

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

LETTRES DE CACHET - A SOLITÁRIA TRAJETÓRIA

PARA A LOUCURA:

jovens internos e egressos do Instituto de Psiquiatria

do Estado de Santa Catarina

LUÍS CARLOS PEREIRA VARELLA

Florianópolis, 2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

LETTRES DE CACHET - A SOLITÁRIA TRAJETÓRIA PARA A LOUCURA:

jovens internos e egressos do Instituto de Psiquiatria

do Estado de Santa Catarina

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção de Grau de Mestre em Sociologia Política, orientada pela Professora Doutora Janice Tirelli Ponte de Sousa.

LUÍS CARLOS PEREIRA VARELLA

Florianópolis, 2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

LETTRES DE CACHET - A SOLITÁRIA TRAJETÓRIA PARA A LOUCURA:

jovens internos e egressos do Instituto de Psiquiatria

do Estado de Santa Catarina

LUÍS CARLOS PEREIRA VARELLA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção de Grau de Mestre em Sociologia Política, orientada pela Professora Doutora Janice Tirelli Ponte de Sousa.

Profa. Dra. Cécile Hélène Jeanne Raud
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Janice Tirelli Ponte de Sousa
Orientadora – CFH / UFSC

Profa. Dra. Luzinete Simões Minella
Membro Titular – CFH / UFSC

Profa. Dra. Daniela Ribeiro Schneider
Membro Titular – CFH / UFSC

Profa. Dra. Márcia Grisotti
Membro Suplente – CFH / UFSC

Prof. Luiz Gonzaga Cardoso
Membro Convidado – IPQ / SC

Florianópolis, 2006

DEDICATÓRIA

Mizinho (in memoriam):

“Alguns únicos o são tão surpreendente e com tal riqueza humana, que não lhes permitimos ir embora, até porque perdê-los, seria perdermo-nos”. (Florestan)

Paulo e Isabel:

Em diversos momentos aprendi diversas coisas e neste caso aprendi muito com vocês, “mostrando-me que só as águas revoltas forjam o bom navegador”.

Rutiane:

Se consegui alcançar meu objetivo, foi porque tinha você ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Àqueles que contribuíram para esta pesquisa:

Minha família

Professora Janice, minha orientadora

Amigo Luiz “Jazz” Gonzaga

Jovens e suas famílias

Secretaria do Programa: Albertina, Fátima e Otto

Amigo José e equipe do Same

Profissionais do IPQ

Banca: Daniela, Luiz e Luzinete

Programa de Pós-Graduação de Sociologia Política

“O ensombrecimento do céu acima do homem aumentou à medida que cresceu a vergonha do homem diante do homem”. (Nietzsche)

RESUMO

Ao nascer o indivíduo se insere e se submete a modelos sociais de comportamentos, símbolos, e restrições. A sociedade moderna competitiva impõe desafios complexos, instigantes e que são enfrentados pelo jovem de maneira angustiante, onde as opções, às vezes insatisfatórias, exigem urgência de escolhas, numa extensa variedade de relações. A sociedade moderna, na sua expressão funcional, através de controles difusos e opressão informal, educa para a submissão às normas e comportamentos. Socializa com intolerância às fraquezas pessoais, à insegurança, às insatisfações e dentro deste quadro social, muitos são os jovens induzidos à perda de pontos de referência, estereotipados moralmente, lançados ao isolamento social, desespero, sofrimento. A pesquisa realiza um estudo sociológico das internações psiquiátricas juvenis, abordando as dimensões sociais do seu sofrimento psíquico, os desdobramentos e as implicações desse processo no âmbito das relações institucionais. Realizado no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, no período entre 2002 à 2004, o estudo envolveu um levantamento sistemático em mais de 60 mil prontuários, entrevistando jovens entre 14 e 25 anos e seus familiares, que contam suas histórias, depoimentos e situações vivenciadas sobre fatos e experiências de vida. Analisou-se os espaços de socialização dos jovens com ênfase na família e na escola, visando compreender suas influências numa contextualização histórica, bem como a instituição psiquiátrica e suas práticas, para identificação das relações a que se submetem os jovens quando da sua internação. Concluiu-se que são muitas as dificuldades que tanto a família quanto a escola têm em trabalhar os conflitos que surgem no cotidiano, assim como os problemas que se desdobram da convivência com as diferenças, com a diversidade de comportamentos e identidades dos seus jovens. Os estereótipos, as classificações dos atestados, dos rótulos e do estigma que lhes são atribuídos e o preconceito, também se manifestam como fatores importantes nas dificuldades desses jovens. Revelou-se o paradoxo presente nas relações familiares, quando cada membro estabelece um controle da vida interior do outro a fim de preservar a sua própria. Entre os familiares mais próximos que convivem diretamente com os jovens é grande a carga de conflitos, culpa, pessimismo por não conseguirem encontrar saídas sobre os problemas enfrentados e isolamento social a que ficam sujeitos. Ficaram evidentes as dificuldades materiais da vida cotidiana, as complexidades do relacionamento com o jovem de expectativa frustrada de “cura”, bem como o desconhecimento da “doença” assim atestada e diagnosticada.

