

Andrea Cristina Coelho Scisleski

**“ENTRE SE QUISER, SAIA SE PUDER”:
os percursos dos jovens pelas redes sociais
e a internação psiquiátrica**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador Dra. Cleci Maraschin

Porto Alegre

2006

Para aqueles que, como Gustavo, lutam contra o “destino”.

AGRADECIMENTOS

A meu irmão Daniel, por ter me incentivado, talvez sem perceber, a estudar um campo tão fascinante que é a Psicologia, e por ter me ensinado, através da sua maneira diferente de ver o mundo, coisas que jamais encontraria em livros.

As minhas irmãs, Priscilla e Daniela, pela amizade e carinho.

As minhas queridas avós que me ensinaram, com a grandeza da sabedoria de quem encontra na vida cotidiana verdadeiras lições de ética, responsabilidade e integridade.

A Felipe, por todo amor, amparo, apoio e paciência. Pelo incentivo nas horas difíceis. Por acreditar em mim.

Aos meus amigos, Rafael e Denise, pela amizade e companheirismo, que desde a graduação me acompanham nas divagações “psis” junto às “cevas” no Cavanha’s e nos barzinhos da Cidade Baixa, e claro, pelos cafezinhos no bar da Escola Técnica. A Vanessa, que me faz rir de mim mesma ao ver nossas semelhanças, e também pelo carinho e amizade. A vocês três agradeço pelas palavras amigas nos momentos de “crise”!!!

A Elisângela, colega querida, que muito colaborou comigo em discussões. Sou grata pela nossa amizade, que surgiu neste mestrado. E claro, não poderia deixar de agradecer pelas emergenciais assessorias de informática!

A minha superioradora, Cleci, pela acolhida no curso, pelo apoio e carinho, pelo exemplo de competência, pela paciência com as minhas “angústias de pesquisa” e pela confiança em meu trabalho. Agradeço também pelos momentos de troca, sabedoria e pela amizade que nutrimos desde a minha graduação.

Ao prof. Edson Luiz André de Sousa, que desde a minha graduação me encorajou a escrever e contribuiu de forma crucial para meu amadurecimento profissional.

À profa. Rosane Neves que, pela parceria e acolhida às idéias de “inspirações históricas” no campo da Psicologia Social, ajudou-me a formar um projeto de pesquisa. Agradeço também pelo carinho e amizade.

À profa. Jaqueline Tittoni, que sempre com seu pensamento instigante, contribuiu na minha formação através do incentivo a um constante exercício de pensamento crítico da Psicologia.

Ao historiador Edson Cheuiche do HPSP, por ter me apresentado ao mundo dos ácaros, dos documentos históricos e pelo apoio na pesquisa com a profa. Rosane Neves.

A Giselle Silva Sanches, coordenadora do Serviço de Psicologia do HPSP, pela atenção e colaboração com esta pesquisa e por possibilitar o contato com documentos que abordam a história da psicologia na instituição.

A toda equipe do CIAPS do HPSP: Marianne, Deborah, Olga, Regina, Maria Isabel e especialmente a Tatiane. Agradeço à equipe que, mesmo após o término do meu estágio de clínica em 2003, manteve as portas abertas para dialogar comigo e oportunizar o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao grupo de orientação do projeto “Oficinando em Rede”, em especial à profa. Simone Rickes que em muito contribuiu nas discussões para este trabalho.

Por fim, agradeço, principalmente, aos jovens do CIAPS e aos pacientes do HPSP pelos ensinamentos que me oportunizaram não apenas como profissional, mas como pessoa.

LISTA DE ABREVIATURAS

AHRS – Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul

ANTJ – Associação Nacional de Justiça Terapêutica

ASCHRS – Arquivo Solar dos Câmaras Histórico do Rio Grande do Sul

ASCM – Arquivo Santa Casa de Misericórdia

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CIAPS – Centro Integrado de Atenção Psicossocial

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FTMSM – Fórum Técnico Macrometropolitano de Saúde Mental

HSP – Hospital São Pedro

HPSP – Hospital Psiquiátrico São Pedro

JT – Justiça Terapêutica

SAIC – Serviço de Apoio Integral à Criança

SAT – Serviço de Admissão e Triagem

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

Esta dissertação problematiza a internação psiquiátrica de jovens, tomando-a não a partir de uma perspectiva psicopatológica individual, mas de uma dimensão subjetivo-social contemporânea, representada pelos percursos desses jovens pelas chamadas redes sociais. A presente pesquisa tem como campo empírico o Centro Integrado de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CIAPS) do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), na cidade de Porto Alegre/Brasil. Também fazem parte do campo investigativo o Fórum Técnico Macrometropolitano de Saúde Mental (FTMSM), o Serviço de Admissão e Triagem (SAT) do HPSP e o II Seminário Internacional de Justiça Terapêutica. O objetivo do estudo é investigar como se produz a internação psiquiátrica, tendo como foco de visibilidade desta produção o percurso dos jovens pelas chamadas redes sociais. Para tanto, como metodologia, foram realizadas oficinas com os jovens que estavam em atendimento sob regime de internação no CIAPS/HPSP. Contudo, para que a discussão não se restringisse à perspectiva dos jovens, ampliou-se o campo empírico para as instituições referidas com o intuito de problematizar-se as acepções de rede para os serviços em saúde mental envolvidos nos percursos juvenis. Percebeu-se uma recorrência no modo de funcionamento da “rede”, acarretando na produção de um certo perfil dos jovens que internam, como pobreza sócio-econômica e uso de drogas. Outro aspecto importante diz respeito ao papel da ordem judicial nos encaminhamentos à internação, que por vezes obedece tanto a uma lógica de punição aos jovens e dos serviços, como também de estratégia de acesso aos serviços de saúde.

Palavras-Chave: Internação Psiquiátrica, Juventude, Rede.

ABSTRACT

"Enter If You Will, Leave If You Can":
The Journey Of Youths Through Social Networks And Psychiatric Internments

This dissertation problemizes youth psychiatric internments, not on the individual psychopathological perspective, but from a contemporary social-subjective dimension, represented by the journey of youths through their so-called social network. The principal empirical field of this research is the Integrated Psychosocial Attention Center for Children and Adolescents (Centro Integrado de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes - CIAPS) of Saint Peter's Psychiatric Hospital (Hospital Psiquiátrico São Pedro - HPSP), in the city of Porto Alegre/Brazil. Included in the field of investigation are the Macro-metropolitan Technical Forum of Mental Health (Fórum Técnico Macrometropolitano de Saúde Mental - FTMSM), the Admission and Screening Service of Saint Peter's Psychiatric Hospital (Serviço de Admissão e Triagem – SAT - do HPSP) and the 2nd International Seminar of Therapeutic Justice (II Seminário Internacional de Justiça Terapêutica). The objective of the study is to investigate how psychiatric internments are produced, focusing on the journey of youths through their so-called social network as the evident production. Therefore, as methodology, workshops were put into practice with the youths that were being attended under internment regime at the CIAPS/HPSP. However, in sake of not restricting the discussion to the youth's perspectives, the field of investigation was extended by including the referred institutions with the purpose of problemizing the acceptations of network for the mental health services involved in the youth's journey. A recurrence in the manner that the "network" functioned was perceived, causing the production of a certain profile of youth internship, such as social-economic poverty and drug use. Another important aspect is related to the role of judicial orders in the recommendation of internments, which sometimes obeys to as much as the logic of punishment for the youths and the services, as well a strategy to access health services.

Keywords: Psychiatric internment; Youth; Network

ITINERÁRIO

1 (RE)TOMANDO UM RUMO	12
1.1 UMA NAU ATRACADA NA CIDADE	13
1.2 UMA PORTA QUE SÓ ABRE PELO LADO DE FORA	15
1.3 RAZÕES POSSÍVEIS PARA ESTA DISSERTAÇÃO	16
1.4 ENTRELAÇANDO IDÉIAS	20
2 UM PERCURSO TEÓRICO: PROBLEMATIZANDO USOS E ABUSOS DA NOÇÃO DE REDE	26
2.1 A REDE E SEUS PLANOS ONTOLÓGICOS E TOPOLÓGICOS	27
2.2 TRAMANDO REDES	29
2.3 AS SUBJETIVIDADES COMO PERCURSOS NA REDE	33
2.4 PARADIGMAS E REDE: CIÊNCIA E SUBJETIVIDADE	38
2.5 CONCEPÇÕES E AÇÕES NA CHAMADA REDE DE SAÚDE MENTAL	43

3	ABRIR CAMINHOS: DESAFIOS METODOLÓGICOS	48
3.1	ARTICULANDO PRÁTICAS E TEORIAS	49
3.2	PERCORRENDO CONFIGURAÇÕES PELO CAMPO EMPÍRICO DA PESQUISA	56
3.2.1	O HPSP e o CIAPS/HPSP como Produção Histórica	58
3.2.2	Oficinas de Percurso	59
3.2.3	Participações na Rede de Saúde Mental	61
3.2.3.1	O Fórum de Discussão na/da Rede	61
3.2.3.2	A Porta de Entrada para o HPSP	62
3.2.3.3	A Justiça Terapêutica	63
4	CONFIGURAÇÕES QUE GERARAM O NASCIMENTO DE UM HOSPÍCIO/HOSPITAL	65
4.1	A INVENÇÃO DO HOSPÍCIO – HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO	65
4.2	OLHARES ATENTOS: DETECTANDO OS “PEQUENOS PSICOPATAS”	71
4.3	OCUPANDO UM LUGAR ENTRE O ASILO E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS	79
5	MAPEANDO O COTIDIANO: A DINÂMICA DO CIAPS	86
5.1	EQUIPE(S): ENREDOS DE SABERES, PODERES E ALIANÇAS	86
5.2	PÚBLICO(S): PROTEÇÃO PARA CRIANÇAS E CONTENÇÃO PARA ADOLESCENTES	92

6	“ENTRE SE QUISER, SAIA SE PUDER”	98
6.1	MUITOS CAMINHOS, UM DESTINO	99
6.2	CIRCUITOS RECORRENTES, PERCURSOS APRISIONANTES	126
6.3	REDES E EMARANHADOS	131
6.3.1	Que <u>Rede</u> É Essa?	131
6.3.2	O Que É <u>Rede</u> ?	152
7	ARREMATANDO OU DESEMBARAÇANDO NÓS: CONSIDERAÇÕES FINAIS	160
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	165

APÊNDICES

1	TABELAS	177
1.1.	Tabela 1: Quadro Geral dos Jovens Internados no CIAPS/HPSP	177
1.2.	Tabela 2: Participantes das Oficinas de Percurso	177
1.3.	Tabela 3: Média de Idade e Situação Escolar dos Participantes da Oficina de Percurso	178
1.4.	Tabela 4: Número de Internações no CIAPS/HPSP dos Participantes das Oficinas	179
1.5.	Tabela 5: Profissionais do CIAPS/HPSP	181
1.6.	Tabela 6: Atuação dos Profissionais do CIAPS/HPSP	182

ANEXOS

1 CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO DEP/HPSP	184
2 CONSENTIMENTO INFORMADO	185

1 (RE)TOMANDO UM RUMO

“Gustavo, uma criança de seis anos, vem para atendimento psicológico encaminhado pelo abrigo residencial¹ onde mora há seis meses. O menino foi retirado da casa dos pais, juntamente com mais dois irmãos. A queixa do abrigo parte de momentos em que Gustavo demonstra agitação, ao mesmo tempo em que, em outras ocasiões, aparenta um profundo silêncio e apatia em relação às coisas que lhe dizem respeito. Segundo a monitora que o acompanha, Gustavo é a criança que mais preocupa os técnicos do abrigo. Ele costuma apresentar choros repentinos, comportamento regressivo, agitação e “chiliques”. Estes últimos a monitora explica: referem-se à insônia e aos prantos quando alguém tira suas coisas, adotando uma postura passiva, permitindo que as outras crianças da casa batam nele ou cortem o cabelo sem que tenha reação, por exemplo. A razão alegada para o menino ter sido retirado dos pais concerne à condição de maus tratos a que estava exposto na família, bem como seus irmãos. Sua irmã de quatorze anos sofreu abuso sexual pelo padrasto – pai de Gustavo – enquanto o menino e seu irmão de três anos, por negligência (suspeitava-se de que a mãe o colocava, junto aos irmãos, a esmolar na rua) e violência familiar (Gustavo costumava apanhar do pai, de cinta, nas costas, até dormir). No entanto, logo que comecei a atendê-lo, percebi, através do relato da monitora e do que aparecia no próprio atendimento de Gustavo, que no abrigo a situação não estava muito diferente do que se passara em seus tempos com a família. A equipe da monitoria, de modo geral, rejeitava o menino, e quando alguma criança aprontava alguma coisa, a culpa recaía sobre Gustavo... pois até as outras crianças já tinham se acostumado a colocar a culpa nele! O menino ficava sempre de castigo (não podia assistir TV, não podia brincar, ia dormir mais cedo, etc). Fora o fato de que, no abrigo, Gustavo não podia ter um brinquedo que fosse só seu: ou era de todos, ou era de ninguém. Ele não sabia mais se seus irmãos continuavam sendo seus irmãos ou se tinham se transformado em colegas de abrigo. Ademais, no dia-a-dia da instituição, eram muitas crianças e adolescentes para

¹ Os Abrigos Residenciais (ARs) são casas, subsidiadas pelo governo estadual, criadas em substituição aos serviços da FEBEM. Esses abrigos são planejados para funcionarem com, no mínimo, dois monitores por turno (preferencialmente, um homem e uma mulher), no intuito de atender às funções maternas e paternas, tidas pela psicologia desenvolvimentista como fundamentais ao ser humano em desenvolvimento.

poucos monitores; à noite, somente um ficava com os mais de quinze jovens que moravam no local. Sem falar nos acontecimentos que se desenrolaram e que fizeram dois monitores serem afastados de suas funções. Um deles foi afastado por acusação de abuso sexual a uma adolescente e o outro, uma monitora afastada devido a maus tratos a algumas crianças. Nesse contexto, Gustavo esteve muito perceptivo às dificuldades e aos conflitos que pairavam sobre sua nova casa, manifestando-se com angústia e aflição diante de tais acontecimentos. E o que me parecia mais triste é que somente no escasso tempo dos atendimentos que tinha no “São Pedro” Gustavo conseguia sentir-se acolhido, respeitado, escutado, de modo a ter me trancado na sala no último dia que fui atendê-lo”.

É dessa história que brota o desejo de pesquisa desta dissertação.

1.1 UMA NAU ATRACADA NA CIDADE

Na cidade de Porto Alegre – em meio a uma igreja, a uma associação de médicos, a uma delegacia, a uma vila e próxima a um “shopping” – há uma arquitetura imponente abrigando vidas e histórias invisíveis². O lugar concentra diversos saberes, calados ou soberanos, evidentes ou escondidos. Entrar na sua imensidão é um mergulho em um universo desconhecido, que é, ao mesmo tempo, obscuro e fascinante. Sua paisagem, como uma nau atracada na cidade, guarda náufragos e naufrágios em pleno solo urbano.

É dessa sensação estranha e oceânica, de encontros entre tempos distintos e espaços variados sintetizados em um único lugar, que procurei criar estratégias

² Essa proximidade geográfica, com exceção do “shopping”, não é uma coincidência. De acordo o material encontrado no Tombo nº 24 do Departamento de Administração do Patrimônio do Estado do Rio Grande do Sul – a começar na última gestão do doutor Jacintho Godoy como diretor do HPSP, assim como também nas gerências de outros médicos-diretores – partes do terreno pertencentes ao hospital foram doadas para algumas instituições, como à igreja, aos médicos e à polícia. A vila concerne a uma área do terreno do hospital que foi invadida por pessoas em extrema situação de pobreza.

para entrar no mar da pesquisa. Mesmo com cuidado para evitar afogamentos, foi inevitável não ser tragada por algumas questões. Uma das perguntas que fiz por esse mar adentro diz respeito a como algumas pessoas, no caso crianças e jovens, passaram a fazer parte da população da nau chamada Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP).

É difícil descrever o sentimento dessa travessia ao adentrar em um continente de clausura onde pessoas – que circulam pelos lados externos e internos dos muros – vivem presas. O HPSP é lugar de clausura, mas também a cidade é por ele enclausurada à medida em que foi capaz de construí-lo.

Como encontrar portas? Como entrar e sair do HPSP sem por ele ser capturada? Por que os fluxos das correntes que atracaram essa nau na cidade são tão fortes que ainda a mantém ali, invisivelmente colossal?

Certamente o HPSP realizou mudanças em suas paisagens, se pensarmos no momento atual da instituição em comparação com os discursos e saberes que a arquitetaram. Mas o que tais transformações efetivaram?

A experiência de atender Gustavo foi decisiva na escrita dessa dissertação. Perguntava-me, ainda na época em que fazia o estágio de Psicologia Clínica no “São Pedro”, como um menino tão pequeno já tinha seu destino tão rigidamente traçado. O futuro de Gustavo, antecipado e manifesto na maneira pela qual era tratado por seus “cuidadores”, parece assombroso e inevitável. Gustavo já nasceu culpado.

Culpado por ser pobre. Culpado por vir de uma “família desestruturada”. Culpado por ser criança. Culpado por ser quieto. Por ser explorado. Por ser espancado. Por existir.

Atender Gustavo provocou-me um misto de angústia, inquietação, solidariedade, carinho. Conforme fui desenvolvendo minhas atividades como estagiária na instituição, pude perceber que a história de Gustavo era uma “gota no oceano”. Com isso, não minimizo a história do menino, apenas ressalto que, como a dele, há muitas outras.

Neste primeiro momento, escrevo na primeira pessoa do singular por enfatizar, inicialmente, a minha própria trajetória pelo “São Pedro”. Contudo, adiante no texto, mudo meu modo de escrita para primeira pessoa do plural, com o intuito de incluí-lo, leitor, no percurso que por essas páginas inicia-se.

1.2 UMA PORTA QUE SÓ ABRE PELO LADO DE FORA

Esta dissertação nasce do interesse de pesquisar o percurso de crianças e jovens pelas chamadas redes sociais³, que precede a internação psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP). Na instituição, a unidade responsável por essa modalidade de atendimento é o Centro Integrado de Atenção Psicossocial à criança e ao adolescente (CIAPS).

No entanto, curiosamente, é interessante notar que o peso de uma história asilar ainda adentra, às vezes com sutilezas, às vezes não, no CIAPS/HPSP. A porta de entrada, que só abre pelo lado de fora, por exemplo, pode ser uma metáfora que nos ajuda a problematizar essa questão. Assim, a via da saída do CIAPS se dá pela chave, possuída pelos profissionais do local.

³ A discussão conceitual do termo rede será feita no decorrer de toda a dissertação, mas especialmente nos capítulos 2 e 6.

Essa metáfora é pertinente porque ilustra um pouco a relação que se faz com o CIAPS: é difícil sair. Às vezes a dificuldade é assumida pelo paciente que, ao obter alta, quer voltar. Mas também por quem trabalha, como estagiários que retornam fazendo trabalho voluntário ou pesquisa! No segundo caso, isso se deve, possivelmente, à riqueza de questões que habitam o universo do CIAPS/HPSP e que o tempo da experiência trazida pelo estágio não dá conta nem esgota essas inquietações e desassossegos.

1.3 RAZÕES POSSÍVEIS PARA ESTA PESQUISA

Como dito anteriormente, o interesse pela temática da produção da internação psiquiátrica de jovens teve início a partir dos relatos dos pacientes atendidos durante a realização do estágio de Psicologia Clínica/UFRGS, no ano de 2003, no referido local, que na época chamava-se – por uma opção política sustentada pela equipe técnica – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)⁴ do HPSP.

A experiência como estagiária de psicologia nessa instituição possibilitou-me atender Gustavo; sua história apresentava várias perguntas, a grande maioria delas apontava menos para suas dificuldades individuais do que para as chamadas redes sociais que, em sua ação dita protetiva, pareciam jogá-lo em um “beco sem saída”.

Quando o menino não se comportava “corretamente”, ou seja, ao contrário

⁴ A questão do nome da unidade do HPSP será abordada posteriormente, nos capítulos 3 e 4.

dos moldes esperados pelo abrigo onde morava, a monitoria, ou a própria coordenação da Fundação de Proteção Especial, telefonava ou para o CAPS/HPSP ou mesmo para os telefones dos profissionais encarregados de atendê-lo, ameaçando que se ele não recebesse um maior número de atendimentos semanais, entraria em contato com o Juizado da Infância e Juventude e o encaminharia à internação via ordem judicial – tarefa que não seria difícil para o abrigo, uma vez que esse tipo de relação com o poder judiciário é corriqueira. Se Gustavo “melhorava”, brincando e correndo como a maioria das crianças do abrigo, incomodava, tornando-se “bagunceiro”; se Gustavo dizia que queria fugir de lá, era porque “regredia” à situação anterior, “piorando”.

Contudo, não apenas a situação de Gustavo era alarmante, mas também as experiências dos jovens internados no CAPS/HPSP⁵. Os relatos da grande maioria traziam questões parecidas: pobreza extrema, abandono, baixa escolaridade; uso abusivo de drogas – geralmente o “crack” – e autoria de atos infracionais. Gustavo, embora não passasse pela experiência de internação nem fizesse uso de drogas ou cometesse infração, era tratado pelo abrigo onde vivia não como uma criança, mas como uma espécie de criatura irrecuperável, seja pelo sofrimento que sentia, seja pelo “futuro inevitável” como um criminoso, tal como o pai.

Nesse sentido, mais uma vez, questionamentos a respeito das denominadas redes sociais tornavam-se importantes, demandando uma

⁵ Cabe dizer que o CIAPS/HPSP é o local que mais atende os jovens para internação psiquiátrica para os municípios gaúchos da capital e da Grande Porto Alegre (1^a CRS), os do Vale do Taquari (2^a. CRS) e os do Litoral Norte (18^a. CRS). No CIAPS/HPSP são 10 vagas para internação psiquiátrica de jovens. Fora este local, para atender a demanda desses mesmos municípios dispõem-se de 2 vagas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

investigação concernente às lógicas que se fazem vigentes no agenciamento de internações psiquiátricas à população infanto-juvenil. A nosso ver, essas lógicas produzem sujeitos, permitindo compreender, portanto, de que modo tantos jovens, oriundos de diversas cidades do Rio Grande do Sul, podem ter experiências surpreendentemente parecidas.

Questionamentos sobre a dinâmica das ditas redes sociais que se articulam para a internação no HPSP instigaram-nos a estudar as configurações dessas redes e, ademais, também levou-nos a perguntar a partir de que momento iniciou-se a prática de internação de crianças e jovens na instituição. Decidimos, então, percorrer as redes que se articulavam com o CIAPS/HPSP, com o intuito de investigar como se produzem internações psiquiátricas para essa população etária.

Dessa maneira, colocamos a pergunta: ***como se produz, através do percurso dos jovens pelas chamadas redes sociais, a internação psiquiátrica no CIAPS/HPSP?***

Tomando como o problema desta pesquisa as redes sociais e seus entrelaçamentos com os percursos dos jovens – em vez das possíveis questões diagnósticas psicopatológicas dos pacientes – propomos um outro olhar sobre as práticas dos serviços em saúde mental, ao abordar produção da internação psiquiátrica.

Para organizar uma discussão sobre essa problemática, dividimos a dissertação do seguinte modo: 1) após essa breve introdução que apresenta uma trajetória prévia e pessoal da autora pelo HPSP e o problema de investigação, procede-se a um levantamento de pesquisas que demonstram afinidades com

esta dissertação; 2) segue um capítulo que pretende trazer subsídios teóricos para problematizar a idéia de rede com o intuito de fundamentar apontamentos a análise. Em seguida, abordaremos 3) o método utilizado para as intervenções e as participações nas ações da investigação e, finalmente, 4) a discussão da análise do material produzido no campo empírico da pesquisa.

Ressaltamos que o campo desta pesquisa é constituído por um conjunto de instituições/situações/informações que interferem umas nas outras e que podem explicitar com maior nitidez o entrelaçamento do percurso dos jovens com as chamadas redes sociais, a saber: delineamento de um panorama histórico sobre a internação do público infanto-juvenil no HPSP, oficinas de percurso com os jovens internados no CIAPS/HPSP, participação no Fórum Técnico Macrometropolitano de Saúde Mental e no II Seminário Internacional de Justiça Terapêutica, e entrevista com o Serviço de Admissão e Triagem do HPSP.

Com esse roteiro, convidamos o leitor a realizar conosco, pelas próximas páginas, um itinerário, que se desenrola em idéias advindas de experiências teóricas e práticas cotidianas desta proposta investigativa, alinhavado com o contexto do CIAPS/HPSP e com o percurso dos jovens que chegaram ao referido local através da internação psiquiátrica. Trilhas, caminhos, pontes. É utilizando mecanismos de travessias que procuramos problematizar o (des)encontro dos próprios jovens com seus percursos.

1.4 ENTRELAÇANDO IDÉIAS

Como este trabalho pretende abordar a relação entre os percursos dos jovens pelas chamadas redes sociais e a produção da própria internação psiquiátrica em um serviço de atendimento para crianças e adolescentes, CIAPS/HPSP, alguns conceitos tornam-se importantes, como a problematização das acepções dos possíveis sentidos do significado de rede, quer pela via de um panorama teórico, quer pelas experiências dos jovens, ou ainda pela via das próprias instituições de saúde mental. Desse modo, alguns levantamentos bibliográficos de dissertações de mestrado e de teses de doutorado foram feitos, mas poucos materiais foram encontrados que desenvolvam satisfatoriamente esses temas. Com isso, destacamos alguns desses estudos que, se não tratam diretamente sobre o assunto, ajudam a problematizá-lo.

No Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGPSI/UFRGS), encontramos as dissertações de Ângela Maria Pagot (2000), “O Cotidiano da Loucura: palavras de inclusão e exclusão” e de Fábio Moraes (2000a), “Abrindo a Porta da Casa dos Loucos (ou para ativar a potência dos fluxos)”.

A primeira dissertação fala da clínica da loucura a partir da experiência de um serviço público de atendimento intensivo aos usuários e substitutivo à internação – *CAIS Mental*. Pagot (op. cit.) dá destaque para análise do estudo nos processos de exclusão e de inclusão social através das contribuições da psicanálise para o tratamento da psicose. O que nos chama a atenção é que ao longo do trabalho, a autora utiliza o termo rede para falar das relações sociais,

empregando-o como sinônimo de laço social na vida dos pacientes.

Além disso, Pagot usa a palavra rede para mencionar as propostas relativas à Reforma Psiquiátrica, especialmente no capítulo 1 da dissertação. Contudo, a autora não aprofunda as possíveis acepções conceituais da noção de rede, o que é justificável, uma vez que não é o objeto de sua pesquisa.

Por sua vez, a dissertação de Fábio Moraes (op. cit.) está centrada em dar visibilidade aos discursos que constituem as práticas de saúde mental, referindo inclusive, ao cenário do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP). Moraes faz um breve apanhado histórico de alguns discursos – especialmente o médico – através de alguns recortes no tempo que abordam o modo como esses discursos tomam a cena no âmbito da saúde e como se materializam em práticas, tendo como viés a teoria deleuzeana. O autor aborda o desenvolvimento de alguns discursos que construíram dispositivos, permitindo o surgimento da psiquiatria como saber hegemônico frente à loucura. Alguns desses dispositivos apresentam-se como marcos importantes para a configuração e legitimação da psiquiatria, tais como a invenção do hospício, o movimento eugenista na saúde mental, a nosografia – entre outros.

Moraes concentra o foco do estudo nas propostas da Reforma Psiquiátrica a partir de sua experiência de trabalho como psicólogo no contexto da saúde pública na *Casa de Saúde Mental de Novo Hamburgo*. O autor problematiza a forma como os discursos psiquiátricos vão se produzindo a partir de contingências sociais, políticas, culturais e econômicas. O autor fala ainda da importância da Reforma Psiquiátrica como uma outra modalidade discursiva, implicada com uma concepção de saúde mental que visa resgatar os direitos dos pacientes, extinguir

os hospitais psiquiátricos, bem como organizar uma dita rede de serviços alternativos e criticar o saber tecnicista da psiquiatria.

Moraes retrata também a importância dos serviços substitutivos como cruciais para a articulação do trabalho e da atenção na saúde mental, enfatizando a necessidade de intervir e interagir em rede. Quanto a essa forma de interação, no capítulo 3 da dissertação, Moraes atribui como sinônimo de rede a estruturação de uma gama de serviços que funcionariam como um rizoma, conforme a teoria deleuzeana. Contudo, se formos mais a fundo no que se refere à expressão rede, o autor não se preocupa em conceitualizá-la com profundidade, utilizando-a como um termo calcado na organização dos serviços de saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

É na referência à idéia de rede que ambos os trabalhos se aproximam da proposta desta dissertação. Contudo, a questão da rede nos estudos citados não é debatida, já que não é o alvo ou o objeto de problematização e de análise dos autores.

Assim, nosso trabalho se diferencia das pesquisas anteriormente citadas porque traz propostas e problemas investigativos distintos, já que nossa própria pergunta problematiza uma conexão dos percursos dos jovens internados no CIAPS/HPSP com as chamadas redes sociais em saúde mental – ao fazer isso colocamos em análise a própria idéia de rede.

Além disso, percebemos no levantamento bibliográfico das pesquisas realizadas no PPGPSI/UFRGS que nenhum trabalho, até o momento, diz respeito à internação psiquiátrica de jovens em hospitais gerais ou psiquiátricos. Fora isso, algumas dissertações que referem ao próprio HPSP geralmente se posicionam,

em termos metodológicos, ou através de estudo de casos analisados em um viés psicanalítico; ou através da cartografia, com destaque para o próprio percurso do pesquisador.

Dessa maneira, a partir das características do campo empírico e da forma de abordá-lo, acreditamos que nosso trabalho produz alguma inovação no PPGPSI/UFRGS.

Os autores que abordaremos a seguir não trabalham com a idéia de rede, embora seus estudos possam contribuir para pensá-la.

Outra pesquisa de mestrado, fora do PPGPSI/UFRGS, que nos chama atenção é a de Alexandre Schiavoni (1997), do PPG em História/UFRGS. O autor aborda a institucionalização da loucura no HPSP, com a dissertação chamada “A Institucionalização da Loucura no Rio Grande do Sul: o Hospício São Pedro e a Faculdade de Medicina”. Schiavoni (op. cit.) discute a construção do HPSP e sua ligação com a medicina no Estado gaúcho. Dessa maneira, o autor coloca a relação entre o nascimento da medicina sul-rio-grandense com a prática asilar, que se estabelece e que influencia ainda hoje o que existe em termos das práticas em saúde mental. Talvez por ser historiador – de um outro ramo de saber que não a área “psi” ou mesmo das ciências da saúde – Schiavoni percebe a loucura não apenas em uma dimensão política (esta muito presente em seu trabalho), mas também revelando algumas cristalizações que os saberes psiquiátricos e psicológicos fizeram da loucura enquanto naturalização de um sofrimento humano.

Fora da UFRGS, outro trabalho interessante é o de Jefferson Bernardes (1995), chamado “A Representação Social da Loucura: a face oculta do discurso médico”, realizado no PPG de Psicologia Social e da Personalidade da PUCRS.

Destacamos que Bernardes (op. cit.) apresenta diversos discursos que marcam as representações dos loucos em diferentes épocas e abordagens, enfatizando a situação da cidade de São Lourenço do Sul – pioneira no Estado na atenção básica em saúde mental identificada com as propostas da Reforma Psiquiátrica – através da pesquisa com a *Nossa Casa*, um dos primeiros serviços alternativos à internação psiquiátrica no Brasil. Nesse local, o autor leva em conta o discurso dos técnicos e funcionários e também dos próprios usuários do serviço em relação à loucura e ao que ela significa para os serviços de saúde mental desse município.

Por fim, fora das pesquisas realizadas no Rio Grande do Sul, encontramos a dissertação que parece mais próxima e pertinente a nosso trabalho; trata-se do estudo de Ana Lúcia Bentes (1999), da Fundação Oswaldo Cruz, intitulada “Tudo como Dantes no Quartel de A’brantes: um estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial”. Nessa escrita, a autora consegue apresentar a interferência do campo jurídico na área da saúde mental. Bentes (op. cit.) revela um histórico da organização das instâncias jurídicas que, paulatinamente, vão adentrando no campo da saúde mental para crianças e adolescentes e que, na atualidade, acabam configurando uma via importante de acesso à internação psiquiátrica. Além disso, a autora percebe uma forte diferença não apenas no perfil dos jovens que são encaminhados pelo juiz em relação àqueles que não o são, mas também no próprio modo como tais adolescentes são tratados pela equipe técnica durante a internação psiquiátrica.

A dissertação de Bentes (1999) se assemelha da nossa em relação ao campo da pesquisa, que refere à internação psiquiátrica de um público infanto-juvenil atrelado ao encaminhamento via ordem judicial. No entanto, há diferenças

importantes entre os trabalhos como, por exemplo, nosso público ser de ambos os sexos e o da autora ser constituído apenas pelo público do sexo masculino; o nosso estudo não é absoluto em termos de encaminhamentos judiciais, o da autora sim – ainda que estes sejam bastante expressivos em nossa pesquisa.

As investigações citadas auxiliam a dimensionar a complexidade das articulações nas/das/pelas ditas redes em saúde mental. Tais estudos provocam um exercício de reflexão, em que as relações entre os saberes e suas respectivas práticas protagonizam e configuram efeitos que reorganizam, constantemente, as chamadas redes sociais das quais participam, tensionando embates ou estabelecendo estigmatizações, por exemplo.

