas ao longo deste percurso nos levam a pensar que, de fato, seria melhor que essa história não existisse. Afinal, se vivêssemos em uma sociedade na qual, ao invés de hospitais psiquiátricos, tivéssemos mais praças, áreas de lazer, escolas, serviços de saúde comunitários, espaços culturais e lugares de convivência acessíveis a todos, não precisaríamos contar esta outra história.

REFERÊNCIAS

- Adorno, T. W. (1970). *Teoria estética*. Lisboa: Edições 70.
- Affonso, J. (2019, fevereiro 12). Traficantes via whats app presos pela PF são jovens de classe média e alta. *O Estado de S. Paulo*. Recuperado em 29 de setembro, 2019, de <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/traficantes-via-whatsapp-presos-pela-pf-sao-jovens-de-classe-media-alta/>
- Aguilar Filho, S. (2011). *Educação, autoritarismo e eugenia: exploração do trabalho e violência à infância desamparada no Brasil (1930-1945)*. Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Almeida, J. L. de (1914). *Livro das noivas*. (3a ed.). Rio de Janeiro: Francisco Alves & Cia.
- Almeida, J. L. de (1929). *O livro das noivas: de receitas e conselhos domésticos*. São Paulo: Castorino Mendes Editor.
- Alverga, A. R., & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface: Comunic, Saúde, Educ*, 10(20), 299-316.
- Amado, J. (2009). *Capitães da areia*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. (2a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- American Psychiatric Association (2016). *ISP Conference on Mental Health Services features findings of a study suggesting the risk of shortening the length of stay for children and adolescents admitted to psychiatric hospitals*. Recuperado em 12 de agosto, 2017, de <http://childadvocate.net/news-release-children-and-adolescents-admitted-to-psychiatric-hospitals/>
- Amstalden, A. L. F., Hoffmann, M. C. C. L., & Monteiro, T. P. M. (2016). A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. Em E. Lauridsen-Ribeiro & O. Y. Tanaka (Orgs.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp. 33-45). São Paulo: Hucitec.
- “A Noite” emprega-se no hospício para assistir uma série de monstruosidades! (1912, março 18). *A Noite*. p. 1. Recuperado em 29 de agosto, 2018, de: <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar (2015). *Fichas técnicas e nota técnica n. 34/DIDES. Indicadores do fator de qualidade*. Rio de Janeiro. Recuperado em 16 de outubro, 2018, de http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_prestador/contrato_entre_operadoras_e_prestadores/indicadores-e-nota.pdf
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial.
- Ariès, P. (1981). *História social da infância e da família*. (2a ed. Tradução de Dora Flaskman). Rio de Janeiro: LTC.

- Assis, M. *O alienista*. (1994). São Paulo: FTD.
- Assumpção Jr., F. B. (1994). Pequena história da psiquiatria infantil: aspectos críticos. Em F. B. Assumpção, Jr. (Org.). *Psiquiatria da infância e da adolescência*. São Paulo: Santos.
- Baptista, V. (1930). O problema da assistência e proteção à infância. *Pediatria Prática. Revista Mensal de Clínica Infantil e Puericultura*, 3, 147-153.
- Baptista, V. (1938, 1º e 2º trim.) Seção de menores anormais do Hospital Central de Juqueri. *Arquivos do Serviço de Assistência a Psicopatas de São Paulo*. Ano 3, 251-258.
- Bardach, N. S, Coker, T. R., Zima, B. T., Murphy, J. M., Knapp, P., Richardson, L. P., Edwall, G., & Mangione-Smith, R. (2014). Common and costly hospitalizations for pediatric mental health disorders. *Pediatrics*. 133(4), 602-609. Recuperado em 25 de outubro, 2016, de <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2014/03/11/peds.2013-3165>
- Barker, D., Jairam, R., Rocca, A., Goddard, L., & Matthey, S. (2016). Why do adolescents return to an acute psychiatric unit? *Australasian Psychiatry*. 18(6), 551-555. doi: 10.3109/10398562.2010.501380
- Barreto, A. H. L. (1993). *Diário do hospício; O cemitério dos vivos*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura. Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural. Divisão de Editoração.
- Barreto, A. H. L. (2001). *O triste fim de Policarpo Quaresma*. São Paulo: Ateliê.
- Barrie, J. M. (1999). *Peter Pan e Wendy*. Tradução de Hildegard Feist. São Paulo: Companhia das Letrinhas.
- Barros, F. P. & Rodrigues, A. L. (2011). Análise da fragmentação social do espaço urbano de Maringá (PR) em relação à oferta de equipamentos urbanos e sociais. *Geoingá: Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia*. 3(1), 3-27.
- Basaglia, F. (2010). A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização. In: P. D. C. Amarante (Org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (pp. 23-34). Rio de Janeiro: Garamond.
- Bentes, A. L. S. (1999). *Tudo como dantes no quartel D'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial*. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Bessa, J. B., Waidman, M. A. P. (2013). Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. *Texto Contexto Enferm*. 22(1), 61-70.
- Bezerra Jr., B. (2001). Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In N. R. Costa & S. A. Tundis (Orgs.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (7a, ed., pp.134-169). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Bilac, O. (2006). Infância Macambúzia. In A. Dimas (Org.). *Bilac, o jornalista: Crônicas* (vol. 1, pp. 895-896). São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, Editora da Unicamp.

- Blader, J. C. (2004). Symptom, family, and service predictors of children's psychiatric rehospitalization within one year of discharge. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.43, 440-451. doi: 10.1097/00004583-200404000-00010
- Blader, J. C. (2011). Acute inpatient care for psychiatric disorders in the United States, 1996 through 2007. *Archives of general psychiatry*. 68(12), 1276-1283. Recuperado em 31 de outubro, 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21810629>
- Blikstein, F. (2012). *Destinos de crianças. Estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em hospital público psiquiátrico*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Boarini, M. L. (2009). A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. *Psicologia em Revista*, 15(1), 28-50. Recuperado em 12 de agosto, 2018, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v15n1/v15n1a03.pdf>
- Boarini, M. L. (2011). Atenção à saúde mental: um outro olhar. Em M. L. Boarini (Org.). *Desafios na atenção à saúde mental*. (2ª ed., pp. 127-143). Maringá, PR: Eduem.
- Boarini, M. L. (2012). A infância higienizada. Em M. L. Boarini (Org.). *Higiene Mental. Ideias que atravessaram o século XX*. (pp. 25-48). Maringá, PR: Eduem.
- Borges, M. F., & Turrini, R. N. T. (2011). Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. *Rev. Rene*. 12(3), 453-461.
- Borges, R. F. (2012). *Reforma psiquiátrica brasileira e atenção básica à saúde: desafios e possibilidades*. Tese de doutorado. Universidade Estadual Paulista, Assis, SP.
- Bourneville, D. M. (1895). *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés: rapport fait au congrès national d'assistance publique* (session de Lyon, 1894). Paris: Félix Alcan. Recuperado em 26 de novembro, 2018, de <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k57811684.r=enfants%20idiots%20et%20d%C3%A9g%C3%A9n%C3%A9s?rk=42918;4>
- Braga, C. P. (2015). *A permanência da prática de internação de crianças e adolescentes em instituição psiquiátrica em um cenário de avanços da reforma psiquiátrica: o circuito do controle*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Braga, C. P., & D'Oliveira, A. F. P. L. (2015). A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*. 19(52), 33-44.
- Brasil (2000). Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos. *I Caravana nacional de direitos humanos: uma amostra da realidade manicomial brasileira. (Relatório)*. Brasília, DF: Centro de Documentação e Informação. Coordenação de Publicações.
- Brasil (2003). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo*

necessários. In *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Brasília, DF: DAPE.

Brasil (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília-DF: OPAS.

Brasil (2007). Ministério da Saúde. *Manual Técnico do Sistema de Informação Hospitalar*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle.

Brasil (2010). Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 7. Ano V (7)*. Brasília, DF. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Brasil (2011). Ministério da Saúde. *Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Secretaria de Gestão Estratégica e participativa – SGE. Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS.

Brasil (2014). Ministério da Saúde. *Fórum nacional de saúde mental infantojuvenil. Recomendações de 2005 a 2012*. Brasília, DF. Ministério da Saúde.

Brasil (2015). Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 12. Ano 10 (n. 12)*. Brasília, DF. Recuperado em 05 de junho, 2016, de <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Preven---o-em-Dados--2013-2015-.pdf>

Brito Neto, J. de. A.; Lemos, F. C. S.; Galindo, D. C. G; Ferla, A. A.; & Côrrea, M. R. (2016). Figuras e facetas da lógica pibicionista-medicalizante nas políticas sobre drogas no Brasil. *Rev. Polis e Psique*, 6(3), 59-76.

Bruegel, P. (1568). *Os mendigos*. (Óleo sobre painel, 18 x 21cm). Museu do Louvre (Paris). Recuperado em 20 de setembro, 2018, de <https://www.louvre.fr/en/mediainages/beggars>

Brusamarello, T., Capistrano, F. C., Oliveira, V. C., Mercês, N. N. A., & Maftum, M. A. (2013). Cuidado as pessoas com transtorno mental e familiares: diagnósticos e intervenções a partir da consulta de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 18(2), 245-252. doi: 10.5380/ce.v18i2.32574.

Burke, P. (2004). *Testemunha ocular: história e imagem*. Bauru, SP: Edusc.

Caldas, M. (1932). A clinica de euphrenia. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. Rio de Janeiro, 5(2), 65-80. Recuperado em 10 de maio, 2016, de <http://old.ppi.uem.br/gephe/ABHM/ABHMAno5N1JanSet1932.pdf>

Campelo, L. L. C. R., Costa, S. M. E., & Colvero, L. A. (2014). Dificuldades relacionadas ao cuidado ou ao convívio com crianças ou adolescentes com transtorno mental. *Rev Esc Enferm USP*. 48 (Esp), 197-204. doi: 10.1590/S0080-623420140000600027

Campos, R.O. *et al.* (2011). Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16(2), 4.643- 4.652.