PALAVRAS-CHAVE: Jovem e sofrimento psíquico. Família. Sociologia da saúde. Loucura. Jovem e instituição total. (136 p.)

RÉSUMÉ

Lors que l'individu naît, il s'insère dans et se soumet à des modèles de comportements, à des symboles et à des restrictions. La société moderne compétitive impose des défis complexes, instigateurs auxquels les jeunes se confrontent de façon angoissante, dont les options, parfois insuffisantes, exigent urgence au moment du choix, dans une variété extensive de relations. La société moderne, avec son expression fonctionnelle, à travers les contrôles diffus et l'oppression informelle, éduque pour la soumission aux normes et aux comportements. Elle socialise avec l'intolérance aux faiblesses personnelles, à l'insécurité, aux insatisfactions et dans ce cadre social beaucoup de jeunes ont perdu leurs points de référence, ils sont moralement stéréotypés, ils sont jettés à l'isolement social, au désespoir, à la souffrance. Cette recherche fait une étude sociologique des internements psychiatriques des jeunes, en abordant les dimensions sociales de leur souffrance psychique, les prolongements et les implications de ce processus dans le cadre des relations institutionnelles. L'étude, réalisée dans l'Institut de Psychiatrie de Santa Catarina, de 2002 à 2004, a pris en charge des données systématisées de plus de 60 mille promptuaires. Elle a aussi interviewé des jeunes entre 14 et 25 ans et leurs familles qui ont raconté leurs situations vécues sur les faits et les expériences de vie. Nous avons analysé les espaces de socialisation des jeunes, en mettant l'emphase sur la famille et sur l'école, à fin de comprendre leurs influences sur une contextualisation historique, de même que l'institution psychiatrique et ses pratiques, pour identifier les relations auxquelles les jeunes se soumettent lors de leur internement. Nous concluons que la famille et l'école ont beaucoup de difficulté à travailler les conflits qui apparaissent dans le quotidien, ainsi que les problèmes qui se prolongent du contact intensif avec les différences, la diversité de comportements et les identités de leurs jeunes. Les stéréotypes, les classifications des certificats, des rotules et du stigmatisme qui leurs sont attribués et le préjugé se manifestent aussi comme des facteurs importants aux difficultés de ces jeunes. Le paradoxe présent dans les relations familiales s'est révélé quand chaque membre établit un contrôle sur la vie intérieure de l'autre à fin de préserver la sienne. Le poids des conflits, de culpabilité, de pessimisme de ne pas avoir réussi à trouver des solutions pour les problèmes confrontés et l'isolement social auquel ils se soumettent est grand parmi les parents les plus proches des jeunes. Les difficultés matérielles de la vie quotidienne, les complexités dans le rapport avec le jeune frustré de « guérison », ainsi bien que la méconnaissance de la « maladie » attestée et diagnostiquée ont été évincées dans cette étude.