Contudo, devido à concepção de rede, e pela mesma não haver sido problematizada nesses trabalhos, parece-nos que a idéia que persiste é um emprego abusivo do termo, sem maiores preocupações em conceituá-lo, como vemos nos estudos de Pagot (2000), que iguala rede a laço social, e Moraes (2000a) que percebe a rede como rizoma.

Além disso, a menção à rede feita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta, igualmente problemas conceituais, especialmente no que tange ao fluxo dos encaminhamentos, como veremos adiante no capítulo 2 e no capítulo 6.

Suscitadas essas questões, convidamos o leitor a realizar um percurso teórico, implicado em apontar algumas definições que problematizem os sentidos dados a noção de rede.

2 UM PERCURSO TEÓRICO: PROBLEMATIZANDO USOS E ABUSOS DA NOÇÃO DE REDE

Neste capítulo vamos trabalhar com a idéia de rede segundo Michel Serres (sd), Pierre Musso (2004) e Boaventura Santos (2002). Os dois primeiros autores tratam da concepção de rede em uma perspectiva conceitual e teórica, ao passo que Boaventura Santos problematiza as redes sociais⁶ em uma perspectiva subjetiva e contemporânea.

Além disso, vamos discutir a concepção de rede associada à noção de experiência, definida de acordo com o que os jovens apontaram nas oficinas de percurso enquanto vivências que são tomadas como encadeadoras da internação psiquiátrica no CIAPS/HPSP.

A idéia de rede é importante por consistir em um modo de fazer referência ao funcionamento dos serviços de saúde, como vimos no capítulo anterior, além

⁶ Boaventura Santos não conceitualiza especificamente as redes sociais. O autor emprega o termo para se referir às instituições organizadas pela sociedade contemporânea.

de concernir a um conceito que, por vezes, é utilizado com muita liberdade e sem maiores aprofundamentos teóricos. Nesse sentido, nossa intenção é fazer um apanhado teórico que auxilie na problematização dessa noção, possibilitando perceber a dimensão que as concepções de rede adquirem. Finalmente, também vamos abordar os princípios norteadores do denominado *trabalho em rede* no âmbito da saúde mental no Brasil e especialmente no Rio Grande do Sul, evidenciando que essa idéia tem sido empregada como operadora de políticas públicas e propostas de intervenção.

2.1 A REDE E SEUS PLANOS ONTOLÓGICOS E TOPOLÓGICOS

Conceituar rede é uma tarefa árdua. Simplesmente porque não se trata de um estatuto epistemológico, como é o caso, por exemplo, do conceito de *inconsciente*, que é atribuído de um modo quase inteiramente consensual à psicanálise. Por não possuir um campo teórico próprio, rede é uma expressão ampla, que carrega consigo muitas potencialidades de acepções e, simultaneamente, devido à sua abrangência, confunde. Dessa maneira, lançaremos mão de alguns autores capazes de contribuir para problematizar esse termo e seus usos e abusos.

A partir das concepções de Michel Serres (sd), podemos pensar a rede em duas perspectivas distintas e complementares: uma *dimensão ontológica* e uma *dimensão topológica* (MORAES, 2000b).

Na dimensão ontológica, a rede é tomada como uma espécie de usina produtora de sentidos, objetos, posições subjetivas, instituições e construtora de

práticas e saberes. Isto é, uma estrutura de nós e ligações heterogêneas na qual seu operar é capaz de fazer emergir objetos, sujeitos e mesmo outras redes; acarretando, além disso, – redundâncias, recorrências, distinções – podendo chegar até mesmo a cristalizações.

Na dimensão topológica, podemos conceituar a rede como um modo de organização espaço-temporal; ou seja, como uma matriz sócio-técnica (MORAES, op. cit.; MUSSO, 2004) que organiza fluxos e recorrências, podendo ser mapeável ao configurar vizinhanças e fronteiras, operando como uma ferramenta ou tecnologia social.

As distinções mencionadas anteriormente possibilitam evidenciar que os trabalhos arrolados no capítulo anterior, quando utilizam o termo rede, o fazem na segunda acepção: como uma tecnologia social de organização de espaços temporais, de sujeitos, instituições e fluxos. Nessa mesma perspectiva a rede realiza duas operações aparentemente paradoxais: controlar e fazer circular.

Nosso alvo de interesse é o âmbito das relações que são constituídas quando tomamos as redes como tecnologias sociais e dos jogos que as movimentam (controle e circulação), bem como as implicações políticas dos nós que as tecem. Por isso, a análise pela topologia é importante, embora não possamos desvinculá-la da idéia ontológica. Tal foco se sustenta porque, no caso de nosso trabalho, o próprio CIAPS/HPSP se produz no cruzamento de muitas instituições, estabelecendo relações diversas entre si e também com outros nós, e mesmo outros espaços externos ao HPSP que também interferem no cotidiano do local, compondo a chamada rede de saúde mental.

Cabe ressaltar que, quando falamos nos nós da rede estamos nos referindo aos estabelecimentos, às instituições, às legislações e às posições de sujeitos. Nesse sentido, parece-nos pertinente apontar que a noção de rede, do modo como a entendemos, se constitui e engendra (ontologia) e se organiza (topologia) em diversos nós heterogêneos.

Enfatizamos, porém, que nem tudo opera em rede. Quando referimos que as instituições podem ser consideradas nós das redes, por exemplo, estamos destacando uma característica importante que qualifica o que pode ser entendido como reticular: a condição de potência (ou seja, virtualmente em uma rede todos os nós se conectam). Mas essa condição virtual não está necessariamente atualizada porque nem sempre os nós funcionam articulados, originando uma dinâmica topológica de interrupções, fronteiras que controlam e fazem circular fluxos por diferentes percursos. Essa idéia evoca a importância de abrangermos as duas dimensões de rede, pois para compreender como opera determinada configuração de rede não basta apenas que exista a possibilidade de conexão entre diversos nós (ontologia), mas há de se estudar seus desenhos, sua topologia: acessos, fechamentos, vizinhanças, fronteiras.

2.2 TRAMANDO REDES

Pierre Musso (2004) contribui para uma problematização do termo rede, alertando sobre o excesso de seu uso, quase onipresente, que acaba provocando um esvaziamento de significados, banalizando-o. O autor desenvolve um breve histórico do termo até a época na qual adquire um estatuto de passagem.

Anunciada pelo Racionalismo cartesiano no século XVII como modelo de pensamento e, no início do século XVIII, identificada com o corpo pelo olhar do anatomista, a rede passa a contribuir com a ciência como uma metáfora importante. Não obstante, foi através dos estudos de Saint-Simon, entre os séculos XVIII e XIX, que a expressão recebeu uma conotação de conceito que evoca a idéia de movimento, privilegiando o sentido de passagem e de potência, a partir do modelo fenomenológico do organismo como um efeito de lutas entre sólidos e fluidos.

Musso (2004) trabalha a rede não apenas em termos conceituais, mas também como operador. Como conceito e, portanto, ontologicamente, a rede seria um modelo de raciocínio; ao passo que, no viés da topologia, ela seria uma forma de organização do espaço-tempo, como uma matriz sócio-técnica, caracterizando multiplicidades de redes que se comunicam, se relacionam e se compõem de modos diversos. Para o autor, a rede é uma técnica que faz vínculos e é um operador político-moral que produz sentidos. Musso (op. cit.) concebe a rede como estrutura de interconexão, composta por nós em interação que territorializam ou desterritorializam práticas e saberes.

Retomando o ponto de vista de Michel Serres (sd), a concepção de rede é definida como uma pluralidade de *pontos* ligados entre si por uma pluralidade de *caminhos*. Através da construção de uma lógica espacial, Serres afirma que nenhum ponto, a princípio, é privilegiado em relação a outro – estando virtualmente cada ponto conectado aos demais – cada ponto possui seu próprio poder, sendo diferentes entre si. Tais características também valem para os caminhos. Sinteticamente, um ponto pode ser uma intersecção de duas ou mais

vias, ao passo que um caminho pode ser visto como uma relação constituída a partir da correspondência entre duas intersecções.

Para o autor, se um ponto da rede muda de lugar, o conjunto da rede pode se transformar em uma nova rede onde a situação respectiva dos pontos é tão diferente como a variedade dos caminhos. Um exemplo que pode nos servir de ilustração para compreender o movimento das redes, conforme o próprio Serres explica, é o jogo de xadrez. Como um modelo tabular, o caminho escolhido por um jogador na partida pode ser, entre outros possíveis, aleatório. Nesse momento inicial, as possibilidades de jogadas são diversas, porém, com o desenrolar da partida e no encontro com os lances do adversário, chega-se a uma determinação cada vez maior, que, progressivamente, levará a um impasse ou, mais comumente, ao xeque-mate. Através desse exemplo, percebemos que não apenas a disposição do conjunto do tabuleiro se modifica, mas também a potencialidade das jogadas, uma vez que a configuração espacial das peças pode, variavelmente, adquirir maior ou menor poder. Assim, os arranjos que se estabelecem são temporários e implicam a transformação global da situação espaço-tempo em que aparecem.

Ressaltamos que a dinâmica operatória de uma rede pode ampliar ramificações, construir limites, vizinhanças, fechamentos, e, portanto, definir um dentro e um fora, sendo passível de ser perturbada. Ao mesmo tempo, pensando na ontologia, os paradigmas e as políticas das relações que se estabelecem também são emergências do operar das redes – eles não estão fora das conexões em que se constituem. A topologia assumida pelas redes em determinado momento resulta e produz, ao mesmo tempo, saberes e implicações políticas.

Isto é, podemos tomar as conexões como modos de *articulação política* (como forças e tensionamentos) e *paradigmáticos* (como saberes). Esse arranjo entre os efeitos paradigmáticos e políticos do operar das redes, retroage sobre as mesmas, modulando-as. É interessante pensar que algumas configurações assumidas pelas redes podem enrijecer-se, cristalizando-se como um itinerário fechado transformando-se em uma estrutura rígida. Desta operação, pode ocorrer a formação de um “curto-circuito” – como veremos adiante.

A interação que se dá entre os nós pode tornar a rede híbrida, no sentido de delimitar e definir suas ações e seus interesses, estruturando um certo desenho topológico e configurando percursos recorrentes, como no caso dos encaminhamentos dos jovens, nos quais observa-se uma repetição dos caminhos que levam à internação psiquiátrica no CIAPS/HPSP: estabelecimentos de políticas sanitárias, educativas e judiciais. Enfatizamos, com isso, que a idéia de rede que estamos abordando é capaz de constituir-se em ferramentas de análise de um operar, no qual se articulam saberes e políticas. Nesta pesquisa, as políticas públicas de saúde mental são compostas por nós e por caminhos que podem se especificar em vários ramos de saberes (medicina, psicologia, direito, educação, entre outros) e, por conseguinte, nas suas especialidades (psiquiatria, neurologia, psicologia social, justiça, psicopedagogia, por exemplo).

Entendemos, no âmbito de nosso trabalho, como nós da rede as instituições e os estabelecimentos heterogêneos envolvidos no processo de internação psiquiátrica dos jovens ao ingresso no CIAPS/HPSP (hospitais, leis, regulamentos, conselhos tutelares, serviços de saúde mental, abrigos, famílias, escolas, justiça, posições de sujeito, etc). Na relação entre os nós que tramam

essa denominada rede de saúde mental voltada ao público infanto-juvenil, constituem-se articulações políticas de aliança ou de discordância que, ao interagirem, produzem tensionamentos na dinâmica do fluxo reticular. Esses tensionamentos expressam embates, impasses e políticas das/nas relações entre os nós. Um exemplo disso pode ser o encaminhamento à internação psiquiátrica via ordem judicial que, ao acessar aos serviços de saúde por uma determinação imposta, produz, com frequência, uma sobrecarga aos funcionários do local, superlotando o hospital.

Dessa maneira, os tensionamentos não apenas conformam o desenho da rede – colaborando para a formação de um caminho recorrente, conforme o exemplo acima – como também transparecem os saberes envolvidos na trama (no caso, demonstra uma hierarquia imperativa do judiciário), se atualizando no exercício político que as articulações entre os nós da rede denunciam. Quando, por exemplo, é um outro serviço de saúde que aciona a determinação judicial, há o surgimento de um ciclo repetitivo que se atualiza constantemente na rede.

2.3 OS PERCURSOS NA REDE COMO PRODUTORES DE SUBJETIVIDADES⁷

Anteriormente, abordamos a noção de rede em suas perspectivas conceituais, necessária à composição desse trabalho; agora, queremos também tratar da idéia de sujeito engendrado no interior de um percurso pela rede. Assim,

⁷ A idéia de subjetividade que estamos utilizando refere à forma com que os jovens tomam para si a relação do percurso que fazem na rede com suas experiências de vida, isto é, não é nossa pretensão definir teoricamente as possíveis acepções que o termo se ocupa, mas utilizá-lo no sentido de posições de sujeito corporificadas.

um outro sentido relacionado a esta idéia que vamos enfatizar concerne ao modo como os adolescentes internados no CIAPS/HPSP se constituem subjetivamente a partir de seus percursos pela experiência da internação psiquiátrica.

É interessante perceber que as trajetórias recorrentes dos jovens, facilitadas pela dinâmica da rede, adquirem uma perspectiva subjetiva, de acordo com os seus próprios relatos, por aparecerem associados a um certo *encadeamento de experiências* que se sucedem em suas vidas e, conforme eles mesmos denominam, culmina na internação psiquiátrica no HPSP⁸. Contudo, ressaltamos que, embora evoque uma idéia de encadeamento, tais experiências parecem surgir não associadas a uma noção de causalidade linear ou de determinismo estrito – como se um dado acontecimento na vida dos jovens provocasse imediatamente uma internação – mas associadas a uma simultaneidade de processos que permitem que a internação psiquiátrica aconteça, enfatizando uma configuração dessas processualidades em cadeia, ou de circuitos recorrentes socialmente instituídos.

A situação de pobreza (ou miséria), a vivência nas ruas e o uso abusivo de drogas pesadas como o crack – que pode ou não estar associado a atos infracionais – por exemplo, configuram uma espécie de encadeamento de experiências que legitimam a internação no CIAPS/HPSP, especialmente por ordem judicial. Nesse sentido, a articulação dessas experiências em uma seqüencialidade casuística se implica diretamente com a subjetividade, por estar

⁸ Abordaremos, no capítulo 6, as oficinas de percurso realizadas com os jovens, em que discutiremos a idéia de encadeamento de experiências e sua implicação com a internação psiquiátrica dos adolescentes.

associada não apenas com as próprias experiências dos jovens, mas também por parecer ser uma delimitadora de suas trajetórias. Com isso, queremos dizer que a vivência na situação de marginalidade social amplia as possibilidades para que a internação psiquiátrica ocorra.

Retomando o exemplo de Serres (sd), a rede como um jogo de xadrez, pode-se pensar na casuística que se configura na trajetória dos jovens internados no CIAPS. Assim, a experiência na margem da sociedade ganha importância, pois pode ser vista como um dos lances do tabuleiro que produzem peças em um momento de sobredeterminação da jogada (nas várias mãos das instâncias judiciais, educativas e sanitárias), como um verdadeiro xeque-mate na vida dos adolescentes: a internação psiquiátrica.

Ressaltamos que são as experiências tidas como “marginais” que recebem um atributo de relevância pela rede em questão, pois é a partir delas que se traçarão os modos pelos quais os jovens serão reconhecidos socialmente. Nesse aspecto, as idéias de Boaventura Santos (2002, 2003) podem nos ajudar a problematizar esse encontro entre o encadeamento de experiências na rede de saúde mental com a internação psiquiátrica, principalmente através de alguns conceitos como *desperdício da experiência* e *epistemicídio*.

Embora o autor utilize os conceitos em um plano sociológico, pensamos que eles são pertinentes em um plano de produção de subjetividade. Destacamos que a idéia de *desperdício da experiência* é relevante neste trabalho para problematizarmos o modo de relação que se estabelece entre os nós da rede e as trajetórias dos jovens, que os colocam em um impasse. Ao selecionar algumas das experiências dos jovens, em detrimento de outras, e encadeá-las, a rede

produz uma naturalização e uma relação de necessária causalidade, possibilitando a conservação do sentido de “só pode terminar assim”; “só pode dar nisso mesmo”.

Desse modo, tomado como um objeto instituído na situação de marginalidade social, o encadeamento de experiências dos adolescentes é naturalizado. Com isso, é interdito e silenciado o saber que eles têm de si. Um dos grandes potencializadores desse epistemicídio advém da força e do estatuto social e normativo de saberes legitimados, como o médico e o jurídico⁹.

Devido a posições epistemológicas, éticas e políticas essas ciências produzem discursos que são tomados como verdades absolutas, e as vivências que ocorrem fora de seu domínio acabam por ser desprezadas, sendo colocadas em um lugar de marginalidade social. É a partir desse pressuposto que os jovens são abordados e somente enquanto “loucos ou delinquentes” que suas experiências são apreciadas. As outras vivências são tornadas invisíveis; deixadas de lado, são excluídas do próprio percurso dos sujeitos.

Outra idéia importante para dimensionar o *desperdício da experiência* em relação às trajetórias dos jovens é o conceito de *epistemicídio* (SANTOS, 2003). O autor explica que o epistemicídio tem uma semelhança com o genocídio; ressaltando que no caso do genocídio, povos e grupos sociais colonizados ou marginalizados têm a vida exterminada, enquanto que o epistemicídio se refere à morte dos saberes dos povos colonizados ou de grupos sociais tidos como

⁹ A psicologia, através de algumas de suas vertentes – em especial a linha desenvolvimentista – também pode ser pensada como uma instância normalizadora, uma vez que, com frequência, estabelece padrões de comportamentos que são tidos como adequados a determinadas etapas do desenvolvimento, por exemplo. Assim, tal psicologia estipula modos de ser que devem ser seguidos, disciplinando, dessa maneira, as diferentes posições de sujeito no âmbito social.

marginais por saberes dominantes. Como exemplo, o sociólogo cita a situação de alguns grupos indígenas que tiveram seu povo e cultura exterminados de tal forma que, atualmente, nos é impossível recuperar suas histórias. Entretanto, o autor afirma que hoje, embora tenhamos alguns avanços importantes no âmbito dos direitos humanos de modo que o genocídio seja visto como algo brutal e inadmissível, o mesmo não acontece com o epistemicídio, que ocorre freqüentemente no cotidiano.

O autor atualiza essa questão para nossos dias ao ampliar o uso desse conceito concernente ao impedimento de outras possibilidades de conhecimento, percebidos como marginais aos saberes hegemônicos, se expressarem. No caso dos jovens internados no CIAPS/HPSP, esse conceito de epistemicídio torna-se relevante para pensarmos a respeito da situação social em que esses jovens vivem. Além da relação de apagamento de experiências dos jovens pacientes, podemos ainda pensar o *epistemicídio* como a perda da potencialidade virtual da rede: nem todos os nós se ligam a todos os nós – esta é uma diferença importante entre o *real/topológico* (nem todos os nós se conectam ao mesmo tempo) e o *virtual/ontológico* (todos os nós podem ser conectados). Ou seja, alguns dos circuitos tornam-se recorrentes e privilegiados, “apagando” e/ou interditando outros circuitos existentes, impedindo com isso, a emergência de novos arranjos e, conseqüentemente, a possibilidade de criação de alternativas.

O desperdício da experiência remete à marginalização e ao reconhecimento de determinados saberes como ilegítimos frente a outros que, não somente são considerados legítimos, mas também possuem o poder de determinar os que não os são. Nesse sentido, pretendemos abordar a abrangência desse conceito, posto

que o foco dos saberes médico-jurídicos, por exemplo, se mantém mais na naturalização do que existe (miséria, droga, ato infracional) do que nas alternativas ao que existe. Ao mesmo tempo, Boaventura Santos (op. cit.), ao apresentar o conceito de *desperdício da experiência*, aponta para a produção de pontos de tensionamentos que se embatem através dos movimentos de regulação e de emancipação, que ocorrem na dinâmica das redes, configurando as próprias trajetórias dos jovens.

Cabe agora problematizar, através dos saberes dos profissionais – presentes especialmente no discurso médico – alguns pressupostos científicos que se atualizam no cotidiano da chamada rede de saúde.

2.4 PARADIGMAS E REDE: CIÊNCIA E SUBJETIVIDADE

Os domínios científicos podem ser pensados como resultados de um operar na/da rede que, ao se constituírem, também agem e perturbam a estruturação de outras emergências de saberes. Além disso, cabe lembrar ainda que a ciência é um saber que se atualiza no cotidiano, como nos próprios serviços de saúde mental. Mais uma vez, recorreremos às contribuições de Boaventura Santos (2002) para problematizar as implicações e efeitos dos domínios científicos no âmbito da subjetividade. Segundo o autor, o conhecimento, desde a Idade Moderna à atualidade, se coloca de forma hierárquica: a ordem sobre o caos.

O saber notoriamente científico é considerado por Thomas Kuhn (1999) como um paradigma – no que concerne às ciências naturais. Como contraponto, Kuhn fala que as ciências humanas e sociais, por sua vez, constituem-se como

pré-paradigmáticas (op. cit.). Boaventura Santos (2002) discorda dessa distinção ao enfatizar que todas as ciências são sociais. Com isso, o autor devolve ao cientificismo tradicional uma espécie de “humanismo perdido”, uma vez que foi desprezado o fato de que todas as ciências são obras humanas, e mesmo que indiretamente, impregnadas de subjetividade. Assim, desmistificando uma elite científica, Santos (op. cit.) chama de paradigmas todas as teorias que se exercem nas ciências, independente de suas especificidades.

Entretanto, o sociólogo reconhece que o paradigma científico tradicional, embora indique sinais de crise, ainda vigora de maneira dominante, pois as ciências naturais ainda servem como modelo de cientificidade autêntica. Dessa forma, o autor entende que vivemos em um mundo colonizador, de saberes e de experiências, em que a ciência e o cotidiano pressupõem uma natureza de ordem que reine subordinando aquilo que está na marginalidade ou que é visto como caos. Assim, saberes se sobrepõem a outros, reivindicando para si um estatuto soberano de verdade.

Outra idéia que Santos (1989) apresenta é a *dupla ruptura epistemológica*. Essa idéia surge como uma contraproposta à visão cientificista que afirma que a ciência, para ser reconhecida enquanto tal deve constituir-se contra a doxa, contra o senso comum (BACHELARD, 1978). Santos se posiciona de modo a enfatizar que o papel da ciência deveria ser justamente o oposto, de que os pressupostos científicos deveriam rumar para o senso comum e não contra ele. Isso redefiniria os estatutos dos saberes, já que assim, tanto o saber cotidiano como o científico, seriam reconhecidos como heterogêneos e diversos, e desse modo, levariam a um enriquecimento das experiências de vida dos sujeitos.

No entanto, enquanto a ciência se coloca como um saber hierarquicamente superior aos demais, ela exclui os outros conhecimentos do campo dos saberes para os colocar em marginalidade, destituindo as experiências de vida como impregnadas de conhecimento. A proposta de Santos destaca, dessa maneira, uma conexão do saber com o próprio viver e a possibilidade de deslocamentos entre várias articulações entre os saberes. Pensamos que essa mesma relação pode ser tomada no plano subjetivo, o qual também se produz nesse mesmo embate de saberes.

A dupla ruptura epistemológica é, então, uma ruptura com a própria ruptura epistemológica. Esta cinde o campo do saber entre a ciência e a doxa, colocando, enfim, a ciência como saber superior – podemos observar essa hierarquização dos saberes no terreno das práticas das instituições que estamos colocando em análise. Para nossa investigação, julgamos relevante acolher essa idéia como um aspecto que pode nos auxiliar no entendimento das formas de como as instituições, os estabelecimentos e os agentes/atores que exercem discursos e práticas fundamentados na ciência – podem contribuir para a reprodução da marginalidade em que se encontram os jovens internados no CIAPS/HPSP, por exemplo, ao permitirem que esses agentes/instituições se coloquem como possuidores de um saber alheio aos próprios jovens, ou que ao levar em conta as experiências desses jovens, podem produzir outras posturas profissionais e científicas. Nesse sentido, Santos (2004a) fala de uma *ecologia de saberes*, propondo interações e trocas entre os conhecimentos científicos e populares que circulam na sociedade.

Esse ordenamento dos saberes se passa também no contexto do

CIAPS/HPSP. A questão de saberes dominantes torna-se evidente desde a porta de entrada para o hospital psiquiátrico como para a de saída. Apenas o médico e o juiz, este algumas vezes assessorado pelo primeiro, podem encaminhar à internação. Ninguém sai do HPSP sem a assinatura do médico psiquiatra, e em alguns casos sem que o juiz tenha recebido um laudo médico, embora o paciente mesmo seja acompanhado por vários outros profissionais. Assim, a Medicina e o Direito são saberes/instituições/“nós das redes” tradicionalmente percebidos como norteadores, configurando-se como pilares. Aquele associado à verdadeira cientificidade; este, como regulador da ordem social. Mas cabe lembrar que ambos também exercem funções normatizadoras da sociedade.

Boaventura Santos (2002) desenvolve uma idéia interessante que pode nos auxiliar a problematizar a formação de hierarquias entre os saberes, através da *epistemologia das estátuas*, com o conceito de *espelhos sociais*. O sociólogo explica que as sociedades são a imagem que têm de si, vistas nos espelhos que constroem para reproduzir identificações dominantes em um dado momento histórico. Em termos topológicos, esses espelhos, ao criarem sistemas e práticas de semelhança, correspondência e identidade, garantem as rotinas que sustentam e regulam a vida em sociedade, recorrentemente. Por espelhos sociais, o autor define um conjunto de instituições, normatividades, ideologias que estabelecem correspondências e hierarquias entre campos infinitamente vastos de práticas sociais. Essas correspondências e hierarquias permitem reiterar identificações até o ponto de se transformarem em *identidades*.

Se tomarmos, sinteticamente, os espelhos como saberes que organizam, criam e mantêm instituições, perceberemos que eles refletem o que a própria

sociedade é, e nesse aspecto, as imagens que se apresentam são percebidas como identidades. Assim, os espelhos sociais são processos sociais que adquirem vida própria, configurando-se em práticas instituídas.

Enfatizamos que as contingências dessa vida podem alterar profundamente a sua funcionalidade enquanto espelhos – ou seja, os nós das redes que se transformam em espelhos, cristalizando práticas e paralisando fluxos, por exemplo. Nesse sentido, quanto maior o uso de um dado espelho e quanto mais importante e recorrente é esse uso, maior a possibilidade de que se torne independente, emergindo e sobrepondo-se frente aos outros espelhos sociais existentes. Quando isso acontece, em vez da sociedade se ver refletida no espelho, é o “espelho que pretende que a sociedade o reflita” (SANTOS, 2002, p. 48). Desse modo, o espelho torna-se *estátua*, que parece atrair o olhar da sociedade não para que esta se veja, mas para vigiá-la e controlá-la.

A relação da rede com a epistemologia das estátuas, apresentada por Boaventura Santos (op. cit.), juntamente articulada com o conceito de desperdício da experiência e epistemicídio, será analisada no capítulo 6, no qual discutiremos as atividades das oficinas de percurso no grupo de jovens internados no CIAPS/HPSP, estendendo-se a análise a todo o campo (delineamento de um panorama histórico, oficinas de percurso com a internação de adolescentes CIAPS/HPSP, a participação no Fórum Técnico Macrometropolitano de Saúde Mental e na Justiça Terapêutica, e entrevista com o Serviço de Admissão e Triagem/HPSP).

2.5 CONCEPÇÕES E AÇÕES NA CHAMADA REDE DE SAÚDE MENTAL

A idéia de rede é freqüentemente difundida nos serviços da área de atuação em saúde pública. Contudo, raramente o emprego dessa palavra vem acompanhado de algum significado preciso; por isso, julgamos necessário apontar para alguns nortes que podem auxiliar a fornecer maior clareza à expressão, para que, no momento da análise do campo da pesquisa, uma problematização de seus sentidos possa ser realizada. Dessa forma, torna-se importante retomar algumas regulamentações que orientam os serviços de saúde no que tange ao entendimento de rede.

A proposta do trabalho em saúde no Brasil, em âmbito geral, é regulamentada pela legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei Federal 8080/90, tendo como fundamento a Constituição Federal de 1988. A implementação e manutenção do SUS propõem a descentralização e a municipalização da atenção aos usuários dos serviços, bem como os princípios norteadores (saúde como direito, integralidade, universalidade, equidade e participação) que guiam a sustentação dos serviços de saúde. Cabe ressaltar que no que se refere à saúde mental, a Lei Federal 10216/01 e a Lei Estadual 9716/92 dispõem sobre a Reforma Psiquiátrica. Essas leis estipulam a necessidade de um trabalho por parte da equipe de saúde organizado em rede, dando subsídios que reforçam a proposta do SUS. Observamos que a rede está referida à ocupação de uma tecnologia social; isto é, a um modo de organização espaço-temporal.

Destacamos que alguns desses princípios podem servir diretamente para embasar a noção de rede, enquanto tecnologia social, no campo da saúde mental.

Tais princípios podem ser tomados como operadores dessa tecnologia. O princípio da universalidade visa garantir a atenção à saúde por parte do SUS a todo e a qualquer cidadão. A equidade objetiva considerar a igualdade na assistência à saúde, em que ações e serviços são priorizados em função das situações de risco, dos modos de vida e das condições de saúde de determinados sujeitos. A integralidade propõe reconhecer que cada usuário é um cidadão, integrante da sociedade, e que as ações em saúde não devem se dar de maneira fragmentada em relação a outras instâncias (comunitárias, educacionais, familiares, entre outras). Além disso, visando obter uma visão integral do sujeito que é atendido no SUS, sustenta-se como indispensável uma abordagem interdisciplinar, que leve em conta o contexto sócio-econômico-cultural do usuário (LEI FEDERAL 8080/90; RIO GRANDE DO SUL, 2002).

A perspectiva da atenção em saúde mental, nesses termos, necessita ocorrer em uma matriz sócio-técnica reticular, na forma de rede. Desse modo, não apenas os princípios norteadores do SUS são considerados, mas também a lógica dos encaminhamentos se faz pertinente. Com um cuidado necessário para possibilitar uma maior resolutividade a cada situação, se estabelece uma articulação entre referência e contra-referência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992; RIO GRANDE DO SUL, op. cit.). Ou seja, se estipula modos de relações interinstitucionais – entre os nós da chamada rede. Em tese, a referência, por exemplo, é um serviço territorializado e menos sofisticado, como um posto de saúde, do que a contra-referência, que é um serviço com maiores recursos e que geralmente presta atendimento em situações pontuais, como hospital-dia, leito

psiquiátrico, entre outras modalidades¹⁰. Aqui o jogo já começa em um complexo de controle pela própria circulação.

Basicamente, a referência é o local onde o usuário é atendido com frequência e a contra-referência é o lugar que, emergencialmente, pode receber o usuário em situações graves. Esse trânsito entre os estabelecimentos é importante de ser levado em conta, pois indica uma recorrência que deve ser conhecida e mapeada pelas equipes de saúde (além de indicar uma diferença importante à lógica das instituições totais), já que a tecnologia da rede se articula não apenas no fazer do próprio trabalho local – que deve ser interdisciplinar – como também na lógica do encaminhamento, quando necessário.

A idéia difundida de rede em saúde mental parte de uma visão integrada de várias dimensões da vida do usuário, em diversos domínios de intervenção: assistencial, educativo e reabilitação. As noções que constroem e dão suporte à estruturação do exercício da rede em saúde mental são a municipalização, a territorialidade e a produção de saúde (ibidem, op. cit.). Na dimensão de uma topologia da rede pode-se conceber uma organização que considere a descentralização (funcionamento articulado entre os nós, por exemplo, postos de saúde, CAPS, hospitais gerais, etc) e a hierarquização (instâncias deliberativas e com funções de coordenação e/ou de supervisão, como as Coordenadorias Regionais de Saúde ou mesmo serviços mais incrementados), procedendo uma comunicação de encaminhamento entre as referências e as contra-referências, em

¹⁰ No caso dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) – serviços substitutivos à internação psiquiátrica – estes podem ser considerados serviços de alta complexidade; no entanto, conforme a situação, podem servir como referência (preferencialmente) ou contra-referência, variando segundo a importância que ele assume no tratamento do usuário.

que se presta serviços de manutenção e assistência de atenção básica até recursos mais complexos quando necessário.

Esse atributo da rede que o SUS apresenta como hierarquização será importante para discussão e análise, uma vez que evoca não apenas a necessidade de um controle entre instituições, mas também dá indícios para fazer críticas pertinentes à idéia difundida como rede, já que a configuração se parece mais com uma pirâmide (CECÍLIO, 1997).

A proposta de rede em saúde mental, portanto, se produz como uma arquitetura desenhada pelas políticas públicas e seus embates entre os nós – que se interpenetram – como as escolas, as associações comunitárias, as instâncias jurídicas, entre outras. Pode-se afirmar que a rede no campo da saúde, tomando por base as legislações citadas, constitui-se fundamentalmente pelo atendimento básico, ao passo que os serviços de maior complexidade tornam-se ferramentas importantes no assessoramento e no apoio da atenção básica despendida pelos postos de saúde.

No que diz respeito à interferência de outros nós que se interpenetram na chamada rede de saúde mental, destacamos a importância da interface com a legislação, em especial, com o Estatuto da Criança e do Adolescente (LEI FEDERAL 8069/90). No caso do campo da pesquisa, como o CIAPS é uma unidade do HPSP voltada exclusivamente para o público infanto-juvenil, sua relação com o ECA é importante de ser considerada. O próprio surgimento do CIAPS no HPSP e, em uma dimensão mais abrangente, na dita rede de saúde

mental no Rio Grande do Sul, tem a ver com o ECA¹¹. A saúde mental no âmbito de crianças e adolescentes requer um tratamento diferencial no que tange aos pacientes adultos. Dessa forma, as implicações jurídicas se atravessam fortemente no campo da saúde, merecendo, portanto, um certo destaque para a composição da análise, conforme veremos adiante.