- Canadian Institute for Health Information (2011). *Health Indicators*. Ottawa, Ont: CIHI. Recuperado em 01 de novembro, 2016, de https://secure.cihi.ca/free_products/health_indicators_2011_en.pdf
- Canadian Institute for Health Information (2015). *Care for children and youth with mental disorders*. Ottawa, Ont: CIHI.
- Canadian Institute for Health Information (2016). *Child and youth mental health in Canada*. Recuperado em 22 de outubro, 2016, de <https://www.cihi.ca/en/types-of-care/specialized-services/mental-health-and-addictions/infographic-many-more-young>
- Cancian, N. (2018). Governo eleva pagamento por longa internação em hospital psiquiátrico. *Folha de S. Paulo*. Recuperado em 29 de novembro, 2018, de <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/governo-eleva-pagamento-por-longa-internacao-em-hospital-psiquiatrico.shtml>
- Cândido, A. (2006). *Literatura e sociedade* (9a ed.). Rio de Janeiro: Ouro Sobre Azul.
- Caravaggio, M. M. da (1602). *A incredulidade de São Tomé*. (Óleo sobre tela, 107 x 146,1 cm). Palais von Sans-Souci, Postdam, Alemanha. Recuperado em 18 de setembro, 2018, de <http://warburg.chaa-unicamp.com.br/obras/view/15792>
- Cardoso, V. (2011, agosto 23). Pesquisa levanta características de Maringá. *Jornal do Povo* [on-line]. Recuperado em 05 de junho, 2019, de www.maringamais.com.br/?pag=noticias_maislidas&id=8604
- Carlisle, C., Mamdani, M., & Schachar, R. (2012). Aftercare, emergency department visits and readmission in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(3), 283–293.
- Carneiro, H. (Entrevistado) & Tajra, A. (Entrevistador) (2019). Nova lei de drogas pode criar “indústria” da internação, diz pesquisador. *UOL*. Recuperado em 03 de agosto, 2019, de <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2019/05/20/nova-lei-de-drogas-pode-criar-industria-da-internacao-diz-pesquisador.htm>
- Carrilho, H. (1925). Considerações sobre a prophylaxia mental e delinquencia. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, anno I, n. 1. Recuperado de <http://old.ppi.uem.br/gephe/ABHM/ABHMAno1N11925.pdf>
- Carrilho, H. (1930). A delinquencia e a hygiene mental do preso. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 3(3). Recuperado de <http://old.ppi.uem.br/gephe/ABHM/ABHMAno3N3Mar1930.pdf>
- Carvalho, J. A. (2010) Equívocos da reforma psiquiátrica: opinião de João Alberto Carvalho – presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria. *Jornal da Tarde*, São Paulo, 15 jul. 2010. Recuperado de <http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=12086>.
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Casteletto, H. S. (2014). *Estrutura socioespacial de Maringá e os territórios de criminalidade*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR.

- Chung, W., Edgar-Smith, S., Palmer, R. B., Bartholomew, E., & Delambo, D. (2008). Psychiatric rehospitalization of children and adolescents: implications for social work intervention. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 25(6), 483-496.
- CMDCA (2012-2013). Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Prefeitura Municipal de Maringá. *Plano municipal dos direitos da criança e do adolescente de Maringá (plano de ação)*. Maringá-PR.
- CNES (2019). Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil. Ministério da Saúde. *FCES – Ficha do estabelecimento de saúde*. Recuperado em 03 de fevereiro, 2019, de <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/histHabilitacao/4115202587289>.
- Comissão Intergestores Bipartite do Paraná (2007a). *3ª Reunião Ordinária. Ata do dia 13 de abril de 2007*. Curitiba, PR.
- Comissão Intergestores Bipartite do Paraná (2007b). *6ª Reunião Ordinária. Ata do dia 14 de setembro de 2007*. Curitiba, PR.
- Congresso Internacional da Proteção da Infância* (1884). Tradução de Mônica Curioni Delafoulhouze.
- Conselho Federal de Psicologia (2015). *Inspeções aos manicômios*. Brasília, DF: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*. Brasília DF: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia (2019). *Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional – 2018*. Brasília, DF: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia. Ordem dos Advogados do Brasil (2006). *Um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei*. Brasília, DF: CFP.
- Conselho Local do Hospital Psiquiátrico de Maringá (2019). *Ata da 60ª reunião ordinária do C.L.H.P. Gestão 2017-2021*. Maringá, PR.
- Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança* (1990). Recuperado em 20 de outubro, 2016, de http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10127.htm
- Coppens, E., Vermet, I., Knaeps, J., Clerck, M. de., Schrijver, I. de., Matot, J. P., & Van Audenhove, Ch. (2015). Adolescent mental health care in Europe: state of the art, recommendations, and guidelines by the ADOCARE network. Bruxelas. Recuperado em 19 de julho, 2017, de <http://www.adocare.eu/wp-content/uploads/2015/12/ADOCARE-UK-2015.pdf>
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, 27(1), 17-40.
- Criança trancada em uma cesta, manicômio de Cuenca, Espanha, 1961. Recuperado em 4 de outubro, 2019, de <http://mind.thecommovein.net/disease-art-and-photography>

- Cunha, C. C., & Boarini, M. L. (2010). A infância sob a tutela do Estado: alguns apontamentos. *Psicologia: Teoria e Prática*. 12(1), 208-224.
- Cunha, M. C. P. (1986). *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Daltro, M. C. S. L. (2015). *Qualidade de vida de cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo.
- DATASUS (n.d). Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Ministério da Saúde. Recuperado em 2 de novembro, 2018, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintpr.def>
- DEASE. Departamento de Atendimento Socioeducativo (2016). *Perfil de adolescentes em atendimento socioeducativo no governo do estado do Paraná*. Recuperado em 5 de junho, 2019, de <http://www.dease.pr.gov.br/arquivos/File/09fa856fb0594a22a6a5fc1ab9218a08.pdf>
- Decreto n. 17.943-A, 12 de outubro de 1927 (1927). Código de Menores. Recuperado em 23 de março, 2017, de <http://www2.camara.gov.br/legislacoes/publicacoes/republica>
- Decreto n. 2358/2014 (2014). Regulamenta o plano diretor do município de Maringá – Lei Complementar Municipal n. 632/2006, em especial os artigos 174, inciso II, 189 e 190, bem como aprova o registro das assembleias de planejamento e gestão territoriais. Recuperado em 11 de junho, 2019, de <http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/assembleias-de-planejamento-e-gestao-territorial/anexo-ii-descricao-dos-bairro-apgts.pdf>
- Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934 (1934). Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Recuperado em 15 de novembro, 2018, de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>
- Del Priore, M. (2012). A criança negra no Brasil. In A. M. Jacó-Vilela e L. Sato (Orgs). *Diálogos em psicologia social* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, pp. 232- 253.
- Deliberação nº 10, de 13 de outubro de 2016 (2016). Aprova o fluxo de atendimento às urgências e emergências psiquiátricas na 15ª Regional de Saúde. Maringá-PR: Comissão Intergestores Bipartite. Regional de Secretarias Municipais de Saúde da 15ª Regional de Saúde.
- Deliberação n. 149, de 08 de abril de 2014 (2014). Aprova a implantação da rede de atenção à saúde mental do estado do Paraná. Comissão Intergestores Bipartite. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná.
- Desviat, M. (2015). *A reforma psiquiátrica* (2a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Di Franco, C. A. (2015, março 2). Tráfico classe alta. *Gazeta do Povo*. Recuperado em 29 de setembro, 2019, de <https://www.gazetadopovo.com.br/opiniao/artigos/trafico-classe-alta-02bs78issbvtbo1dai64hummj/>
- Diagnóstico social de Maringá* (n.d). Recuperado em 30 de maio, 2019, de www2.maringa.pr.gov.br/diagnosticosocial/i_0303_html
- Dias, B. M. (2015). *Readmissão hospitalar como indicador de qualidade*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Dias, F. W. S. de (2015). A assistência psiquiátrica no Brasil e em Minas Gerais: a infância e a adolescência numa perspectiva manicomial. *Tempos Gerais – Revista de Ciências Sociais e História*. n. 2, 27-46.
- Dickens, C. (2013). *Oliver Twist* (Tradução de Joaquim Maria Machado de Assis e Ricardo Lísias). São Paulo: Hedra.
- Dimenstein, M., Amorim, A. K., Leite, J., Siqueira, K., Gruska, V., Vieira, C., Brito, C., Medeiros, I., & Bezerril, M. C. (2012). O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Polis e Psique*, v. 2, 95-127.
- Dombi-Barbosa, C., Bertolino Neto, M. M., Fonseca, F. L., Tavares, C. M., & Reis, A. O. A. (2009). Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infantojuvenil atendida nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis (CAPSI) do estado de São Paulo. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.* 19(2), 262-268.
- Elias, N. (1994). A civilização como transformação do comportamento humano. In N. Elias. *O processo civilizador: uma história dos costumes* (Vol 1, pp. 65-213). Rio de Janeiro: Zahar.
- Fausto, B. (2001). *História concisa do Brasil*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Imprensa Oficial do Estado.
- Figueira, F. (1910). Educação medico-pedagógica das crianças atrasadas. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria Neurologia e Medicina Legal*. Ano 7, 3-4, 320-331.
- Fischer, C., Anema, H. A., & Klazinga, N. S. (2012). The validity of indicators for assessing quality of care: a review of the European literature on hospital readmission rate. *Eur. J. Public Health*. 22(4), 484-491. Doi: 10.1093/eurpub/ckr165.
- Foi inaugurada, em S. Paulo, a primeira escola para crianças anormais (1929, maio 30). *A Noite* (p. 8). Recuperado em 20 de agosto, 2016, de <http://bndigital.bn.br/hemeroteca-digital/>
- Fonseca, C. (1997). Ser mulher, mãe e pobre. In M. Del Priore (Org.). *História das mulheres no Brasil* (pp. 510-553). São Paulo: Contexto.
- Fontanella, C. A. (2008). The influence of clinical, treatment and healthcare system characteristics on psychiatric readmission of adolescents. *Am J Orthopsychiat.* 78, 187-198.
- Foto publicada na revista italiana L'Espresso (2018, abril 11). *Criança internada na Vila Azurra, em Torino, Itália*. Recuperado em 28 de novembro, 2019, de

<http://smargiassi-michele.blogautore.repubblica.it/2018/04/11/mauro-vallinotto-manicomibasaglia-torino-villa-azzurra/>

Foucault, M. (2017). *História da loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.