MOTS-CLE: Jeune et souffrance psychique. Famille. Sociologie de la santé. Folie. Jeune et institution totale. (136 p.)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPQ	- Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina
ONU	- Organização das Nações Unidas
PPGSP	- Programa de Pós-Graduação da Sociologia Política da UFSC
SAME	- Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas
CO	- Comorbidade
CP	- Caso Psiquiátrico
IN	- Interno
RE	- Reinterno

LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Internações de jovens entre 14 e 25 anos, no IPQ, no período entre 2002 e 2004 .	81
Gráfico 1 – Taxa de internações de jovens por sexo em Santa Catarina.....	82
Gráfico 2 – Taxa de internações de jovens por sexo na região da Grande Florianópolis	82
Gráfico 3 – Taxa de internações de jovens por diagnóstico em Santa Catarina.....	84
Gráfico 4 – Taxa de internações de jovens por diagnóstico na Região da Grande Florianópolis	84
Gráfico 5 – Taxa de internações de jovens por tipo de internação em Santa Catarina	85
Gráfico 6 – Taxa de internações de jovens por tipo de internação na região da Grande Florianópolis .	86
Gráfico 7 – Taxa de internações de jovens do sexo feminino por idade em Santa Catarina.....	87
Gráfico 8 – Taxa de internações de jovens do sexo feminino por idade na região da Grande Florianópolis	87
Gráfico 9 – Taxa de internações de jovens do sexo masculino por idade em Santa Catarina.....	88
Gráfico 10 –Taxa de Internações de jovens do sexo masculino por idade na região da Grande Florianópolis	89
Gráfico 11 – Taxa de internações de jovens por região em Santa Catarina	90
Gráfico 12 – Taxa de internações de jovens em cada município de Santa Catarina em relação a sua região.....	91
Gráfico 13 – Taxa de internações de jovens dos municípios de Maior Índice em relação a Santa Catarina	91
Gráfico 14 – Taxa de internações de jovens por idade na Região da Grande Florianópolis.....	92
Gráfico 15 – Taxa de internações de jovens por municípios na região da Grande Florianópolis	93

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1	25
1. O DESAFIO DE SER JOVEM HOJE	25
1.1 Apresentando o jovem.....	25
1.2. Esclarecimento conceitual de juventude	32
1.3 O jovem e o momento de transição	36
CAPÍTULO 2	42
2. OS ESPAÇOS DE SOCIALIZAÇÃO E OS JOVENS	42
2.1 A família e a escola: reprodução e controle social.....	42
2.2 Família, controle e poder.....	45
2.3 A vida no interior da família e o ambiente social.....	47
2.4 As influências específicas da escola.....	50
2.5 A descoberta do ambiente escolar	52
CAPÍTULO 3	55
3. INSTITUIÇÃO TOTAL E AS PRÁTICAS PSIQUIÁTRICAS.....	55
3.1 Uma compreensão da instituição total.....	55
3.2 O despojamento do ‘eu’ na instituição total.....	57
3.3 Hospital psiquiátrico segundo Foucault	60
3.4 Foucault e Szasz: hospital para quem?.....	63
3.5 Psiquiatria: qualificando e julgando os indivíduos.....	64
3.6 O Hospital psiquiátrico disciplinando espaços e corpos: da vontade perturbada à submissão	65
3.8 Medicina Mental: a profilaxia do tratamento moral.....	68
3.9 Os dilemas da insanidade e a psiquiatria.....	69
3.10 As práticas psiquiátricas no Brasil e em Santa Catarina	72

CAPÍTULO 4.....	79
4. OS JOVENS INTERNOS DO IPQ EM NÚMEROS	79
4.1 Análise dos dados quantitativos obtidos nos prontuários.....	79
4.2 Perfil dos jovens internados no IPQ de 2002 à 2004	81
CAPÍTULO 5	94
5. A TRAJETÓRIA DO PESQUISADOR	94
5.1 As portas se abrem: um desafio intenso	95
5.2. Meias verdades: a percepção das representações	97
CAPÍTULO 6.....	101
6. A VOZ DOS JOVENS EM SOFRIMENTO	101
6.1. A sociedade precisa livrar-se do que a incomoda	101
6.2 Escola inapta e reprodutora de violência simbólica	107
6.3 Família: cumplicidade ideológica entre o social e o individual	110
6.4 “Lettres de Cachet”: tranquilidade da família e da consciência pública	116
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	129
ANEXOS.....	137