Até aqui abordamos alguns conceitos que nos servirão como ferramentas para fundamentar a reflexão no momento da discussão e análise mais aprofundada do campo e do problema de pesquisa. Na realidade, as idéias suscitadas aqui servirão como preliminares para os capítulos seguintes, orientando o leitor como guia aos rumos que tomaremos adiante.

¹¹ O capítulo 4 e 5 dissertam sobre a formação e funcionamento do HPSP e em especial do CIAPS na chamada rede de saúde mental.

3 ABRIR CAMINHOS: DESAFIOS METODOLÓGICOS

O HPSP foi criado para ser um espaço de clausura. Por ser privilegiadamente um lugar fechado, inventar espaços de aberturas é um desafio. Dessa forma, por se tratar de uma pesquisa na área da Psicologia Social a problematização das possíveis aberturas é uma necessidade. Ou seja, a Psicologia Social possui implicações éticas que demandam um estranhamento do que é tomado corriqueiramente como natural.

Como um exemplo plausível em nossa pesquisa, torna-se indispensável ao pesquisador perceber não apenas os efeitos de suas intervenções, mas também se dar conta de que estando colocado em uma instituição como o HPSP – espaço por muitas décadas de clausura – o perguntar sobre outros caminhos, diferente à lógica asilar, constitui-se como atividade privilegiadamente necessária. Sendo assim, a partir desta perspectiva, implicações éticas e políticas norteiam os processos metodológicos desta investigação.

O CIAPS/HPSP é um lugar inaugurado para internar crianças e adolescentes; primordialmente um ambiente fechado, tal qual o hospital a que pertence. No entanto, é nossa pretensão pensar propostas investigativas capazes de gerar aberturas que produzam algumas brechas que possibilitem um posicionamento ético-político frente ao que estudamos.

Nesse sentido é pertinente problematizar as acepções relativas às idéias de rede, como fizemos no capítulo 2. Da mesma forma, acreditamos ser impreterível dar voz aos jovens que passam pelos serviços de saúde, bem como por outras instituições que configuram, com esses, relações recorrentes – foi o que intentamos ao procurar recuperar a dimensão da experiência desses jovens.

Nosso próximo passo, neste capítulo, é articular as concepções teóricas em jogo com as intervenções que realizamos no campo. Assim, vamos manifestar nossa implicação ético-política através do referencial teórico que sustenta as práticas que exercemos em nosso percurso de pesquisa.

3.1 ARTICULANDO PRÁTICAS E TEORIAS

O método de uma pesquisa explicita os passos que conduzem o pesquisador à redefinição do objeto de sua investigação (PEREIRA, 2001). Se tomarmos o método como sinônimo de um caminho a ser percorrido, comprometido com questões epistemológicas, mas que, no entanto, não pressupõe um ponto de chegada de antemão, a possibilidade de invenção torna-se uma ferramenta importante na trajetória.

Assim, no contexto desta pesquisa, não pensamos em seguir e/ou aplicar determinadas regras tradicionais para confeccionar uma metodologia de “apreensão de verdades” – o que para nós seria um contra-senso justamente porque essa postura não condiz com a idéia de invenção e nem de construção de saberes que defendemos enquanto postura ético-política. Por outro lado, nos interessamos em percorrer os modos como essas “verdades” são tomadas, construídas e naturalizadas.

Fonseca (1995, p. 15) alerta sobre a necessidade de produzirmos um deslocamento de nossa atenção de um “problema social para um processo social” no que tange à investigação de questões sociais, como é o caso de nossa problemática de pesquisa sobre a noção de rede e a juventude.

No que se refere à metodologia de observação, para que tal deslocamento seja possível, a autora propõe a idéia da necessidade de nos abstermos de impregnar com nossos (pré)conceitos aquilo que formos percorrer, sem, entretanto, pretendermos de uma neutralidade. O que a autora salienta é a importância de uma desconstrução de uma moralidade prévia diante do encontro com o observado, conforme explicita o excerto abaixo:

[...] Se quisermos entender comportamentos que destoam do nosso ideal [...] é preciso, como passo preliminar, olhar para os nossos próprios conceitos, desmontar a moralidade das nossas categorias de percepção. Já descartamos algumas dessas categorias. A maioria de nós, sem dúvida, concordaria em afirmar que o uso do termo “menor” é problemático. Criação de juristas, é uma palavra seguida inevitavelmente pelo adjetivo “carente” ou “infrator”. É uma palavra que serve antes de tudo para coisificar a criança pobre (FONSECA, op. cit., p. 20).

A citação acima nos convida a refletir sobre a importância do “estranhamento” diante de expressões tão enraizadas e mesmo naturalizadas, como “criança carente” e “menor infrator”, por exemplo. Além disso, essas expressões são acarretadas de valores morais.

Desse modo, o investigador não deve se enclausurar a conceitos e teorias que não lhe permitam uma reflexão sobre a realidade encontrada, no sentido de usar a via da observação como sendo um pretexto para uma confirmação de hipóteses *a priori* a serem detectadas. Porém, cabe a ele a responsabilidade de perceber uma realidade complexa, heterogênea e dinâmica na qual está interagindo – isto também nos coloca em uma dimensão ética. Sob esse aspecto, Fonseca nos acautela:

[...] Gostamos de dizer que o estudante não deve levar idéias preconcebidas para a pesquisa de campo. Certamente ele tem a obrigação de familiarizar-se com as teorias científicas pertinentes ao problema e à comunidade que quer estudar. O pesquisador não vai para o campo de cabeça vazia, esperando ser “iluminado pelos fatos”. Mas deve estar sempre consciente de que o material “científico” não fornece mais do que verdades relativas, isto é, hipóteses que, quase por definição, se modificam a cada confronto com a realidade (op. cit., p. 22).

A teoria e o seu método proveniente não sustentam por si só uma pesquisa. É a postura do investigador que conota a pluralidade de sentidos e que atualiza os pressupostos epistemológicos e metodológicos por ele utilizados. Portanto, mais do que descrever o trabalho que foi desenvolvido e apontar hipóteses, o método é um momento que demanda do pesquisador um exercício ético-político (BENEVIDES, 2005), já que revela um modo de relação àquilo que vem a

constituir seu “objeto”. Dessa maneira, a ciência se coloca como uma produção de saber que engendra valores éticos e políticos, extrapolando seu próprio fazer enquanto técnica (LATOUR, 2000).

A idéia de neutralidade – também presente nas práticas de uma Psicologia mais tradicional – como uma moral científica é apontada por Benevides:

Não é preciso ir muito longe para percebermos que o discurso sobre o “sujeito” tem vindo acompanhado, no campo das práticas psi, de um processo de despolitização destas mesmas práticas. No mesmo movimento em que o sujeito é tomado como centro (ou mesmo eventualmente descentrado) opera-se uma dicotomização com o social que se acredita circundá-lo [...]. Assim é que não causa espanto, entre muitos, a afirmação de que Psicologia e Política não se misturam, ou, de que, quando somos psicólogos não somos militantes e se somos não devemos sê-lo enquanto psicólogos (op. cit., p. 21-22).

Embora a autora problematize o fazer do psicólogo em contextos de uma prática mais tradicional, podemos também nos valer dessa reflexão para pensar o campo da pesquisa. Assim, em relação a uma metodologia, percebemos um comprometimento da postura do profissional com pressupostos teóricos que o “descontaminam” de seu entorno, ou pela influência de uma clínica calcada na ilusão de uma neutralidade entre paciente-terapeuta, ou pela influência de testes supostamente capazes de controlar variáveis que contrariem as hipóteses do próprio teste.

Se pensarmos na Psicologia como uma ciência social, concordaremos com as colocações de Minayo (2004, p. 13) ao dizer que:

O objeto das Ciências Sociais é *histórico*. Isto significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configuração são específicas. Vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído. Portanto, a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são características fundamentais de qualquer questão social. Por isso, também, as crises têm reflexo tanto no desenvolvimento como na decadência de teorias sociais.

Esta pesquisa não está preocupada em encontrar uma resposta “verdadeira” a sua pergunta. Antes, porém, está atenta para problematizar a articulação do percurso dos jovens com a idéia de rede, idéia essa sustentada pelos pressupostos do SUS e por diversos autores¹². Portanto, esse questionamento, implicado com a situação atual do contexto do CIAPS/HPSP, é provisório. Nossas indagações estão centradas em detectar que processos sociais estão engendrados na produção da internação psiquiátrica dos jovens, em vez de “descobrir” fatos até então “inapreensíveis”.

Nesse sentido, Minayo (1996, p. 90) fala da importância do processo de pesquisa como algo que “consiste na definição e redefinição do objeto”. Ou seja, a investigação é um exercício de mudança à medida que pesquisador e pesquisado se transformam na interação. Além disso, a forma com que se observa e se toma o objeto de investigação é diferente nas etapas iniciais e finais da pesquisa.

Outra contribuição para pensarmos o método, e que vai ao encontro idéia indicada acima, é apresentada por Maraschin (2004, p. 103), ao afirmar que “todo o explicar surge também *a posteriori*, como uma outra experiência que reformula a anterior”. Ou seja, nossas concepções, através da vivência da pesquisa, se

¹² Como veremos a seguir no capítulo 6, a idéia de rede será problematizada, em especial utilizando as contribuições dos autores mencionados no capítulo 2.

modificam de modo a alterar o estatuto de nosso observar sobre o objeto pesquisado – é dessa transformação que encontramos base para sustentar as análises da investigação. A relação é imanente, posto que transformamos o objeto e nossas concepções à medida que somos por ele transformado.

Quando propomos uma atividade como parte de nossa metodologia aos jovens internados, estamos nos referindo não somente a uma estratégia de abordagem, por exemplo, mas, principalmente, a uma dimensão ético-política. Os jovens internados não escrevem em seus prontuários. Não escrevem no livro de leitura¹³ (que parece funcionar mais como um livro de “ocorrências” do CIAPS/HPSP). Não registram suas próprias vozes nos espaços legítimos da instituição – pensando em uma perspectiva formal dentro de um hospital psiquiátrico.

Dessa maneira, nos posicionamos em prol de uma ética que pretende recuperar a dimensão da experiência e do saber desses jovens (SANTOS, 2000a), contrária à produção de uma não-existência, contrária à lógica que gera o epistemicídio (SANTOS, 2002) – que pode ser entendido pela invisibilização das vivências dos jovens enquanto impregnadas de saber. De acordo com Boaventura Santos (2004b, p. 787-788):

¹³ Cabe explicitar esta atividade, que é de praxe no CIAPS/HPSP. O livro é um registro feito pelos profissionais que atendem os jovens internados no CIAPS, em que se narram situações cotidianas dos jovens (desde se determinado paciente precisa de uma consulta clínica, por exemplo, até situações que mencionam brigas entre os jovens). Diariamente, é realizada a atividade de “Leitura do Livro”, em que um profissional, que varia a cada dia da semana, coordena a leitura com o grupo de jovens internados. Assim, se acontece de haver uma briga/discussão entre os jovens, o auxiliar de enfermagem escreve sua versão do ocorrido no livro, por exemplo; na reunião um outro profissional menciona o fato para os jovens na atividade e escreve também a sua versão da discussão. Os jovens, por sua vez, como não escrevem nos espaços legitimados da instituição (livro, prontuários, etc), riscam as paredes do CIAPS com seus nomes e cidade de origem. Essa idéia é importante porque evidencia o próprio lugar da marginalidade em que são colocados socialmente – reproduzindo essa posição no CIAPS.

Há produção de não-existência sempre que uma dada entidade é desqualificada e tornada invisível, ininteligível ou descartável de um modo irreversível. O que une as diferentes lógicas de produção de não-existência é serem todas elas manifestações da mesma monocultura racional [...]. De acordo com esta lógica, a não-existência é produzida sob a forma de inferioridade insuperável porque natural.

Com a citação acima encontramos uma descrição da situação dos jovens. A produção de suas não-existências se vincula, de certa forma, a uma oposição na relação de saber e de poder, frutos de uma postura e de uma ética científica – por quê não? – que acolhe o “objeto” de sua pesquisa como destituído de seu próprio saber, justificando a desqualificação de tal “objeto” a partir de assertivas como “fulano não tem jeito”, “é genético”, “é sua estrutura psíquica”, etc. Enfaticamente, nossa posição, epistemológica e metodológica, não apenas é oposta a desse saber científico que embasa afirmações como estas, mas entende os jovens como pessoas que nos mostram uma dimensão humana comum.

Nesta parte inicial da composição do método da pesquisa, procuramos fornecer os parâmetros éticos e políticos que regem a escrita desta dissertação. Tomando a prática para pensar posicionamentos e implicações que ressaltam os valores axiológicos de uma teoria; passaremos, a seguir, a descrever nosso campo de pesquisa e as atividades que nele realizamos, entendidas como estratégias de intervenções, e participações preocupadas em considerar as concepções e os efeitos éticos do fazer.

3.2 PERCORRENDO CONFIGURAÇÕES PELO CAMPO DA PESQUISA

O problema desta pesquisa implica estudar a internação psiquiátrica no CIAPS/HPSP como uma produção que emerge do operar das instituições, dos estabelecimentos e dos agentes de maneira a destacar o percurso dos jovens por essas chamadas redes. Com isso, intenta-se tornar visíveis essas mesmas operações. Para tanto, elaboramos algumas estratégias que objetivam percorrer a configuração de alguns nós da rede de saúde mental comprometidos com a trajetória dos jovens para a internação psiquiátrica no CIAPS/HPSP.

Tomando a idéia de rede como campo de imanência e a proposição de que as distintas configurações da rede emergem ao operar como uma tecnologia social, inicialmente acreditamos ser relevante o contato com os próprios jovens que internam no CIAPS – essa aposta se manteve e foi concretizada através do que chamamos de oficinas de percurso. A invenção das oficinas pretendia criar uma circunstância interativa na qual os jovens pudessem discutir as trajetórias que realizaram e que associaram à internação psiquiátrica no CIAPS/HPSP.

Contudo, posteriormente, percebemos que apenas essa atividade não seria suficiente para uma análise da internação no CIAPS como uma construção que emerge do operar de determinados percursos, uma vez que ficaria centrada exclusivamente a partir da perspectiva dos jovens. Desse modo, tornou-se necessário também investigar as conexões e as formas de funcionamento de alguns nós que configuram a rede de saúde mental. Para tanto, participamos de alguns eventos que se fizeram significativos a partir das oficinas: o Fórum Técnico Macrometropolitano de Saúde Mental (FTMSM), o Serviço de Admissão e Triagem

(SAT) do HPSP – serviço responsável pelo ingresso no Hospital – e a Justiça Terapêutica (JT).

A participação no FTMSM teve como objetivo levantar as questões que envolvem os agentes que trabalham nos estabelecimentos de saúde mental com o intuito de saber das interfaces, das articulações que ocorrem, ou não, entre os serviços.

A entrevista com a assistente social do SAT/HPSP tornou-se importante para esclarecer a respeito dos encaminhamentos destinados ao HPSP, uma vez que o SAT é a porta de entrada para o ingresso da população atendida para todo o HPSP, inclusive para o CIAPS/HPSP.

Ademais, outra questão interessante que se mostrou necessária para um mapeamento da rede de saúde mental, no que concerne ao campo de pesquisa, foi realizar uma investigação sobre a história do CIAPS/HPSP.

Finalmente, como a internação via ordem judicial foi se revelando, no desenrolar da pesquisa, o principal acesso para o CIAPS, decidimos trazer para o debate as fundamentações e justificativas que embasam a Justiça Terapêutica – concepção difundida e influente no manejo com usuários de drogas no Rio Grande do Sul. Para tal, participamos de um evento promovido pela Associação Nacional da Justiça Terapêutica¹⁴ com a finalidade de compreender como se dá a articulação entre o saber médico, no caso o psiquiátrico, com o saber judiciário.

Em síntese, com a intenção de compreender a configuração dos percursos

¹⁴ Participamos do II Seminário Internacional de Justiça Terapêutica, promovido pela Associação Nacional de Justiça Terapêutica (ANTJ), realizado na PUCRS, em Porto Alegre, em março de 2005.

dos jovens pelas conexões entre os estabelecimentos e as lógicas institucionais que os constituem, nos deslocamos entre cinco atividades que consideramos importantes para alcançar esse objetivo. A composição metodológica, portanto, ficou assim definida: 1) mapeamento de uma produção histórica que abrange o HPSP e sua implicação com o atendimento de crianças e adolescentes, bem como o surgimento do CIAPS/HPSP; 2) criação e realização das oficinas de percurso (inseridas no espaço dos grupos terapêuticos já instituídos na unidade); 3) participação em cinco encontros do Fórum Técnico Macrometropolitano de Saúde Mental (FTMSM); 4) entrevista com uma assistente social do Serviço de Admissão e Triagem do HPSP (SAT/HPSP) e 5) participação no II Seminário Internacional de Justiça Terapêutica (JT).

3.2.1 O HPSP e o CIAPS/HPSP como Produção Histórica

A importância do mapeamento das circunstâncias que confluíram na invenção do HPSP e no surgimento do CIAPS/HPSP em uma perspectiva histórica reside no fato de evidenciar as articulações políticas e paradigmáticas que estão em jogo na constituição do hospital, como também no aparecimento do CIAPS/HPSP.

As informações oriundas desse mapeamento auxiliam a constatar, ontologicamente, a recorrência de algumas dessas alianças que se estabelecem entre os nós da rede de saúde mental, mostrando algumas continuidades e rompimentos interessantes, conforme veremos no capítulo seguinte.

3.2.2 Oficinas de Percurso

Como uma de nossas ferramentas metodológicas, propusemos a realização da *oficina de percurso*, voltada especificamente para os jovens internados no CIAPS/HPSP.

As oficinas ocorreram no horário dos grupos terapêuticos coordenados pela psicóloga responsável, com a intenção de facilitar nossa inserção com os jovens no local, e, além disso, ao mesmo tempo funcionam como uma dinâmica diferente no grupo.

Além das oficinas, também pesquisamos nos prontuários dos jovens e participamos de reuniões nas quais a equipe técnica discutia a situação social e diagnóstica de cada um dos jovens, na intenção de coletarmos maiores informações relativas aos percursos recorrentes dos adolescentes que ingressavam no CIAPS.

Realizamos seis oficinas com jovens internados no HPSP. Como a oficina estava inserida nas atividades de rotina, todos participavam, exceto aqueles que estavam contidos nas enfermarias clínicas no horário do grupo (*ver tabela 1, no apêndice*).

Devido à perspectiva de permanência na internação ser de poucas semanas, nossa estratégia era aguardar que todos os que participaram de um encontro tivessem tido alta para propormos uma nova edição da oficina. Mas isso não funcionou sempre assim, sendo que alguns jovens acabaram participando

mais de uma vez devido ao tempo maior em que permaneceram internados¹⁵. Em média, entre uma oficina e outra, o tempo variava de três a seis semanas, isto é, o mesmo tempo em que os adolescentes permaneciam internados no CIAPS/HPSP.

No início de cada oficina, esclarecíamos aos jovens sobre os propósitos da investigação e da vinculação do trabalho com a pesquisa acadêmica¹⁶. A proposta das oficinas de percurso era a de configurar um modo de interação e de conversação que girava em torno da seguinte indagação: “**como vocês chegaram até o CIAPS/HPSP?**”. Para isso, disponibilizávamos um material¹⁷ e encorajávamos que a resposta à questão fosse representada de um modo primeiramente visual. Os jovens elaboravam suas produções e as colocavam sobre o papel pardo e, depois de concluída a tarefa, cada um era estimulado a contar para o grupo o que tinha feito.

Após a realização da oficina, tiramos fotografias¹⁸ das produções dos sujeitos com a intenção de guardar o registro para posterior análise. Além disso,

¹⁵ A repetição ocorreu apenas com dois jovens, uma oriunda de um abrigo, o outro sem qualquer conhecimento de seu local de origem. Ambos referem a uma enorme dificuldade de encaminhamento para alta. Um deles não sabia dizer nem mesmo qual era o seu nome ou a cidade de onde vinha, visto que foi encontrado perambulando pelas ruas e o conselho tutelar trouxe-o para o CIAPS/HPSP sem qualquer informação prévia. Na outra situação, a jovem trazia questões ainda mais complexas para a concretização da alta, uma vez que o abrigo onde vivia resistia em aceitá-la de volta.

¹⁶ Essa questão é relevante porque boa parte dos jovens demonstrava mais interesse em fazer a atividade quando sabiam que estavam participando da pesquisa. Isso parece fundamental, já que demonstra o interesse dos jovens quando alguém pode reconhecê-los de outra forma que não pela via da delinquência ou da patologia.

¹⁷ Esses materiais eram sucatas (rolos de papelão, caixinhas vazias de remédios, potes plásticos, etc.), ferramentas de escrita e desenho (cola, tesoura, canetas hidrocores, lápis de cor, giz de cera, etc.) e um pedaço grande de papel pardo, que serviria de painel onde os adolescentes comporiam suas produções em grupo.

¹⁸ As fotografias foram feitas em máquina analógica comum, coloridas e reveladas em papel fotográfico comum. A técnica da fotografia não é uma questão para a pesquisa, uma vez que o objetivo das fotos era registrar a produção do percurso dos jovens, a fim de nos auxiliar como uma ferramenta de análise e incrementar nossos registros em diário de campo.

também registramos em diário de campo as nossas impressões, os relatos dos jovens e as informações que constavam em seus prontuários.

3.2.3 Participações na Rede de Saúde Mental

Nosso percurso pelo campo da pesquisa também contemplou outros espaços relevantes além das oficinas de percursos realizadas com os jovens internados no CIAPS/HPSP. Agora vamos detalhar as atividades que participamos em alguns nós da trama da rede de saúde mental.

3.2.3.1 O Fórum de Discussão na/da Rede

Participamos, na modalidade de ouvinte, de cinco encontros do Fórum Técnico Macrometropolitano de Saúde Mental (FTMSM), composta por diversos municípios, que abrangem as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que são atendidos pelo HPSP no que se refere à internação psiquiátrica.

No FTMSM a coordenação é desempenhada por uma psicóloga, assessorada por outros participantes do grupo (em especial por dois médicos psiquiatras). Em 1999 formou-se esse fórum com o intuito de ser um espaço de para integração dos serviços em saúde mental e de discussão sobre os fluxos da rede.

Os encontros do FTMSM ocorrem bimestralmente, geralmente na sede da 2ª. CRS ou no anfiteatro do HPSP, ambos na cidade de Porto Alegre. Os registros das reuniões foram feitos em um diário de campo.

Nossa inserção nessas reuniões se deu através de contato telefônico e da visita à sede da 1ª. CRS, em Porto Alegre. Ao expor à psicóloga coordenadora a proposta da pesquisa, recebemos o convite para freqüentar os encontros do grupo.

A importância desse campo para a pesquisa justifica-se pelo fato do Fórum se tratar de um espaço de discussão sobre a chamada rede de saúde mental, em que os profissionais da área de saúde mental das regiões abrangidas pelo HPSP apontam para o funcionamento e as articulações dos serviços dos quais fazem parte.

3.2.3.2 A Porta de Entrada para o HPSP

Outra intervenção importante foi a entrevista com uma assistente social do Serviço de Admissão e Triagem (SAT) do HPSP. O propósito dessa entrevista era perceber, na perspectiva de seus funcionários, como o SAT funciona e se articula em relação às outras unidades do HPSP, especialmente com o CIAPS. Além disso, a intenção era também conhecer quais os procedimentos para a internação psiquiátrica, que tipos de internação aparecem com maior freqüência, quais encaminhamentos oferecidos.

Com essa entrevista no SAT, obtivemos um panorama geral do próprio HPSP. O contato com esse serviço se deu através de um telefonema, em que solicitamos conversar com um técnico da equipe do SAT, justificando que tal contato seria importante para a pesquisa. No telefone, o psiquiatra, chefe do serviço, passou como referência a colega assistente social, nossa entrevistada.

O SAT/HPSP é o serviço responsável pelo encaminhamento dos pacientes às unidades do HPSP quando é caso de internação. Seu trabalho consiste em triar os pacientes, avaliando os casos, efetuando a baixa psiquiátrica ou encaminhando-os a outros fluxos na rede, quando necessário.

O SAT é vinculado diretamente à direção do HPSP. É composto por uma equipe fixa que inclui profissionais da área da assistência social, medicina clínica e psiquiatria.

3.2.3.3 A Justiça Terapêutica

Para finalizar nosso percurso pela metodologia adotada para a realização da pesquisa no campo, mencionamos nossa participação no II Seminário Internacional de Justiça Terapêutica.

A participação no seminário sobre a Justiça Terapêutica teve como objetivo esclarecer uma corrente de pensamento importante no Rio Grande do Sul, estado pioneiro no Brasil a adotar tal corrente, para o tratamento de usuários de drogas. Cabe ressaltar que esse campo de investigação foi aberto no decorrer da pesquisa – tal fato se justifica devido a internação via ordem judicial aparecer como recorrente nas internações psiquiátricas no CIAPS/HPSP.

Como será visto na análise, capítulo 6, as características dessa concepção ideológica induz à modalidade de internação psiquiátrica por ordem judicial.

Os capítulos a seguir se referem à análise do campo. Em especial no capítulo 6 vamos discutir as questões referentes à trajetória dos jovens implicadas com a internação psiquiátrica no CIAPS/HPSP. Preparando o leitor às próximas

discussões, partiremos a seguir para uma outra paisagem que versa sobre o surgimento do HPSP e da caracterização do CIAPS.

4 CONFIGURAÇÕES QUE GERARAM O NASCIMENTO DE UM HOSPÍCIO/HOSPITAL

Neste capítulo vamos abordar, em um primeiro momento, alguns dos aspectos históricos referentes ao HPSP como um novo elemento na paisagem da cidade de Porto Alegre, destacando especialmente os serviços de atendimento a crianças e adolescentes.

Em um segundo momento vamos problematizar algumas questões referentes à criação do CIAPS/HPSP; portanto, convidamos o leitor a acompanhar o percurso de análise.

4.1 A INVENÇÃO DO HOSPÍCIO - HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO

O nascimento do HPSP está atrelado à história da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

A Santa Casa de Misericórdia instituída entre o período de 1814 a 1822

(WADI, 2002), era orientada em concepções cristãs caritativas e assistenciais; anteriormente, a caridade era feita nas vias públicas ou nas igrejas, em que se distribuía esmolas aos necessitados. A população atendida – inicialmente pela caridade e depois pela Santa Casa – era constituída principalmente por enfermos pobres, andarilhos, velhos, crianças abandonadas e loucos.

Com o advento da casa de caridade, as pessoas que viviam em situação de marginalidade poderiam receber assistência, de modo que os alienados com freqüência eram conduzidos para lá. No entanto, além desse estabelecimento, os loucos, quando furiosos, eram levados a uma outra instituição: a cadeia civil (WEBER, 1999).

Em menos de quarenta anos após a inauguração, a Santa Casa de Misericórdia já sofria superlotação, tornando cada vez mais difícil a manutenção do atendimento à população alienada. Além disso, os dirigentes do estabelecimento alegavam não apenas precariedade das condições para a assistência, como inadequação do espaço voltado para esse público.

Nesse mesmo período, a mudança do discurso da filantropia caritativa para um discurso de filantropia higiênica iniciou com a proposta de remanejamento dos alienados para o Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro; porém, a empreitada logo foi abandonada por ser considerada muito dispendiosa e não-resolutiva para a situação, optando-se pela construção de um hospício na cidade (WADI, op. cit.).

Dessa maneira, em 1874, o presidente da província gaúcha, Carvalho de Moraes, decretou a Lei Provincial nº. 944 que estabelecia a venda de loterias e autorizava a compra do terreno onde seria fundado o hospício na cidade de Porto

Alegre. Contudo, curiosamente, nesta mesma lei há referência, no parágrafo 3^o do artigo 2^o, de uma nova categoria para a lógica de reclusão:

Que cada lance seja dividido em secções, e cada secção subdividida em classes, conforme a natureza específica da enfermidade e a idade de infancia ou madureza dos alienados (ASCHRS, 1874, p. 84).

Ou seja, dez anos antes da construção do hospício previa-se uma separação entre crianças e adultos. Essa questão da separação dos alienados pelo critério de idade é importante de ser considerada devido ao fato de que ela será por muitas décadas ignorada, postergando-se assim sua concretização.

Em 29 de junho de 1884, dia de São Pedro – santo padroeiro da província sul-rio-grandense – o Hospício São Pedro foi inaugurado. Cabe ressaltar que a construção do hospital deveu-se à demanda de uma espécie de “tratamento terapêutico”¹⁹ e também à higienização dos espaços públicos da cidade, ao tempo em que ocorria, progressivamente, o crescimento da urbanização em Porto Alegre.

A alternativa de reordenamento do espaço urbano, enclausurando os loucos em um ambiente fechado e distante dos olhos dos cidadãos comuns, partiu de dois acontecimentos importantes: as dificuldades da administração da Santa Casa em manter os alienados isolados em dependências insalubres no local ou na

¹⁹ O provedor da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, marechal Lima e Silva (1866-1872), em seus relatórios ensaia algumas justificativas embasadas no discurso médico para a construção de um hospício na cidade, alegando a dificuldade das instalações da casa de caridade em manter os loucos “no estado de decência e conveniente salubridade, ao que se torna preciso aplicar todos os cuidados e recomendações” (citado por Wadi 2002, p. 48).

cadeia civil, e a emergência do discurso médico enquanto saber sobre a loucura (SCHIAVONI, 1997).

O terreno escolhido para a construção da obra atendia aos princípios higiênicos estipulados pelos médicos (ASCM, 1876), posto que se situava afastado da cidade, na Estrada de Mato Grosso (atual bairro Partenon), com uma paisagem arborizada, água potável e ar puro – configurando-se como adequado à terapêutica psiquiátrica que se esboçava no panorama citadino. Cabe lembrar que a inauguração do hospício consistia em um acontecimento importante, comemorado com a participação de autoridades renomadas e com a presença da imprensa da capital gaúcha.

Poucos dias após a Proclamação da República, criava-se um novo regulamento para o hospício, o Acto nº. 4 de 28 de novembro de 1889 (AHRs), no qual a administração deixa de ser gerenciada pela Santa Casa de Misericórdia, passando a ser confiada a um médico nomeado diretamente pelo governador do Estado, com a atribuição de propor todas as alterações que fossem necessárias.

Dessa forma, o saber médico penetra no âmbito da política administrativa da cidade, ao gerenciar um estabelecimento importante como o Hospício São Pedro. Além disso, enfatizamos que a nomeação do médico para o cargo de diretor pelo governador se mantém dessa mesma maneira até os dias de hoje.

Ressaltamos que a capital gaúcha, no início do século XX, é uma cidade que progressivamente vai sofrendo as consequências dos processos da urbanização. Conforme Pesavento (1999, p. 100): “Favelas, malocas, menores abandonados foram objeto de crítica social ao estado de calamidade que acompanhava a transformação de Porto Alegre”. A partir de então, começa haver

um aumento do número da população internada no Hospício São Pedro.

Em 1910, a convite do próprio médico-diretor do hospício, doutor Dioclécio Pereira, a Congregação da Ordem São José – instituição católica – começa a participar do cenário desse estabelecimento, onde noviças e freiras são destinadas ao hospício para exercerem o apostolado (MORESCHI & FÁVERO, 1998).

Mais tarde, em 1925, efetua-se um novo regulamento que estabelece uma transformação importante no local, pois o hospício torna-se um hospital, passando a chamar-se de Hospital São Pedro (HSP). Um ano depois, o doutor Jacintho Godoy assume a administração obtendo dois longos mandatos como diretor do hospital.

O doutor Jacintho Godoy representa uma figura de extrema importância na psiquiatria do Rio Grande do Sul (DAUDT, 1989), pois é durante as suas gerências que acontecem profundas mudanças para modernizar o HSP, nas quais o saber médico-psiquiatra se consolida veementemente.

Doutor Jacintho cumpre seu primeiro mandato entre 1926 a 1932. Nesta gestão, ele participa do momento de superlotação do hospital, onde o número de alienados internados cresce em uma veloz progressão. No seu segundo mandato, entre 1937 a 1950, com uma população que chega a quase 5.000 internos, doutor Jacintho implementa novas técnicas e práticas médico-psiquiátricas que revolucionam o HSP, como a convulsoterapia²⁰, provocada pelos estímulos do

²⁰ Sucintamente, a convulsoterapia pode ser realizada por estímulos elétricos – através do eletro-choque – ou por estímulos químicos – através da utilização do cardiazol. A malarioterapia é um tratamento ofertado a pacientes com paralisia geral de origem sífilítica, no qual o paciente recebe um sangue infectado de malária, extraído no momento da febre – a alta

eletro-choque ou dos componentes químicos do cardiazol, bem como a malarioterapia e o método da insulino-terapia de Sakel (SANTOS, 2000b).

Cabe ressaltar que muito nos interessa o curso de Biopsicologia Infantil²¹, coordenado por doutor Godoy em 1940, juntamente com outros psiquiatras do hospital, voltado exclusivamente aos professores das escolas públicas – que abordaremos a seguir.

A busca pelo material histórico do HPSP se deve a uma questão suscitada pelo nosso próprio percurso dentro desta instituição: “*a partir de que momento começou a prática da internação de crianças e jovens dentro do HPSP?*”. Tal interrogação nos pareceu pertinente, uma vez que auxilia pensarmos os movimentos que geraram o CIAPS/HPSP. Como não poderemos aprofundar os vários caminhos que tal pergunta abre, procuraremos apontar aqui somente os aspectos que podem ajudar a compreender os meios pelos quais foi possível estruturar esse “novo” serviço.