Franco, A. (1898). Educação maternal. *Álbum das Meninas: revista literária e educativa dedicada às jovens brasileiras*. Ano 1, n. 2, 39-41. Recuperado em 23 de junho, 2018, de http://www.arquivoestado.sp.gov.br/site/acervo/repositorio_digital/jornais_revistas

Frateschi, M. S.; Cardoso, C. L. (2014). Saúde mental na atenção primária à saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 24(2), 545-565.

Frazatto, C. F, & Beltrame, M. M. (2016). Os serviços abertos de Saúde Mental no Brasil: o cuidado em liberdade na perspectiva dos higienistas. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo ,19(4), 737-750.

Freyre, G. (1969). *Casa grande & senzala*. Rio de Janeiro: José Olympio.

Gaino, A. (2017). *Il manicomio dei bambini. Storie di istituzionalizzazione*. Torino: Edizioni Gruppo Abele.

George Georgiou (1999-2002). *Crianças e adolescentes internados em hospitais psiquiátricos da Sérvia e Kosovo*. Recuperado em 8 de outubro, 2019, de <https://www.georgegeorgiou.net/gallery.php?ProjectID=159>

GEPHE (1998). Grupo de pesquisa sobre higiene mental e eugenia. Recuperado em 15 de maio, 2019, de <http://old.ppi.uem.br/gephe/>

Ginzburg, J. (2000). Notas sobre elementos de teoria da narrativa. In R. Cosson (Org.). *Esse rio sem fim – ensaios sobre literatura e suas fronteiras*. (pp. 113-136). Pelotas: UFPEL.

Goés, J. R. de, & Florentino, M. (2013). Crianças escravas, crianças dos escravos. In M. Del Priore (Org.). *História das crianças no Brasil* (7a ed., pp. 177-191). São Paulo: Contexto.

Gois, A., & Escóssia, F. da (2003, setembro 30). O Brasil do século XX. *Folha de S. Paulo*. Recuperado em 12 de julho, 2018, de <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/especial/fj3009200301.htm>.

Guimarães, S. B., Oliveira, I. F., & Yamamoto, O. H. (2013). As práticas dos psicólogos em ambulatórios de saúde mental. *Psicologia e Sociedade*. 25(3), 664-673.

Gullar, F. (2009, abril 12). Uma lei errada: campanha contra a internação de doentes mentais é uma forma de demagogia. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 12 abr. 2009. Ilustrada. Recuperado em 13 de maio, 2016, de <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq1204200920.htm>

Heslin, K. C., & Elixhauser, A. (2016). Mental and substance use disorders among hospitalized teenagers, 2012. HCUP statistical brief#202. *Agency for Healthcare Research and Quality*. Rockville, MD. Recuperado em 25 de fevereiro, 2017, de <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb202-Mental-Substance-Use-Teenagers.pdf>

- Hobsbawm, E. J. (2011). *A Era dos Impérios: 1875-1914*. (13a ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Hospital psiquiátrico inaugura ala para adolescentes* (2008). Recuperado em 01 de junho, 2018, de <http://www2.maringa.pr.gov.br/site/index.php?sessao=5de4b95e1c555d&id=6053>
- Hospital São Pedro aumenta leitos para doenças mentais* (2017). Recuperado em 22 de novembro, 2017, de <http://noticias.band.uol.com.br/cidades/rs/noticias/100000881325/hospital--sao-pedro-aumenta-leitos-para-doencas-mentais.html>
- Huberman, L. (1981). *História da riqueza dos homens*. Rio de Janeiro: Zahar.
- IBGE (2018a). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Jandaia do Sul-PR*. Recuperado em 29 de novembro, 2018, de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/jandaia-do-sul/panorama>
- IBGE (2018b). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Maringá-PR*. Recuperado em 29 de novembro, 2018, de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/maringa/panorama>
- IBGE (2018c). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população: Brasil e unidades da federação. In IBGE. *Coordenação de população e indicadores sociais* (2. ed.) Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Fernandes Figueira. (n.d). *Antonio Fernandes Figueira*. Recuperado em 05 de setembro, 2017, de <http://www.iff.fiocruz.br/textos/affmep.htm>
- James, S., Charlemagne, S. J., Gilman, A. B., Alemi, Q., Smith, R. L., Tharayil, P. R., & Freeman, K. (2010). Post discharge services and psychiatric rehospitalization among children and youth. *Adm Policy Ment Hlth*. 37, 433–445. doi: 10.1007/s10488-009-0263-6
- Klein, L. R. (2012). *Cadê a criança do Áries que estava aqui? A fábrica comeu...* Recuperado em 12 de agosto, 2018, de http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_histedbr/seminario/seminario9/PDFs/4.26.pdf
- Kramer, S. (1996). Pesquisando infância e educação: um encontro com Walter Benjamin. In S. Kramer; I. Leite (Orgs.). *Infância: fios e desafios da pesquisa* (p. 338). Campinas, SP: Papyrus.
- La Tour, G. de (1620). *A briga dos mendigos*. (Óleo sobre tela, 33 x 55cm). J. Paul Getty Museum (Los Angeles/EUA). Recuperado em 20 de setembro, 2018, de <https://www.meisterdrucke.pt/artista/Georges-de-La-Tour.html>
- Lacerda, B. A. (2010). A dignidade humana em Giovanni Pico Della Mirandola. *Revista Legis Augustus* (Revista Jurídica). 3(10),16-23.
- Larrobla, C., & Botega, C. (2006). Hospitais gerais filantrópicos: novo espaço para internação psiquiátrica. *Rev. Saúde Pública*. 40(6),1042-1048
- Lauridsen-Ribeiro, E., & Tanaka, O. Y. (2016). Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. Em E.

- Lauridsen-Ribeiro & O. Y. Tanaka, (Orgs.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp. 147-169). São Paulo: Hucitec.
- Lazar, E. J., Fleischut, P., & Regan, B. K. (2013). Quality measurement in health care. *Annual Review of Medicine*. (Vol. 64, pp. 485-496). Recuperado em 28 de outubro, 2018, de <https://pdfs.semanticscholar.org/5e2d/3d9355ae7a26f464f3e9e77df68d08996425.pdf>
- Leal, E. M., & Delgado, P. M. G. (2007). Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In R. Pinheiro, A. P. Guljor, A. G. Silva Junior & R. A. Mattos (Orgs.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos* (pp. 137-154). Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO.
- Le Bras, A. (2018). *Um enfant à l'asile. Vie de Paul Taesch (1874-1914)*. Paris: Editions du CNRS.
- Le Goff, J. (1983). *A civilização do ocidente medieval* (Vol. 2). Lisboa: Estampa.
- Le Goff, J. (1990). Documento/monumento. Em J. Le Goff. *História e memória*. (pp. 535-550). Campinas, SP: Editora da UNICAMP.
- Lei n. 8.069, de 13 de junho de 1990* (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Recuperado em 12 de setembro, 2017, de http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf
- Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001* (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. 2001. Recuperado em 04 de junho, 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm
- Lei n.11.343, de 23 de agosto de 2006* (2006). Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Recuperado em 17 de novembro, 2018, de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2006/lei-11343-23-agosto-2006-545399-publicacaooriginal-57861-pl.html>
- Lei n.106, de 14 de setembro de 2009* (2009). Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. Recuperado em 16 de fevereiro, 2016, de http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/lei_106_2009.htm
- Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012* (2012). Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) e regulamenta a execução das medidas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. Brasília, DF. 2012. Recuperado em 30 de maio, 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm
- Lei n. 13.438, de 26 de abril de 2017* (2017). Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Recuperado em 07 de agosto, 2019, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13438.htm

- Lei n. 13.840, de 5 de junho de 2019* (2019). Altera as Leis n^{os} 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei n^{os} 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1^o de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Recuperado em 07 de agosto, 2019, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm
- Lessa, S. (2013). *Capital e Estado de Bem-Estar. O caráter de classe das políticas públicas*. São Paulo: Instituto Lukács.
- Liga Brasileira de Hygiene Mental (1925). *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 1 (1), 223-234.
- Lima, H. (1938). Trabalho e Educação de Menores. *O Observador Econômico e Financeiro*. Rio de Janeiro, 1(25), p. 32-41. Recuperado em 29 de setembro, 2017, de <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=123021&PagFis=3555&Pesq>.
- Lobato, M. (1957). *Reinações de Narizinho*. São Paulo: Brasiliense.
- Lobato, M. (1993). *Reinações de Narizinho*. (48a ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Lobo, L. F. (2018). Pavilhão Bourneville: esboço de uma história da psiquiatria infantil no Brasil. Em L. F. Lobo & D. A. Franco (Orgs.). *Infâncias em devir: ensaios e pesquisas* (pp. 17-28). Rio de Janeiro: Garamond.
- Lopes, E. (1930a). Das psychoses infantis sob o aspecto clinico-social. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, anno 3, n. 4, p. 121-126. Recuperado em 7 de novembro, 2018, de <http://old.ppi.uem.br/gephe/index.php/arquivos-digitalizados/14-sample-data-articles/85-arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>
- Lopes, E. (1930b). Menores incorrigíveis. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, anno 3, n. 7. Recuperado em 9 de maio, 2016, de <http://old.ppi.uem.br/gephe/index.php/arquivos-digitalizados/14-sample-data-articles/85-arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>
- Lopes, M. A. (2002). Crianças e jovens em risco nos séculos XVIII e XIX. O caso português no contexto europeu. *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, Coimbra, 155-184.
- Lubomirska, M. (1908). *Les préjugés sur la folie*. Paris: Librairie Bloud & Cia. Recuperado em 20 de julho, 2018, de <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k55125670?rk=21459;2>
- Lucchese, R.; Oliveira, A. G. B. de; Conciani, M. E.; Marcon, S. R. (2009). Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad. Saúde Pública [online]*. Fiocruz, RJ, 25(9), 2033-2042. Recuperado em 18 de junho, 2019, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000900017&script=sci_arttext
- Lucchesi, M.; & Malik, A. M. (2009). Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 43(1): 161-168.