INTRODUÇÃO

Este estudo pretende analisar sociologicamente o sofrimento psíquico do jovem, identificar as questões sociais que envolvem tal sofrimento e por consequência, o seu internamento em instituições psiquiátricas, o que nos remete a um tema muito complexo. Espera-se, no entanto, que esta abordagem indique elementos sociológicos importantes para a compreensão e identificação de como se constroem relações que levam o jovem ao sofrimento psíquico.

No decorrer do trabalho, expressões como “sofrimento psíquico”, “doença mental”, “insanidade”, “loucura” e “doença”, não terão o aprofundamento conceitual desenvolvido pelas ciências médicas, uma vez que o trabalho não se propõe a um estudo clínico, mas sociológico, que envolve os jovens nas relações sociais. O termo sofrimento utilizado na pesquisa não tem intenção de reduzir sua significação perante a diversidade dos sujeitos. O significado aqui proposto foi resultado de reflexões teóricas e empíricas e considera o sujeito que sofre como veiculador de símbolos individuais. É quando ele apresenta dificuldades de socialização no momento em que a lógica do convívio social ainda não se produziu. Mergulhado num processo de contradições internas, numa dinâmica confusa, o sujeito não tem mais controle de ‘como’ ele é, de ‘quem’ ele é. Estigmatizado e visto como ‘desajustado’ pelos outros, ele assume a partir disso o papel de ‘louco’ e cada vez mais se problematiza em suas contradições e em sua desestruturação. O sofrimento não é só isolamento, mas também uma forma de *estar-no-mundo*. O sujeito em suas relações se depara com as dificuldades que por sua vez não consegue vencer ou ultrapassar, transformando-se em problemas que são ideologicamente ‘patologizados’ ou ‘criminalizados’ pela sociedade.

O interesse pelo tema se justifica, não só pela necessidade de proceder a uma leitura crítica da bibliografia existente, como também pela importância significativa do fenômeno, nas questões e problemas que envolvem o jovem na sociedade contemporânea.

Este estudo também foi motivado por interesse individual do pesquisador, relacionado à experiência profissional na área da Educação – Educação Física – onde foi possível observar, em várias oportunidades, a desestruturação porque passam determinados jovens. De modo mais preciso, foi o esporte nas suas mais variadas formas e possibilidades, que contribuiu para a nossa formação pessoal e profissional, não como um fenômeno isolado, mas numa realização enquanto indivíduo, proporcionando também a relação e observação mais sensível do meio social. O esporte aqui entendido como “fenômeno social inerente ao processo de formação do homem”. (STEINHILBER, 1996, p. 41)

A prática profissional da Educação Física, disposta a aproveitar a riqueza de conteúdos, a desenvolver uma consciência crítica, possibilita expressar e estabelecer o importante e fundamental diálogo. Através deste, os alunos são incentivados a manifestar suas idéias, tematizar seus conflitos, argumentar consistentemente e co-participar ativamente na busca de solução das situações comuns da vida escolar.