A partir do exposto, percebemos algumas conexões importantes na formação da arquitetura dessa “rede em saúde mental” que inicialmente vai sendo composta por alguns nós constitutivos, como a *polícia* (cadeia civil, chefatura de polícia), a *caridade* (Santa Casa de Misericórdia, Ordem São José), a *medicina* (higienização urbana) e a *psiquiatria*. Esta última, legitimando-se não somente perante o poder estatal, mas também, paulatinamente, como saber hegemônico e

temperatura da febre poderia deixar o doente mais sensível à medicação usada para sífilis, que então podia curá-lo. A insulino-terapia de Sakel visa causar coma induzido devido à hipoglicemia provocada nos pacientes pelas aplicações, que por sua vez, leva à convulsão (SANTOS, op. cit.).

²¹ Nosso objetivo em referir o curso de Biopsicologia Infantil ocorrido em 1940 é apenas marcar uma nova parceria institucional, entre o hospital e a escola.

científico no que concerne à loucura, instituindo-se com vigor dentro do HSP, principalmente a partir da administração do doutor Jacintho Godoy.

4.2 OLHARES ATENTOS: DETECTANDO OS “PEQUENOS IDIOTAS”

Com a expansão da psiquiatria, não mais restrita às delimitações dos muros dos asilos, novas alianças tornaram-se necessárias. A psiquiatria que paulatinamente se transformou em parceira da polícia, da igreja e do juiz – passando pelas alianças políticas nos meandros do poder estatal – aproxima-se cada vez mais de outras instituições, como as escolas, preocupada em dispor suas ferramentas científicas para a disciplinarização destinada a um novo público: as crianças e os adolescentes.

Outros dispositivos terapêuticos – agora abertos à rua, como os ambulatórios – não apenas evidenciam a postura expansionista da psiquiatria como também transformam a loucura em doença mental, ou seja, como uma experiência mais acessível e pulverizada à população geral²² (PORTOCARRERO, 2002).

Sendo assim, a psiquiatria revela sua implicação com a prevenção, para que se possa detectar uma psicopatologia, de preferência, o mais precoce

²² Essa transformação da loucura em doença mental é um assunto relevante, mas não faz parte da proposta desta dissertação. No entanto, vale a pena mencionar que essa mudança se refere à emergência de um novo paradigma na psiquiatria, ostentado por Kraepelin, no qual a fisiologia orgânica e a nosografia ganham imensa importância para esse ramo da medicina. Além disso, o paradigma alemão dá uma nova dimensão à loucura, pondo abaixo alguns preceitos do tratamento moral originado com Pinel e seus discípulos, na França. Ademais, ressaltamos, em termos comparativos, que o doutor Jacintho Godoy em muito se assemelha, em âmbito nacional, a Juliano Moreira. Ambos prezam a cientificidade da psiquiatria enquanto especialidade médica e estudaram em renomados asilos franceses, como o Salpêtrière e Bicêtre (PORTOCARRERO, op. cit.; GODOY, 1955).

possível. Com isso, uma outra forma de educar e de preparar os professores para descobrir quais alunos são potencialmente capazes de desenvolver a doença mental tornou-se uma medida importante de ser tomada.

Doutor Jacintho Godoy defende a idéia de que a doença mental é uma disfunção orgânica como qualquer outra enfermidade e, por isso, referente a algo que qualquer pessoa pode vir a desenvolver. O tratamento dispensado se dá nos moldes da clínica médica, na qual as anomalias são localizadas no corpo, não mais como disparates imorais. No curso, doutor Jacintho explica para os professores: “Socialmente, o cérebro é o homem; fisiologicamente, o cérebro é um órgão como qualquer outro” (GODOY, 1955, p. 187).

A pretensão da psiquiatria, nesse momento de articulação com a educação, também é de difundir seus conhecimentos, desde as elites às classes populares, para que todos percebam a necessidade social do saber dessa especialidade médica. Nesse aspecto, a loucura – agora transfigurada em doença mental – passa a ser vista como moléstia natural, tratável e, sobretudo, presumível. É interessante notar que ao mesmo tempo em que se criam estratégias para observar e diagnosticar os “pequenos idiotas”, inventa-se, de maneira concomitante, um padrão de conduta para os professores: o de observar detalhadamente e vigiar seus alunos. Desse modo, o bom educador seria aquele que se dá conta da potencialidade do aluno em transformar-se em um adulto sadio ou em doente mental. Ao passo que o mau educador é aquele que não consegue fazer tal distinção. E mais do que isso:

Um educador ignorante dos elementos de patologia mental é moralmente

responsável pelo futuro sombrio, ao ponto de vista psíquico, de muitas crianças, cujos pais jamais suspeitaram atingidos de uma doença (GODOY, op. cit., p. 189).

No curso de Biopsicologia Infantil de 1940, a psiquiatria convoca os educadores a uma parceria que solicita uma correção a ser realizada na vida das crianças que “têm um futuro sombrio pela frente”; esse reparo a ser feito demanda que o educador auxilie o médico, encaminhando “em tempo” os pequenos alunos para que o psiquiatra possa “consertar” sua disfunção orgânica, que causa a doença mental. Doutor Godoy prevê, então, que aqueles que não receberem o tratamento adequado – que somente o psiquiatra poderia oferecer – teriam à vista somente dois caminhos possíveis: a cadeia ou o hospício.

Cabe ainda salientar que no curso ofertado aos professores, doutor Jacintho revela que, entre a população internada no HSP, se destacam dois grandes diagnósticos que configuram a patologia infantil local: a idiotia, ou imbecilidade, e a idiotia em menor grau.

A idiotia²³ implica na dependência social completa do indivíduo, em que a educação das crianças acometidas é absolutamente impossível. A idiotia em menor grau refere à maioria dos *imbecis*, que podem também receber assistência no HSP, mas que conseguem ter alguma independência – esses pacientes seriam os *anormais débeis* das escolas primárias. Para esse último caso, o doutor acredita que em parte se pode recuperar as despesas que a sociedade faz com a manutenção desses pacientes, já que eles podem de alguma maneira exercer

²³ Doutor Jacintho cria a distinção entre *idiotia* e *idiotia em menor grau* como uma inovação sua na psiquiatria da época. Cabe mencionar que não havia uma indexação diagnóstica catalogada com precisão nesse momento histórico, como o atual CID-10, por exemplo.

uma atividade laborativa.

Essa questão relacionada à aptidão para o trabalho é relevante porque evidencia a lógica da produção capitalista; não apenas apresentando a idéia de que o doente mental mostra-se como alguém diferente quanto a sua forma de produção, mas também retrata a concepção da capacidade individual dessa produtividade.

Afora a implicação com o labor como uma faceta importante da doença mental, a questão da educação é crucial – não apenas porque revela uma ligação com o trabalho – mas porque é uma instituição que em potencial pode funcionar como a primeira instância profilática ao serviço de saúde mental. Contudo, como afirma o doutor Jacintho Godoy: “não bastam apenas exames pedagógicos ou mesmo médicos, é o exame psiquiátrico que fornece a ficha completa do aluno em cada caso suspeito” (op. cit., p.194). Ou seja, o psiquiatra requer ajuda do educador para detectar quais alunos são potencialmente capazes de desenvolver uma doença mental; entretanto, cabe a ele, psiquiatra, tão somente, a realização do exame que revelará a “verdade” sobre o educando.

Encerrando o curso, doutor Godoy comenta sobre a necessidade de se criar classes de aperfeiçoamento para *crianças anormais*, anexas ou independentes de grupos escolares²⁴. Além disso, o doutor refere que um método pedagógico especial, elaborado em parceria com psiquiatras, poderia ajudar na educação de crianças deficientes. Em síntese, é o reconhecimento da doença

²⁴ A pretensão do doutor Jacintho Godoy é inspirada na experiência do Hospício Juqueri em São Paulo, em 1922, onde foi inaugurado um serviço dentro da própria instituição voltada para o atendimento de *crianças anormais*, em uma proposta escolar (CUNHA, 1986). Doutor Jacintho expressa a vontade de implementar esse serviço no Hospital São Pedro.

mental em potência que permite uma maior vigilância e controle, não apenas das crianças em questão, mas da sociedade, uma vez que o desvio pode ser controlado e impedido de se desenvolver.

Podemos ver, através desse curso, por exemplo, a idéia de epistemicídio (SANTOS, 2003), já que mostra como os saberes dos professores – e mais ainda dos “pequenos idiotas” e de suas famílias – são interditados e “colonizados” pelo discurso científico representado pela psiquiatria, que nesse momento está em ascensão.

Em nossa pesquisa, teríamos disponíveis ainda outros materiais e documentos históricos que poderiam aprofundar o debate sobre a relação do Hospital Psiquiátrico São Pedro com os atendimentos voltados para o público infanto-juvenil²⁵. Por se tratar de um material rico e extenso, em vez de ajudar, poderia dispersar nossa discussão. Por ora, cabe apenas mencionar sinteticamente algumas outras mudanças que ocorreram no hospital, que podem auxiliar a dar uma dimensão da formação das denominadas redes de saúde mental e de seus modos de operar.

A internação de crianças e adolescentes esteve presente no HPSP ainda no fim do século XIX, aumentando progressivamente²⁶. Os principais diagnósticos referiam à epilepsia e à oligofrenia (idiotia). Posteriormente, por volta de 1960,

²⁵ Agradecemos em especial ao historiador do Memorial do HPSP, Edson Cheuiche, pelas orientações e contribuições a respeito dos materiais e documentos históricos investigados.

²⁶ Os dados aqui apresentados se originaram de uma entrevista realizada com a religiosa Paulina, última freira da Ordem São José que ainda trabalha no HPSP, e também da pesquisa “As Patologias nos Modos de Ser Criança e Adolescente: uma Análise dos Motivos das Internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro”, coordenado pela Profa. dra. Rosane Neves da Silva (PPGPSI/UFRGS), do qual participamos, parte do projeto “Oficinando em Rede”.

com o incremento de instituições de assistência em saúde, como a criação de estabelecimentos voltados para atender crianças deficientes e também da emancipação da neurologia da psiquiatria, um novo público infanto-juvenil começou a ser encaminhado ao hospital, com novos diagnósticos: psicóticos, autistas, crianças com agitação psicomotora, entre outros. Assim, nos meados de 1970, foi criado o serviço de Psiquiatria Infantil, onde foi formada uma unidade de internação específica para crianças. Os adolescentes, contudo, permaneciam internados juntamente com os pacientes adultos. No entanto, o critério que vigorava, mais que a própria idade, era a aparência dos pacientes. Caso internasse uma menina de treze anos, por exemplo, que ainda tivesse um aspecto físico infantil (não menstruasse, não tivesse os seios desenvolvidos, etc) poderia ficar junto com as crianças menores. Mas se fosse mais nova e tivesse um desenvolvimento físico mais avançado, seria encaminhada à ala feminina adulta.

Fora a mudança nas características do público-alvo infanto-juvenil, outra transformação importante ocorreu na própria administração política interna do hospital. Também nos anos 70, enquanto iniciava-se em âmbito nacional o Movimento Antimanicomial dos Trabalhadores em Saúde Mental (AMARANTE, 2002), acontecia no cerne do Hospital São Pedro uma reforma administrativa sustentada pelo poder hegemônico dos psiquiatras. As religiosas, trazidas pela Ordem São José, que até então exerciam funções de chefias nas unidades e praticavam ações de enfermagem, são retiradas, passando os cargos aos novos profissionais técnicos: psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros. Além disso – e aqui a evidência da consolidação da hegemonia médica na instituição – outra mudança importante: o Hospital São Pedro recebe mais um

sobrenome, chamando-se então de Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP). É justamente em um momento de luta de mobilização nacional contra o paradigma psiquiátrico e as práticas asilares que o hospital estampa o adjetivo “psiquiátrico” em seu nome.

Em relação à Psicologia dentro do HPSP, podemos destacar alguns acontecimentos relevantes²⁷. Antes da regulamentação da profissão no Brasil, em 1962, já havia alguns funcionários que atuavam como psicólogos, realizando testagens psicométricas e projetivas que objetivavam a confirmação do diagnóstico psiquiátrico. De início, colocados como um saber auxiliar do médico, os psicólogos tinham uma função restrita. Contudo, especialmente a partir da década de 70, mais precisamente em 1973, quando o Serviço Centralizado de Psicologia é oficializado no HPSP através da Portaria 53/73, os psicólogos começam a fazer algumas reivindicações e se posicionam politicamente de maneira distinta do que ocorria anteriormente, passando a atuar em novas áreas de conhecimento, especialmente na área da Análise Institucional (HPSP, 1973).

Na década de 80, com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental pela luta antimanicomial e pela defesa da Reforma Psiquiátrica – fomentado pelo movimento da década anterior – os psicólogos estiveram presentes, trazendo mudanças importantes às práticas psicológicas no HPSP.

Em decorrência dessas lutas, com as quais surgiram novos espaços dentro do HPSP, os psicólogos encabeçaram transformações que foram concretizadas

²⁷ Agradecemos as contribuições da psicóloga-coordenadora do Serviço de Psicologia do HPSP, Gisele Silva Sanches pelo acesso ao material das primeiras Atas que fundamentaram o serviço (1973-1979), bem como ao Projeto do Serviço de Psicologia do HPSP, datado de 2003.

na década de 90, as quais tensionam fortemente a lógica asilar que gerou (e que de certa forma ainda alimenta) o Hospital: a criação da oficina de criatividade – chamado de Núcleo de Atividades Expressivas Nise da Silveira –, a oficina de reciclagem e o Projeto “Morada São Pedro” – serviço que visa a reintegração de pacientes ex-moradores do HPSP à sociedade, integrando-os em Serviços Residenciais Terapêuticos, abrangendo as áreas de saúde, habitação, geração de renda e educação.

Atualmente, existem cerca de 26 psicólogos funcionários do HPSP, sem contar os que exercem atividades voluntárias ou que são estagiários. Salientamos que ainda há psicólogos no HPSP que atuam na área de testagem, fazendo a função de um saber auxiliar aos psiquiatras. Entretanto, podemos dizer que hoje eles são a minoria dos profissionais da Psicologia. A maior parte dos psicólogos faz frente à proposta asilar, construindo dentro do próprio Hospital práticas diferenciadas da psiquiatria e propondo alternativas à internação, como os serviços de oficinas e como o Projeto Morada, referidos acima (HPSP, 2003). Podemos dizer, então, que os espaços alternativos e de abertura do HPSP foram articulados especialmente pelos psicólogos e também por outros profissionais que se contrapõem à racionalidade psiquiátrica asilar do Hospital (como assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e mesmo psiquiatras e médicos que compartilham abordagens outras à tradição psiquiátrica).

Enfatizamos que a idéia de abordar o nascimento do HPSP e alguns de seus acontecimentos mais relevantes no trato de crianças e adolescentes se deve pela vontade de contextualizar a dimensão que a problemática da internação de jovens no CIAPS/HPSP adquire. O interesse é visualizar a complexidade que tal

situação apresenta.

Convidamos o leitor, portanto, para um salto no tempo, pois propomos conhecer o enredo que trama o surgimento do Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS), que traz apontamentos fundamentais para o desenrolar da análise de uma rede que envolve os jovens.

4.3 OCUPANDO UM LUGAR ENTRE O ASILO E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

Como mencionamos anteriormente, por volta de 1970 surgiu no HPSP o serviço de Psiquiatria Infantil, onde crianças poderiam ser internadas separadamente dos adultos – antes elas ficavam misturadas aos demais pacientes – respeitando apenas o critério de separação pelo sexo e pela enfermidade. Por outro lado, o serviço de ambulatório implementado ainda na última gestão do doutor Jancinho Godoy dedicava-se a atender pacientes em uma outra perspectiva que não a internação – dentre esse público havia jovens, crianças e adultos. Décadas mais tarde, em torno dos anos 60 e 70, instaurou-se o ambulatório Melaine Klein no HPSP²⁸, destinado a dar continuidade ao atendimento ambulatorial, com uma equipe técnica mais ampla: não apenas psiquiatras, neurologistas e assistentes sociais, mas também psicólogos.

²⁸ As informações aqui apresentadas são decorrentes não apenas do material de pesquisa do projeto “As Patologias nos Modos de Ser Criança e Adolescente: uma Análise dos Motivos das Internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro”, coordenado pela Profa. dra. Rosane Neves da Silva (PPGPSI/UFRGS), mas também de entrevistas com os profissionais da equipe técnica do CIAPS/HPSP e de alguns documentos referentes à unidade e aos serviços de atendimento infantil.

O serviço de Psiquiatria Infantil, anos depois, na década de 80, passa a chamar-se Serviço de Apoio Integral à Criança (SAIC). O SAIC era um serviço que prestava exclusivamente atendimento ao público infantil, nas modalidades de internação e hospital-dia.

No âmbito do ambulatório, crianças, adolescentes e adultos recebiam tratamento no serviço do Melaine Klein. Dessa forma, queremos destacar algumas diferenças importantes entre esses serviços.

Uma delas é que a atenção despendida por parte do SAIC dirigia-se exclusivamente a crianças oriundas de diversas cidades do estado gaúcho, uma vez que a modalidade de internação era prioridade; ao passo que, no caso do ambulatório, os pacientes atendidos eram moradores próximos da localidade do HPSP, especialmente do bairro Partenon (onde se situa o HPSP) e de suas cercanias. Ou seja, o SAIC, por ofertar a modalidade de *internação*, atendia uma *demanda estadual*, em contrapartida, o *ambulatório* Melaine Klein atendia uma *demanda municipal*.

Nesse momento, é importante atentar para um acontecimento crucial que redireciona a dinâmica das chamadas redes sociais voltada para o público infanto-juvenil: o surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (LEI FEDERAL 8069/1990). Entre os anos de 1999 e 2000, o Ministério Público move uma ação contra o estado do Rio Grande do Sul, alegando que os princípios do ECA não estavam sendo cumpridos à medida em que a internação dos adolescentes ocorria junto ao público de pacientes adultos. Dessa forma, o Estado perde a causa, sendo determinado a abrir um novo serviço que contemplasse essa demanda jurídica. Com isso, uma unidade seria criada dentro do HPSP para

fazer cumprir essa determinação.

Para a implementação do serviço foram contratados novos funcionários para integrar o quadro da unidade que seria em breve inaugurada. Mas também alguns técnicos que já faziam parte do ambulatório Melaine Klein e do SAIC foram chamados para configurar esse trabalho²⁹. Com uma política estadual, na época, identificada com os princípios da Reforma Psiquiátrica (LEI ESTADUAL 9716/92 e LEI FEDERAL 10216/01), os moldes dessa nova modalidade de atendimento, segundo o combinado na justiça, concerniam a uma infra-estrutura complexa, que abrangeria diversos níveis de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes, diferente do que ocorria na tradição do HPSP, seria, então, montado um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para esse público-alvo.

Assim, o CAPS/HPSP surge na rede de saúde mental em 2001, resultante de uma determinação judicial, com a idéia de oferecer um tipo de atendimento diferenciado. Vinculado ao HPSP – hospital estatal – o CAPS deveria acolher demandas amplas, referentes a crianças e adolescentes de alguns municípios gaúchos e também das proximidades locais do HPSP – como uma junção das demandas dos serviços anteriores, SAIC e Melaine Klein.

No entanto, embora com algumas noções do que pudesse ser um CAPS,

²⁹ Essa separação na equipe é evidente no cotidiano do CIAPS/HPSP. A equipe mais antiga, oriunda do SAIC, mantém uma identificação bastante forte com a organização do hospital, inclusive pela posição hierárquica da psiquiatria em relação aos demais profissionais. Por outro lado, a equipe nova, somada aos técnicos que já trabalhavam no ambulatório Melaine Klein, têm maior sintonia com a questão da Reforma Psiquiátrica; além de a psicologia assumir um papel de destaque, ao criar e sustentar atendimentos outros à modalidade de internação, estabelecendo parcerias com outros saberes.

estipuladas pela Portaria 224/92³⁰ do Ministério da Saúde, ainda não havia, nesse momento, nenhuma legislação que explicitasse exatamente a função e a organização de um CAPS propriamente dito. A Portaria 224/92 oficializa o surgimento dos CAPS no país, mas não detalha suas atribuições.

Entretanto, em 2002, portanto um ano após a inauguração do novo serviço, a Portaria GM 336/02 surge para regulamentar os CAPS no país e destacar suas funções.

Uma das disposições relevantes apontadas pela regulamentação especifica o CAPS como um serviço substitutivo – e não apenas intermediário – à internação psiquiátrica. Uma outra disposição da portaria GM 336 estipula o credenciamento de CNPJ individual, que, por conseguinte, permite ao estabelecimento ter verba própria.

Assim, sem o apoio do HPSP necessário à luta pela concretização de um CAPS propriamente dito, e com a regulamentação posterior ao seu funcionamento, o CAPS/HPSP desconfigura-se como um serviço substitutivo à internação – visto que, anteriormente à portaria, foi criado justamente para prestar atendimento de internação aos adolescentes, decorrente da ação judicial movida pelo Ministério Público, como mencionamos antes.

O CAPS/HPSP, como determinado pela portaria GM 336, vira, assim, um desejo por parte de alguns membros da equipe técnica – em especial dos

³⁰ A Portaria SNS 224/92 aqui referida foi revisada e atualizada pela Portaria GM 251/02. Contudo, as questões que estamos discutindo são atuais, embora referenciem a Portaria 224/92. Cabe ressaltar ainda que a Portaria GM 251/02 não realizou alterações no que se refere à carga horária do psicólogo que atua no Hospital Psiquiátrico, mantendo a mesma estipulação da 224/92, de **1 (um)** psicólogo para cada **60** pacientes, em carga horária de 20h semanais, 4 dias por semana. Nos perguntamos sobre as condições de um trabalho desse profissional com tal carga horária e sobre a qualidade de atendimento a ser oferecida nesses termos a 60 pacientes.

profissionais da Psicologia do local. Em discussão, a equipe no início de 2005, então, resolve mudar o nome da unidade, passando a chamar-se de Centro Integrado de Atenção Psicossocial – CIAPS/HPSP. Cabe ressaltar que o CIAPS/HPSP ocupa um lugar de referência curioso, já que externamente muitos serviços o tomam por um CAPS e outros o percebem como mero serviço de internação³¹.

O CIAPS é justamente o exemplo da própria transição e de luta política e de certa forma, expressa a confusão que vivencia os serviços da rede em saúde mental. Evidentemente, por estar configurada como uma unidade de uma instituição com forte história asilar que é o HPSP, o CIAPS não deixa de apontar para o contraponto e para a contradição que essa própria história produz e produziu, denunciando a urgência de outras abordagens no âmbito da saúde mental.

Além da complexidade do próprio CIAPS/HPSP, outros novos nós surgiram devido ao advento do ECA. Órgãos como conselhos tutelares, e mesmo modificações no âmbito dos Juizados de Menores que se transformaram em Juizados da Infância e da Juventude, e no âmbito estadual, o desmantelamento da Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (FEBEM-RS) e sua reorganização como Fundação de Proteção Especial (FPE) e como Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE), foram instituições criadas, entre outras, em decorrência

³¹ É interessante mencionar que a mudança de nome da unidade acarretou algumas repercussões curiosas mesmo para alguns funcionários que nela trabalham. Uma auxiliar de enfermagem, por exemplo, identificou a sigla CIAPS como “Centro de Internação de Adolescentes Psicossocial”.

do ECA. Essa nova configuração social e suas relações e conseqüências com a rede de saúde mental, em destaque para o CIAPS/HPSP, são importantes de serem abordadas para dimensionar a questão dos percursos dos jovens por essas mesmas “redes”.

Em síntese, podemos dizer que no panorama histórico que traçamos neste capítulo encontramos alguns aspectos importantes, como a presença constante da lei – que não apenas encaminha os jovens à internação (como veremos adiante), mas cria o próprio CIAPS/HPSP por determinação judicial e que, anteriormente, cabia à polícia e a seu aparato médico o recolhimento dos loucos à cadeia civil e à Santa Casa.

Além disso, também vemos que o HPSP não surge para ser um “nó da rede”, ou seja, para articular com outras instituições, mas para ser um espaço de reclusão para loucos/excluídos que interfere nas práticas exercidas no âmbito da saúde mental. Ademais, ainda podemos mencionar, por exemplo, a questão do epistemicídio (SANTOS, 2003), evidente na ocasião do curso de Biopsicologia Infantil, ocorrido na última gestão do doutor Jacintho Godoy, como interdição de outros saberes, como os dos professores e, principalmente, os dos pacientes/alunos e seus familiares.

Podemos dizer, ao final deste capítulo, que a drogadição assume um estatuto de patologia na contemporaneidade, que é atribuída individualmente a cada sujeito; entretanto, não sendo pensada como um sintoma produzido socialmente.

Por fim, nesta parte apresentamos alguns aspectos históricos relevantes de serem considerados para esta dissertação. Vemos um traçado do mapa que

instaura uma história importante no campo da saúde mental no Rio Grande do Sul que trama o HPSP. Agora, convidamos o leitor a entrar nos labirintos do CIAPS/HPSP, começando pela sua porta de entrada e terminando nos percursos dos jovens que para lá rumam.

5 MAPEANDO O COTIDIANO: A DINÂMICA DO CIAPS

Antes de fazermos a análise das oficinas de percurso propriamente dita, vamos apresentar alguns dados que podem oferecer um panorama geral, como um mapa da dinâmica cotidiana do CIAPS/HPSP. A intenção é fornecer maiores informações para o leitor, de maneira a situá-lo com propriedade para a discussão do percurso dos jovens e das instituições implicadas nessa trajetória. Desse modo, faremos uma breve exposição das características gerais da equipe técnica que trabalha no CIAPS/HPSP e do público atendido na internação.

5.1 EQUIPE(S): ENREDOS DE SABERES, PODERES E ALIANÇAS

O CIAPS é uma unidade do HPSP que possui uma equipe de profissionais formada por diversas áreas de saberes que enredam o campo da saúde mental, atendendo demandas de internação (estadual) e de ambulatório (municipal).

Atualmente, o CIAPS/HPSP é coordenado por uma terapeuta ocupacional,

integrante da equipe e escolhida, por votação direta, pelos trabalhadores técnicos que compõem a unidade³².

Como havíamos anunciado no capítulo anterior, algumas conseqüências importantes permaneceram na composição da equipe, formada por técnicos oriundos do ambulatório Melaine Klein e do SAIC, somada ao chamamento de novos profissionais para o trabalho no “CAPS” do HPSP. Uma delas se refere a uma espécie de cisão, separando a equipe em duas: os técnicos que trabalham com pacientes infantis e os que trabalham com adolescentes. No entanto, há profissionais que atendem ambos públicos, como também se dedicam à internação e ao ambulatório (*ver tabela 5, no apêndice*).

Nas informações da tabela 5 não foram contabilizados os profissionais da enfermagem sem curso superior (técnicos e auxiliares) – estes também se subdividem para o público infantil e adolescente. Também cabe destacar que a psicóloga que atende ambos públicos de pacientes está atualmente de licença (por dois anos); ou seja, funcionalmente na área da psicologia atuam duas psicólogas. Além disso, a terapeuta ocupacional da equipe que trabalha com o público infantil está temporariamente transferida para outra unidade do HPSP. De modo geral, aos técnicos que compõem o CIAPS/HPSP freqüentemente se somam outros profissionais, dessas mesmas áreas de saber, por períodos temporários, como é o caso de residentes da Escola de Saúde Pública do Rio

³² Tal votação chegou a ser contestada por parte de uma psiquiatra que compõe a equipe, chegando a obter apoio da direção do HPSP. O motivo alegado para que a votação fosse invalidada se referia à coordenação não estar sendo gerida por médicos. No entanto, a equipe do CIAPS se mobilizou com a própria direção do HPSP para que a votação fosse mantida, preservando a coordenação da terapeuta ocupacional, escolhida pelo voto da maioria dos técnicos.

Grande do Sul (sendo um dos residentes da área das artes), voluntários, estagiários e médicos que fazem especialização em psiquiatria pela Fundação Federal das Faculdades Médicas de Porto Alegre (FFFMPA).

Embora haja esforços por parte de muitos profissionais para a integração dos atendimentos das crianças e dos adolescentes, observa-se que há algumas dificuldades. Uma delas concerne à questão dos atendimentos ambulatoriais e das internações (*ver tabela 6, no apêndice*). Conforme podemos ver na tabela 6, a prioridade do HPSP é realizar atendimentos na modalidade de internação. Essa informação é relevante, pois transparece a posição do HPSP frente à questão da Reforma Psiquiátrica, por exemplo, ao demonstrar o interesse em que os profissionais atuem na internação (especialmente no caso do público jovem). Além disso, cabe ressaltar que, no que tange ao ambulatório de adolescentes, os profissionais da psicologia são os agentes que abrem espaço para o serviço, obtendo apoio de alguns técnicos. Os demais profissionais alegam não poder participar devido à demanda da internação os tomarem por completo. No entanto, cabe ainda ressaltar que a luta por esse trabalho ambulatorial compete ao âmbito da ética e da luta política dos profissionais envolvidos, já que eles não recebem nenhum adicional financeiro, ou mesmo reconhecimento institucional, por essa atividade extra.

Essas análises são importantes porque permitem uma contextualização desse primeiro nó da rede para a investigação. Contudo, embora não trabalhem com as atividades ambulatoriais aqui, elas servem para caracterizar outras modalidades de atendimentos que o CIAPS/HPSP oferece, ao passo que demonstram o interesse da equipe também pelos serviços substitutivos, fruto de

sua história inicial como aspiração a CAPS.

No entanto, relembramos que nosso objetivo é analisar a produção da internação psiquiátrica para o público adolescente que chega no CIAPS/HPSP.

Um outro ponto de dificuldade ao trabalho interdisciplinar no CIAPS/HPSP refere à medicalização do tratamento. Como medicalização estamos chamando o destaque que se dá às funções e ao papel do médico no estabelecimento do HPSP, como sobressalente aos demais saberes (AMARANTE, 1996). Por vezes, as reuniões de equipe no CIAPS/HPSP centram-se nos diagnósticos dos pacientes, transparecendo com isso, a importância que assumem os psiquiatras no momento das altas e na liberação para o pátio no contexto do hospital.

No âmbito da internação de adolescentes, a equipe procura trabalhar de modo interdisciplinar, mas mesmo com um grupo de profissionais próximos daquilo que os princípios do Sistema Único de Saúde propõem, a alta do paciente só acontece com a assinatura do psiquiatra. Ou seja, mesmo no cunho de um trabalho que se pretende ser de uma equipe interdisciplinar, só uma das disciplinas assume um lugar privilegiado de poder no estatuto do saber reconhecido pelo HPSP.

No caso da liberação para o pátio, a situação também é complicada, uma vez que nem todos os adolescentes a obtêm, sob o receio, especialmente da psiquiatria, de uma possível fuga dos internos. Essa preocupação é coerente, uma vez que a responsabilidade recai sobre aquele que assina a liberação, no caso, o psiquiatra; porém, também nos serve de ilustração para pensarmos o problema que se apresenta para o conjunto dos profissionais e, principalmente, para o jovem. Muitas vezes, o trabalho em equipe, através desse procedimento formal da

assinatura do médico, é invisibilizado. O trabalho em conjunto, por sua vez, é bastante curioso, se observarmos mais detidamente, pois as atividades se distribuem, sem muitos questionamentos, de acordo com as relações de poder.

Ainda no que se refere à internação de adolescentes, em várias ocasiões o psiquiatra procura consultar alguns profissionais em suas opiniões acerca da liberação dos jovens internados, mas mesmo assim, a decisão final cabe apenas a ele, já que é quem responde oficialmente por uma possível fuga. Não é uma “assinatura” da equipe, mas do médico, que, no caso de uma possível fuga de um adolescente, terá que prestar contas para o juiz. O que queremos problematizar aqui em relação aos serviços de saúde mental é que há, por um lado, uma responsabilização e um poder excessivos de um saber frente aos demais, e por outro, uma invisibilização dos outros saberes que trabalham, tanto ou até mesmo mais do que a própria psiquiatria, com os pacientes.

Se tal acontecimento procede entre os saberes que habitam a instituição do hospital psiquiátrico, o saber dos jovens internados está ainda mais distante. Assim, no cerne da organização do trabalho no HPSP, percebemos uma recorrência que se relaciona com a idéia da transformação de um espelho social em estátua (SANTOS, 2002); isto é, do saber da psiquiatria como “superior” aos demais, uma vez que sua posição no topo da hierarquia do HPSP acaba por cristalizar o fluxo da dinâmica institucional.

Além disso, o saber dos jovens internados, bem como o espaço para que esse saber seja reconhecido, encontra mínimas aberturas para sua expressão. O jovem chega à internação de um lugar de “fora”, destituído e percebido como marginal – conforme abordaremos adiante.

Entretanto, embora as duas questões – a cisão da equipe na modalidade de atendimentos para a infância e para a juventude, e a falta de apoio do HPSP para atendimentos substitutivos à internação, o que atrapalha uma articulação interdisciplinar – aponte para algumas dificuldades, também se torna relevante destacar alguns empreendimentos positivos que a equipe, de modo geral, vem desenvolvendo.

Um deles se refere à tentativa de aproximação e de articulação com outros serviços sociais e com saúde mental que tomam o CIAPS/HPSP como contra-referência no encaminhamento; quer para ambulatório, quer para internação. O outro aspecto, sem dúvida, parte do interesse e da dedicação dos profissionais que atuam no CIAPS/HPSP e sua luta política.