- Lukacs, J. (2009). *Budapeste 1900: um retrato histórico de uma cidade e sua cultura*. Rio de Janeiro, José Olympio.
- Luzio, C. A. (2011). Atenção psicossocial: reflexões sobre a reforma psiquiátrica e o cuidado em saúde mental no Brasil. In M.L. Boarini (Org.). *Desafios na atenção à saúde mental* (2a ed., pp. 145-174). Maringá, PR: Eduem.
- Luzio, C. A. & L'Abbate, S. (2006). A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 10(20), 281-298.
- Machado, K. (2010). Muito longe da reforma psiquiátrica. *RADIS, Comunicação em Saúde*. n. 99. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Machado, R., Loureiro, A., Luz, R., & Muricy, K. (1978). *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- Machado, V., & Santos, M. A. (2013). O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. *Psicologia em Estudo*, 18(4), 701-712.
- Manfrê, M. M. (2015). Redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: a visão dos trabalhadores e gestores de serviços de saúde mental de um município do Estado de São Paulo. *Revista de Psicologia da UNESP*. 14(1), 27-37.
- Maringá é referência nacional em atendimento à saúde mental (2018, agosto 6). Recuperado em 1 de outubro, 2018, de <http://www2.maringa.pr.gov.br/site/index.php?sessao=88b1d65db75588&id=33466>
- Marx, K. (1996). Legislação fabril. (Cláusulas sanitárias e educacionais.). Sua generalização na Inglaterra. In K. Marx. *O Capital: o processo de produção do capital*. (Os economistas, v. I, Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe). São Paulo: Nova Cultural.
- Masiero, A. L. (2003). A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. 10(2), 549-572.
- Maurer, P. P., & Ballmer, P. E. (2004). Hospital readmissions – are they predictable and avoidable? *Swiss Medical Week*, 134 (41-42), 606-611. Doi:2004/41/smw – 10706
- Meireles, C. (2013). Liberdade. In C. Meireles. *Escolha o seu sonho*. Rio de Janeiro: Record.
- Meireles, L. (2018, agosto, 4). Jovens de classe média e alta estão entregues às drogas. *Correio da Paraíba*. Recuperado em 29 de setembro, 2019, de <https://correiodaparaiba.com.br/cidades/jovens-de-classe-media-e-alta-estao-entregues-as-drogas/>
- Mendes, A. (1898). A família. *Álbum das Meninas: revista literária e educativa dedicada às jovens brasileiras*. Ano 1, n. 3, pp. 55-56. Recuperado em 20 de agosto, 2018, de http://www.arquivoestado.sp.gov.br/site/acervo/repositorio_digital/jornais_revistas
- Mendonça, D. (2006). *A higiene mental do escolar: o ardil da ordem*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR.

- Mental Asylum (n.d). *Haunting vintage photos from decades past: Três crianças sentadas no quarto de um hospital psiquiátrico em Ursberg, Alemanha, 1934-1936*. Recuperado em 4 de outubro, 2019, de allthatsinteresting.com/mental-asylum#31
- Mental Asylum (n.d). *Haunting vintage photos from decades past: Crianças sentam-se amarradas a um radiador dentro do hospital psiquiátrico de Deir el Qamar, Líbano, 1982*. Recuperado em 2 de outubro, 2019, de <https://allthatsinteresting.com/mental-asylum#3>
- Ministério da Saúde (s.d). *Regulação*. Recuperado em 13 de novembro, 2018, de <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/regulacao>
- Ministério Público de Cascavel (2006). *Ação civil pública cumulada com pedido de antecipação de tutela contra a Universidade do Oeste do Paraná*. p. 1-27. Recuperado em 12 de junho, 2019, de www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/dwnld/smental08.doc
- Miranda, H. (2010). A invenção da “criança problema” e a psiquiatrização da infância no Recife. *Cadernos de História UEPE*, 7(7), p. 117-143.
- Molnár, F. (2017). *Os meninos da rua Paulo*. Tradução de Paulo Rónai. São Paulo: Companhia das Letras.
- Moncorvo Filho, C. A. (1927). *Histórico da proteção à infância no Brasil: 1500-1922* (2a ed.). Rio de Janeiro: Empresa Graphica Editora – Paulo, Pngetti & Cia.
- Mortensen, P. B., Agerbo, E., Erikson, T., Qin, P., & Westergaard-Nielsen, N. (2000). Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet*. 355(9197), 9-12. Recuperado em 1 de dezembro, 2018 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10615884>
- Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (2013). Controle e medicalização da infância. *Desidades*. 1(1), 11-21. Recuperado em 28 de maio, 2018, de <https://revistas.ufrj.br/index.php/desidades/article/viewFile/2456/2090>
- O bárbaro assassinato de um louco (1912, março 30). *A Noite*. p. 1. Recuperado em 29 de agosto, 2018, de: <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>
- Oliveira, M. I. V. de. Bezerra Filho, J. G., & Gonçalves-Feitosa, R. F. (2014). Tentativas de suicídio atendidas em unidades públicas de saúde de Fortaleza – Ceará, Brasil. *Rev. Salud. Pública*, 16(5): 683-696.
- Oliveira, M. L. B. de (1996). A infância como categoria histórica: reflexões metodológicas. *Revista Educação em Questão*, 6(2): 220-248.
- OMS (1993). Organização Mundial de Saúde. *Classificação internacional de doenças* (10a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Orçamento do SUS para saúde mental* (2016). Acesso à Informação. Ministério da Saúde. Recuperado em 12 de abril, 2018, de <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Item/displayifs.aspx?List=0c839f31-47d7-4485-ab65-ab0cee9cf8fe&ID=501371&Web=88cc5f44-8cfe-4964-8ff4-376b5ebb3bef>

- Organização das Nações Unidas (1991). *Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental*. Nova York: ONU.
- Organização Panamericana da Saúde; Ministério da Saúde (2017). *Saúde e sexualidade de adolescentes: construindo equidade no SUS*. Brasília, DF: MS.
- Organização Panamericana da Saúde; Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2013). *Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe (WHO-AIMS)*. Washington, D. C: WHO-AIMS.
- Pagliace, A. G da. S. (2017). *Avaliação do cuidado à criança e ao adolescente com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa em tratamento no hospital geral*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Paim, B. R., Porta, D. D., Sauzi, D. M., Cardinal, M. F., Siqueira, D. F. de, Mello, A. L., & Terra, M. G. (2017). Atendimento ao adolescente usuário de substâncias psicoativas: papel do centro de atenção psicossocial. *Cogitare Enferm.* 22(1), 1-7. doi: 10.5380/ce.v22i1.48011
- Para abrigos dos menores anormais de inteligência (1926, fevereiro 20). *Correio da Manhã*. p. 2. Recuperado em 7 de setembro, 2017, de <http://bndigital.bn.br/hemeroteca-digital/>
- Paraná (2013). Secretaria de Estado da Saúde. *Relatório de gestão anual – 2013*. Curitiba: SESA.
- Paraná (2016). Secretaria de Estado da Saúde. *Plano estadual de saúde 2016-2019*. Curitiba: SESA.
- Paraná (2018). Secretaria de Estado da Saúde. *Relatório de gestão anual – 2017*. Curitiba: SESA.
- Penereiro, J. C. (2009). Galileo e a defesa da cosmologia copernicana: a sua visão do universo. *Cad. Bras. Ens. Fís.*, 26(1), 173-198.
- Pesavento, S. J. (2003). O mundo como texto: leituras da história e da literatura. *História da Educação*. 7(14), 31-45.
- Pessotti, I. (1995). *A loucura e as épocas*. (2a ed.). Rio de Janeiro: 34.
- Pessotti, I. (1996). *O século dos manicômios*. Rio de Janeiro: 34.
- Pinto, Z. A. (2005). *O menino maluquinho*. São Paulo: Melhoramentos.
- Pombo, J. F. R. da. (1970). *No hospício*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Livro.
- Portaria GM/MS nº 251, de 31 de janeiro de 2002 (2002). Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras

providências. Recuperado em 05 de novembro, 2017, de http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_251.pdf

Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (2002). Recuperado em 10 de fevereiro, 2019, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Portaria n. 1.559 de 1º de agosto de 2008 (2008). Institui a política nacional de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Recuperado em 30 de outubro, 2018, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html

Portaria n. 1.082, de 23 de maio de 2014 (2014). Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). Recuperado em 30 de maio, 2018, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html

Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado em 12 de outubro, 2017, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (2017). Altera as Portarias de consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Recuperado em 30 de setembro, 2018, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

Portaria SAS/MS n. 224, de 29 de janeiro de 1992 (1992). Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Brasília, DF. 1992. Recuperado em 31 de maio, 2018, de <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria224.pdf>

Rembrandt, V. D. (1630). *Mendigo com perna-de-pau*. (Gravura). Recuperado em 20 de setembro, 2018, de <http://encyclopaedia.site44.com/Rembrandt%20-%20galeria%20de%20obras.html>

Rembrandt, V. D. (1632). *A lição de anatomia do Dr. Tulp*. (Óleo sobre tela, 169,5 x 216,5 cm). Museu Mauritshuis, Haia, Holanda. Recuperado em 17 de setembro, 2018, de https://www.researchgate.net/figure/Figura-7-A-licao-de-anatomia-do-Dr-Tulp-de-Rembrandt-Oleo-sobre-tela-de-1632-medindo_fig7_262502128

Remschmidt, H, & Belfer, M. (2005). Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. *World Psychiatry*. 4(3), 147-153.

Resende, C. C. F. de (2008). Aspectos legais da internação psiquiátrica de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. *Igualdade*. Edição Temática Drogadição. Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente.