A Educação Física como *práxis* educativa, tratando com a totalidade do ser humano, tem como objetivo também desenvolver a personalidade do aluno mediante a diversidade de situações, de modo a torná-lo capaz de enriquecer e organizar sua vida pessoal. Considerando os conceitos da “Educação Física Transformadora¹” buscamos promover na prática profissional a liberdade pessoal, levando o aluno a um autoconhecimento que possibilite superar suas próprias contradições, desenvolvendo a capacidade de compreender a

¹ O homem é um *ser-no-mundo* e não podemos pensá-lo fora de sua relação com o mundo. Do mesmo modo a educação não pode visar ao indivíduo separado da sociedade. Os conceitos de educação que visualizam indivíduo e sociedade, de forma dissociada, trazem implícitas visões antropológicas fragmentárias e mascaram as verdadeiras relações de poder que habitam a sociedade capitalista. Do mesmo modo, as correntes educacionais que visam a adaptação do homem à sociedade ignoram o caráter crítico da educação, ou negando a necessidade de transformação da sociedade, ou se apoiando na crença de que esta transformação se dá sem a ação do homem. (GONÇALVES, 1997, p.123)

si mesmo e ao seu mundo, desvelando as mútuas relações que, tanto pessoal como social, são historicamente condicionadas. Não entendamos liberdade como um valor abstrato, mas, sim, como uma forma de ser que se coloca no desenvolvimento da história.

Mas as interações do sujeito com o meio social, que permitem a compreensão e transformação da realidade, nem sempre são alcançadas. As construções psicossociais, internalizadas pelos indivíduos no decorrer de suas relações, sofrem contínuas transformações e rupturas importantes. Isto revela extensas implicações e limites, configurando uma realidade muitas vezes para nós, de uma existência complexa nas possibilidades de ação e intervenção.

Ao nascer o indivíduo se insere e se submete a modelos sociais de comportamento, símbolos, competições, restrições, etc. Estes induzem-no a exercer um rigoroso controle das emoções e uma precisa modelação de sua conduta. Uma pressão contínua e uniforme é exercida sobre a sua vida individual, através de constantes alternativas de escolhas na vida cotidiana, que exigem um conhecimento próprio do eu, a fim de que seja capaz de tomar decisões além do habitual.

Nessas interações o jovem se insere com uma trajetória de vida, que passa a se definir numa extensa variedade de relações na família, na escola, no seu grupo social de afinidade, etc.

A transição da condição de jovem para a condição de adulto é especialmente difícil, devido às complexas formas de organização social, a diversidade de alternativas de vida que lhe apresentam e as incertezas vão se colocando quanto ao próprio projeto pessoal. É um momento em que a eficácia da ação construtiva da socialização sobre a sua personalidade é questionada: os significados normativos; os sistemas de valores e concepção de mundo.

É com dificuldades que o jovem enfrenta a coerção para se tornar adulto. Até mesmo através das modalidades de alternativas flexíveis que a sociedade oferece, há conflitos extenuantes. Surgem comportamentos de rupturas decorrentes destes conflitos sociais, que são

manifestados por crises ocasionais, no esforço de colocar-se diante das opções de vida que o sistema apresenta e também seu enfrentamento. As condições que a sociedade predispõe são desafios complexos e instigantes, que são enfrentados de maneira angustiante e as opções às vezes insatisfatórias, exigem urgência de escolhas. A liberdade para escolher, muitas vezes, se torna um ônus pesado porque está configurada dentro dos limites sociais.

Existem opiniões divergentes a respeito – entre pais, profissionais, ou mesmo entre os próprios jovens – sobre o tratamento de questões geracionais como um “problema”, diante do comportamento social de jovens obstinados e muitas vezes queixosos da incompreensão da família e da sociedade. Essa visão parece persistir e leva à tendência de estereotipar moralmente o jovem.

Uma das tarefas educativas mais importantes da família tem sido ajudar os jovens a se tornarem independentes. Para esta, torna-se difícil trocar o antigo papel de proteção pelo de orientação e confiança, estimulando responsabilidades crescentes enquanto o amadurecimento se processa.

O que seria “anormal” no comportamento do jovem? O que seria uma “conduta fora de controle”? A prática de vandalismo, o roubo, agressões e mentiras sistemáticas, o abuso de drogas, fuga de casa, promiscuidade sexual e até a gravidez indesejada podem ser considerados condutas fora de controle. Algumas delas escondem sofrimentos psicológicos, às vezes resultado do fim de uma relação afetiva, do insucesso na escola ou no trabalho, da perda do apoio dos pais e inseguranças. O jovem pode chegar ao desespero, mudar comportamentos e manifestar atitudes autodestrutivas, como ameaça ou tentativa de suicídio e acidentes freqüentes com ferimentos graves. Pode haver o descuido pessoal persistente, o isolamento social, a queda de rendimento escolar e a interrupção das atividades esportivas. Mas tais atitudes podem ser consideradas como “doença”?