É bastante comum no cotidiano do CIAPS ver os profissionais criando estratégias para dialogar (ou tentar dialogar) com os demais nós das redes que fazem encaminhamentos inadequados para o serviço. Ao invés de despachar esses casos, a equipe se propõe a trabalhá-los, orientando esses locais que os procuram, não apenas mostrando quais situações se configuram como atendimentos propícios para o CIAPS, mas também apresentando outras possibilidades, reencaminhando-os para o fluxo mais indicado.

Ademais, os profissionais que compõem, em geral, o CIAPS são agentes extremamente interessados e dedicados, não somente com as questões de cada paciente, mas também por priorizar o enriquecimento da própria qualidade do serviço. Um exemplo disso foi a abertura com que acolheram este trabalho de

pesquisa e o projeto *Oficinando em Rede*³³.

5.2 PÚBLICO(S): PROTEÇÃO PARA CRIANÇAS E CONTENÇÃO PARA ADOLESCENTES

O CIAPS ocupa um lugar diferenciado para as duas populações distintas: crianças e adolescentes. Embora neste momento vamos abordar as características do público geral atendido pelo CIAPS, nosso enfoque de investigação concerne à internação de adolescentes.

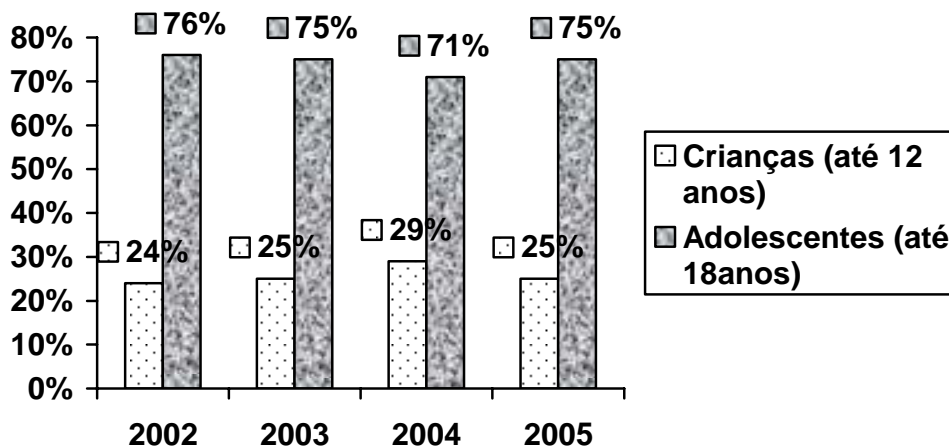
Essa abordagem mais ampla, que apresentaremos a seguir, serve como material que fornece elementos para enriquecer a perspectiva do leitor. Enfatizamos que os dados aqui apresentados³⁴ são referentes, em sua grande parte, à modalidade de internação. Passemos aos traços gerais do público atendido no CIAPS, conforme indicam os gráficos 1 e 2.

Gráfico 1:

³³ O projeto “Oficinando em Rede” é uma parceria entre o PPGPSI e o Departamento de Psicologia Social do Instituto de Psicologia da UFRGS, a Faculdade de Educação e o CIAPS/HPSP, coordenado pela profa. Dra. Cleci Maraschin. Insere-se também, neste projeto, um outro intitulado “As Patologias nos Modos de Ser Criança e Adolescente: uma Análise dos Motivos das Internações Psiquiátricas no Hospital Psiquiátrico São Pedro”, já citado anteriormente.

³⁴ O levantamento dos dados, que serviu de apoio à confecção dos gráficos apresentados, foi feito pela neurologista da equipe do CIAPS/HPSP, Dra. Maria Isabel B. Winckler.

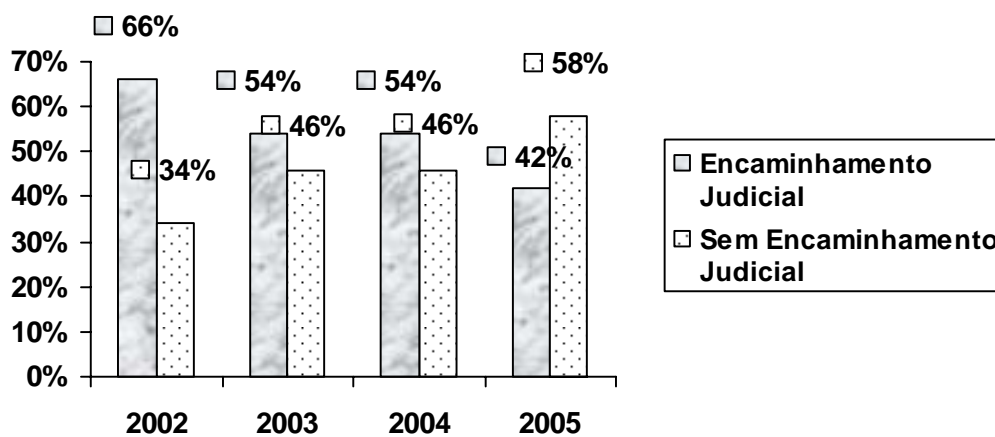
População da Internação do CIAPS/HPSP



Os dados dos gráficos, referentes ao ano de 2005 foram coletados entre os meses de janeiro e setembro. Tal iniciativa foi tomada para não atrasar a escrita da dissertação.

Gráfico 2:

Tipos de Encaminhamento ao CIAPS/HPSP



De acordo com as informações trazidas pelo gráfico 1, fica evidente que o

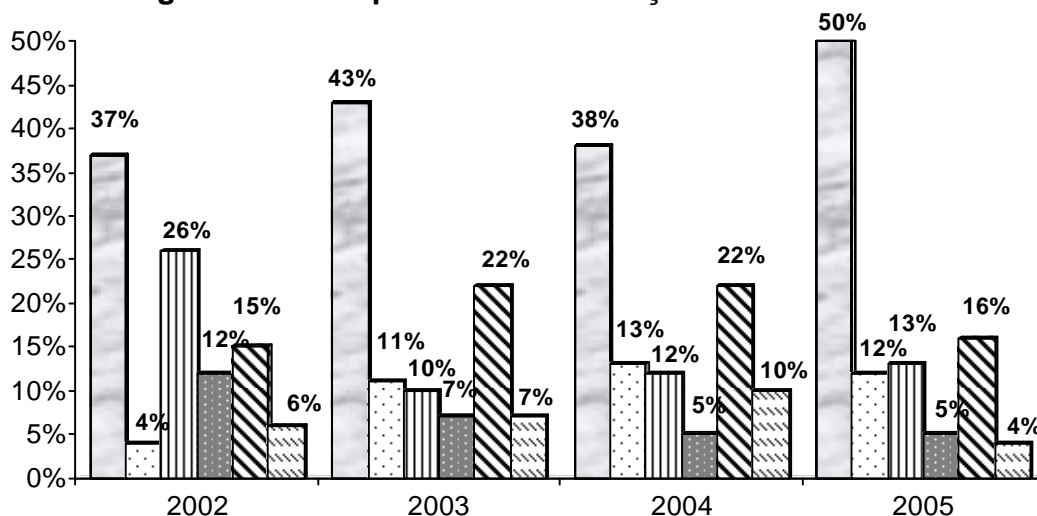
maior público atendido pelo CIAPS/HPSP é o público adolescente. Outro dado interessante se refere aos encaminhamentos por ordem judicial, como se explicita no gráfico 2.

Estes encaminhamentos sempre ocuparam mais da metade das internações; entretanto, no ano de 2005, houve uma pequena queda, baixando essa via de acesso para 42%. Ressaltamos que esse decréscimo pode estar associado ao fato de que as informações referentes a 2005 foram coletadas entre os meses de janeiro e setembro.

Com isso, podemos pensar que, como não abordamos os meses do final do ano, talvez este seja o período de maior encaminhamento nesta modalidade. Contudo, essa mudança ainda pode estar associada a outros fatores desconhecidos. Mesmo assim, julgamos ser interessante confrontarmos tais informações com o gráfico 3.

Gráfico 3:

Diagnósticos Frequentes na Internação do CIAPS/HPSP



- F10-19: Transtornos Mentais de Comportamento devido a Uso de Substância Psicoativa
- F20-29: Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Delirantes
- F30-39: Transtornos de Humor
- F70-79: Retardo Mental
- ▨ F90-98: Transtornos Emocionais e de Comportamento com Início ocorrendo na Infância e Adolescência
- ▩ Outros

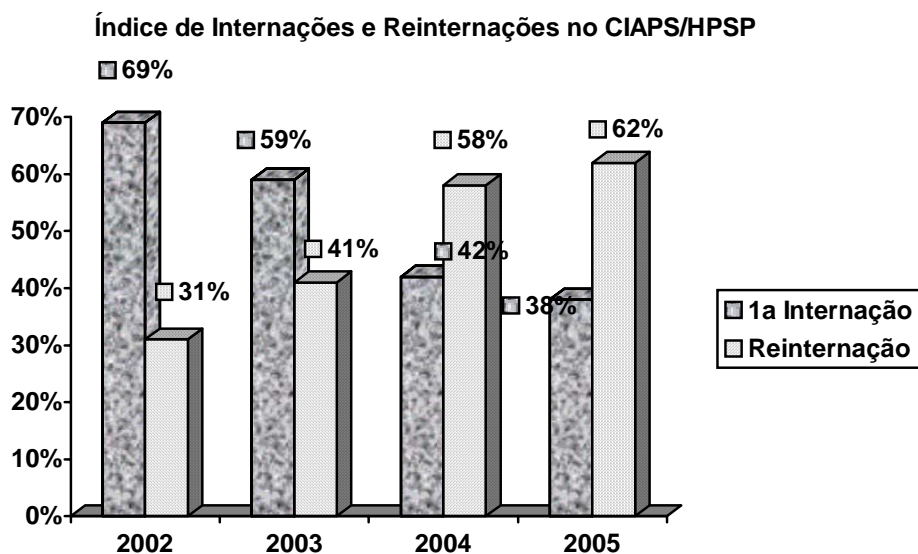
O diagnóstico F10-19 (OMS, 1999) aparece como o mais recorrente entre as classificações psiquiátricas em todos os anos apresentados pelo gráfico. Contudo, uma das hipóteses que podemos levantar, ao confrontarmos os dados dos gráficos 2 e 3, refere-se justamente a uma possível indicação de recorrência: a diminuição dos encaminhamentos judiciais do ano de 2005 e o aumento do número de pacientes categorizados com o diagnóstico F10-19 – que indica transtornos de comportamento devido ao uso de drogas. Talvez estes dois fatores estejam relacionados pelo fato de que os que possuem esse diagnóstico têm uma via de acesso à internação psiquiátrica de tal forma que o encaminhamento

judicial torna-se desnecessário. Dito de outra forma, na lógica desta suposição, pode-se pensar que o encaminhamento judicial já “abriu caminhos” para entrar na rede de saúde para a internação psiquiátrica para os diagnosticados com F10-19 de maneira tão enfática que agora basta que tal diagnóstico seja conferido para que a internação se efetive.

Outra constatação importante que o gráfico 3 traz como problematização é uma mudança no perfil daquilo que é considerado loucura na contemporaneidade, ao menos no que se refere ao contexto do HPSP. Ou seja, o alto índice de diagnósticos não se refere à esquizofrenia ou às psicoses – categorias clássicas que costumavam levar pessoas a serem encarceradas em asilos – mas sim ao uso de drogas. De certa maneira, a questão da drogadição vem assumindo um percurso de psicopatologização, especialmente para a população jovem, como revelam os dados levantados no CIAPS. Com esta interpretação não estamos negando as implicações psíquicas ou mesmo as conseqüências de uma dependência química que o uso de drogas pode ocasionar, mas sim indicando o papel que esse diagnóstico tem ocupado no campo de saúde mental através da recorrência de seu encaminhamento à internação no CIAPS/HPSP.

Ainda como uma informação auxiliar, também realizamos um levantamento sobre as reinternações psiquiátricas no CIAPS/HPSP, como mostra o gráfico 4.

Gráfico 4:



Podemos observar que nos últimos dois anos houve um aumento das reinternações psiquiátricas no CIAPS/HPSP. Essas reinternações podem estar associadas a uma recorrência do fluxo na rede de saúde mental, mostrando a “cronificação” de percursos que demonstram uma dificuldade de resolutividade para algumas questões com nexos entre os pacientes e as próprias instituições; além disso, apontam para um papel que as internações psiquiátricas ainda assumem como um movimento que se repete na articulação (ou da falta dela) entre os nós da rede.

Com maiores informações a respeito da dinâmica cotidiana do CIAPS/HPSP e das características gerais do público atendido, convidamos o leitor a acompanhar o campo como um todo, em especial as oficinas de percurso realizadas com os jovens da internação, o itinerário que os jovens referem como atrelados à experiência da internação psiquiátrica no CIAPS. Assim, passemos para o próximo capítulo visando analisar o enredo dessa trama.

6 “ENTRE SE QUISER, SAIA SE PUDER”

Neste capítulo vamos analisar: as questões levantadas pelos jovens participantes das oficinas de percurso; as discussões observadas no Fórum Técnico Macrometropolitano de Saúde Mental (FTMSM); a entrevista com a assistente social do Serviço de Admissão e Triagem (SAT/HPSP); e o seminário de Justiça Terapêutica.

Cabe retomar, como norteadoras da discussão a seguir, as questões da pesquisa: o modo de produção da internação psiquiátrica a partir dos itinerários dos jovens. Assim, propomos agora analisar mais profundamente os fatores engendrados na relação entre o percurso dos jovens e a internação psiquiátrica no CIAPS/HPSP.

Para isso, vamos iniciar esta seção do trabalho com a exposição dessas trajetórias e logo posteriormente, vamos nos deslocar à rede de saúde mental discutindo seus serviços e implicações. Nossa intenção é problematizar a relação

dessa rede e os itinerários realizados pelos internos no CIAPS/HPSP, convidando o leitor a uma reflexão sobre nossos achados.

6.1 MUITOS CAMINHOS, UM DESTINO

Conforme exposto no capítulo 3, as oficinas de percurso ocorriam como uma atividade inserida no grupo terapêutico – tal grupo já é uma prática instituída no CIAPS/HPSP – e é coordenado por uma psicóloga da equipe.

A atividade da oficina, entretanto, que foi por nós coordenada, consistia em dar voz aos jovens para que pudessem falar sobre os seus percursos. Nosso intuito era perceber quais as instâncias e de que maneira as instituições e estabelecimentos os encaminhavam à internação psiquiátrica. Para tanto, apresentávamos a pergunta “*como vocês chegaram até o CIAPS/HPSP?*” e os estimulávamos para que a resposta fosse expressa não apenas através da fala, mas também de uma forma visual, de acordo com o que já apresentamos no item 3.2.2.

Embora as oficinas tenham sido realizadas em um espaço grupal, cada jovem fez seu trabalho individualmente, falando apenas de seu percurso. Aqui já se depreende que apesar das trajetórias apresentarem muitas semelhanças, como veremos a seguir, sua construção é individualizada. Mesmo que muitas vezes um jovem, por exemplo, pudesse contar a história por um outro participante, a realizava de um modo individual não percebendo relações entre os percursos. Ou seja, os pacientes não se dão conta das semelhanças lógicas entre os seus itinerários.

Essa não generalização dos percursos nos indica o modo como os jovens estão sendo subjetivados: individualmente. Isto é, o percurso aparece como algo que é tomado individualmente e, embora eles possam reconhecer a trajetória do outro, não tiram disso uma reflexão capaz de questionar as similaridades implicadas em seus percursos.

Para a análise, selecionamos algumas trajetórias capazes de expressar as questões mais recorrentes dos grupos das oficinas, destacando elementos que se repetiam nas histórias dos jovens, conforme veremos a seguir.

Cabe também ressaltar que as características diagnósticas desses pacientes vão ao encontro do que é considerado o público juvenil predominantemente atendido no CIAPS/HPSP (*ver tabelas 1 e 2 do apêndice e gráficos 3 e 4 do capítulo 5, item 5.2*).

Mencionamos ainda uma informação importante a ser considerada, que se refere a uma diferença de gênero: a frequência escolar no momento da internação (*ver tabela 3 do apêndice*). Como vemos, apenas 8% dos jovens do sexo masculino participantes das oficinas possuem vínculo com a escola, enquanto que 50% das jovens participantes estudam.

Contudo, se pensarmos no panorama nacional, pesquisas recentes sobre a juventude³⁵ brasileira (UNESCO, 2004; ABRAMO & BRANCO, 2005) mostram que cerca de 52% dos jovens conseguem completar o ensino médio, indicando que, embora o número de estudantes do sexo feminino venha aumentando nos últimos

³⁵ Mencionamos que nas pesquisas referidas a seguir, o conceito de juventude concerne à faixa etária entre 15 a 24 anos. Como no CIAPS a população atendida se refere a crianças e adolescentes, correspondente à faixa etária determinada no ECA, de zero a 12 anos incompletos (crianças) e de 12 a 18 anos incompletos (adolescentes), tais pesquisas, portanto, abrangem apenas uma parcela da faixa de idade dos pacientes do CIAPS.

anos, ainda existe uma diferença entre os gêneros, revelando, na faixa etária entre 15 e 17 anos, por exemplo, que 91% dos homens e 88% das mulheres freqüentam a escola. No caso da Região Sul do país, o índice de jovens que completam o ensino médio é um pouco abaixo da média nacional, referente a 50% (SPOSITO, 2005).

Dessa maneira, podemos constatar a condição de exclusão social em que se situam os jovens internados no CIAPS/HPSP: eles estão fora das instituições tradicionais da sociedade, como a escola. Essa exclusão, percebida com evidência pela discrepância entre os gêneros – 8% dos garotos e 50% das garotas têm vínculo escolar no momento da internação – incide, com maior violência, sobre os jovens do sexo masculino.

Cabe dizer ainda que os pacientes que internam no CIAPS estão abaixo do padrão de vida do *jovem médio* da sociedade brasileira, apontando que seus modos de vida não aparecem nas estatísticas. Um exemplo disso é o fato de que, de acordo com Sposito (op. cit.), a grande maioria dos jovens brasileiros, que representa 31%, vive com uma renda familiar de 2 a 5 salários mínimos. Na Região Sul, esse índice é ainda maior, chegando a 39%. Contudo, através de nosso contato com os pacientes do CIAPS, podemos afirmar que aqueles que possuem uma renda familiar de até 2 salários mínimos – ou seja, abaixo da média nacional e regional – são os *jovens com maior poder aquisitivo* que internam no HPSP.

Outra questão importante que também caracteriza a juventude que interna no CIAPS se refere ao envolvimento com drogas. Isto é, em todos os grupos de oficinas aparecem trajetórias em que o uso de drogas é um fator comum. Isso

demonstra um aspecto interessante no panorama do HPSP, visto que se refere a uma mudança na população atendida e na própria concepção de loucura. Assim, o usuário de drogas, como é a categoria em que muitos jovens que internam no CIAPS/HPSP são classificados, se transforma em doente mental, pois “como a doença mental dá conta de qualquer coisa, ela pode explicar a subversão e a droga” (VELHO, 1978, p. 42).

No imaginário social, existe uma representação de loucura associada à psicose, à esquizofrenia, aos discursos delirantes. Não que no CIAPS/HPSP não sejam atendidos pacientes que apresentem esses quadros, mas podemos afirmar que atualmente a maior parte dos jovens que lá internam são usuários de drogas e não pacientes psicóticos³⁶. O que constatamos, com isso, é que a própria denominação de loucura está se deslocando e abrangendo os usuários de drogas. Temos na própria nosografia psicopatológica essa mudança, conforme o CID-10 (OMS, 1999), o item F10-19 correspondente ao diagnóstico de *Transtornos Mentais e de Comportamento devido a Uso de Substâncias Psicoativas* (conforme exposto no capítulo 5).

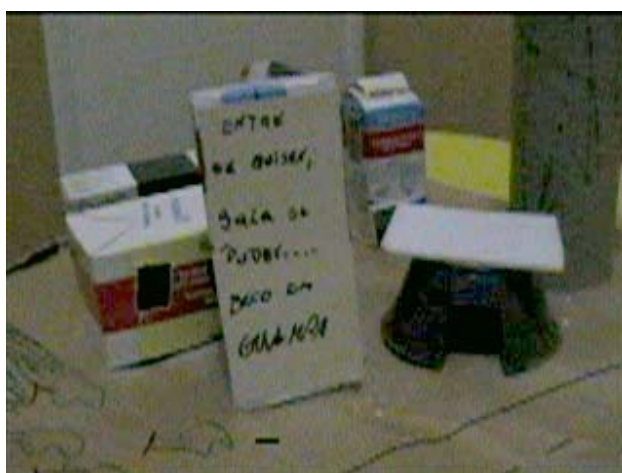
Entretanto, nos percursos, a droga varia de papel: em alguns casos, os jovens a consomem e também tiram dela seu sustento; em outros, o vínculo deles com a droga não é a questão mais imediata e urgente.

Observamos que os percursos apresentados pelos grupos G1a e G4b, em especial, revelam proximidades. Quase todos os jovens têm encaminhamento via

³⁶ É interessante notar, como expressa essa informação, que a noção de saúde e doença é uma questão histórica, conforme podemos perceber na mudança do público infanto-juvenil que internava no HPSP, apontada no capítulo 4. O mesmo elucida os gráficos apresentados no capítulo 5.

ordem judicial e estão envolvidos com drogas, mais especificamente o crack, e, eventualmente, em atos infracionais. Os grupos G1b, G4a e G3 também referem percursos que apontam envolvimento com drogas; porém, estas assumem um papel diferencial: não constituem uma atividade de renda, mas de consumo e funcionam como forma de permitir aos jovens uma circulação, principalmente como um facilitador à socialização, para criar amizades, por exemplo. O grupo G2 refere percursos em que a questão do abandono familiar predomina com maior ênfase, embora também haja a presença do uso de drogas (*ver tabelas 1 a 4 no apêndice*). Vamos discutir agora, mais detidamente, alguns desses percursos³⁷.

Igor, um jovem de quinze anos, morador de um município da Grande Porto Alegre, desenha no papel pardo um campo de futebol e monta com sucatas vários “barracos” que representam a favela onde mora; em um desses barracos, reproduz os dizeres de um cartaz pendurado na porta de um bar: **“entre se quiser, saia se puder...”** (*fotografia abaixo*).



Fotografia 1: Igor

³⁷ Ressaltamos que os nomes dos jovens participantes das oficinas de percurso foram trocados para preservar suas identidades.

Ele comenta que o bar é um local onde ocorrem muitas brigas e que, com frequência, tem como resultado a morte de alguém. Igor diz que a vida na favela tem muita “correria”, explicando que essa “correria” tem a ver com o tráfico, mas também com a rotina de trabalho daqueles que têm emprego. Conta ainda que foi parar no CIAPS/HPSP – e esta é a sua segunda internação no HPSP pelo mesmo motivo – devido ao consumo de crack e também por participar na venda de drogas.

O jovem diz que no CIAPS não sente “fissura” (vontade de consumir a droga), mas afirma que quando tiver alta e retornar para a favela, voltará a usá-la: “aqui eu não vejo a droga; lá ela vai estar na minha frente o tempo inteiro”. Igor comenta que também ajuda a família com o dinheiro que ganha com o tráfico. Diz que conhece os traficantes da favela, que sabe como o “esquema” funciona, que já está acostumado. Refere que largar as drogas não é uma tarefa possível de ser feita por quem está muito envolvido.

É interessante notar que o próprio jovem fala de si como se já não houvesse mais a perspectiva de um outro modo de vida possível. Se pensarmos, como já mencionado no capítulo 2, na idéia de *encadeamento de experiências* que culmina na internação no CIAPS/HPSP, perceberemos, no itinerário de Igor – assim como no de muitos outros internados no CIAPS –, que a situação de pobreza sócio-econômica (favela onde mora), o uso de drogas (crack) e a autoria de atos infracionais (furto, tráfico) são aspectos importantes que configuram a internação psiquiátrica; mas, ao que parece, este jovem se percebe como único protagonista desse percurso. Dessa maneira, o *encadeamento de experiências* não é visto como uma vivência produzida por uma dada configuração social, mas

é experienciado pelo jovem no âmbito da individualidade, ou melhor dizendo, como um processo que remete à *individualização da subjetividade*.

Sob este aspecto ressaltamos, conforme aponta Nardi (2003), que a produção da subjetividade na sociedade capitalista se relaciona com a supremacia da individualidade. Ou seja, nas palavras do autor (op. cit., p. 40): “o capitalismo (...) assinala o surgimento de uma sociedade de indivíduos”. Com isso, queremos dizer que as subjetividades individualizadas não são um mérito apenas da recorrência dos percursos dos jovens – como ilustra a situação de Igor que atribui a si próprio a dificuldade de sair do itinerário “*entre se quiser, saia se puder*” –, mas também reflete a lógica tributária do ideal capitalista contemporâneo.

Contudo, é relevante também observar que Igor não acredita na ajuda de alguma instituição que possa fazê-lo sair do circuito das drogas. O jovem, assim, está à sua própria sorte. Ao que parece, a própria medida da internação psiquiátrica não demonstra estar sendo significativa como recurso que pode auxiliá-lo a repensar sua situação no tráfico e, menos ainda, a lhe mostrar alternativas que lhe apresente outras possibilidades de vida.

Como não é a primeira vez que ele está internado no CIAPS, percebemos a recorrência de um percurso que já se consolidou: o jovem já baixou anteriormente no CIAPS pelo mesmo motivo que o internou agora, por ordem judicial e com acompanhamento do conselho tutelar; na alta, o plano é que seja encaminhado a uma Fazenda Terapêutica (de cunho religioso) e, como ele não quer ir para esta instituição, é possível que fuja... e, posteriormente, seja reencaminhado ao CIAPS.

Xeque-mate? De um certo modo sim. O próprio Igor fala dessa posição ao dizer que não há como encontrar uma saída da via da droga. É o “*entre se quiser,*

saia se puder” que diz respeito, então, não apenas ao funcionamento do bar da favela onde vive este jovem, mas à situação em jogo no contexto da sua (e não só da sua) internação psiquiátrica.

Outro participante das oficinas, e que já conhece Igor porque mora na mesma favela, é Diego³⁸, também com quinze anos e está na sua terceira internação no CIAPS/HPSP.

Diego diz que gosta de estar envolvido com drogas, tanto para o consumo como para a venda. Ele alega que só foi para o CIAPS porque o juiz mandou, caso contrário, iria para a FASE³⁹ (Fundação de Atendimento Sócio-Educativo). Na oficina, desenha um caminho e monta com sucata uma ambulância, representando sua chegada no CIAPS: “nunca tinha andado de ambulância antes; foi legal”.

Podemos ver, a partir dos percursos dos jovens que participaram das oficinas, uma “naturalização” do procedimento da internação psiquiátrica, que chama constantemente os mesmos, por via da ordem judicial. No caso de Diego, vemos que sua internação se dá apenas por obediência à determinação do juiz, não havendo qualquer preocupação por parte do jovem em se tratar, mas sim em evitar um possível encaminhamento mais extremo, como a FASE. O mesmo se dá em relação às instituições que encaminham Diego à internação, que, a nosso ver, parecem estar mais interessadas em controlar e vigiar o jovem do que em

³⁸ Entre o período que abrange a atividade das oficinas e a escrita da dissertação, Diego obteve alta e já reinternou no CIAPS.

³⁹ A FASE veio a se constituir para tomar o lugar da extinta FEBEM-RS. A FASE funciona em regime fechado ou semi-aberto. Esta instituição é voltada para jovens que cometem infrações.

oferecer-lhe possibilidades que efetuem alguma mudança significativa que capazes de conduzi-lo a um outro rumo.

É nesta lógica de vigia e controle, conforme mencionada no capítulo 2, que a idéia de Boaventura Santos (2002) de *epistemologia das estátuas* parece indicar uma posição interessante da articulação do saber judiciário com o saber médico através do dispositivo da internação pela determinação judicial, que cristaliza uma função de encaminhamento rápida – e paliativa – para a “resolução” da situação do jovem. Ou seja, a ordem judicial é uma *estátua*, no sentido empregado pelo autor, pois se materializa, coercitivamente, mais para vigiar e controlar do que para possibilitar alguma perspectiva diferente aos jovens.

Outra trajetória importante de ser analisada é a de Nelson, quatorze anos, morador de um município próximo à capital gaúcha; está na quarta internação no CIAPS. Na oficina, ele começa desenhando a rodoviária de sua cidade, faz a casa da família onde mora, uma praça e uma maquete da escola que estudava na sua infância (Nelson interrompeu os estudos na 4^a série do Ensino Fundamental). Comenta a sua dificuldade em largar as drogas – motivo que atribui sua baixa no CIAPS – e que se sente abandonado pela família, pois afirma que já está internado há uma semana e não recebeu nenhuma visita dos pais (que não o acompanharam nem mesmo no momento da baixa, pois foi trazido pelo conselheiro tutelar).

Logo em seguida, pergunta se a juíza irá ajudá-lo, comentando que está internado porque não cumpriu uma medida sócio-educativa, e que “se eu bobear mais uma vez ela me disse que vai me mandar pra FASE”.

O jovem, segundo as informações do prontuário, foi internado, além da dependência química, por ter reincidido nas fugas de casa e por ter se envolvido com um grupo de infratores, tendo, inclusive, já assaltado à mão armada. Cabe dizer que ele já esteve internado no CIAPS/HPSP ainda quando criança, na ala infantil, devido ao envolvimento com drogas. Além disso, no entremeio das internações, Nelson chegou, temporariamente, a ser abrigado em uma instituição.

Como vemos, o percurso de Nelson evidencia uma recorrência pela internação psiquiátrica desde a infância. E as instâncias promotoras de suas internações colocam como justificativa para essa intervenção uma preocupação com o futuro do jovem, questionando que tipo de adulto ele se tornará. Nesse sentido, pode-se dizer que as políticas públicas – aí também a contribuição de algumas linhas da psicologia – preocupam-se não com a criança mesma, mas com o seu futuro (PILOTTI & RIZZINI, 1995). Procura-se, desse modo, tratar a criança e o jovem pensando no seu futuro adulto e, por vezes, esquece-se da sua questão mais urgente.

O que se depreende, porém, pelo resultado dessa “preocupação” das instituições é que elas acabam contribuindo para forjar o próprio futuro dos jovens, quando operam preconizando profecias auto-realizadoras pela via da individualização da culpa. No relato de Nelson isso se verifica no momento em que as instituições – especialmente o judiciário – colocam a internação como conseqüência de uma conduta “boba” por parte do jovem.

Uma intervenção que procura incidir não na situação, mas no próprio sujeito – reproduzindo a lógica de produção de uma subjetividade individualista –, encontra respaldo numa pressuposição de, no caso da psicologia

desenvolvimentista, compreender o sujeito em cada etapa de seu desenvolvimento, evidenciando, com isso, uma lógica que dispõe de mecanismos de adaptação para que sujeitos consigam se adequar a uma determinada configuração social. Isto é, a solução encontrada se aplica ao próprio sujeito – internando-o, por exemplo –, mas sem oferecer-lhe substancialmente a chance de sair desse itinerário.

Esse fato é interessante, pois atualiza, de certa forma, as idéias apresentadas pelo doutor Jacintho Godoy (1955) na ocasião do curso de Biopsicologia Infantil (conforme capítulo 4), em especial no momento que o referido doutor comenta sobre aqueles que têm um “futuro sombrio” (op. cit., p. 189), ou seja, os que não se adaptam à configuração social homogênea, que no caso desta pesquisa, são preponderantemente os jovens usuários e participantes do tráfico de drogas.

Outro fator indicado pela trajetória de Nelson refere-se à situação de abandono, não apenas familiar, mas também de outras instituições. Nesse contexto, o que sobra para muitos jovens, como o deste caso, é a oportunidade de socialização que a droga oferece. Ou, caso queiram sair dessa situação, ainda resta, como um percurso que exige um movimento solitário do jovem, “ter força de vontade” – como diz o próprio Nelson.

Talvez o aspecto mais crucial que a trajetória deste jovem destaca é a implicação da internação com o enigma de “como agradar o juiz?”. Ou seja, Nelson não cumpriu uma determinada medida sócio-educativa e, como uma espécie de pena ou castigo, ele foi internado. Como o próprio jovem se interroga, o efeito desta baixa no CIAPS parece ser o de tentar desvendar o que fazer para

não ser mais encaminhado à internação, que agora é pela quarta vez no CIAPS. Contudo, Nelson, se não decifrar o desafio e “não se comportar bem”, corre ainda o risco de ser levado para a FASE. Dessa forma, as instituições são vistas e atuam eminentemente como punitivas.

Esta questão do enigma que se apresenta como internação psiquiátrica, especialmente pela via da ordem judicial, pode ser comparada à pergunta da Esfinge presente no mito de Édipo⁴⁰. “Decifra-me ou devoro-te” é a ameaça da Esfinge dirigida àqueles que pretendiam entrar na cidade de Tebas. De certa forma, a pergunta se atualiza na situação dos jovens internados: como sair de um circuito sem ser devorado? Como, enfim, sobreviver dentro desta lógica recorrente que captura sempre os mesmos? É o enigma imposto aos que não conseguem decifrar o caminho para a adaptação social. Cabe a Nelson, então, para que não reinterne outra vez, ou para evitar ser encaminhado à FASE, simular sua “adequação”.