Rezende, G. (1929). Patronato dos egressos dos manicômios. *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, 2(2), 64-67. Recuperado em 10 de setembro, 2018, de <http://old.ppi.uem.br/gephe/ABHM/ABHMAno2N2Nov1929.pdf>

- Rezende, G. (1932). Assistência hetero-familiar na Colonia de Psicopatas (mulheres) no Engenho de Dentro, 133-138. In W. Pires (Org.). *Anais da Assistência a Psicopatas*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional.
- Ribeiro, C. C.; Ribeiro, L. A.; & Oliveira, A. G. B. (2008). A construção da assistência à saúde mental em duas Unidades de Saúde da Família de Cuiabá-MT. *Cogitare Enferm.* 13(4): 548-57. Recuperado em 20 de junho, 2019, de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/13115>
- Ribera, J. de (1642). *Criança com pé torto*. (Óleo sobre tela, 164 x 93cm). Museu do Louvre (Paris). Recuperado em 20 de setembro, 2018, de http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/belas_artes/cap11.htm
- Rizzini, I. (2011). O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para infância no Brasil (3a ed.) São Paulo: Cortez.
- Rocha, R. (2002). *O direito das crianças*. São Paulo: Companhia das Letrinhas.
- Rodrigues, T.; & Labate, B. C. (2018). A política de drogas brasileira: tensões entre a repressão e as alternativas. Em T. Rodrigues e B. C. Labate (Orgs.). *Políticas de drogas no Brasil: conflitos e alternativas* (pp. 105-140). Campinas, SP: Mercado das Letras.
- Romansky, J. B., Lyons, J. S., Lehner, R. K., & West, C. M. (2003). Factors related to psychiatric hospital readmission among children and adolescents in state custody. *Psychiatric Services.* 54, 356-362. Recuperado em 02 de junho, 2017, de <http://psychservices.psychiatryonline.org>
- Rosa, J. G. (1985). *Primeiras estórias*. (14a ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Rosolem, R. (2016). *Entre idas e vindas ou sobre as reinternações psiquiátricas*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR.
- Rotelli, F. (Entrevistado) & Zola, S. (Entrevistadora). (1991, julho/agosto). Desospitalização: a transformação nas mãos dos técnicos. *Jornal CRP-06.* 11(72), 4-5.
- Rousseau, J-J. (1979). *Emílio ou da educação*. (3a ed.). São Paulo – Rio de Janeiro: Difel.
- Sandretto, J. (1977). *Um enfant dans l'asile*. Paris: Seuil.
- Santos, D. N., Carvalho, M. M., Pinho, M. A., & Nunes, A. P. R. (2005). Atendimento em psiquiatria da infância e adolescência em serviços públicos de Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública.* 29(1), 35-42.
- Santos, E. S. da (2008). *Monteiro Lobato e suas seis personagens em busca da nação*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual Paulista, Marília, SP.
- Saúde Mental (n.d). *Portal Saúde Maringá*. Recuperado em 1 de outubro, 2018, de <http://www2.maringa.pr.gov.br/saude/?cod=saude-mental>
- Scarcelli, I. R. (1999). Trabalhadores em saúde mental na construção de práticas antimanicomiais: a rede substitutiva no município de São Paulo. In M. I. A. Fernandes, M.

- C. T. Vieira & M. C. G. Vincentin (Orgs.). *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo* (pp. 297-320). Taubaté, SP: Cabral Editora Universitária.
- Schwarcz, L. M. (1999). *As barbas do imperador*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Schwarcz, L. M., & Starling, H. M. (2015). *Brasil: uma biografia*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Schwarz, R. (2012). *Martinha versus Lucrecia: ensaios e entrevistas*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Scisleski, A. C. C., & Maraschin, C. (2008). Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 457-465.
- Scisleski, A. C. C., Maraschin, C., & Silva, R. N. da (2008). Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(2): 342-352.
- Seção Infantil de Bicêtre (n.d). Recuperado em 28 de novembro, 2019, de <https://www.cairn.info/revue-d-histoire-du-dix-neuvieme-siecle-2019-1-page-229.htm>
- Secretaria de Estado da Saúde. (CIB) (n.d). *Sobre a comissão intergestores bipartite*. Recuperado em 14 de abril, 2016, de <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=865>
- Serra, L. N; & Scarcelli, I. R. (2012). Escola Pacheco e Silva: propostas para a infância paulista. In A. Mota e M. G. S. M. C. Marinho (Orgs.). *História da psiquiatria: ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica*. (pp. 191-212). São Paulo: Casa de Soluções e Editora.
- Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME (2016-2017). Hospital psiquiátrico de Maringá-PR. Maringá.
- SESA (2012). Secretaria de Estado da Saúde. *Saúde mental no Paraná*. Recuperado em 13 de novembro, 2018, de http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/7aReuniao/Apresentacao_SM_Parana_No_v2012.pdf
- SESA (2013). Secretaria de Estado da Saúde. *Encontro paranaense de gestores municipais do SUS*. Recuperado em 13 de novembro, 2018, de http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/DiogoPracz/EncontroGestores/Oficina04/ARedeDeAtencao_SaudeMental.pdf
- SESA (2014). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental. *A rede de atenção à saúde mental no Paraná*. Recuperado em 12 de junho, 2016, de http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/Apresentacoes/2014/2_RO_CIB/5.pdf
- SESA (2016a). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental. *A rede de atenção à saúde mental no Paraná*. Recuperado em 20 de abril, 2016, de

http://www.desenvolvimentosocial.pr.gov.br/arquivos/File/Capacitacao/material_apoio/Mesa_3_Rede.pdf

- SESA (2016b). Secretaria de Estado da Saúde. *Rede de saúde mental. Norma geral de regulação do fluxo assistencial hospitalar em saúde mental*. Recuperado em 20 de fevereiro, 2017, de http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/AFNormaGeralLeitosSaudeMental010716__2.pdf
- SESA (2017). Secretaria de Estado da Saúde. *Rede de serviços de saúde mental do Paraná*. Recuperado em 24 de abril, 2017, de http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/servicos_mental.pdf
- Severo, A. K., & Dimenstein, M. (2011). Rede e intersectorialidade no atendimento psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 640-655.
- Signorini, G. de, Singh, S. P, Boricevic-Marsanic, V., Dieleman, G., Dodig-Curkovic, K., Franic, . . . Girolamo, G. de (2017). Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: a 28-country survey in Europe. *The Lancet Psychiatry*, 4(9), 715-724. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/52215-0366\(17\)30127-X](http://dx.doi.org/10.1016/52215-0366(17)30127-X)
- Silva, M. L. B., & Dimenstein, M. D. B. (2014). Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(33), 31-46.
- Silva, M. V. de O. (Org.). (2001). *A instituição sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil: coletânea de relatos de morte de internos em hospitais psiquiátricos*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Silva, R. N. da, Hartmann, S., Scisleski, A. C. C., & Pires, M. L. (2008). As patologias nos modos de ser criança e adolescente: análise das internações no hospital psiquiátrico São Pedro entre 1884 e 1937. *Psico*, 39(4), 448-455.
- Silva, R. P. (2009). Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o pavilhão-escola Bourneville no início do século XX. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 12(1), 195-208.
- Silva, T. C. R., & Campos, M. M. (2015). Gestão de saúde mental em município de pequeno porte no estado do Rio de Janeiro. *Vértices*, 17(3), 35-64. doi: 10.19180/1809-2667.v17n315-02
- Silveira, D. X. (2011, jun.). Dependência não se resolve por decreto. *Folha de S. Paulo* (Tendências/Debates). Recuperado em 3 de dezembro, 2018, de <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz2506201107.htm>
- Silveira, D. X. (2011, out.). Internação compulsória: depoimento (Entrevista concedida a Gabriela Moncau). *Caros Amigos*. Ano XV, 175.
- Sousa, M. M. A. de (2009). *Emília: potencialidade transgressora na formação de um novo conceito de infância*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

- Sulzbach, L., & Schmiedt, M. (2000). *A invenção da infância* (Documentário). Rio Grande do Sul, Brasil.
- Tavares, G. M. (2006). *Jerusalém*. São Paulo: Companhia das Letras.
- TCU (2017). Tribunal de Contas da União. *Auditoria de natureza operacional. Atenção à saúde mental nos municípios de Curitiba, Colombo e no estado do Paraná. Falhas. Oportunidades de melhoria. Recomendações. Determinações. Ciência*. Recuperado em 20 de outubro, 2018, de <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/auditoria-identifica-falhas-no-sistema-de-saude-mental-no-parana.htm>
- Teixeira, M. B.; Ramôa, M. de L.; Engstrom, E.; & Ribeiro, J. M. (2017). Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5): 1455-1466. DOI: 10.1590/1413-81232017225.32772016
- Toledo, E. T. (2019). *A circulação e aplicação da psicocirurgia no hospital psiquiátrico do Juquery, São Paulo: uma questão de gênero. (1936-1956)*. Tese de doutorado, Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Tomé, M. R. F. C. M. de (2012). *Justiça e cidadania em Portugal (1820-1978) e a tutoria de Coimbra*. Tese de doutorado, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Tossone, K., Jefferis, E., Bhatta, M. P., Bilge-Johnson, S., & Seifert, P. (2014). Risk factors for rehospitalization and inpatient care among pediatric psychiatric intake response center patients. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(27), 1-10. doi: 10.1186/1753-2000-8-27
- Trask, E. V., Fawley-King, K., Garland, A. F., & Aarons, G. A. (2016). Do aftercare mental health services reduce risk of psychiatric rehospitalization for children? *Psychological Services*. 13(2), 127-132. Recuperado em 31 de julho, 2017, de <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ser0000043>
- Trevisani, T. M.; & Silva, R. A. N. da (2014). Camisa de força para menores: as patologias de crianças e adolescentes (Hospício São Pedro, 1884-1929). *Mnemosine*, 10(1), 142-166.
- Tulloch, A. D., Fearon, P., & David, A. S. (2011). Length of stay of general psychiatric inpatients in the United States: systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health and Services Research*.38(3), 155-168. doi: 10.1007/s10488-010-0310-3
- Twain, M. (1959). *As aventuras de Huck*. (5a ed). (Tradução de Monteiro Lobato). São Paulo: Brasiliense.
- Twain, M. (2017). *As aventuras de Tom Sawyer*. (Tradução de Márcia Soares Guimarães). Belo Horizonte: Autêntica.
- Van Walraven, C., Bennett, C., Jennings, A., Austin, P. C., & Forster, A. J. (2011). Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *CMAJ*, 183(7), 391-402. Recuperado em 28 de outubro 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3080556/>

- Vasconcelos, J. M. de (1975). *O meu pé de laranja lima* (2a ed.). São Paulo: Melhoramentos.
- Veyne, P. (2014). *Como se escreve a história: Foucault revoluciona a história*. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília.
- Viana, B. da. S. (2015). *Um lugar para os ditos anormais: assistência psiquiátrica a crianças e jovens na primeira década do hospital colônia Sant'Ana (1942-1951)*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Santa Catarina, Florianópolis.
- Vigário, S. M. P. (2004). *Crianças sem Infância: O Trabalho Infantil na Indústria Têxtil e os Limpa-Chaminés (1780-1878)*. Dissertação de mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Westin, R. (2015, julho 7). Crianças iam para a cadeia no Brasil até a década de 1920. *Senado Notícias*. Recuperado em 13 de julho, 2018, de <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/07/07/criancas-iam-para-a-cadeia-no-brasil-ate-a-decada-de-1920>
- World Health Organization (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2005). *Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future*. Geneva: WHO.
- Xavier, R. T., Limberger, J., Monteiro, J. K., & Andretta, I. (2018). Políticas públicas de atenção aos usuários de drogas no contexto brasileiro: revisão narrativa de literatura. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13(1), 3-12.
- Xavier R. T., & Monteiro, J. K. (2013). Tratamento de pacientes usuários de crack e outras drogas nos Caps AD. *Psicologia Revista*, 22(1), 61-82.
- Yasui, S. (2010). Caps: estratégia de produção de cuidados. In S. Yasui. (Org.). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Zanélla, L. S. (2014). *Pelos caminhos da proteção: a assistência à infância no período de 1883 a 1922*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR.
- Zeshan, M., Waqas, A., Naveed, S., Ghulam, H., & Manocha, P. (2018). Factors predicting length of stay in an adolescent psychiatric Unit, South Bronx, NY: a short report. *J. Can. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 27(2), 142-147. Recuperado em 1 de dezembro, 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5896528/>