As histórias de vida destes jovens internados mostram que a sociedade com sua ideologia e assessorias médica, jurídica, escolar, religiosa, ostentam e determinam que os pais sejam autorizados a hospitalizar seus filhos, se assim o desejarem e desta forma, contam com um cenário de possibilidades, proposições e práticas da indústria da saúde e ideologia social.

No século XIV Bastilha foi uma fortaleza-prisão construída em 1382 e simbolizava o despotismo da monarquia francesa. Usada como prisão política onde ficavam os inimigos do rei, tem sua origem precisamente na prática para-judiciária da *lettre de cachet* que utilizava o poder real para seu controle. As famosas *lettres de cachet* - cartas em branco assinadas pelo rei - permitiam aos nobres usarem suas instalações como cárcere dos seus desafetos. Quando uma *lettre* era enviada contra alguém, esse alguém não era enforcado, nem torturado, nem tinha que pagar multa. Como punição era colocado na prisão e nela devia permanecer por um tempo não fixado previamente.

Raramente a *lettre* dizia que alguém deveria ficar preso por seis meses ou um ano, por exemplo. Em geral ela determinava que alguém deveria ficar retido até nova ordem e a nova ordem só intervinha quando a pessoa que requisitara a *lettre*, afirmasse que o indivíduo tinha se corrigido. Esta idéia que “se corrija”, essa idéia “paradoxal”, “bizarra”, sem fundamento ou justificção alguma para controlar o comportamento humano, segundo Foucault, tem origem precisamente nesta prática.

Estudadas por Foucault, as *lettres de cachet* na França eram documentos que manifestam como, aos poucos, os homens passam a utilizar o poder do rei para resolver seus próprios problemas. Cartas que mostravam uma solicitação que não era mais em função do ódio do rei pelo súdito. A soberania vem inserir-se num nível mais elementar do corpo social, de sujeito para sujeito. É percebido um abuso de absolutismo que não era do rei, mas dos indivíduos, no sentido de que cada um poderia usar por si, para seu proveito e contra os

outros, da enormidade do poder absoluto. É um poder político nas relações cotidianas, sem limites e inevitável. (FOUCAULT, 1992 p.104)

As ações daqueles que são ou foram doentes mentais devem ser examinadas, porém, dentro de um contexto social e que a sociologia pode nos auxiliar a compreender o modo de agir de indivíduos em situações sociais específicas, através da observação sistemática da maneira como as próprias pessoas encaram suas situações e o mundo que as cercam.

Diante do exposto, desenvolvemos estudo sociológico referente ao fenômeno das internações psiquiátricas juvenis, onde pesquisamos a realidade da trajetória de jovens que vivem sob sofrimento psíquico, investigando *quais as variáveis sociais que levam ao estado de sofrimento psíquico de jovens conduzidos ao internamento institucional*. Tal propósito nos remeteu a outros questionamentos relacionados: às dimensões sociais do processo do sofrimento psíquico desses jovens; aos desdobramentos e implicações desse processo no âmbito das relações institucionais; aos agentes envolvidos com os jovens até a internação; à relação familiar que esses jovens estão inseridos; e a quais critérios levam a família considerar o sofrimento como uma doença, buscando na internação psiquiátrica a solução para o problema.

O *locus* da investigação foi o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPQ situado no município de São José, onde o pesquisador fez levantamentos em épocas distintas. O primeiro em 2001, onde obteve dados para dar base ao projeto de pesquisa. O segundo em 2004, para aprofundar e desenvolver a pesquisa. O terceiro em 2006 para finalizar a pesquisa, para constatar os casos de reinternações dos entrevistados.