E é desta lógica, atualizada na ordem judicial, que se estabelece a realimentação do próprio circuito da internação psiquiátrica: providenciar meios para controlar a marginalidade, sob o título de proteger a ordem social. Assim, fica claro que o tratamento oferecido nessa parceria entre a psiquiatria e o judiciário é um tratamento moral. Pois, mesmos em tempos de exaltação ao ECA, a própria lei

⁴⁰ Aqui nos deparamos com um mito ícone da psicologia, mais especialmente da psicanálise, que se refere à história de Édipo. Contudo, enfatizamos que a figura que nos interessa nesta metáfora é a Esfinge, devoradora daqueles que não conseguiram decifrar o enigma que ela proferia. Nesse sentido, salientamos uma semelhança entre as questões colocadas no percurso dos jovens em relação à internação psiquiátrica com a frase célebre do monstro. Entretanto, ainda divagando sobre o mito, cabe dizer que embora tenha decifrado o enigma e tenha se tornado rei de Tebas, Édipo acaba não conseguindo sair da dimensão dramática, uma vez que – como todos sabem – casa-se com a própria mãe. Édipo, mesmo decifrando o enigma, não encontrou “saída”.

é usada para promover punições aos jovens com o intuito de moralizá-los em vez de oferecer outras alternativas. A dificuldade se impõe, a nosso ver, para todos, pois necessitam escapar de uma lógica individualista que subjetiva os jovens, os profissionais e os próprios serviços de saúde.

Retomando a idéia de Boaventura Santos (2002) de *espelhos sociais*, apresentada no capítulo 2, podemos pensar a ordem judicial como uma espécie de estátua que paralisa outras articulações possíveis na vida dos jovens envolvidos, uma vez que produz uma recorrência que se dá para controlar e vigiar, e não para realizar uma interlocução positiva entre os jovens e as instituições da sociedade. É a estátua da Esfinge que controla, vigia, devora...

É interessante notar também que há semelhança entre o percurso institucional que gerou o "CAPS"-CIAPS/HPSP e a trajetória dos jovens: ambos têm relação com a ordem judicial. Tal determinação foi capaz de gerar o CIAPS/HPSP, de acordo com o que vimos no capítulo 4. Tanto boa parte dos jovens interna pela via judicial como o próprio CIAPS foi inventado por essa forma de determinação.

Ou seja, é dentro de uma organização hierárquica que se criam os fluxos nas relações interinstitucionais de modo que, dentro dessa articulação, surgem núcleos que exercem poder sobrepunando outros saberes. E quem está cada vez mais afastado desse núcleo são aqueles a quem tais regulamentações se destinam: os jovens.

Dessa forma, forja-se uma produção de incapacidade, colocada em relações de poder, que sempre expressa trocas desiguais e hierárquicas. Boaventura Santos (2002) afirma que, através de uma produção como essa é que

se criam as estratégias para despotencializar a força emancipatória de determinados grupos sociais. Nas palavras do autor: “Há (...) diferenças capacitantes e diferenças incapacitantes, tal como existem igualdades capacitantes e igualdades incapacitantes, e o critério para as distinguir tende a ser, na prática, extremamente contestado, senão opaco” (SANTOS, op. cit., p. 270). Com isso, gera-se uma massificação da experiência – no caso, da juventude pobre – e a produção de desperdícios de experiências e epistemicídios, já que os próprios sujeitos aprendem a atribuir a si essa “incapacidade” que é socialmente produzida e forjada como pessoal.

No momento em que as experiências dos jovens são reconhecidas de modo pejorativo, sendo eles privilegiadamente vistos e tratados como delinqüentes, infratores e doentes, estanca-lhes as possibilidades de saída. Cria-se a recorrência; a Esfinge os devora; **“entre se quiser, saia se puder”**. Essa configuração, forjada na relação dos percursos dos jovens com a rede de saúde, remete ao desperdício de experiência, ao epistemicídio e a uma individualização da culpa. E, embora socialmente produzida, é na vida desses jovens que se materializa a recorrência da internação, subjetivando-os em todo o processo em que percorrem por esse caminho.

Dessa forma, percebemos o fenômeno de patologização das massas no qual “se coloca em evidência o lado patológico das multidões em detrimento das questões políticas, reforça-se a idéia de indivíduo em detrimento da idéia de coletivo” (SILVA, 2005, p. 62). Assim, estabelece-se uma naturalização de processos sociais, do jovem pobre e delinqüente, por exemplo, como

representante de uma doença; e a “moléstia hereditária”, “genética”, é dessa maneira transformada em seu próprio destino.

Outro percurso a ser abordado é o de Maria, quatorze anos, primeira internação no CIAPS, que também baixa o hospital via ordem judicial. Além do uso de drogas, o motivo de sua internação é a tentativa de suicídio. Ela desenha uma praça, seu animal de estimação (uma cachorrinha) e a casa do namorado. A jovem comenta que tem dificuldades com a mãe (adotiva) e que quando briga com ela, costuma fugir de casa, indo para as ruas usar drogas ou para a casa do namorado. Acredita que sente mais dificuldades em lidar com sua própria família do que com o namorado. Afirma ter vontade de trabalhar. Ela também admite que precisa de ajuda, mas que não gosta da psicóloga que a atendia em seu município, justificando: “ela diz que eu faço essas coisas porque gosto de aparecer”. No prontuário da jovem encontramos ainda, como elemento associado à sua internação no CIAPS, o fato de ter sido abusada sexualmente na época que vivia com a mãe biológica – motivo pelo qual foi adotada aos oito anos de idade.

No percurso desta jovem, chama-nos a atenção não só a questão do abandono – que se repete em muitas outras histórias dos que internam –, mas especialmente o modo como os serviços de saúde aparecem na sua trajetória. Isto é, o sofrimento vivido pela paciente devido ao abandono e às dificuldades de relacionamento se atualiza também na maneira como é atendida pela psicóloga de seu município, que culpabiliza a jovem pelo seu destino.

É com descrédito que as angústias de Maria são tomadas. Está colocada em xeque-mate. O que resta a ela, então, fazer? Maria não decifrou o enigma...

Percebemos, nesta situação, que o saber, moral e normativo, representado pela psicóloga que atendia Maria demonstra, de certa forma, conexão com o pensamento do doutor Jacintho Godoy (1955), como apresentado no capítulo 4, revelando a existência de práticas de “tratamento” de desautorização do paciente e de “entronamento” do profissional que legitima o que o paciente é ou deixa de ser. O discurso psicológico, muitas vezes, posiciona as pessoas frente ao enigma: decifra-me ou devoro-te.

Como exemplo de outros percursos, citamos os de Fernanda, quatorze anos, e de Denise, quinze anos, que se conheceram no CIAPS. Elas falam que se identificam muito uma com a outra devido à semelhança de suas histórias e por referirem um motivo comum às suas internações: o descontrole com o uso de drogas. Ambas moram em cidades da Grande Porto Alegre. Fernanda credita sua internação ao abuso de drogas motivado pelo término do namoro com um rapaz usuário de crack. Denise comenta que o mesmo se passou com ela devido ao fim da relação com o namorado, que atualmente está preso por ter matado o melhor amigo, sendo que os três costumavam usar drogas juntos. Na oficina, as duas dividem o mesmo pedaço de papel desenhando um coração partido ao meio e, em cada metade, uma racha que corta seus nomes e o dos namorados com a seguinte mensagem: “já eras”, “traição”, “decepção” (*ver fotografia 2 a seguir*). Denise comenta que desejava morrer devido à decepção amorosa.

O percurso destas jovens apresenta não apenas os riscos e os perigos oferecidos pela droga, mas também as experiências que remetem ao cotidiano. A referência à decepção amorosa e à perda de pessoas próximas é uma experiência partilhada pelo viver. Contudo, como a via dessa socialização no percurso das

jovens se deu através do abuso de drogas, o próprio tom desses acontecimentos recebe uma conotação diferente, já que se expressa dramaticamente.



Fotografia 2: Fernanda e Denise

A história de Fernanda e de Denise nos ajuda a refletir uma das possíveis trajetórias que a droga, na via do tráfico, oportuniza. Como meio de socialização ela oferece um papel à mulher, distinto daquele exercido pelo homem, mas que, de certa forma, se complementam. Assim, cabe comentar aqui uma diferença de gênero importante: a carreira masculina e a carreira feminina.

É muito difícil uma mulher ser conhecida como chefe de tráfico de uma determinada região, o que geralmente ocorre é ela desejar ser mulher de traficante. No livro *Cabeça de Porco* (2005), os autores Celso Athayde, MV Bill e Luiz Eduardo Soares relatam, em uma reunião que fizeram com os jovens moradores de uma certa favela de Porto Alegre, um consenso a respeito da importância das garotas, no sentido de que a medida do sucesso da “masculinidade” dos rapazes está na capacidade de seduzi-las e deixá-las

admiradas de verem neles “o modelo macho violento, arrogante, poderoso e armado” (op. cit., p. 231). Os autores explicam no que se refere aos garotos:

[...] Muitos, entre eles, vão imitar este modelo, copiar suas manhas, identificar-se com seus valores. Instaura-se um magnetismo perverso que enseja a emulação da prepotência armada. As moças, aquelas encantadas pela estetização do mal, atuam como mediadoras da violência, turbinando a adrenalina de seus pares. Gravitando em torno dos adolescentes que idolatram e portando-se como elos de uma engrenagem que se reproduz automaticamente, elas [...] são vítimas e objeto. Convertem-se em cúmplices, inadvertidamente (op. cit., p. 231).

Ou seja, a ascensão na carreira do tráfico se dá através da legitimação de uma dominação masculina. Neste aspecto, percebemos um modelo também reificado socialmente em outras instâncias da sociedade e em valores sociais como, por exemplo, o papel do homem macho e viril. Assim, dispondo de um modelo de identidade e de um sentimento de pertença ao grupo que participa do tráfico de drogas, os jovens pobres encontram na organização do tráfico uma via de possibilidade de reconhecimento, como o rapaz macho, forte e viril, e a garota, objeto de desejo e de investimento do jovem traficante.

Para encerrar a exposição das trajetórias apresentadas nas oficinas, vamos abordar o percurso de mais três jovens que também foram internados por ordem judicial: Marcelo, Ricardo e Juliano. O primeiro tem dezessete anos, morador da Grande Porto Alegre, mas que costuma circular no centro da capital. Ele está na segunda internação no CIAPS e já teve passagem pela FASE.

Marcelo fez um mapa dos lugares por onde andou em Porto Alegre (parque da Redenção, usina do Gasômetro, saunas, Praça da Alfândega, Foro Central,

dentre outros), e comenta que o parque e a praça eram lugares de descanso, de “curtição” e de roubo. A sauna e o Gasômetro eram locais para se prostituir. Ao foro havia sido levado quando era encaminhado para a FASE: “me levavam lá quando iam me prender”. Fala do “casarão” – lugar conhecido dos usuários de drogas como ponto de venda, de uso e de encontro (*ver fotografias 3 e 4 abaixo*). Diz que se prostituía para manter o vício. Comenta que tem dois filhos com uma “crente” amiga da sua mãe. Marcelo não é alfabetizado e diz que mal lembra da escola.



Fotografia 3: Marcelo (a)



Fotografia 4: Marcelo (b)

Chama a atenção a forma como o jovem constrói o mapa de seu percurso no papel: Marcelo demonstra entusiasmo pela atividade, explicando com detalhes o que fazia em cada lugar. No final, desabafa: “depois de tudo isso, ninguém mais acredita em mim”.

Este percurso mostra que a circulação social do jovem coincide com a própria circulação da droga. O mapa que ele desenha é uma espécie de “curto-circuito”, indicando uma recorrência, um círculo vicioso que começa e termina sempre no mesmo lugar: a marginalidade.

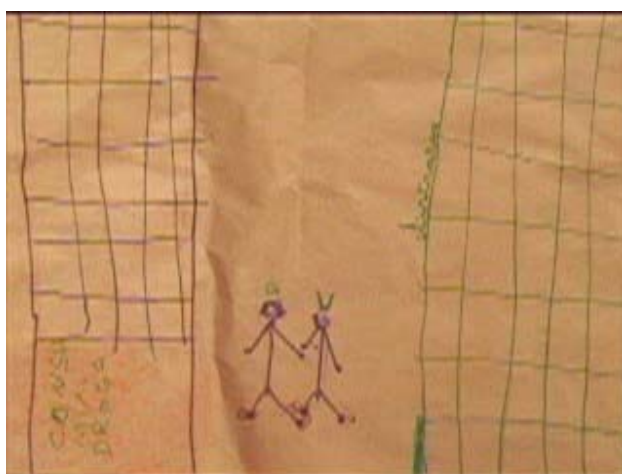
Destacando o aspecto da marginalidade nos percursos dos jovens internados no CIAPS/HPSP, como acontece no caso de Marcelo, percebemos que no contexto atual da internação psiquiátrica o que vemos parece um retorno à História da Loucura de Foucault (2000).

Ou seja, a grande questão não é mais separar os pacientes psicóticos – os “loucos típicos” – dos demais grupos excluídos de participarem da sociedade, mas, como uma volta às primeiras páginas do livro consagrado do autor, a promoção da internação para aqueles que são considerados marginais e, assim, inseri-los em categorias nosográficas capazes de patologizar e encobrir como doença mental determinados processos sociais que discriminam a pobreza, a miséria e o desinvestimento da sociedade, produzindo uma espécie de não-existência (SANTOS, 2004b, p. 787) desses sujeitos.

Ricardo⁴¹, por sua vez, de quinze anos, primeira internação no CIAPS, também morador da Grande Porto Alegre, diz que tinha vontade de viver na

⁴¹ Ricardo, assim como Diego, no período entre a realização das oficinas e a escrita da dissertação obteve alta e foi reinternado no CIAPS.

capital, onde costumava circular. No papel, faz o desenho do “casarão”, local onde ia para usar drogas (*ver fotografia 5 abaixo*). Ele também já teve passagem pela FASE, sabendo, inclusive, em que estava “enquadrado”: “tava no 155, tia” (artigo que determina sanção à prática de furto no Código Penal). O jovem desenha a si e a um amigo, dizendo que “ele também precisava estar aqui se tratando; é que ele usa muita droga também”.



Fotografia 5: Ricardo

Ricardo refere que pediu para ser internado, que tinha visto que perdeu o controle de si mesmo para a droga. Comenta que sua ex-namorada uma vez pediu a ele que escolhesse entre ela e a “pedra”; relembra que optou pelo vício e lamenta sua escolha justificando que gostava da menina, mas que o crack foi mais forte na sua decisão. Disse que não sabe se teria outra chance com a garota, mas fala que tem muita vontade de sair do CIAPS para se tratar realmente, pois quer mostrar para as pessoas que duvidam dele que é capaz de “sair dessa”. Segundo o jovem, seus familiares acham que o vício é “sem-vergonhice”.

Ricardo fala que da última vez que teve “fissura”, os pais o amarraram com correntes ao pé da sua cama para que não saísse de casa. Relata que acabou quebrando a cama toda para poder ter os pés livres para caminhar; diz que saiu de casa com as correntes nos pés e foi, assim mesmo, fumar “pedra” (crack). Relata que foi o desespero de seus pais que o incentivou a buscar ajuda e a ver que podia morrer realmente. “Perdi o controle de mim pra virar escravo da droga”.

Destaca-se nesta trajetória o fato de haver um pedido por parte do próprio jovem para ser internado. Ricardo percebe necessidade de ajuda e, em atitude de desespero, requer uma forma de contenção, crendo, através disso, conseguir fugir não apenas da droga, mas do itinerário que se impõe. (Será que aqueles que decifram o enigma não são devorados?).

Mais detidamente, o jovem expressa que o uso de drogas é entendido como um comportamento imoral por parte de sua família (“sem-vergonhice”). No entanto, tal como apresentado no percurso de Maria, esse tipo de entendimento não é exclusivo dos familiares, mas também de alguns serviços de saúde em que existe também uma interpretação moralizante do comportamento.

Outro fator que salta aos olhos no caso do jovem é a questão da lei. Ricardo conhece o artigo do Código Penal que pune a infração por ele cometida. Desse modo, torna-se importante analisar em que aspectos o ECA consegue ser, efetivamente, uma ferramenta guardiã dos direitos dos jovens de maneira a não criminalizá-los pelos seus “erros”, mas sim oportunizar uma outra alternativa capaz de lhes oferecer condições de participarem da sociedade sem ser pela via da estigmatização ou da reificação de atos infracionais.

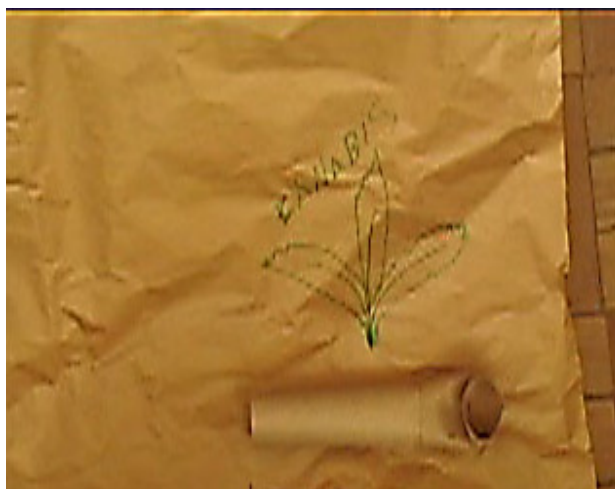
De acordo com Fonseca (2004), o ECA é uma legislação que, se por um lado dispõe de direitos jamais obtidos em outros tempos para a infância e juventude brasileira, por outro, dá margem a interpretações amplas que eufemizam vocábulos provocando uma grande distância entre a prática e a realidade.

Conforme Fonseca (op. cit., p. 106): “Parece que muitas pessoas acreditam na força mágica das palavras – como se o mero fato de falar da criança enquanto <sujeito de direitos> pudesse trazer uma mudança revolucionária na vida dos jovens brasileiros”. A autora, no entanto, não nega a importância dessa legislação, mas nos alerta de que somente o seu registro no papel não basta para assegurar uma conquista, enfatizando, assim, a necessidade da sociedade lutar pela concretização dos direitos que constam no ECA enquanto lei.

Além disso, torna-se relevante destacar o papel das fazendas terapêuticas no momento da alta dos jovens internados no CIAPS/HPSP. No caso de Ricardo, como em muitos outros, ocorrem fugas. Esquece-se, contudo, que o caráter comumente característico desses estabelecimentos é o aspecto religioso, extremista e mesmo violento que assumem. A proposta que se faz ao jovem, a nosso ver, indica uma troca: sai a droga, entra a religião. Ou seja, um vício pelo o outro – o que mantém ainda o jovem em lugar socialmente alienado; porém, docilizado e, por isso, aceito. (A esfinge, paralisada em sua posição de estátua, segue devorando...).

Por fim, Juliano, dezessete anos, pai de duas filhas com sua ex-namorada, também teve passagem pela FASE e reinterna pela terceira vez no CIAPS pelos mesmos motivos das vezes anteriores: abuso de drogas (crack) e envolvimento

com o tráfico. O jovem, morador de um município do litoral norte do Rio Grande do Sul, vem para a internação trazido pelo conselho tutelar⁴². Ele estava ameaçado de morte por traficantes da sua região, e após a alta do CIAPS, já havia feito uma combinação para prosseguir seu tratamento em uma fazenda terapêutica. Entretanto, na oficina, diz que quer se “vingar” dos sujeitos que o expulsaram de seu bairro e julga, para isso, oportuno ser “de menor”, justificando que “agora não dá nada, depois é presídio”. Não demonstra interesse na atividade, desenhando um cachimbo de fumar crack e uma folha de *canabis* (maconha) no papel (*ver fotografia abaixo*).



Fotografia 6: Juliano

Cabe dizer também que, posteriormente às oficinas, no momento da alta, Juliano consegue convencer o conselheiro tutelar a levá-lo de volta à sua cidade, de modo a não ir à fazenda terapêutica como previamente combinado.

⁴² O conselho tutelar é um órgão quase sempre presente nos percursos dos jovens que internam no CIAPS, funcionando de modo importante à obtenção do encaminhamento judicial; no entanto, só o estamos mencionando em alguns casos, nos quais a atuação desse órgão parece ser fundamental à compreensão do leitor, devido ao papel relevante que este ocupa na trajetória dos jovens.

O percurso de Juliano revela a “vantagem de ser de menor”. O jovem tem a sensação de que “pode fazer tudo”, como matar, roubar, etc. Para pensarmos sobre esse sentimento onipotente, encontramos em Henri Atlan (2002) algumas reflexões. Segundo o autor, essa sensação é produzida pelo que chama de *ilusão de liberdade*, a qual podemos interpretar como um paradoxo: os jovens que acham que podem tudo são justamente os que estão mais comprometidos com uma recorrência. O contrário também é pertinente, de acordo com Atlan (op. cit., p.37):

[...] Conhecer melhor os determinismos que nos regem permite-nos viver a experiência de uma maior liberdade. [...] Na perspectiva que pretendo adoptar, a escolha não é separada deste conhecimento de forma arbitrária, mas, pelo contrário, é determinada por factores que este conhecimento nos pode por vezes fazer descobrir.

Atlan ainda desenvolve idéias que podem nos auxiliar a aprofundar a questão: responsabilidade *versus* culpabilidade. Para argumentar tal concepção, o autor se vale do duplo sentido do termo “sujeito”: sujeito de e sujeito a. Ou seja, a primeira acepção de sujeito expressa a possibilidade de protagonismo; ao passo que a segunda revela uma posição de assujeitamento, de submissão. Como explica o autor (op. cit., p. 39-40): “por um lado, sujeito activo, <sujeito de>, sujeito das suas ações e da sua história; por outro lado, <sujeito a>, subordinado ao que lhe acontece, à sua história e ao que faz, ou antes, ao que é feito através de suas ações”. A dificuldade de encontrar a “resposta certa” é que as instituições sociais esperam que o enigma seja decifrado no sentido do sujeito a – isto é, um sujeito adaptado, submisso, docilizado – e não na direção de um sujeito de.

A crítica de Atlan é colocada pela percepção da responsabilidade como categoria jurídica. Isto é, o autor defende que a dimensão da responsabilidade se confunde, juridicamente, com culpabilidade, e de que é indispensável fazer tal distinção. De acordo com o autor (op. cit., p. 51): “a responsabilidade não implica forçosamente a culpabilidade. Para nos convenceremos disso, basta que enumeremos todas as coisas que somos levados a fazer, que não impliquem nenhuma culpabilidade, mas pelas quais podemos eventualmente ser chamados a responder”.

No caso dos jovens, ao que parece, eles são culpabilizados individualmente – numa posição de assujeitamento – sem, no entanto, poderem ser considerados responsáveis. A nosso ver, a relação que lhes possibilitaria uma mudança ética de posição compreenderia justamente o oposto: não culpabilizá-los, mas responsabilizá-los, já que, na concepção de Atlan, é responsável quem pode assumir e se dar conta dos limites da possibilidade de escolha. Em última análise, implica um maior destaque ao protagonismo desses jovens do que ao seu assujeitamento, porque conscientes desse processo.

Desse modo, afirmamos que a internação psiquiátrica no CIAPS/HPSP revela um processo social que remete a outras circunstâncias que extrapolam aquilo que é considerado estritamente doença mental. Patologiza-se a juventude pobre usuária de drogas, atribuindo-se a ela uma culpabilidade (ATLAN, 2002), por vezes mascarada pelo discurso médico que a toma como causa natural e genética⁴³.

⁴³ Em algumas de nossas participações nas reuniões de equipe no CIAPS/HPSP, observamos esse tipo de justificativa, vindo particularmente dos residentes de psiquiatria, como explicação da

Por fim, o percurso de Juliano ainda nos leva a refletir sobre a preferência de muitos jovens desejarem ser reconhecidos como “criminosos” do que como “loucos”. Uma explicação interessante para esta questão é apresentada por Castel (1978, p. 169-170) ao enfatizar que:

O doente mental é um improdutivo, como os vagabundos, os indigentes, os doentes pobres, os velhos. É também perigoso, menos pela passagem ao plano da ação, que raramente se efetua na realidade, que pelo exemplo de uma transgressão das normas que não poderia, tal como um ato criminoso, permanecer impune. No entanto, “irresponsável” que é, o doente mental não pode ser passível do mesmo tratamento que recebe o criminoso, menos ainda na medida em que, a despeito dos estereótipos negativos ligados a seu personagem, permanece em si mesmo qualquer coisa de patético e objeto de piedade.

Desse modo, através de um reconhecimento social advindo de um adjetivo pejorativo, o rótulo de “doente mental” é por muitos jovens rejeitado, preferindo, então, ao menos receber um *status* de maior poder: o de “criminoso”. Dessa forma, muitos “optam” pela via da criminalidade como possibilidade de reconhecimento.

De acordo com o que foi exposto nesta parte do capítulo, muitos percursos dos jovens internados no CIAPS/HPSP denunciam semelhanças que indicam recorrências, repetições, circulações que fornecem indícios de que “tais semelhanças não são meras coincidências”. Procuraremos, a seguir, ampliar nosso olhar a outras perspectivas.

“aptidão” dos jovens para fazer uso de drogas. Tal justificativa, corriqueira também nos pressupostos da Justiça Terapêutica (como veremos adiante), procura sustentar a delinquência e o uso de drogas como patológicas, reduzindo, assim, a complexidade do problema que se apresenta no âmbito social.

6.2 CIRCUITOS RECORRENTES, PERCURSOS APRISIONANTES

Como exposto anteriormente, percorremos a trajetória dos jovens através do que encontramos nas oficinas. Com isso, podemos afirmar que todos os jovens participantes das oficinas (**sem exceção**), apresentam uma situação sócio-econômica de pobreza, ou mesmo de miséria, e de abandono social (da família, dos abrigos, da escola, dos serviços de saúde, entre tantos outros) como fatores preponderantes, ainda que este último possa parecer de maneira indireta.

Sendo assim, podemos pensar que há um certo delineamento no perfil dos jovens que são internados no CIAPS/HPSP. Como sabemos da própria experiência cotidiana, o consumo de drogas não é um acontecimento que se refere apenas à população economicamente menos favorecida. Contudo, os jovens usuários de drogas que são provenientes de classes sociais mais abastadas não internam no CIAPS/HPSP. O cruzamento da experiência das drogas com a pobreza e o enfraquecimento dos laços sociais parece confluir para um *encadeamento de experiências* cujo fluxo acaba por encontrar o caminho da internação.

Essa discussão pode mesmo estender-se a outras instâncias institucionais, pois também configura-se uma exceção, por exemplo, a situação em que as famílias com crianças e adolescentes de maior poder aquisitivo venham procurar órgãos como o conselho tutelar para interceder/resolver seus problemas. Podemos pensar, assim, que algumas instituições funcionam como espelhos – ou mesmo estátuas – de determinados grupos sociais e não de toda uma sociedade.

Dessa forma, as instituições agem diferencialmente em relação aos sujeitos, reificando suas diferenças sociais, econômicas e culturais.

Dessa maneira, podemos dizer que há, então, a configuração de um *encadeamento de experiências*, como referido no capítulo 2, que culminam na internação psiquiátrica no CIAPS/HPSP. Tal encadeamento, por sua recorrência, forja uma espécie de pré-requisitos que se tornam necessários para que a baixa hospitalar psiquiátrica aconteça (GOFFMAN, 1987): no caso desta pesquisa, a situação de pobreza econômica, o uso de drogas, o abandono social e a baixa escolaridade (ou mesmo já não ter mais vínculo escolar).

Quanto à idéia de *encadeamento de experiências*, Goffman (1987, p. 113) justifica a similaridade do percurso que se dão pela via da internação psiquiátrica:

As pessoas que se tornam pacientes de hospitais para doentes mentais variam muito quanto ao tipo e grau de doença que um psiquiatra lhes atribuiria, e quanto aos atributos que os leigos neles descreveriam. No entanto, uma vez iniciados nesse caminho, enfrentam algumas circunstâncias muito semelhantes e a elas respondem de maneiras muito semelhantes. Como tais semelhanças não decorrem da doença mental, parecem ocorrer apesar dela. Por isso, é um atributo ao poder das forças sociais que o *status* uniforme de paciente mental possa assegurar, não apenas um destino comum a um conjunto de pessoas e, finalmente, por isso, um caráter comum, mas que essa reelaboração social possa ser feita com relação ao que é talvez a mais irreduzível diversidade de matérias humanas que pode ser reunida pela sociedade.

Um percurso irreduzível, como parece ser a internação psiquiátrica, produz atributos pejorativos de reconhecimento social. O jovem irreduzivelmente percebido como drogado, delinqüente, marginal tem seu destino traçado pelo próprio circuito em que circula – e neste circuito será “enclausurado”. Com o

estigma, o paciente é subjetivado, assujeitando-se a esse olhar normalizador que o reconhece exclusivamente como um doente, um drogado.

O aspecto mais recorrente entre as experiências dos jovens internados é o uso de drogas. Também podemos afirmar que a droga assume uma função importante, pois provoca um certo modo de sociabilidade ao possibilitar aos jovens uma forma de estabelecer laços e sentimento de pertença que as outras instituições não conseguiram efetuar em suas vidas.

Há uma socialização pela via da droga e/ou da delinquência (os jovens se reúnem para usar drogas juntos, planejar roubos e dividir o ganho entre amigos, etc.). De acordo com Passetti (1995, p. 25-26;27):

Os futuros cidadãos, quem sabe os futuros novíssimos miseráveis, vêm das famílias desestruturadas com acesso democrático à educação. Mas isso não contém a evasão escolar e não funciona como amortecedor à violência contra as crianças nessa família considerada desestruturada; não pacifica as relações e tampouco cria condições para a emergência do futuro cidadão, como esperam o ECA e as associações que procuraram influir na sua elaboração. Se a família destas crianças e jovens é desestruturada e a escola é incapaz de reparar as defasagens na sociabilidade, poderíamos concluir que o problema estaria apenas circunscrito aos novos miseráveis [...]. O acontecimento “vitimização de crianças e atos infracionais” vem sendo revelado como vetor que aponta para a fragilidade da sociabilidade [...]. O que sabemos nos leva a crer que a criança violentada, não em função de sua condição econômica originária, mas, principalmente, pelos impedimentos à realização de um mínimo de sociabilidade exigida pelas relações sociais, tem como destino a infração.

Embora não conste no trecho citado, Passetti (op. cit.) problematiza no texto o termo de “família desestruturada” como impregnado de uma conotação patológica dirigida às classes sociais pobres. Contudo, o que queremos ressaltar da citação do autor se refere justamente aos impedimentos de que surjam

alternativas capazes de modificar, aos jovens, o “destino” da infração, da delinqüência, da doença, restringindo, dessa maneira, seus percursos e suas possibilidades de socialização.

Conforme temos apresentado, o processo de sociabilidade dos jovens que internam no CIAPS ocorre pela via da droga, especialmente pelo que está não somente nos efeitos da droga mesma, mas principalmente no que a rodeia. Prazer, sustento, “curtição”, possibilidade de adquirir bens de consumo, conquistar uma visibilidade social – quer pela compra, quer pelo roubo –, envolvimento com traficantes, amizades, sensação de aventura, entre outros aspectos. Estes são fatores que contribuem para que a droga desempenhe um papel socializador na vida desses jovens.

Outra pesquisa brasileira que corrobora com a idéia do estreitamento das possibilidades sociais da juventude economicamente desfavorecida é a de Carlini-Marlatt (2005, p. 314), ao afirmar que:

[...] Sabemos que os jovens defasados nos estudos, com baixo desempenho na escola e com relacionamento familiar difícil, vivendo situações de violência doméstica e estudando no período noturno são os que apresentam maiores chances de consumir substâncias ilícitas [...]. Nesses casos, o uso de drogas ilícitas parece ser menos resultado da oportunidade de usá-las que da falta de oportunidade em outros domínios da vida social e afetiva.

Na mesma pesquisa, a autora diz que, se por um lado a juventude mais pobre é suscetível ao uso de drogas – inclusive pela possibilidade de obter um “plano de carreira” (op. cit., p. 311) pela via do tráfico – por outro, a juventude mais

rica também parece tender ao uso de drogas não com o intuito de substituir as permitidas por lei, mas para aumentar seu repertório de consumo.

O que percebemos através da discussão problematizada até aqui a respeito dos percursos dos jovens, remete a algo que se dá em um contexto complexo, amplo e social que extrapola as próprias trajetórias desses pacientes. E foi em busca dessa relação subjetiva-social que nos deparamos com a necessidade de conhecer os meandros da chamada rede (em especial a dos serviços de saúde) com o intuito de problematizar a relação que se estabelece entre ela e os itinerários apresentados nas oficinas.

Como vemos, o percurso dos jovens do CIAPS/HPSP acaba tornando-se um “curto-circuito” através da quase exclusividade de uma sociabilidade ofertada pela droga. No entanto, a própria rede de saúde mental é organizada para cuidar/conter esses jovens sem lhes oferecer opções mais amplas que os possibilitem outros percursos. Ao que parece, tanto os próprios jovens como os serviços de saúde estão colocados em uma espécie de xeque-mate, no qual as “soluções” não apontam saídas, mas colaboram para a manutenção de um circuito repetitivo. Assim, aprisionados pelos mesmos nós, se estabelece uma relação entre o percurso dos jovens e a rede de saúde mental.

Como percebemos através dos itinerários traçados pelos jovens, o percurso que eles realizam pela rede é restrito, curto, pequeno, fechado. Chama nossa atenção também a ausência dos serviços substitutivos nessas trajetórias. Desse modo, acreditamos ser importante averiguar o que se passa na dinâmica dos serviços na rede de saúde mental e suas conexões com o percorrido por esses jovens.

Propomos então algumas perguntas que podem nos ajudar a problematizar esse curto-circuito entre os serviços de saúde e as trajetórias que encontramos nas oficinas. Como funciona a rede de saúde mental e as instituições que com ela se comunicam? Será que isso pode ter relação com o que encontramos nos percursos?

6.3 REDES E EMARANHADOS

Como os percursos revelados pelo dispositivo das oficinas apresentam a perspectiva dos jovens, julgamos necessária uma aproximação maior com a rede que é responsável por conduzi-los até o CIAPS/HPSP.