APÊNDICES

Apêndice A: A história de João³¹

João nasceu em setembro de 1998 e morava no estado de São Paulo com a avó e os irmãos. Lá, gostava de brincar na rua com os amigos e sua principal diversão era soltar pipa. Em 2010, passou a viver com o pai no município de Apucarana-PR³². Seu pai respondia na justiça por homicídio e sua mãe era prostituta e fazia uso de álcool e outras drogas. Em Apucarana-PR, João morava com o pai e a madrasta, com a qual mantinha um relacionamento conflituoso. Não raro, ele sofria agressões físicas em casa. João passou a fugir de casa, ficava nas ruas da cidade e começou a usar drogas. No intuito de ajudar o filho, em outubro de 2011, o pai procurou o CAPSi solicitando a internação de João. O CAPSi, junto com os demais dispositivos da rede, acolheu o adolescente e naquela oportunidade, descartou a necessidade de internação, inserindo-o em algumas atividades proporcionadas pelo serviço e procurando os recursos cabíveis para matriculá-lo na escola. Quando chegou ao CAPSi, João não estava frequentando a escola. Ao longo de sua vida, ele frequentou a APAE por um período e, depois, o ensino regular, apenas até o 3º ano.

O pai e a madrasta continuaram negligenciando cuidados a João, que, frequentemente, era visto pedindo, usando drogas e dormindo nas ruas. João não era um frequentador assíduo do CAPSi, mas, quando comparecia, sempre demonstrava estar com muita fome. Também era comum a equipe chegar de manhã e encontrá-lo dormindo na área ou em outro espaço externo do dispositivo. Alguns dias após ser acolhido no serviço, a polícia o trouxe ao CAPSi, acusando-o de estar usando crack, de ter furtado um celular e comunicando que não tinha onde encaminhá-lo, uma vez que o pai estava viajando e a madrasta se recusava em recebê-lo. Em contato com o genitor, este solicitou a internação. Após a consulta psiquiátrica e reunião da equipe, optou-se pelo internamento. Na época, o município de Apucarana-PR contava com apenas um leito psiquiátrico em hospital geral. Mas, embora o leito estivesse cadastrado no CNES, o hospital não tinha um psiquiatra entre os profissionais da área médica, o que inviabilizava as internações. Assim, em 02/12/11, aos 13 anos, João foi internado no Hospital Psiquiátrico de Maringá (HPM).

Após 39 dias de internação, João recebeu alta em 11/01/2012 e, no dia seguinte, foi acolhido na Casa Lar. Ele retomou as atividades no CAPSi, mas, poucos dias depois, fugiu da

³¹ A história de João foi baseada apenas nas informações contidas em seu prontuário, o qual encontra-se arquivado no CAPSi de Apucarana-PR. Além das anotações da equipe do serviço, o referido prontuário continha alguns relatórios das instituições nas quais ele ficou acolhido ou internado.

³² Município localizado na região Norte do estado do Paraná, cuja população, segundo o censo de 2010 é equivalente a 120.919 pessoas (IBGE, n.d). Fica a aproximadamente 55 km de Maringá-PR.

Casa Lar. Em fevereiro de 2012, o Conselho Tutelar entrou em contato com o CAPSi informando que João foi encontrado nas ruas sob o efeito de drogas e solicitou que ele fosse internado. João foi encaminhado novamente à Casa Lar e a equipe do CAPSi organizou uma reunião com a presença dos conselheiros tutelares, do genitor e do promotor de justiça da Vara da Infância e da Juventude. Nessa ocasião, discutiu-se a situação do adolescente e, apesar de alguns posicionamentos contrários à internação no hospital psiquiátrico, este foi o posicionamento da maioria, incluindo o promotor. Todavia, antes que os procedimentos para a realização da internação se concretizassem, João fugiu de novo. Poucos dias depois, foi encontrado nas ruas sob o efeito de drogas e com o estado de saúde muito debilitado. A equipe do CAPSi solicitou que ele fosse encaminhado ao hospital geral para receber os cuidados clínicos necessários. Na ocasião, nenhum familiar foi encontrado para acompanhá-lo ao hospital, sendo tal responsabilidade assumida pelo Conselho Tutelar. No hospital, João falava que queria voltar para a casa da avó em São Paulo, explicando que lá ele brincava. Naquele momento, os familiares foram contatados, porém ninguém quis acolhê-lo. João voltou para a casa do pai, mas logo voltou a alternar sua estadia na casa do pai com a vida nas ruas da cidade.

Em 09/03/12, a Secretaria Municipal de Saúde entrou em contato com o CAPSi dizendo que recebeu um mandado judicial para a internação do adolescente. Contudo, João não foi internado (no prontuário não constava os motivos pelos quais o mandado não foi cumprido). Os contatos com os familiares de João continuaram e no dia 29/03/12, ele foi para a casa da avó em São Paulo. João permaneceu com a avó até o mês de agosto, quando voltou para Apucarana-PR e foi encaminhado à Casa Lar. Mais uma vez, passou a fugir da instituição, envolvendo-se em atos ilegais. Em setembro de 2012, a rede discutiu a possibilidade de interná-lo e no dia 10/10/12, João foi internado pela segunda vez no HPM. Durante esta internação, João recebeu visitas da equipe do CAPSi e contou que sentia muito sono e cansaço; que passava o dia no pátio do hospital e, às vezes, os meninos brincavam de bola com um professor. Ele quase não participava dessa atividade, dizendo que não “achava graça” porque o espaço era pequeno demais para brincar. Nessas visitas, João também contou que um adolescente com o qual dividia o quarto tinha tentado se enforcar e ele não sabia o que tinha acontecido com ele, “se ele estava vivo ou morto”. Enquanto ele estava no HPM, houve uma discussão pela rede cogitando a possibilidade de que saísse e fosse direto para uma comunidade terapêutica. João já estava internado há mais de 40 dias, entretanto, antes de receber alta, fugiu. Alguns dias depois, foi visto nas ruas de Apucarana-PR e voltou a ser internado no HPM no dia 04/12/12. João recebeu alta no dia 02/01/13 e foi para a Casa Lar. Poucos dias depois, voltou a fugir. Nas ruas, ele foi abordado pela equipe do CAPSi e relatou que estava sendo ameaçado por traficantes porque

estava devendo e tinha medo de morrer. Também referiu ter sido agredido por policiais. Nessa abordagem, a equipe do CAPSi constatou que ele estava fazendo uso de crack e que seu estado de saúde geral era crítico. Avaliando essas circunstâncias, além de providenciar os cuidados em saúde necessários, a rede discutiu a possibilidade de abrigá-lo na “Chácara Meninos de 4 Pinheiros”³³, localizada em Mandirituba-PR, região metropolitana de Curitiba-PR³⁴.

João foi encaminhado à referida instituição no dia 26/02/13 e, enquanto esteve lá, foi acompanhado pelo CAPS daquele município. Algum tempo depois, ele fugiu da instituição, mas foi encontrado e retornou para lá. A equipe do abrigo sugeriu a internação dele no hospital psiquiátrico, mas tal medida não foi concretizada. João fugiu outras vezes da instituição e, nessas ocasiões, ficava na rua e fazia uso de bebidas alcoólicas. Na instituição, ele também sofreu agressões físicas por parte de outros internos. João deixou a instituição em junho de 2013 e foi morar com o pai na cidade de Apucarana-PR. E, novamente, ele passou a ficar nas ruas e praças da cidade. João foi apreendido por furto e espancado na rua, sendo encaminhado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA). À equipe do CAPSi, ele falou que sentia vontade de morrer e, ao mesmo tempo, relatou medo de morrer, por estar sendo ameaçado por traficantes.

Ao receber alta da UPA, João foi morar com a genitora, que fazia uso frequente de bebidas alcoólicas. No dia 19/11/13, após determinação judicial, João foi internado na Casa de Saúde Rolândia³⁵, no município de Rolândia-PR³⁶. Ele fugiu da instituição, voltou para Apucarana-PR e passou a ficar nas ruas fazendo uso de drogas e praticando furtos. Sobre essa fuga, João contou que fugiu com outros colegas e viu um deles ser assassinado, contudo não sabia porque. Em 25/04/14, João foi internado no Hospital Psiquiátrico San Julian³⁷, localizado em Piraquara-PR, região metropolitana de Curitiba-PR³⁸. No dia 26/05/14 ele recebeu alta e foi levado pelo Conselho Tutelar de Apucarana-PR para São Paulo na casa da avó.

João voltou para Apucarana-PR em agosto de 2014 e foi encontrado nas ruas fazendo uso de drogas. Em 15/10/14, ele foi internado no Centro de Recuperação de Dependentes Químicos e Alcoólatras (CREDEQUIA), uma Comunidade Terapêutica localizada em Londrina-PR³⁹. Alguns dias depois, João fugiu de lá, mas voltou a ser internado na mesma

³³Organização não governamental, sem fins lucrativos, com a finalidade de dar assistência e educação integral às crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social.

³⁴A distância entre Mandirituba-PR e Apucarana-PR é aproximadamente 396 km.

³⁵Hospital especializado em psiquiatria, atualmente com 157 leitos. (CNES, 2019).

³⁶Município localizado na região norte do estado do Paraná. De acordo com o censo de 2010, possui 57.862 habitantes. (IBGE s.d). A distância entre Rolândia-PR e Apucarana-PR é aproximadamente 34 km.

³⁷A Associação San Julian Amigos e Colaboradores (nome empresarial) é um hospital especializado em psiquiatria que, atualmente, possui 400 leitos. (CNES, 2019).