O IPQ foi escolhido como referência para os levantamentos do estudo, pelo fato de ser o receptor de uma quantidade significativa de jovens em estado de sofrimento e aos quais foi possível ao pesquisador ter acesso.

Entre os internos deste Instituto, de estatística elevada, há certo entendimento que são raras ou nulas as condições de retorno ao mundo externo, por razões e situações que inviabilizam as possibilidades de reconquistar um lugar na família e sociedade. Em sua pesquisa, Teixeira (1991) menciona que a maioria dos internos está na instituição por motivos de ordem social, muito mais do que por necessidade imperiosa de atendimento.

Através do primeiro levantamento constatamos um índice significativo de jovens internados na faixa etária de 14 a 25 anos, numa amostra procedente dos municípios de Florianópolis, São José e Palhoça, de janeiro até agosto de 2001, que somaram 221 pacientes atendidos.

Ainda neste levantamento, no período de 1996 a 2001 para a mesma faixa etária, constatou-se que o Instituto possui uma média anual significativa de 1628 casos de reinternações, e foi possível observar que nos meses de janeiro, fevereiro e julho, houve aumento do número dessas reinternações coincidindo com o período de férias escolares.

Nestes dados preliminares observamos uma porcentagem maior de reinternação em relação à primeira internação. Por quais razões o número de reinternações é maior? Uma vez retornando à família, o jovem agora estigmatizado, encontra a reprodução do ambiente do qual saiu? As experiências relatadas e registradas indicam que na falta de estrutura para o seu restabelecimento, a família novamente recorre ao reinternamento. Isto parece demonstrar que há um fortalecimento das decisões anteriores, fazendo com que o ambiente familiar também contribua para a continuidade do processo de sofrimento desse jovem e seu retorno à instituição.

As observações e os levantamentos preliminares realizados nos conduziram à hipótese de que a família é um elemento importante no processo de restabelecimento da vida social do jovem. A sociedade moderna, através de seus controles difusos e opressão informal, determina submissão às normas, transformando a família numa caixa de ressonância que

reproduz estes elementos que influenciam na socialização dos jovens. Uma delas é a de que são educados para resolverem seus problemas por si próprios, sob controle austero de suas emoções, modelos de conduta e coerções. Esta socialização guarda características de intolerância com as fraquezas pessoais, sentimentos de insegurança, insatisfações e muitos são os jovens que enfrentam desafios complexos e são induzidos à perda de pontos de referência, numa tendência a serem estereotipados moralmente e lançados ao isolamento social, desespero e sofrimento.

A partir destas considerações fomos levados a indagar, até que ponto as variáveis sociais envolvendo os valores no discurso familiar são fatores que contribuem para o sofrimento do jovem? Quais os recursos de amparo, proteção, apoio existentes no interior das famílias que conseguem atingir o jovem nestas condições? Em conseqüência, quais os possíveis limites que a família (pais, irmãos, filhos) encontram para lidar com o sofrimento psíquico do jovem?

As condições exercidas pelo ambiente social têm boa parte de sua eficácia no envolvimento familiar que espelha, portanto, o mundo social a que pertencem os membros, com seus padrões uniformes adotados e impostos pela institucionalização. Mesmo considerando que estas normas não sejam de sua exclusividade, as famílias ajustam-se às instituições sociais. Elas se encaixam, refletem princípios, hábitos, costumes e valores que são transmitidos em grande parte pelo convívio familiar.

A segunda etapa de levantamentos realizados pelo pesquisador constou de um retorno à Instituição em 2004, onde foram pesquisados aproximadamente 60 mil prontuários. A pesquisa com os prontuários e relatórios na Instituição foi realizada para estabelecer estatísticas de internamento dos jovens. Nesta etapa da investigação foram recolhidas informações relativas às Questões de Gênero, Diagnósticos (*Casos Psiquiátricos - CP e*

Comorbidade² - CO), Tipo de Internação (1ª internação-Interno - IN ou a partir da 2ª internação-Reinterno - RE), Idade e Procedência, elementos que permitiram obter um perfil do interno do IPQ.