Uma vez que a dimensão da (des)articulação entre os serviços de saúde mental e outras instituições que desempenham um papel relevante para a produção dessa modalidade de baixa hospitalar é importante, problematizamos suas possíveis relações com os percursos dos jovens.

Assim, vamos percorrer agora uma outra trajetória, convidando o leitor a seguir conosco pelo (curto) circuito da rede em saúde mental, bem como suas implicações.

6.3.1 Que Rede É Essa?

Em nosso percurso pelo Fórum Técnico Macrometropolitano de Saúde Mental (FTMSM), Serviço de Admissão e Triagem (SAT/HPSP) e II Seminário Internacional de Justiça Terapêutica, visualizamos um certo modo de

funcionamento da rede de saúde mental que implica nas trajetórias dos jovens que internam no CIAPS.

De modo geral, no contato que tivemos com as instituições citadas, percebemos como principais assuntos recorrentes as seguintes questões: sigilo, atrelamento das políticas públicas à política partidária, fragmentações quanto as concepções de saúde mental, Reforma Psiquiátrica, ordem judicial e rede. O jeito pelo qual as instituições citadas abordam esses temas nos permite conhecer de que maneira elas se articulam e se posicionam, e como interferem no percurso dos jovens, de modo a estabelecer uma forma de funcionar institucionalmente enquanto partes de uma rede.

Contudo, em cada instituição por nós abordada, alguns aspectos peculiares chamaram nossa atenção. Nos encontros do FTMSM, os fatores que se destacaram a nosso ver foram: a concepção de rede adotada pelas equipes de saúde mental e a forma como a ordem judicial é utilizada por essas equipes.

No que se refere ao SAT/HPSP, através da entrevista com a funcionária do serviço, o aspecto que nos pareceu importante de ser problematizado aqui é a dissociação deste serviço com as demais unidades do HPSP – o que de certa forma reproduz a lógica pela qual outras instituições funcionam, relacionadas com a área de saúde mental.

Quanto ao seminário de Justiça Terapêutica, o fator que se ressaltou para nós no evento, e mesmo nas bibliografias adotadas por essa linha de pensamento, refere-se à idéia de que o usuário de drogas é, antes de tudo, um infrator.

Vamos apresentar, a seguir, algumas discussões sobre nosso contato com essas instituições.

Nas reuniões do FTMSM encontramos o assunto sigilo como um tema importante que aparece nas relações dos serviços com os usuários do SUS e também nas inter-relações entre outras instâncias institucionais⁴⁴. Os trabalhadores participantes do fórum que exercem suas funções em cidades pequenas comentam que há dificuldades em discutir com os colegas sobre essa questão, posto que ela é vista como um dos assuntos mais complicados de ser trabalhado em equipe, devido ao preconceito que alguns funcionários de saúde têm em relação ao paciente com transtorno mental.

Um paciente alcoolista, por exemplo, ao se aproximar da unidade básica de saúde (UBS) em que se trata, era anunciado por um profissional que, ao avistá-lo de longe, dizia à equipe: “lá vem o gambá”. Um outro exemplo é o de uma paciente que sofria agressões físicas pelo marido, que era anunciada, por este mesmo funcionário como: “lá vem a fulana que apanhou do marido⁴⁵”.

Essas afirmações são trazidas para o FTMSM em tom de indignação pelo profissional que trabalha no município onde tais episódios ocorrem e, da mesma maneira, são tomadas pelos participantes do grupo. Entretanto, a partir da fala deste profissional, trabalhadores de outras cidades pequenas sentiram-se estimulados a compartilhar que encontram dificuldades parecidas em seus cotidianos com os colegas.

⁴⁴ Ressaltamos que, embora o assunto tenha sido trazido pelos participantes do fórum como referente ao tema “sigilo”, ele diz respeito ao preconceito de alguns profissionais da área da saúde mental em relação aos pacientes usuários dos serviços.

⁴⁵ Não sabemos esclarecer se o profissional, que em tom pejorativo se referia aos pacientes e a seus sofrimentos, é um técnico com curso superior ou com nível de instrução primário ou secundário, pois este aspecto não foi mencionado na reunião.

Podemos ver, conforme ilustra a situação descrita acima, a forma com que certos pacientes são tratados por alguns profissionais da área da saúde: descrédito, desrespeito, preconceito. Essa situação que acontece com o “gambá” e com a “fulana”, se repete também na história de Maria, conforme demonstra o modo como a psicóloga que atendia a jovem a tratava: como alguém que “quer aparecer” (abordado no item 6.1). Nesta lógica, não é por acaso que a família de Ricardo percebe o vício do jovem como “sem-vergonhice”. Não é sem razão que Marcelo diz que ninguém mais acredita nele.

Através desses exemplos, podemos afirmar que o paciente psiquiátrico é ainda visto e tratado como um imoral. E o fator agravante a esta constatação é que certos profissionais da área da saúde mental – que deveriam tratá-los e cuidá-los – contribuem para que a imagem percebida pelos outros e a atribuição que o próprio paciente tem de si correspondam a algo imoral e esdrúxulo.

Ainda no que se refere à questão da falta de sigilo – manifesta como preconceito – que não se restringe exclusivamente às cidades menores – esta é, por vezes, dirigida à família do paciente que acaba sendo culpabilizada. Um dos profissionais que atua em um importante serviço de saúde de Porto Alegre compartilha para o grupo do FTMSM que alguns de seus colegas descrevem essas famílias como “desesperadas” e que acabam desabafando seus problemas para “o primeiro que estiver passando, até para os funcionários da limpeza”.

Esses comentários, que novamente acarretam na atribuição de um valor moral ao paciente e/ou a sua família, demonstram o despreparo de alguns técnicos das equipes de saúde para lidar com o sofrimento do paciente e de seus parentes. Situações como o alcoolismo, a agressão física, ou mesmo a depressão,

não são levadas com seriedade. A falta de sigilo revela, nesses casos, o descompromisso desses técnicos com o tratamento a ser oferecido aos pacientes. Melhor dizendo, o preconceito associado à falta de sigilo nesses serviços parece reproduzir a lógica de uma classe social hegemônica em que as experiências daqueles considerados “incapazes” são desprezadas.

Evidentemente, por outro lado, muitos profissionais se empenham em trabalhar ofertando aos pacientes um tratamento decente, com uma postura ética, interessados em minimizar o sofrimento por que esses pacientes padecem e, na medida do possível, apontar-lhes alternativas construtivas para um outro modo de vida que lhes cause menos dor. O próprio FTMSM é um movimento que defende essa causa. Embora alguns de seus participantes tenham demonstrado estar ali para utilizar o espaço como desabafo, ou para pedir ajuda sobre o que fazer em determinadas situações em que se encontram no cotidiano do trabalho – demandando uma supervisão –, as discussões tornam-se válidas porque, na maioria das vezes, abrem espaços para a reflexão sobre os serviços de saúde – ainda que nem sempre a solução adequada seja imediatamente encontrada. O que aparece com isso é a necessidade de uma contínua formação dos profissionais na área da saúde mental.

Retomando a situação de algumas cidades com poucos habitantes, outra questão que dificulta o trabalho dos profissionais de saúde mental é relativa à autonomia: o prefeito é um agente que interfere diretamente nas situações de alguns pacientes, como especialmente em casos de uso de drogas ou de surtos, por exemplo, ao exigir dos técnicos que tomem esta ou aquela providência, sob ameaça de descontratá-los ou de diminuir ainda mais a autonomia em seus

afazeres. Tal intervenção é tomada com a justificativa de que um paciente que está em surto psicótico, ou que é usuário de drogas, perturba a ordem da cidade.

Dessa maneira, a atitude freqüente desses prefeitos é intervir no serviço de saúde, exigindo a internação do paciente em outro município. Assim, em vez de investir recursos que capacitem amplamente o serviço de saúde, o gestor do município determina o encaminhamento à internação psiquiátrica – e quando preciso, solicita a ordem judicial – que acaba sendo, por sua vez, a “saída”. Em situações como estas, vemos que não apenas o jovem é colocado em “xeque-mate”, mas a própria equipe de saúde.

Cabe destacar que neste caso, não apenas é atribuído aos sujeitos uma apreciação moral – já que a intervenção de uma prefeitura como esta é a de excluir o paciente, alegando que ele perturba a ordem da cidade –, como também existe uma intervenção direta no trabalho dos próprios profissionais dos serviços de saúde que acaba desqualificando-os.

Vinculada a esta idéia, está outra questão apresentada no FTMSM: o atrelamento das políticas públicas à política partidária. Por exemplo, se um partido que antes não estava no poder assume a administração da prefeitura, os projetos de saúde implementados pelo partido anterior correm o risco de serem extintos. E há também o fato de candidatos prometerem ampliar e/ou inaugurar serviços, ou aumentar o repasse de verbas para a saúde mental. Contudo, depois de eleitos, muitos não cumprem suas promessas – “isso acontece, inclusive, na gestão estadual” – alegam alguns participantes do fórum⁴⁶.

⁴⁶ Um exemplo desta situação, exaustivamente abordada no FTMSM, é o projeto “Cuca-Legal”, de abrangência estadual. De acordo com este projeto, alguns municípios teriam a

Além disso, é comum a quebra de contratos de alguns profissionais na mudança de governo que nem sempre são substituídos por outros da mesma área. Assim, não há garantias de que um determinado projeto, ou assistência seja efetuado ou continuado com a troca de gestão. A situação é grave, pois algumas ações de saúde na política pública acabam ficando à mercê de uma política partidária.

Chama-nos a atenção, também, o fato de que há uma fragmentação na concepção de saúde que, de certa forma, repercute nos tratamentos dirigidos aos pacientes. Como, por exemplo, a própria idéia de saúde mental, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde de criança, saúde pública – entre outras acepções possíveis. Essa fragmentação – manifesta na ramificação da “saúde” como espalhada em inúmeros sub-setores e em especialidades diversas – enfraquece a possibilidade de uma visão integral do sujeito e da própria saúde, bem como permite que saberes e serviços atuem de modo disperso e fragmentado – o que contraria os princípios do SUS.

Essa fragmentação permite ainda que ocorra uma espécie de equivalência entre a noção de saúde e de doença. Essa é uma idéia que Foucault (1984) sustenta, ao afirmar que as análises de Bleuler – inventor do nome *esquizofrenia* – criaram critérios que parecem definir “tanto as personalidades normais quanto as mórbidas” (op. cit., p. 19). Um exemplo disto, retomando os percursos dos jovens, aparece no fato de Ricardo ter pedido para ser internado. No caso, o jovem se percebe como doente – “escravo da droga”, conforme suas próprias palavras –

implementação de mais recursos para o tratamento de pacientes usuários de álcool e drogas. Contudo, em vários desses municípios ele não foi implementado, alegando-se falta de verbas por parte do governo estadual.

acreditando ser o hospital um lugar onde ele possa se recuperar. Ou seja, para recobrar a saúde, Ricardo deve ser tratado como doente.

Se pensarmos na “equivalência” entre os termos saúde e doença, ainda perceberemos que a diferença entre eles pode estar, não apenas no âmbito orgânico e biológico, mas no reconhecimento social que acarretam. Assim, tendo em mente as práticas de intervenção e as instituições que trabalham com esses termos, podemos problematizar que certas estratégias de acesso aos serviços de saúde tornam-se confusas e mesmo contraditórias. Pois, como explicam alguns participantes do FTMSM: “há casos em que os médicos trocam os diagnósticos dos pacientes para garantir que estes sejam atendidos”.

Dessa forma, através do “agravamento” da doença, ocorre um outro tipo de equivalência: ao elevar o “nível de doença” do paciente, acaba-se diminuindo o seu “nível de saúde”. Assim, cria-se uma lógica de que quanto mais doente o paciente estiver, mais possível é o seu acesso ao serviço de saúde. Dessa maneira, podemos pensar que o próprio termo de serviço de saúde, na prática, funciona como “serviço de doença”, já que se dispõe mais para tratar o doente do que promover a saúde de fato.

Ao que parece essa dissociação da idéia de saúde em diversos fragmentos, como peças de um jogo que nem sempre conseguem interagir, é também uma reprodução das diferenças sociais e econômicas. Como diz Bezerra (1987), no caso da área da saúde mental, há uma “saúde” para uma classe social mais elevada, atendida em confortáveis divãs, e há também uma “saúde” associada à classe mais pobre, representada por longas filas. O autor, na verdade, faz crítica a

essa “fragmentação”, alegando que a “saúde” não pode ser experienciada de forma dissociada.

Além disso, para o autor, essa situação revela não apenas as condições nas quais os pacientes estão colocados, mas também as condições em que os profissionais da saúde estão submetidos. Esta idéia pode ser encontrada em nossa pesquisa tanto no fato de que apenas pacientes de uma determinada classe social internam no CIAPS, como também que os profissionais da área da saúde mental estão assujeitados à precarização de seu trabalho.

Para Bezerra (op. cit.), podemos ainda dizer que outros fatores influenciam a relação saúde-doença, como por exemplo, o uso de uma linguagem técnica que muitos profissionais utilizam na lida com o paciente e que este, por sua vez, nem sempre consegue entender – já que o profissional por vezes não “desce” à categoria do linguajar do senso comum, gabando-se em termos científicos. Além disso, outro aspecto que também está em jogo nessa relação concerne às expectativas diferentes entre o terapeuta e o paciente no que tange ao tratamento. Tais expectativas repercutem na terapêutica, afastando ou aproximando o que é considerada saúde ou doença, tomando acepções distintas para o profissional e para o paciente, conforme o caso. Um exemplo disto, em nossa pesquisa, é ilustrado no atendimento de Maria por sua psicóloga, pois a paciente se percebe como alguém que necessita de uma ajuda especializada, porém, a própria psicóloga que a atende não a considera como paciente.

É no intuito de romper posturas como estas, que soberanizam o saber científico, que Boaventura Santos apresenta o conceito de *dupla ruptura*

epistemológica, mencionado no capítulo 2. Nesta idéia do autor, o saber científico deveria redefinir seus papéis, reconhecendo o senso comum não como destituído de conhecimento, mas como possuidor de um saber diferente e tão legítimo quanto o da ciência.

Outro assunto polêmico, que se refere à saúde pública, é a Reforma Psiquiátrica. Esse tema não é ponto pacífico, pois mesmo em um grupo que defende abertamente a Reforma – como é o caso do FTMSM – fala-se, freqüentemente, na internação psiquiátrica. Alguns trabalhadores dos municípios ficam confusos em relação a como devem encaminhar pacientes; muitos profissionais não sabem em que situações poderiam indicar uma internação, e há ainda os que pouco conhecem os serviços substitutivos e suas modalidades. Como efeito, há grandes dificuldades, das equipes e também dos próprios pacientes, em descobrir os fluxos adequados de encaminhamentos para os serviços. Certamente, esta questão está diretamente relacionada com a aceção de rede, que vamos discutir no final deste capítulo.

No grupo do fórum, aparecem tensionamentos importantes, como a luta de alguns profissionais, em especial da psicologia, com apoio de alguns psiquiatras, em mostrar que, para uma equipe de saúde mental funcionar não precisa necessariamente ter psiquiatras vinculados a ela, a própria GM 336/02 – Portaria que explicita as funções dos CAPS – fala sobre isso. Mas nem todos os profissionais concordam com essa idéia.

Pelo que observamos nos depoimentos do FTMSM, no cotidiano dos serviços de saúde, por um lado, há profissionais que acreditam ser necessária a

reabertura de novos leitos psiquiátricos, seguindo o posicionamento do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS). Por outro, há aqueles que defendem a não reabertura de leitos psiquiátricos e a implementação de serviços substitutivos à internação – e, nos casos em que a baixa hospitalar torna-se indispensável, sustentam que esta se dê em hospitais gerais –, de acordo com os pressupostos da Lei Estadual 9716/92.

Contudo, há profissionais confusos quanto à questão da Reforma Psiquiátrica. Como revela a fala de uma psicóloga participante do fórum, que atua em um município próximo à cidade de Porto Alegre: “se o número da população aumenta, o número de loucos aumenta; se isso acontece, não tem erro, é matemática... Daí o que vamos fazer com eles?”.

Assim sendo, a Reforma não é um consenso nem mesmo para as equipes de saúde mental que conhecem a realidade do sofrimento causado em muitos pacientes pela experiência da clausura. No caso do SAT/HPSP⁴⁷, nossa entrevistada que trabalha no serviço como assistente social, defende a idéia que a “Reforma Psiquiátrica só vai funcionar se houver mais psiquiatras nos postos de saúde”.

Essa idéia revela uma postura comumente encontrada nos serviços de saúde: o “manicômio mental” (PELBART, 2000). Isso significa, em síntese, que a

⁴⁷ Nossa entrevistada, revela que a equipe que trabalha no SAT é vinculada diretamente à direção do HPSP – lembramos que o diretor é nomeado diretamente pelo governador do Rio Grande do Sul. O diretor pode, por sua vez, trazer para trabalhar com ele um certo número de funcionários ou aproveitar os que já fazem parte do quadro do HPSP. No caso desta assistente social, assim como toda a equipe do SAT, faz parte do quadro de funcionários do HPSP. Como o vínculo do SAT é com a direção, nem sempre a realidade das unidades do hospital para onde são encaminhados os pacientes à internação são consideradas. No caso daqueles que internam no CIAPS via ordem judicial, o SAT alega que se tais encaminhamentos são vistos como inadequados pela unidade, cabe à unidade mesma contestar o judiciário – “o SAT não opina, só cumpre a determinação”.

história e o legado das práticas asilares se atualizam no cotidiano, quando, por exemplo, se utilizam “camisas-de-força” subjetivas, tratando o paciente como “louco” e os serviços substitutivos como “mini-manicômios”. Nas palavras de Pelbart (op. cit., p. 135): “Libertar o pensamento dessa racionalidade carcerária é uma tarefa tão urgente quanto libertar nossas sociedades dos manicômios”.

Ora, se a Reforma Psiquiátrica só vai funcionar se houver mais psiquiatras nos postos, podemos interpretar que isso se traduz, na prática, pela seguinte idéia: o tratamento é prioritariamente medicamentoso; a psiquiatria é o saber que dá conta da loucura e os postos de saúde se convertem em lugar de contenção.

Nesse sentido, o saber médico também se transforma em uma *esfinge*, em uma *estátua* que cristaliza os fluxos das trajetórias, controlando os sujeitos que “necessitam ser contidos” – conforme vemos na “imoralidade” dos pacientes e na manutenção da ordem urbana. Em última instância, o papel do médico está, como diz Castel (1978), a serviço do controle social.

Em face disto, não podemos deixar de mencionar a postura de luta política que o FTMSM adotou para defender a Reforma Psiquiátrica. Em maio de 2005, o FTMSM articulou-se aos grupos do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM) e do Mentaleiros Tchê (MT) – grupos esses que incluem em sua militância não apenas trabalhadores, mas também usuários dos serviços de saúde mental – e participaram do encontro promovido pelos FGSM e MT em São Lourenço do Sul (cidade situada ao sul do estado, conhecida pelo pioneirismo na implementação dos serviços substitutivos de saúde mental no país⁴⁸).

⁴⁸ Para se ter uma idéia da importância que assume a saúde mental e a Reforma Psiquiátrica neste município, abre-se vagas, em concurso público, para Acompanhantes Terapêuticos.

No evento, personalidades importantes que lutaram para a implementação da Reforma no Rio Grande do Sul marcaram presença, como o autor da Lei Estadual 9716/92, Marcos Rolim, e o psiquiatra Flávio Resmini, idealizador de um dos primeiros CAPS no Brasil – conhecido por *Nossa Casa*. O objetivo deste encontro consistia em discutir a defesa da Reforma Psiquiátrica com o intuito de elaborar estratégias mais eficazes para garantir a vigência da referida lei.

Cabe ressaltar ainda que, ao término do evento de São Lourenço, foi redigido pelos participantes um documento, chamado “Carta de São Lourenço do Sul”, que foi encaminhado à Assembléia Legislativa do Estado no intuito de vetar a votação do Projeto de Lei 40/2005, de autoria do deputado Adilson Troca. Esse Projeto de Lei prevê alterações na Lei Estadual 9716/92, propondo a reabertura de leitos e implementação de novos hospitais psiquiátricos.

Embora atualmente membros participantes dos três grupos (FTMSM, FGSM e MT) tenham acompanhado as discussões na Assembléia Legislativa relativas à Reforma, lutando para manter a vigência da Lei Estadual 9716/92, a batalha continua. Acreditamos que de fato a Lei Estadual 9716/92 não está sendo cumprida em sua totalidade, na medida em que o aumento dos serviços substitutivos à internação não tem sido suficiente para dar conta da demanda, contudo, julgamos que reabrir leitos psiquiátricos seria um retrocesso, – o que se torna necessário de fato, é lutar para que a referida lei pró-reforma seja realmente cumprida, criando novos serviços de saúde. Evidentemente, a dimensão desta batalha que se trava é política, acima de tudo, já que revela um jogo de forças entre o corporativismo médico-psiquiátrico tradicional e outros saberes.

Na contramão dos ideais da Reforma, há outras perspectivas que defendem a centralidade do papel do médico no tratamento de pacientes psiquiátricos e usuários de drogas. No caso de nossa pesquisa, no que se refere à Justiça Terapêutica, cabe mencionar que muitos psiquiatras – e junto com eles, psicólogos e, ainda, outros profissionais da área da saúde e do judiciário que apóiam esse referencial – propõem a centralidade do papel do médico nas decisões quanto ao tratamento dos jovens infratores envolvidos com drogas, respaldados pelo poder judiciário. Podemos exemplificar essa assertiva ao destacar a afirmação de uma psiquiatra, professora da Universidade de São Paulo, uma das palestrantes do evento: “só o médico pode tratar o infrator de alto risco⁴⁹”.

Ora, se só o médico pode tratar o infrator de “alto risco” – no caso, o usuário de drogas –, cabendo ao juiz sentenciar pena a esse infrator, a parceria entre o saber médico e jurídico é o “casamento” para a manutenção de uma ordem social compromissada com a moralização dos sujeitos, o que acarreta, por sua vez, um posicionamento político. Aqui, cabe um comentário de Velho (1978, p. 40), dizendo: “(...) drogado é uma acusação moral e médica que assume explicitamente uma dimensão política, sendo, portanto, também uma acusação totalizadora”.

Assim, pensando mais estritamente nos serviços de saúde em relação ao âmbito judiciário, chama-nos a atenção, mais uma vez, a atualização do tratamento moral, que encontra apoio também na Justiça Terapêutica. Tal

⁴⁹ Cabe mencionar que tal afirmação evidencia uma proximidade com a proposta do “Ato Médico”, contudo, embora interessante, não vamos aprofundar esta discussão, pois ultrapassa os objetivos desta dissertação.

moralização não apenas torna-se clara na hierarquia imposta pela articulação médico-jurídica às outras áreas de saber no campo da saúde (explicitada na fala acima da psiquiatra), mas também na própria contribuição dessas outras áreas. Estas outras áreas, já “colonizadas” pelo discurso médico-jurídico, prestam-se como uma ferramenta auxiliar à manutenção desse “saber soberano”.

Um exemplo disso pode ser o relato da experiência de uma assistente social que trabalha no Foro Central de Porto Alegre que, ao ministrar sua fala no evento do seminário da Justiça Terapêutica, foi ovacionada pela grande parte do público presente, ao explicitar suas “indicações terapêuticas” a um jovem usuário de drogas. Ela relata que encaminhou o referido jovem a dois lugares: ao cemitério e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). A assistente social explicou que mandou o rapaz passar uma tarde no cemitério “para ver o que acontece com quem usa drogas”, e também conhecer uma sede da APAE “para ver como nascem os filhos dos usuários de drogas”.

Estamos diante de um acontecimento que, mais do que moralizar, condena pelo terror.

Condena o jovem rapaz à morte, representado pelo próprio cemitério ao qual foi encaminhado mesmo vivo. Uma morte social que sentencia que o jovem se torne – sem qualquer outra via de escape possível – um invisível. Seus filhos já nascem, como ele, condenados... É a Esfinge imensa, faminta, devoradora...

Não podemos deixar de mencionar a existência de outros serviços, voltados aos usuários de drogas, como a redução de danos – também um empreendimento no qual o Rio Grande do Sul é um dos estados pioneiros na implantação no Brasil.

No entanto, serviços como a redução de danos, que têm com uma abordagem mais preocupada com os usuários de drogas – e não em moralizá-los, por exemplo –, não são vistos por algumas instituições, como a Justiça Terapêutica, como uma via de tratamento.

A Justiça Terapêutica percebe o usuário de drogas, antes de tudo, como um infrator. E requer dele um tratamento obrigatório que serve de “alternativa” ao processo judicial, fazendo, desta forma, com que o usuário “opte” pelo tratamento. Ou, como diz a própria Justiça Terapêutica, “é um benefício imposto” ao infrator (ANJT, 2005). Sendo um *benefício imposto*, relembramos a idéia de Atlan (2002) sobre a diferenciação de *sujeito de* e *de sujeito a*. Evidentemente, neste caso, é somente enquanto assujeitado (*sujeito a*) que o usuário de drogas pode ser tratado.

Além disso, ao não conceber o sujeito que faz uso de drogas como um sujeito com plenos direitos à saúde, educação e acesso a bens sociais e sim como um infrator, a Justiça Terapêutica justifica que o usuário de drogas tem um problema com a justiça (além do de saúde) e, por isso, a instância judicial não pode ficar de fora da “terapêutica”.

Esta instituição defende, ainda, a importância da coercitividade no tratamento dos infratores, alegando que apenas dessa forma há maior chance de o “benefício imposto” ser cumprido.

Alguns psiquiatras apóiam esta idéia, acreditando que um tratamento compulsório pode ser eficiente na resolução dos conflitos dos “beneficiados”. Podemos ver isso na afirmação de um palestrante do evento, um psiquiatra-

psicanalista de um renomado hospital da capital gaúcha: “tratamento compulsório eu já faço, porque a maioria dos pacientes é internada de modo involuntário, contra a vontade”. Destacamos, ainda, que este mesmo médico assemelha a instituição da justiça com a *função paterna*⁵⁰ da psicanálise, dizendo que “para o infrator, ou a lei vai fazer a função paterna, ou o traficante”.

O referido médico não apenas atualiza o tratamento moral através de enxergar o uso de drogas como um comportamento delinqüente, mas, em suas próprias palavras, pelo “mau uso da liberdade” do usuário que “em vez de tornar-se parte da sociedade, ele a violenta”. Contudo, este profissional justifica no final de sua exposição: “o usuário sofre de uma doença, a culpa não é só dele”. Ou seja, o uso de drogas, bem como a infração a ele associada, não é percebida, nas palavras deste médico, como um processo social. Mesmo no momento em que o palestrante menciona que a “culpa” não é exclusiva do sujeito, mas também de sua doença, a justificativa permanece no âmbito individual.

Outro aspecto relevante de ser comentado, ainda no atrelamento da psiquiatria com o judiciário, diz respeito ao papel que a ordem judicial desempenha no encaminhamento à internação psiquiátrica. Nas reuniões do FTMSM, constatamos que o mandado judicial acaba funcionando como uma estratégia de acesso do paciente aos serviços de saúde.

Percebemos uma grande dificuldade de uma parceria esclarecedora entre o jurídico e os serviços de saúde, já que, com freqüência, os pacientes que obtêm a ordem judicial para a baixa psiquiátrica não estão em situações tão graves como a

⁵⁰ A função paterna pode, sinteticamente, e sem maiores aprofundamentos para esta explicação, ser associada à noção de limite para o sujeito.

maioria dos pacientes que estão em espera, mas que, por terem essa via, acabam recebendo a preferência no atendimento. Como vemos, a distinção entre saúde e doença reaparece aqui para apontar, mais uma vez, um “agravamento”. O judiciário se apropria dessa questão não preocupado com sua significação, mas em fazer com que sua determinação seja cumprida, impondo-se aos serviços de saúde.

Cabe dizer, contudo, que os serviços de saúde também se apropriam do imediatismo que a ordem judicial apresenta no acesso aos atendimentos dos pacientes. No caso do CIAPS/HPSP, por exemplo, podemos constatar esse acontecimento – como retrata a internação de Igor e Diego, provenientes do mesmo município, assim como outros jovens participantes das oficinas – que, uma vez atendida pelo serviço de saúde, a ordem judicial possibilita uma “enxurrada” de novas internações de pacientes da mesma cidade. Isso é interessante, pois revela um fluxo que se dá na rede de saúde, reificando a lógica da recorrência e naturalizando a determinação judicial como via de acesso.

Quando os profissionais de saúde já têm para si como naturalizada a prática da internação psiquiátrica via ordem judicial, investindo esse dispositivo como única solução para resolver a situação do jovem usuário de drogas, a explicação para essa iniciativa toma um argumento moralizador: “o menor usuário de drogas não tem como ficar num hospital geral porque ele é perigoso”. Tal discurso, apresentado por uma psicóloga no FTMSM, reproduz o lugar de marginalidade dos jovens e reifica a falta de autonomia do próprio serviço,

colaborando, assim, para a manutenção da cristalização da função de *estátua* que a ordem judicial representa.

Pode-se perceber isto quando a equipe de saúde não sabe o que fazer em determinada situação, especialmente quando o paciente em questão é jovem e usuário de drogas, utilizando como “solução” esse recurso. Assim, a equipe opta pela internação psiquiátrica, solicitando, para isso, uma ordem judicial. Ressaltamos: quando a equipe não sabe o que fazer pede socorro ao judiciário, solicitando o encaminhamento à internação via ordem judicial, ao invés de acionar outros nós da rede, como o de buscar uma supervisão com outros serviços de saúde, conforme preconiza o SUS.

Outra justificativa, alegada pelo SIMERS e por aqueles que requerem a revisão da Lei Estadual 9716/92, é que por não ser possível a reabertura de novos leitos e hospitais psiquiátricos, a ordem judicial é uma via de acesso importante, já que permite que os pacientes sejam atendidos. Assim, vigora a lógica de que o tratamento destinado aos que sofrem de transtornos mentais ou usuários de drogas é o tratamento psiquiátrico estrito. No entanto, a referida lei prevê que a internação ocorra, quando necessária, em hospitais gerais. Mais uma vez, a dimensão da batalha é política, “queda-de-braço” em jogos de forças...

Contudo, esta determinação também assume um papel diferente conforme a situação e a intenção do encaminhamento. Os serviços de saúde obedecem a ordem judicial pela ameaça que representa o judiciário, que no fim das contas, sobrecarrega os funcionários ao mesmo tempo em que superlota os outros serviços de saúde, além de não oferecer uma “saída”. Ou ainda a obedecem pela

ameaça do prefeito, que por sua vez a impõe aos serviços⁵¹, como vemos na situação de alguns municípios com poucos habitantes.

É um círculo vicioso que se dá não só para os jovens, mas para as equipes de saúde. Dessa forma, torna-se difícil questionar essa modalidade de encaminhamento – ou porque o serviço não sabe como proceder, ou porque os profissionais sentem-se ameaçados⁵².

Bentes (1999), que realizou sua pesquisa a respeito do encaminhamento judicial à internação psiquiátrica de jovens no Rio de Janeiro, percebe a determinação judicial, na maioria das vezes, como inadequada, funcionando mais como uma espécie de pena àqueles que não se adaptam à lógica prisional de algumas instituições voltadas para os jovens que cometem infração, do que como um tratamento.

A autora (op. cit.) ainda ressalta que o próprio ECA não está claro para muitos juristas, que o tomam com liberdade interpretativa o que seriam as medidas protetivas para jovens, nas quais se fundamenta a internação psiquiátrica. De fato, realmente o ECA permite essa margem na interpretação na medida em que não determina por quem os jovens que necessitam de tratamento

⁵¹ Um questionamento interessante, proveniente dos técnicos que freqüentam o FTMSM, concerne em saber o “prazo de validade” de tal determinação, já que é possível encontrar serviços que recebem pacientes com esse tipo de encaminhamento após um mês ou mais da data de emissão do documento.

⁵² Relacionado a este tema encontramos o dilema da participação da equipe na responsabilidade do médico na internação psiquiátrica, como no exemplo dado no capítulo 5, atrelada à liberação para o pátio e à alta do paciente. Defendemos a idéia que, se de fato a responsabilidade perante o poder judiciário coubesse não individualmente à figura do médico, mas a toda equipe de saúde que acompanha o paciente, se ampliaria a possibilidade de autonomia da equipe de um modo geral. Evidentemente, essa postura abalaria a hierarquia ocupada, no topo, pelo saber médico e jurídico, contribuindo, com isso, ao rompimento de certos fluxos cristalizados na/da rede de saúde.

devem ser atendidos, conforme reza o art. 112 no ECA, parágrafo 3º: “os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições”. Bentes explica, entretanto, que tais medidas protetivas deviam se valer do encaminhamento à internação psiquiátrica somente quando esta for indispensável, pois o artigo 100 do ECA explicita a preferência em utilizar medidas que visem o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

É interessante notar que o próprio ECA, ao propor a idéia de fortalecer laços, que os jovens em situação de marginalidade não possuem vínculos. Perguntamos, então: como se poderia reforçar algo que não existe?

Ou seja, nem a medida de internação e nem a proposta do ECA em reforçar vínculos – inexistentes –, resolvem a situação dos jovens. A nosso ver, o que nos parece necessário é justamente criar laços, potencializar espaços na rede social não habitados por esses jovens, para poder lhes oferecer novas alternativas de sociabilidade que não seja as que se dão na situação de marginalidade.

Tais argumentos poderiam ser utilizados pelos serviços de saúde como uma estratégia para discutir o papel da ordem judicial no encaminhamento dos jovens à internação, bem como permitir um questionamento das direções que o ECA toma enquanto prática voltada para a juventude.