³⁸A distância entre Piraquara-PR e Apucarana-PR é aproximadamente 388 km.

³⁹Município localizado na região Norte do estado do Paraná, cujo número de habitantes segundo dados do censo de 2010 é 506.701. Fica a 55 km de Apucarana-PR.

instituição no mês seguinte. Durante sua estadia no local, os adolescentes entraram em conflito e João, em posse de uma faca, ameaçou matar os outros internos. A equipe da instituição requereu a internação de João no Hospital Psiquiátrico. Ele foi encaminhado para o Hospital da Zona Sul em Londrina-PR e, de lá, transferido para a Casa de Saúde Rolândia. Após sua alta, foi encaminhado diretamente ao CREDEQUIA, onde permaneceu até o dia 09/02/15. João voltou a morar com o pai, porém, pouco tempo depois, passou a ficar nas ruas, sendo internado no CREDEQUIA novamente em 14/05/15. João fugiu da instituição e, por praticar atos ilegais (furtos e roubos), no dia 21/05/15, foi apreendido pela polícia e internado no Centro de Socioeducação (CENSE) de Londrina-PR. Permaneceu na instituição até o dia 26/06/15, sendo encaminhado pelo CENSE ao Conselho Tutelar de Apucarana-PR. O Conselho Tutelar levou João à casa do pai, porém, naquela ocasião, o pai estava viajando e a madrasta não o deixou entrar, assim, o adolescente se dirigiu ao CAPSi e dormiu na área externa desse serviço, como já havia feito em outras oportunidades. No dia seguinte, ao ser encontrado pela equipe do CAPSi, João foi encaminhado à Casa Lar. Em setembro de 2015, voltou a morar com o pai e, no mês seguinte, retornou à Casa Lar. Após fugir novamente, foi internado no CREDEQUIA em 30/10/15. Evadiu-se da instituição um mês depois e, no dia 04/02/16, foi internado no CENSE de Londrina-PR, onde permaneceu até o dia 02/03/16.

João completou 18 anos em setembro de 2016, estava trabalhando com o pai, que fazia planos de alugar uma casa para o filho. Esta foi a última informação registrada no prontuário de João. Contudo, durante nosso contato com funcionários e ex-funcionários do CAPSi, a fim de solicitarmos o acesso ao prontuário de João, fomos informados que, atualmente, ele estaria preso.

Apêndice B: Distribuição das internações e reinternações por município e mesorregiões do estado do Paraná.

Município	Uma Internação	%	Reinternação	%
Alto Paraná	01	0,25	00	0,0
Cianorte	12	3	04	1,24
Cidade Gaúcha	01	0,25	06	1,86
Cruzeiro do Oeste	01	0,25	00	0,0
Cruzeiro do Sul	01	0,25	00	0,0
Guaporema	01	0,25	00	0,0
Icaraíma	03	0,75	00	0,0
Indianópolis	01	0,25	00	0,0
Ivaté	02	0,5	03	0,93
Japurá	03	0,75	00	0,0
Jussara	01	0,25	00	0,0
Loanda	01	0,25	02	0,62
Mariluz	02	0,5	00	0,0
Paraíso do Norte	00	0,0	02	0,62
Paranacity	04	1	00	0,0
Paranavaí	04	1	00	0,0
Pérola	01	0,25	00	0,0
Rondon	01	0,25	02	0,62
Santa Isabel do Ivaí	04	1	00	0,0
São Carlos do Ivaí	01	0,25	00	0,0
São João do Caiuá	01	0,25	00	0,0
São Tomé	03	0,75	00	0,0
Tapejara	03	0,75	05	1,55
Tuneiras do Oeste	01	0,25	02	0,62
Umuarama	06	1,5	00	0,0
Subtotal Mesorregião Noroeste	59	14,75	26	8,07
Apucarana	03	0,75	06	1,86
Arapongas	03	0,75	00	0,0
Astorga	04	1	00	0,0
Atalaia	02	0,5	00	0,0
Cafeara	01	0,25	00	0,0
Califórnia	01	0,25	00	0,0
Cambé	01	0,25	00	0,0
Colorado	01	0,25	07	2,17
Floresta	01	0,25	00	0,0
Godoy Moreira	01	0,25	00	0,0
Ibiporã	01	0,25	00	0,0
Itambé	01	0,25	00	0,0
Ivaiporã	02	0,5	02	0,62
Jandaia do Sul	01	0,25	00	0,0
Jardim Alegre	00	0,0	02	0,62
Kaloré	01	0,25	00	0,0
Londrina	05	1,25	08	2,48
Mandaguaçu	04	1	14	4,35
Mandaguari	09	2,25	12	3,73
Manoel Ribas	00	0,0	02	0,62
Marialva	03	0,75	08	2,48
Marilândia do Sul	02	0,5	00	0,0
Maringá	88	22	160	49,69
Mauá da Serra	01	0,25	00	0,0
Munhoz de Melo	01	0,25	00	0,0

Nossa Senhora das Graças	01	0,25	00	0,0
Nova Esperança	02	0,5	06	1,86
Novo Itacolomi	01	0,25	00	0,0
Paçandu	08	2	06	1,86
Primeiro de Maio	01	0,25	00	0,0
Rolândia	01	0,25	00	0,0
Santa Fé	05	1,25	06	1,86
São Jorge do Ivaí	00	0,0	03	0,93
São Pedro do Ivaí	01	0,25	02	0,62
Sarandi	25	6,25	11	3,42
Uniflor	00	0,0	02	0,62
Subtotal Mesorregião Norte Central	182	45,5	257	79,81
Andirá	01	0,25	00	0,0
Conselheiro Mairinck	01	0,25	00	0,0
Jacarezinho	03	0,75	02	0,62
Santo Antônio da Platina	01	0,25	00	0,0
Wenceslau Braz	00	0,0	02	0,62
Subtotal Mesorregião Norte Pioneiro	06	1,5	04	1,24
Araruna	01	0,25	00	0,0
Barbosa Ferraz	01	0,25	00	0,0
Boa Esperança	02	0,5	00	0,0
Campina da Lagoa	07	1,75	00	0,0
Campo Mourão	11	2,75	00	0,0
Engenheiro Beltrão	01	0,25	00	0,0
Fênix	00	0,0	02	0,62
Goioerê	04	1	08	2,48
Janiópolis	01	0,25	00	0,0
Jataizinho	00	0,0	02	0,62
Moreira Sales	02	0,5	04	1,24
Quarto Centenário	00	0,0	04	1,24
Quinta do Sol	01	0,25	00	0,0
Roncador	02	0,5	00	0,0
Terra Boa	02	0,5	00	0,0
Ubiratã	02	0,5	00	0,0
Subtotal Mesorregião Centro-Occidental	37	9,25	20	6,21
Arapoti	01	0,25	00	0,0
Castro	02	0,5	00	0,0
Ortigueira	02	0,5	00	0,0
Piraí do Sul	01	0,25	00	0,0
Ponta Grossa	09	2,25	02	0,62
Reserva	01	0,25	00	0,0
Telêmaco Borba	07	1,75	00	0,0
Subtotal Mesorregião Centro-Oriental	23	5,75	02	0,62
Coronel Domingos Soares	01	0,25	00	0,0
Guarapuava	07	1,75	02	0,93
Reserva do Iguaçu	01	0,25	00	0,0
Virmond	01	0,25	00	0,0
Subtotal Mesorregião Centro-Sul	10	2,5	02	0,62
Assis Chateaubriand	04	1	00	0,0
Campo Bonito	01	0,25	00	0,0
Cascavel	09	2,25	02	0,62
Formosa do Oeste	00	0,0	02	0,62
Foz do Iguaçu	04	1	00	0,0
Guaíra	01	0,25	00	0,0
Guaraniaçu	01	0,25	00	0,0

Marechal Cândido Rondon	02	0,5	00	0,0
Missal	01	0,25	00	0,0
Santa Terezinha de Itaipu	01	0,25	00	0,0
Terra Roxa	01	0,25	00	0,0
Toledo	01	0,25	00	0,0
Subtotal Mesorregião Oeste	26	6,5	04	1,24
Coronel Vivida	01	0,25	00	0,0
Dois Vizinhos	03	0,75	00	0,0
Nova Prata do Iguaçu	01	0,25	00	0,0
Pato Branco	02	0,5	00	0,0
Subtotal Mesorregião Sudoeste	07	1,75	00	0,0
General Carneiro	02	0,5	00	0,0
Irati	01	0,25	00	0,0
União da Vitória	03	0,75	00	0,0
Subtotal Mesorregião Sudeste	06	1,5	00	0,0
Almirante Tamandaré	02	0,5	02	0,62
Antonina	01	0,25	00	0,0
Araucária	06	1,5	00	0,0
Balsa Nova	01	0,25	00	0,0
Campo Largo	04	1	00	0,0
Campo Magro	01	0,25	00	0,0
Colombo	06	1,5	00	0,0
Curitiba	09	2,25	00	0,0
Fazenda Rio Grande	00	0,0	03	0,93
Lapa	01	0,25	00	0,0
Paranaguá	01	0,25	00	0,0
Pinhais	00	0,0	02	0,62
Piraquara	03	0,75	00	0,0
Pontal do Paraná	01	0,25	00	0,0
Quatro Barras	01	0,25	00	0,0
Rio Negro	01	0,25	00	0,0
São José dos Pinhais	02	0,5	00	0,0
Subtotal Mesorregião Metropolitana de Curitiba	40	10	07	2,17
Erros/Ignorado	04	1	00	0,0
Total	400	100	322	100

Fonte: elaborado pela autora

Apêndice C: Número de crianças e adolescentes internados e número de internações provenientes de Maringá e sua distribuição por bairros

Bairro	n. de crianças/adolescentes		n. de internações	
	Freq.	%	Freq.	%
Bom Pastor	1	0,75	2	0,81
Branca Vieira	1	0,75	4	1,61
C.H.P José P de Oliveira	1	0,75	1	0,40
Centro	1	0,75	1	0,40
Cidade Alta	2	1,49	2	0,81
Conj. Itatiaia	2	1,49	2	0,81
Conj. Ney Braga	1	0,75	4	1,61
Conj. Requião	2	1,49	3	1,21
Conj. Thais	1	0,75	14	5,64
Grevílea	1	0,75	2	0,81
Iguatemi	8	5,97	12	4,84
Inocente Vila Nova Jr.	1	0,75	2	0,81
Jd. Aclimação	1	0,75	1	0,40
Jd. Alvorada	5	3,73	10	4,03
Jd. América	2	1,49	2	0,81
Jd. Bela Vista	1	0,75	1	0,40
Jd. Canadá	1	0,75	1	0,40
Jd. dos Pássaros	1	0,75	1	0,40
Jd. Hortência	2	1,49	2	0,81
Jd. Itaipu	1	0,75	1	0,40
Jd. Marajoara	1	0,75	1	0,40
Jd. Maravilha	1	0,75	1	0,40
Jd. Monte Rei	1	0,75	3	1,21

Jd. Novo Horizonte	1	0,75	2	0,81
Jd. Olímpico	3	2,24	3	1,21
Jd. Ouro Cola	1	0,75	1	0,40
Jd. Panorama	1	0,75	1	0,40
Jd. Paulista II	1	0,75	1	0,40
Jd. Santa Helena	1	0,75	1	0,40
Jd. São Francisco	1	0,75	2	0,81
Jd. São Silvestre	1	0,75	1	0,40
Jd. Universo	2	1,49	3	1021
Loteamento Madrid	1	0,75	1	0,40
Moradias Atenas	1	0,75	3	1,21
Odealdo Bueno Neto	1	0,75	1	0,40
Pq. Residencial Andreia	1	0,75	2	0,81
Pq. Industrial (endereço CENSE)	36	26,87	53	21,37
Pq. Industrial (outro endereço)	1	0,75	1	0,40
Pq. Laranjeiras	2	1,49	2	0,81
Pq. Residencial Aeroporto	2	1,49	2	0,81
Pq. Residencial Tuiuti	2	1,49	10	4,03
Quebec	1	0,75	1	0,40
Não informado	2	1,49	2	0,81
Santa Felicidade	1	0,75	5	2,02
São Domingos	1	0,75	7	2,82
Sem Endereço Fixo	3	2,24	3	1,21
Tarumã	3	2,24	6	2,42
Vila Emília	1	0,75	1	0,40
Vila Esperança	1	0,75	1	0,40
Vila Ipiranga	1	0,75	6	2,42

Vila Marumbi	1	0,75	1	0,40
Vila Morangueira	6	4,48	26	10,48
Vila Nova	1	0,75	1	0,40
Vila Operária	2	1,49	3	1,21
Vila Santa Isabel	2	1,49	4	1,61
Vila Santo Antônio	1	0,75	1	0,40
Zona 2	1	0,75	2	0,81
Zona 5	2	1,49	5	2,02
Zona 6	1	0,75	1	0,40
Zona 7	1	0,75	1	0,40
Zona 8	3	2,24	6	2,42
Zona 10	1	0,75	2	0,81
Total	134	100	248	100

Fonte: elaborado pela autora

Apêndice D: Internações compulsórias de crianças e adolescentes no HPM nos anos de 2016 e 2017.

Município	2016*	2017	Total
Maringá	01	03	04
Fazenda Rio Grande	01	02	03
Andirá	01	00	01
Cianorte	03	00	03
São José dos Pinhais	01	00	01
Irati	02	00	02
Santo Antônio da Platina	02	00	02
Araucária	02	01	03
Colombo	01	00	01
Castro	01	00	01
Ponta Grossa	03	01	04
Campo Mourão	01	00	01
Cascavel	03	02	05
São Tomé	01	00	01
Almirante Tamandaré	01	03	04
Londrina	02	03	05
Guarapuava	01	01	02
Ivaté	01	01	02
Dois Vizinhos	01	00	01
Rondon	01	00	01
Marechal Cândido Rondon	01	00	01
Piraquara	01	00	01
Curitiba	01	00	01
Foz do Iguaçu	03	00	03
Jacarezinho	01	00	01
Umuarama	00	01	01
Assis Chateaubriand	00	02	02
União da Vitória	00	02	02
Jataizinho	00	01	01
Wenceslau Braz	00	01	01
Godói Moreira	00	01	01
Cruzeiro do Oeste	00	01	01
Mandaguari	00	01	01
Campo Largo	00	02	02
Rio Negro	00	01	01
Total	37	30	67

* Não há registros referentes aos meses de maio, junho, julho e agosto

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME (2016-2017), elaborado pela autora.

ANEXOS

Anexo 1: Parecer Comitê de Ética.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Sob o olhar de Têmis: a justiça e a proteção à infância e à adolescência

Pesquisador: Maria Lucia Boarini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63611217.3.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.900.951

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

Objetivo da Pesquisa:

Utilizar os registros das altas de crianças e adolescentes que foram internados de forma recorrente em dois hospitais psiquiátricos - Hospital Psiquiátrico de Maringá-PR e Hospital Regional do Vele do Ivaí, em Jandaia do Sul-PR - e na Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá, com o objetivo de analisar a resolubilidade das reinternações psiquiátricas.

2) Realizar estudos de casos, buscamos compreender os fatores que vem motivando as repetidas internações dessa população.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A primeira consistirá em uma pesquisa documental e bibliográfica. De acordo com Oliveira (2007, p.69) "a pesquisa documental caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação". Em nosso estudo, as fontes de

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

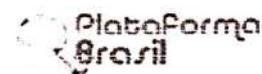
Telefone: (44)3011-4597

Fax: (44)3011-4444

E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 1.900.951

dados incluirão: a) Os registros das altas de crianças e adolescentes internados no Hospital Psiquiátrico de Maringá entre os anos de 2012 e 2016. Nesta instituição existe uma unidade com doze leitos destinados a usuários menores de 18 anos do sexo masculino. b) Os registros das altas dos adolescentes internados na Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal do município de Maringá-PR entre os anos de 2012 e 2016. A Emergência Psiquiátrica dispõe de quatorze leitos masculinos e doze femininos, para todas as idades. c) Os registros das altas dos adolescentes internados no Hospital Regional do Vale do Ivaí, em Jandaia do Sul-PR, entre os anos de 2012 e 2016. Neste hospital, a ala para usuários menores de 18 anos destina-se apenas ao sexo feminino e possui quarenta leitos. Estes registros contêm o nome, sexo, data de nascimento, data de internação e alta e diagnóstico do usuário e são encaminhados das unidades de internação às coordenações de saúde mental dos respectivos municípios, onde os dados são armazenados em arquivos físicos ou digitais. As coordenações de saúde mental dos municípios de Maringá-PR e Jandaia do Sul-PR já foram contatadas e autorizaram a realização da pesquisa. Os dados serão obtidos nos seguintes locais: a) Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá: A sede da coordenação localiza-se na Avenida Prudente de Moraes, 885, Zona 07, no município de Maringá-PR. b) Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Jandaia do Sul: A sede da coordenação está localizada nas dependências do Pronto Atendimento Municipal de Jandaia do Sul-PR, cujo endereço é Rua Dr. Clementino Schiavon Puppi, 566. Segunda Etapa Consistirá na realização de estudos de casos. Segundo Chizzotti (2000, p. 102), o estudo de caso caracteriza-se por designar "as pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos, a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência". Nessa fase, selecionaremos dois casos: a) a criança ou adolescente com maior número de internações no Hospital Psiquiátrico de Maringá; b) a criança ou adolescente com maior número de internações no Hospital Regional do Vale do Ivaí em Jandaia do Sul. A técnica para coleta de dados será a entrevista. Buscando compreender a trajetória que leva algumas crianças e adolescentes a serem internados em hospitais psiquiátricos por repetidas vezes, entrevistaremos um familiar de cada criança/adolescente e um profissional da saúde que tenha acompanhado os casos selecionados nesse percurso. O profissional da saúde será escolhido a partir da menção ou indicação dos familiares durante a entrevista. Todos os entrevistados serão esclarecidos previamente sobre o teor da pesquisa e caso aceitem participar, receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dentre as modalidades de entrevistas, optamos pela entrevista semi-dirigida. Minayo (1996) pontua que a qualidade desta técnica consiste na riqueza e abrangência de assuntos que ela possibilita explorar, já que "o entrevistador se libera de

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

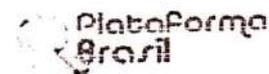
Telefone: (44)3011-4597

Fax: (44)3011-4444

E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 1.900.951

formulações prefixadas, para introduzir perguntas ou fazer intervenções que visam a abrir o campo de explanação do entrevistado ou a aprofundar o nível de informações ou opiniões" (p. 122). Um gravador de áudio e um roteiro de entrevista serão os instrumentos que auxiliarão na coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Folha de Rosto e TCLE dentro das normas solicitadas por este Comitê; Autorização da Coordenadora de Saúde Mental de Jandaia do Sul e do CECAP de Maringá; Roteiro de entrevista; Informações básicas do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_848853.pdf	09/01/2017 08:36:42		Aceito
Outros	ROTEIRODEENTREVISTA.pdf	09/01/2017 08:34:10	Marina Maria Beltrame	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/01/2017 08:33:25	Marina Maria Beltrame	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	09/01/2017 08:32:53	Marina Maria Beltrame	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao2.pdf	09/01/2017 08:32:18	Marina Maria Beltrame	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	09/01/2017 08:31:58	Marina Maria Beltrame	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	09/01/2017 08:31:18	Marina Maria Beltrame	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

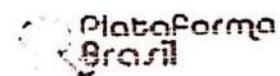
Telefone: (44)3011-4597

Fax: (44)3011-4444

E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 1.900.951

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARINGÁ, 30 de Janeiro de 2017

Assinado por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4597

Fax: (44)3011-4444

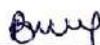
E-mail: copep@uem.br

Anexo 2: Autorização Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana-PR.**TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL**

Eu **Roberto Youiti Kaneta**, responsável pela **Autarquia Municipal de Saúde** estou ciente, de acordo e autorizo a execução da pesquisa intitulada “SOB O OLHAR DE TÊMIS: A JUSTIÇA E A PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA”, coordenada pelo(a) pesquisador(a) **MARINA MARIA BELTRAME**.

Declaro conhecer e cumprir a Resolução 466/2012 do CNS; afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento deste estudo; e sinalizo que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança/bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

Apucarana, 05 de Junho de 2019



Roberto Youiti Kaneta
Diretor Presidente Interino

Diretor Presidente da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana

Anexo 3: Mesorregiões do Paraná.