6.3.2 O Que É Rede?

As questões trazidas até agora permitem uma idéia de como funciona a rede de saúde. Assim, finalmente, problematizamos a implicação dessa maneira de funcionar das instituições estudadas com a própria acepção que a noção de rede adquire para elas.

Uma das primeiras concepções interessantes pode ser evidenciada na fala de alguns profissionais participantes do fórum, como, por exemplo, uma assistente social de uma cidade do interior do estado, ao criticar a postura adotada por muitos serviços: “se o município não tem serviço de saúde mental suficiente, manda para o São Pedro”. A assistente social expressa, desabafando em sua crítica, que esse argumento é utilizado para justificar as opções dos técnicos por essa possibilidade, ao ter em vista que o serviço onde trabalham não é qualificado para isso. E como conseguem a internação? Via determinação judicial. Observa-se que essa prática, ao invés que qualificar os serviços, trabalha no sentido de sua própria desqualificação, reificando as relações de poder existentes.

Ou seja, como ilustra o uso abusivo da ordem judicial, pensa-se em uma estratégia capaz de “apagar incêndio”, mas não em “evitar a explosão”. Como temos apresentado, se as políticas públicas estão atreladas às políticas partidárias; se a Reforma Psiquiátrica vira palco de disputa de “quem pode mais” e não uma luta a favor dos próprios usuários – como vemos na tentativa de derrubar a Lei Estadual 9716/92 –; se as questões do paciente são trivializadas não sendo tratadas com dignidade e respeito (como vemos na dificuldade das equipes quanto

ao sigilo profissional, que se manifesta como preconceito); se os profissionais e suas possibilidades de autonomia e de estratégias de solução de problemas são desqualificadas, a ordem judicial acaba se reificando como via privilegiada de acesso dos pacientes aos serviços de saúde.

Contudo, por não ser problematizada, a ordem judicial viabiliza a passagem para um curto-circuito que apenas reproduz o movimento de uma engrenagem enguiçada. Convoca sempre os mesmos (no caso do CIAPS, jovens pobres e em situação de marginalidade), mantendo os mesmo efeitos (superlotando os serviços de saúde, sobrecarregando os profissionais, estigmatizando os jovens, conservando a lógica do confinamento). Neste sentido, o percurso do jovem, os serviços de saúde e a ordem judicial produzem/são produzidos na/pela mesma operação: a contínua recorrência de uma luta de forças que reifica as diferenças sociais e culturais da sociedade, marcadas no âmbito individual de cada sujeito.

Ter em mente que essa dinâmica operacional faz parte do funcionamento da rede de saúde é indispensável para questionarmos o rol das acepções de rede. Dessa forma, um dos aspectos mais significativos que aparece nas reuniões do FTMSM é a noção que essa idéia assume. Conforme o relato, em tom de desabafo, de uma psicóloga participante do fórum: “a rede não funciona porque não se articula”. Como percebemos, a problemática está na forma de como a idéia de rede é empregada e operacionalizada, pois há dificuldade de os próprios serviços se pensarem enquanto rede, uma vez que demonstram pensá-la como uma entidade abstrata, alheia a eles.

Luiz Carlos Cecílio (1997) faz uma crítica às formas pelas quais os pacientes são encaminhados ao SUS, de modo geral. Para ele, o SUS funciona não como uma rede, mas como uma pirâmide, na qual no topo estaria o hospital e na base, o posto de saúde. Para o autor há, assim, uma hierarquia nesse fluxo, em que a via de acesso do paciente para atendimento é burocratizada.

Cecílio (op. cit.) explica que se pretendia, através de uma lógica que disponibilizaria os serviços de forma hierárquica, a garantia do acesso do paciente a todas as possibilidades tecnológicas dos serviços. Teoricamente, o autor defende que tal proposta é interessante, pois a dinâmica dos fluxos pela referência e contra-referência seria um facilitador de acesso, permitindo a criação de vínculos com a equipe no território onde vive o paciente.

Entretanto, Cecílio afirma que na prática a situação é outra. O autor explica que as unidades básicas de saúde não conseguiram se tornar a porta de entrada para o sistema de saúde. No caso do CIAPS/HPSP, esse fato é demonstrado pelo número elevado de internações via ordem judicial e também pela constatação da nossa entrevistada do SAT/HPSP, ao afirmar que o SAT é procurado mais no sentido de posto de saúde do que para a internação, pois as pessoas o buscam como recurso de obterem encaminhamentos para conseguir atendimentos na “rede básica”.

Cecílio (op. cit.) ainda diz que os pacientes atendidos em hospitais e pronto-socorros, em sua maioria, são pessoas com doenças simples, passíveis de serem tratadas nas unidades básicas de saúde (UBS). Para o autor, isso reflete que a demanda é maior do que os serviços disponíveis. Além disso, ele pensa que a

“pirâmide” do SUS é mais “um desejo dos técnicos (...) do que uma realidade com a qual a população (...) possa contar. (...) As pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil” (CECÍLIO, 1997, p. 472).

O autor ainda entende que há uma confusão nos papéis dos serviços de saúde – o hospital faz as vezes de UBS e vice-versa – e tal falta de clareza por parte dos serviços interfere diretamente na forma de atendimento dos pacientes. Dessa maneira, quem acaba sofrendo é a própria população usuária do SUS. Assim, o autor propõe que o modelo do SUS não seja a pirâmide, mas o círculo. Cecílio chama de círculo qualquer “porta de entrada” para o acesso do paciente ao serviço de saúde.

Embora concordemos em alguns aspectos com o autor, como no que tange a valorizar as várias possibilidades de acesso do paciente aos serviços de saúde, acreditamos, entretanto, que alguma qualificação no processo de encaminhamento seja considerada. Pois a figura da rede dispõe, retomando a idéia de Serres (sd) no capítulo 2, da possibilidade de vários pontos (serviços) estarem conectados simultaneamente. Ou seja, uma rede que opera não somente no sentido de acessibilidade dos pacientes aos serviços, mas também na qualificação e cooperação entre os trabalhadores. Com isso, apoiamos a proposta de Cecílio de que o paciente deva ingressar no serviço de saúde pelo caminho que lhe for mais acessível, porém, também notamos, pela experiência no CIAPS, que alguns caminhos são “falsos”; isto é, não são “caminhos”, são “becos sem saída”, pois remetem os pacientes a uma “via crúis”, configurando uma

recorrência – é o que demonstram, de modo geral, os percursos dos jovens no CIAPS/HPSP.

Ressaltamos também que, por vezes, é colocada aos serviços de saúde a tarefa de dar conta de uma variedade de demandas que ultrapassam os limites das próprias intervenções relativas ao âmbito da saúde mesma. Ou seja, aquilo que muitas instituições – escola, trabalho, família, entre outros – não conseguiram efetivamente realizar enquanto um meio de sociabilidade cidadã na vida dos jovens, é colocado como atributo a ser resolvido pela área da saúde. Dessa maneira, os atendimentos nos serviços ocupam um espaço, muitas vezes, único e restrito na vida social de alguns pacientes.

No entanto, retomando a idéia de rede nos pressupostos de Musso (2004), apresentadas no capítulo 2, temos duas operações importantes, pois a rede é um modelo de raciocínio – no seu sentido *ontológico* –, permitindo a pensarmos virtualmente; isto é, cada ponto é possível de se conectar a outro ponto. Por outro lado, é também uma tecnologia social, em seu sentido *topológico*, pois revela quais pontos realmente se conectam e de que forma o fazem. Por vezes, neste último sentido, a rede pode criar recorrências entre alguns pontos (instituições), criando cristalizações que podem mesmo chegar a descaracterizar a rede enquanto tal, já que outras vias de fluxo são preteridas, transformando-a em uma outra figura – como em uma estátua, em uma Esfinge.

A nosso ver, a possibilidade de quebrar essa estátua, essa Esfinge devoradora reside na qualidade de potência, da possibilidade de que todos os pontos possam se conectar – apontada pela dimensão ontológica da rede. As

instituições, dessa forma, têm em potência a possibilidade de encontrar outras formas de articulação distintas das que hoje são predominantes.

Em nossa experiência também foi possível evidenciar pequenas lutas locais que podem trabalhar pela construção de outras articulações possíveis. Um exemplo disso pode ser o projeto “Oficinando em Rede”, parceria entre o CIAPS/HPSP e a universidade (UFRGS), que revela um movimento na/de rede, no sentido de ampliar as ações de ambas instituições, ofertando assim possibilidades de trocas de experiências entre elas. Tal parceria pretende disponibilizar aos técnicos do CIAPS/HPSP uma ampliação no repertório de recursos para o tratamento dos pacientes do CIAPS, através do uso de tecnologias, como a informática e a fotografia. Nesta proposta, também se pretende oferecer a via pela inclusão digital como uma outra possibilidade de estabelecer vínculos com os pacientes pelo recurso da “rede da internet”. Ao mesmo tempo, com isso, a universidade cria um campo interessante para pesquisa e extensão.

Outro exemplo de lutas em prol de novos rearranjos possíveis na/da rede é visto na ocasião da articulação do FTMSM com outros grupos militantes pela defesa da Reforma Psiquiátrica – levando suas discussões até a Assembléia Legislativa – há possibilidades de movimentos de rede, vias de conexões, rotas de “saídas”, de pontos se conectarem. A questão é que os serviços não podem ficar à mercê de imposições, mas buscar alianças que, ao somar forças, também possam expressar-se politicamente.

Porém, por haver dificuldades de os serviços se enxergarem como parte de uma rede, capaz de conectar-se com diversos nós, não percebem suas articulações e movimentos de modo integrado. Situações de militância políticas como essas precisam ser divulgadas, mostradas, vistas.

Encerrando este capítulo, podemos dizer que esta dissertação é uma tentativa de dar visibilidade, às vezes tomando um tom de denúncia, aos percursos estigmatizantes a que muitos jovens colocados em situação de marginalidade social estão assujeitados, bem como às condições em que os profissionais experenciam seus trabalhos na área de saúde mental.

Os jovens em situação de marginalidade não estão enclausurados necessariamente nos manicômios – embora possam passar por ele –, mas estão internados no próprio circuito que funciona como um itinerário recorrente.

Além disso, esses jovens não conseguem perceber que a semelhança de seus percursos; atribuem a si mesmos o legado de sua situação. Também é interessante perceber que os próprios trabalhadores dos serviços de saúde não percebem seus problemas em comum, embora possam se dar conta de suas dificuldades... Xeque-mate? Sim. O jogo só parece possível de ser revertido através de aberturas para reflexões coletivas.

Emaranhados, tramas, enredos, redes, cruzamentos, percursos: tensionamentos.

Esses tensionamentos, que modulam a forma topológica da rede, acarretam potencialidades capazes de produzir novos arranjos e mudanças.

Torna-se, assim, imprescindível explorar a rede não apenas como tecnologia social, mas principalmente como potência.

É nesta tensão, neste jogo de forças que podemos “puxar a corda”, articular novos nós.

Embora estejamos todos nós diante da Esfinge devoradora, que nos impõe uma norma de subjetivação moldada pelo capitalismo, precisamos reinventar as “portas de saída”. Mas também não basta encontrar a “saída”, é necessário fazê-la acessível...

Como desabafa Igor, em uma lógica do “entre se quiser, saia se puder”, a saída nos parece impossível de ser inventada solitariamente. É necessário, assim, ampliarmos nossos percursos – coletivamente – a outros horizontes, capaz de construirmos outros espaços e novos nós, desbravar brechas, criar trilhas, realizar articulações... Desse modo, se atualizaria a qualidade de potência da rede.

7 ARREMATANDO OU DESEMBARAÇANDO NÓS: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando a pergunta da pesquisa: *“como se produz, através do percurso dos jovens pelas chamadas redes sociais, a internação psiquiátrica no CIAPS/HPSP?”*, nos deparamos com uma resposta que mostra uma configuração, um desenho que retrata uma realidade complexa, às vezes cruel, destinada aos jovens em situação de marginalidade social.

Entendendo a rede como uma tecnologia social, percebemos os percursos dos jovens que internam no CIAPS, como que dispostos em peças de um tabuleiro de jogo de xadrez – onde o jovem tem poucas chances de criar novos lances, novas estratégias de jogadas, sendo levado a uma posição em que não encontra saída, pois o xeque-mate está previamente agendado...

Assim, a internação psiquiátrica funciona, neste caso, tanto como resposta que dá legitimação de uma “individualidade fracassada” – sob os olhos e bocas atentos de um capitalismo devorador – quanto reifica o lugar de marginalidade a

esses jovens. O destino imposto é que somente em uma trajetória marginal eles poderão percorrer e experienciar suas vidas.

Com isso, a internação psiquiátrica – na grande maioria dos casos – perpetua a lógica capitalista da exclusão – ou melhor, de uma inclusão no “fora da sociedade” –, atualizada na atribuição do insucesso pessoal, como doença e/ou como condição existencial. E assim, os jovens são patologizados pela moratória social que lhes é imposta.

A ordem judicial, que por vezes garante o acesso a essa internação, funciona como um olhar vigilante – opaco como o de uma Esfinge – que controla os itinerários desses jovens, na tentativa de docilizá-los ou bani-los da convivência social. No entanto, vislumbramos que um outro papel poderia ter o judiciário na vida desses jovens, justamente para lhes possibilitar um outro percurso, pela garantia, de fato, dos direitos dispostos no ECA, dos quais os jovens deviam usufruir.

Os serviços de saúde, por sua vez, desempenham um papel paradoxal: servem tanto como uma via para ajudar os jovens a encontrar outras estratégias de jogadas, capazes de lhes mostrar outros caminhos, bem como para amarrá-los cada vez mais em um lugar estigmatizante, sem saída. Entretanto, o próprio serviço também está no jogo, muitas vezes, nas mãos de outras instâncias que interferem em suas ações, colocando-os em xeque-mate tal como acontece com os jovens que internam.

O nome desta dissertação, batizada pela frase pendurada no cartaz do bar da favela onde mora Igor, aponta para algumas pistas: “**Entre se quiser, saia se puder**”. Mas pensamos que não se trata de um convite para entrar...

Entrar nesse itinerário não é uma questão do querer, da vontade – isso nos remeteria novamente a um pressuposto individualista. É a forma como a Esfinge contemporânea profere seu enigma para os jovens, iludindo-os de que a máxima “entre se quiser” diz respeito ao desejo deles. Contudo, é a própria Esfinge, sedutora, que os alicia e, sem perceberem, eles já estão sob seu domínio. O desafio que se coloca é, então, em como inventar uma saída.

Tal como a entrada não é um convite a ser acatado individualmente, a saída também parece não se dar apenas pelo esforço individual. E não é, também, um enigma imposto somente aos jovens. Quem pode realmente sair?

Será que não é justamente a questão do coletivo que a droga impõe à ordem social? Sua organização em grupos que agem coletivamente, como uma injunção à sociedade, proporciona uma criação de laços de pertencimento e um reconhecimento social negado a esses jovens por outras instituições tradicionais, como a escola e a família. Essa mesma organização gerida pela droga questiona as formas de viver em uma sociedade individualista.

Nosso fracasso frente à organização do tráfico de drogas não está justamente em nossa dificuldade de realizar agenciamentos coletivos? Parece muito grave a situação de, por um lado os jovens e, por outro, os profissionais dos serviços de saúde, não conseguirem refletir sobre suas semelhanças coletivamente. O dispositivo do grupo, tanto na atividade das oficinas como nas reuniões do FTMSM, por exemplo, revela a condição de solidão em que jovens e profissionais estão assujeitados e as dificuldades em agenciar “saídas” coletivamente. Ao que parece, as “estratégias de resolução” apresentadas para

essa questão insiste no engodo da individualidade: patologizar o jovem, interpelar juridicamente o profissional.

Percebemos, assim, que para esses jovens a “saída” não é possível pela via individual; mas pela coletividade. Só é possível que eles realizem alguma outra estratégia de jogada na medida em que outras instâncias se firmarem como investidoras desses jovens – principalmente no sentido afetivo e social.

Podemos, também, retomar a questão da rede, pela **condição de potência** que ela significa. Os pontos podem ser conectados. A porta de entrada pode indicar que estratégias de saída são possíveis de serem criadas. Talvez assim, algumas estátuas, se não forem destruídas, podem ser ao menos enfraquecidas.

De um modo sintético, podemos dizer que a rede é abusivamente operada enquanto tecnologia social (*topologia*), porém, pouco explorada como potência (*ontologia*). O desinvestimento da rede em sua qualidade de potência permite que certos fluxos – transpassados por articulações de poder e de saber – se cristalizem, burocratizando vias de trânsito e oportunizando a formação de *estátuas*. Ademais, a potencialidade da rede reside justamente na articulação de uma força coletiva. De acordo com nosso entendimento, a rede, para funcionar enquanto tal necessita operar de duas formas: como tecnologia social e como potência.

Insistimos na importância da qualidade de potência da rede, pois como vemos nas trajetórias dos jovens, os serviços substitutivos basicamente não aparecem em seus itinerários. Ressaltamos que, por exemplo, em anos anteriores muitos encaminhamentos de jovens para internação no CIAPS/HPSP eram

provenientes da cidade de Novo Hamburgo – região do Vale dos Sinos do Rio Grande do Sul. Contudo, como o município foi capaz de criar várias modalidades de serviços substitutivos, esses encaminhamentos raramente acontecem hoje. Isto é, a rede, potencializada, funciona em sua dinâmica de abertura a novos fluxos.

Finalmente, por meio desta pesquisa entrevistamos na rede de saúde mental. Fizemos parte dela por um tempo, formamos laços. Essa idéia de conexão é importante de ser ressaltada porque permite a percepção de que os fluxos não precisam – e não devem – cristalizar-se. Isto é, a universidade pode criar vínculos com os serviços de saúde, esta pode enlaçar-se com a educação, entre outras articulações possíveis na rede. Neste sentido, esta possibilidade interdisciplinar permite ampliar discussões e ocupar vários espaços-tempos simultaneamente.

Esta dissertação pretende incentivar que outras pesquisas possam se dispor a investigar a produção da internação psiquiátrica, a idéia de rede, a juventude brasileira, entre outros temas relacionados, pois, para discutirmos assuntos como estes, também necessitamos de uma articulação coletiva.

“Como se produz a internação psiquiátrica?”. A resposta parece ser ainda a mesma de muitos séculos: pela via da exclusão. Porém, retomando a idéia de rede, conseguimos dizer: poderia ser diferente. E ainda: poderíamos produzir, junto com esses jovens, outros percursos, rumando a outros caminhos, encontrando saídas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMO, Helena Wendel e BRANCO, Pedro Paulo Martoni. *Retratos da Juventude Brasileira: Análises de Uma Pesquisa Nacional*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2005.

AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

_____. *O Homem e a Serpente*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

ANJT. Associação Nacional de Justiça Terapêutica. *A Justiça Terapêutica*. www.anjt.org.br/index.php?id=1. Porto Alegre: 2005. Acesso em 7/10/2005.

ATHAYDE, C., MV BILL e SOARES, L.E. *Cabeça de Porco*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

ATLAN, Henri. *Será a Ciência Inumana?: Ensaio sobre a Livre Necessidade*. Lisboa: Instituto Piaget, 2002.

BACHELARD, Gaston. *A Filosofia do Não; O Novo Espírito Científico; A Poética do Espaço*. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

BENEVIDES, Regina. *A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: Quais Interfaces?* Psicologia e Sociedade. Vol. 17, n. 2, Ago 2005, p.21-25. Porto Alegre, 2005.

BENTES, Ana Lúcia. *Tudo como Dantes no Quartel de A'brantes: um Estudo das Internações Psiquiátricas de Crianças e Adolescentes através de Encaminhamento Judicial*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva/FIOCRUZ. Rio de Janeiro: 1999.

BERNARDES, Jefferson. *A Representação Social da Loucura: a Face Oculta do Discurso Médico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade/PUCRS. Porto Alegre: 1995.

BEZERRA, Benilton Jr. *Considerações sobre Terapêuticas Ambulatoriais em Saúde Mental*. Em: Bezerra, Costa e Tundis (Orgs). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei Federal 8069/1990. Brasília: 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde nº 8080*. Estabelece o Sistema Único de Saúde. Brasília: 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento

de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Portaria GM336/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM 251/2002*. Estabelece Diretrizes e Normas para Assistência em Hospitais Psiquiátricos. Brasília: 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Lei Federal 10216/2001*. Dispõe sobre a Proteção e os Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e Redireciona o Modelo Assistencial em Saúde Mental. Brasília: 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria SNS 224/1992*. Coordenação de Saúde Mental. Brasília: 1992.

CASTEL, Robert. *A Instituição Psiquiátrica em Questão*. Em: Figueira, Sérvulo (Org). *Sociedade e Doença Mental*. Rio de Janeiro: Campus, 1978.

CARLINNI-MARLAT, Beatriz. *Jovens e Drogas: Saúde, Política Neoliberal e Identidade Jovem*. Em: ABRAMO, H. W. e BRANCO, P. P. M. *Retratos da Juventude Brasileira: Análises de Uma Pesquisa Nacional*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2005.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: da Pirâmide ao Círculo, Uma Possibilidade a Ser Explorada*. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. São Paulo: 1997.

CUNHA, Maria Clementina Pereira da. *O Espelho do Mundo. Juqueri: a História de Um Asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DAUDT, Valter. *Notas Históricas Sobre a Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Vol. 11, n. 1, jan./abr., p. 46-50. Porto Alegre: 1989.

FONSECA, Claudia. *Os Direitos da Criança – Dialogando com o ECA*. Em: Alves, C. F., Fonseca, C. e Terto Jr, V. (Org.). *Antropologia, Diversidade e Direitos Humanos: Diálogos Interdisciplinares*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

_____. *Caminhos da Adoção*. São Paulo: Cortez, 1995.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2000.

_____. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

GODOY, Jacintho. *Psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Edição do autor, 1955.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

KUHN, Thomas S. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1999.

LATOUR, Bruno. *Ciência em Ação: Como Seguir Cientistas e Engenheiros Sociedade Afora*. São Paulo: UNESP, 2000.

MARASCHIN, Cleci. *Pesquisar e Intervir*. Psicologia e Sociedade. Vol.16, n.1, p.98-107. Porto Alegre: 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2004

_____. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

MORAES, Fábio. *Abrindo a Porta da Casa dos Loucos (ou para ativar a potência dos fluxos)*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Institucional/UFRGS. Porto Alegre: 2000a.

MORAES, Márcia Oliveira. *O Conceito de Rede na Filosofia Mestiça*. Revista Informare. Vol. 6, n.1, p. 12-20. São Paulo: 2000b.

MORESCHI, Helena Itália e FÁVERO, Maria Leônida. *Irmãos de São José no Rio Grande do Sul: Resgatando Aspectos da Caminhada 1898-1964*. Porto

Alegre: La Salle, 1998.

MUSSO, Pierre. *A Filosofia da Rede*. Em: *Tramas da Rede*. Parente, André (Org.). Porto Alegre: Sulina, 2004.

NARDI, Henrique Caetano. *A Propriedade Social Como Suporte da Existência: A Crise do Individualismo Moderno e os Modos de Subjetivação Contemporâneos*. *Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, Vol. 15, n. 1, p. 37-56. Porto Alegre: 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID-10*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PAGOT, Ângela Maria. *O Cotidiano da Loucura: palavras de inclusão e exclusão*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Institucional/UFRGS. Porto Alegre: 2000.

PASSETTI, Edson. *Violentados: Crianças, Adolescentes e Justiça*. São Paulo: Imaginário, 1995.

PELBART, Peter. *Manicômio Mental – A Outra Face da Clausura*. Em: Lancetti, Antônio (Org). *Saúde-Loucura* n.2. São Paulo: Hucitec, 2000.

PEREIRA, William César Castilho. *Nas Trilhas do Trabalho Comunitário e Social: Teoria, Método e Prática*. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. *O Imaginário da Cidade: Visões Literárias do Urbano: Paris, Rio de Janeiro, Porto Alegre*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1999.

PILOTTI, Francisco e RIZZINI, Irene. *A Arte de Governar Crianças: A História das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência à Infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Santa Úrsula, 1995.

PORTOCARRERO, Vera. *Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a Descontinuidade Histórica da Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Estadual 9716/1992. Lei da Reforma Psiquiátrica e da Proteção aos que Padecem de Sofrimento Psíquico. Porto Alegre, 1992.

RIO GRANDE DO SUL. *Guia de Serviços de Saúde Mental: Cuidar sim, Excluir Não*. Porto Alegre: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Universidade no Século XXI: Para Uma Reforma Democrática e Emancipatória da Universidade*. São Paulo: Cortez, 2004a.

_____. *Conhecimento Prudente Para Uma Vida Decente: "Um Discurso Sobre as Ciências" Revisitado*. São Paulo: Cortez, 2004b.

_____. *Pela Mão de Alice o Social e o Político na Pós-Modernidade*. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. *A Crítica da Razão Indolente: Contra o Desperdício da Experiência*. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____. *Introdução a Uma Ciência Pós-Moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SANTOS, Nádía Maria Weber. *A Tênu Fronteira Entre a Saúde e a Doença Mental: Um Estudo de Casos Psiquiátricos à Luz da Nova História Cultural (1937-1950)*. Dissertação de Mestrado em História/UFRGS. Porto Alegre: 2000b.

SERRES, Michel. *A Comunicação*. Lisboa: Rés, sem data.

SCHIAVONI, Alexandre. *A Institucionalização da Loucura no Rio Grande do Sul: o Hospício São Pedro e a Faculdade de Medicina*. Dissertação de Mestrado em História/UFRGS. Porto Alegre, 1997.

SILVA, Rosane Neves da. *A Invenção da Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes, 2005.

SPOSITO, Marília Pontes. *Algumas Reflexões e Muitas Indagações sobre as Relações Entre Juventude e Escola no Brasil*. Em: ABRAMO, H. W. e BRANCO, P. P. M. *Retratos da Juventude Brasileira: Análises de Uma Pesquisa Nacional*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2005.

UNESCO. *Políticas Públicas De/Para/Com Juventudes*. Brasília: UNESCO, 2004.

VELHO, Gilberto. *Duas Categorias de Acusação na Cultura Brasileira Contemporânea*. Em: Figueira, Sérvulo (Org). *Sociedade e Doença Mental*. Rio de Janeiro: Campus, 1978.

WADI, Yonissa Marmitt. *Palácio Para Guardar Doidos: Uma História das Lutas Pela Construção do Hospital de Alienados e da Psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2002.

WEBER, Beatriz Teixeira. As Artes de Curar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense - 1889 - 1928. Bauru: EDUSC, 1999.

DOCUMENTOS HISTÓRICOS

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. Livro de Atas do Serviço Centralizado de Psicologia, de 1973 a 1979. Porto Alegre.

_____. Projeto do Serviço de Psicologia do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Porto Alegre, 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Acto no. 4, de 28 novembro de 1889. Revoga o regulamento do Hospício São Pedro na parte que subordina a administração desse estabelecimento à Santa Casa de Misericórdia desta Capital. Porto Alegre, 1889. (AHRHS).

_____. Lei no. 994, 13 de maio de 1874. Sobre a construção do hospício de alienados. Porto Alegre, 1874. (ASCHRS).

_____. Tombo no. 24. Departamento de Administração do Patrimônio do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1990.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. Actas da mesa da Santa Casa de Misericórdia no. 10, 15 de outubro de 1876. Porto Alegre, 1876. (CEDOP/ASCM).

APÊNDICES

Tabela 1 - QUADRO GERAL DE JOVENS INTERNADOS NO CIAPS

Participantes das Oficinas			Não Participantes das Oficinas	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
G1a	6	2	2	1
G1b	3	4		
G2	4	3	2	1
G3⁵³	4	4	0	0
G4a	3	3	1	0
G4b	5	0		
Total				
41			7	

(53) O CIAPS/HPSP no momento da realização do G3 contava com 15 jovens internados. Dentre eles, 8 participaram da oficina, configurando o G3, e 7 já tinham participado anteriormente (no G2), mas até aquele momento não tinham obtido alta.

Tabela 2 - PARTICIPANTES DAS OFICINAS DE PERCURSO

	Sexo Masc.	Sexo Fem.	Internação por Ordem Judicial
Grupo 1a	6	2	7
Grupo 1b	3	4	6
Grupo 2	4	3	5
Grupo 3	4	4	6
Grupo 4a	3	3	3
Grupo 4b	5	0	5
Subtotal	25	16	32
Percentual	61%	39%	78%
Total	41		32

Tabela 3 - MÉDIA DE IDADE E SITUAÇÃO ESCOLAR DOS PARTICIPANTES DA OFICINA DE PERCURSO

	Sexo Masculino		Sexo Feminino	
	Idade	Estuda	Idade	Estuda
G1a	14,8 ⁵⁴	Não (Unânime)	14	1/2
G1b	14,6	1/3	15,2	2/4
G2	13,6	Não (Unânime)	13,3	2/3
G3	16	Não (Unânime)	15,7	2/4
G4a	15,6	1/3	15,3	1/3
G4b	16	Não (Unânime)	-	-
%	8% Estuda		50% Estuda	

(54) Um dos jovens do grupo não sabia ao certo sua idade e nem mesmo as informações prévias e levantadas durante sua internação no CIAPS/HPSP podiam nos fornecer alguma precisão sobre isso. Por isso, seus dados não estão incluídos na tabela 3.

Tabela 4 - NÚMERO DE INTERNAÇÕES NO CIAPS/HPSP DOS PARTICIPANTES DAS OFICINAS

Sexo Masculino			
No. Internações	Frequência (no. de jovens)	Frequência Relativa (%)	Frequência Cumulativa (%)
1	12	48	48
2	8	32	80
3	4	16	96
4	1	4	100
Total	25	100	-
Sexo Feminino			
No. Internações	Frequência (no. de jovens)	Frequência Relativa (%)	Frequência Cumulativa (%)
1	5	31,25	31,25
2	6	37,50	68,75
3	1	6,25	75
4	1	6,25	81,25
5	2	12,50	93,75
11	1	6,25	100
Total	16	100	-

Tabela 4 (cont). - **Número de Internações Total**

No. Internações	Frequência (no. de jovens)	Frequência Relativa (%)	Frequência Cumulativa (%)
1	17	41,5	41,5
2	14	34,1	75,6
3	5	12,2	87,8
4	2	4,9	92,7
5	2	4,9	97,6
11	1	2,4	100
Total	41	100	-
Percentual			
Sexo Masculino 52% Reinternou		Sexo Feminino 69% Reinternou	

Tabela 5 - PROFISSIONAIS DO CIAPS/HPSP

Público Infantil		Público Adolescente
01 Assistente Social		01 Assistente Social
01 Psiquiatra		01 Psiquiatra
01 Psicóloga		01 Psicóloga
01 Terapeuta Ocupacional		01 Terapeuta Ocupacional
01 Psicopedagoga		01 Psicopedagoga
01 Pediatra		01 Médico Clínico
		01 Neurologista
		01 Foniatra
		01 Psicóloga
		01 Psicopedagoga
		01 Educador Físico
		01 Enfermeira
Total	12 técnicos	12 técnicos

Tabela 6 - ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO CIAPS/HPSP

Internação Infantil	Ambulatório Infantil	Internação de Adolescentes	Ambulatório de Adolescentes	
01 Ass. Social		01 Ass. Social		
02 Psicopedagogas		01 Psicopedagoga		
01 Pediatra		01 Médico Clínico	01 Psicóloga	
01 Psicóloga		01 Psicóloga		
01 Psiquiatra		01 Psiquiatra		
01 Terapeuta Ocupacional				
01 Enfermeira		01 Enfermeira (mesma da Intern. Inf.)		
01 Foniatra		01 Foniatra (mesmo da Intern. Inf.)		
01 Neurologista				
01 Educador Físico				
Total	11 técnicos	09 técnicos	09 técnicos	05 técnicos



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO

A Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Psiquiátrico São Pedro da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições, informa que o projeto: 04.033


Número: 04.033

Título: Autoria e Juventude: Percorrendo Redes Sociais em Saúde Mental.

Autor: Andréa Scelsleski

Foi avaliado, em reunião conjunta de seus membros, em 22/11/04. Este projeto **foi aprovado**, estando adequado ética e metodologicamente, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e às Resoluções Normativas do Comitê de Ética em Pesquisa do HPSP.

Porto Alegre, 22 de novembro de 2004.


Dra. Maria Helena Itaqui Lopes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do
Hospital Psiquiátrico São Pedro

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL
CURSO DE MESTRADO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Pelo presente consentimento, tenho a dizer que fui informado e que conheço e concordo com minha participação neste trabalho de pesquisa que tem o nome de: *“Autoria e Juventude: Percorrendo Redes Sociais em Saúde Mental”*. Sei que o trabalho pretende estudar como os jovens são atendidos nos diversos locais de atenção à saúde e à educação em nossa região que estão em contato com o CAPS São Pedro.

Tenho o conhecimento de que posso fazer qualquer pergunta caso tenha dúvidas sobre qualquer etapa do estudo e que poderei obter informações sobre outros assuntos relacionados a esta pesquisa. Sei ainda que terei eu mesmo, ou meus responsáveis, total liberdade para retirar esse consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo ao atendimento dispensado nesta instituição.

Entendo que tudo que vier a dizer e a comentar na pesquisa não será identificado a meu nome pessoal e que se manterá segredo de minha identidade. Sei e aceito que posso participar de fotografias ou filmagens e que as mesmas poderão ser utilizadas para fins exclusivamente da pesquisa.

Sei que os responsáveis por esta pesquisa são a Psicóloga Andrea Scisleski e Professora Cleci Maraschin, que poderão ser contatadas pelo telefone 33165466.

Data: ____/____/____

Nome do Jovem: _____

Assinatura do Jovem: _____

Assinatura do Responsável: _____