Também foram realizadas entrevistas com jovens internos e entrevistas nas residências de jovens que haviam saído do IPQ, bem como entrevistas com seus familiares. Para garantir o direito de privacidade dos entrevistados, os nomes originais dos sujeitos da investigação foram modificados.

Estas entrevistas que são utilizadas em pesquisa qualitativa, são adequadas ao conhecimento do tempo presente que permite conhecer a realidade passada e presente, pela experiência e pela voz daqueles que a viveram. Não se resume a uma simples técnica, incluindo também, uma postura, na medida em que seu objetivo não se limita à ampliação de conhecimentos e informações, mas visa conhecer a versão dos agentes. Através de uma série de entrevistas, procuramos estabelecer uma reconstituição global da vida do indivíduo, tentando evidenciar aqueles aspectos que tinham importância à pesquisa.

A determinação dos casos em questão foi coletiva, abrangendo 12 casos masculinos e 09 casos femininos, divididos em grupo de casos por diagnóstico. As entrevistas com os jovens e as famílias, ficaram condicionadas à disponibilidade e condições psicológicas para sua realização, que ocorreu somente após consentimento pessoal, familiar e médico.

Tendo em vista o propósito da pesquisa e metodologia, optamos pela escolha dos casos que concordaram com a possibilidade de realização dos trabalhos conforme os objetivos e exigências. As entrevistas foram realizadas em momentos e locais distintos onde os participantes foram esclarecidos sobre o objeto da pesquisa, a garantia de sigilo com o fim de resguardar seus direitos e privacidades, considerando os aspectos éticos inerentes à resolução

² Termo utilizado pelo IPQ no diagnóstico dos pacientes. Está relacionado a mais de uma causa, que nesta pesquisa refere-se às internações por diagnóstico psiquiátrico em conjunto com utilização de drogas. A comorbidade, neste caso, não apresenta como causa principal em suas manifestações a dependência química ou encaminhamento judicial.

específica. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, constituindo-se como um documento oficial conforme exigência das normas.

A opção pela entrevista de jovens em seu primeiro internamento e a primeira reinternação, foi fundamentada no fato destes terem ainda presente a história vivenciada sobre a trajetória de sofrimento.

Durante a pesquisa percebemos momentos distintos, quando constatamos que durante o período de internamento do jovem, a maioria das famílias teve receptividade e atenção sobre o interesse na pesquisa. Quando o campo de atuação passou a ser “fora do hospital psiquiátrico”, ficou evidente a contrariedade e resistência, não pelos jovens, mas pelos familiares sobre a aceitação e continuidade das entrevistas.

A narrativa dos participantes jovens e familiares que contam suas histórias constitui-se em depoimentos de situações vivenciadas, de experiências de vida. O conjunto de relatos fornece elementos, que esclarecem e elucidam particularidades apresentadas e sustentadas por narrativas do cotidiano. Quando as informações se tornaram repetitivas, insistimos em abordagens distintas, numa tentativa de obtermos novas informações e a revelação do potencial simbólico presente nos depoimentos. As entrevistas tiveram como objetivo compreender a construção da trajetória dos jovens, as situações vivenciadas em seu ambiente familiar e social.

Optou-se nesta investigação, por um delineamento do tipo *estudo de caso*, que segundo Becker (1994), é “uma das principais modalidades das Ciências Sociais. O caso estudado em Ciências Sociais é tipicamente não o de um indivíduo, mas sim de uma organização ou sociedade”. O estudo de caso proporciona uma visão global do problema ou identifica possíveis fatores que o influenciam ou são por ele influenciados.

Utilizamos a *entrevista semi-estruturada*, a partir da conceituação de Thiollent (1981), aplicada a partir de um pequeno número de perguntas abertas aos jovens, seus

familiares, bem como aos profissionais, em conjunto com outros métodos como: análise de documentos e quando necessário, *entrevista não diretiva* para *apreensão qualitativa*, apoiada em dados quantitativos para estabelecer o mapeamento das evidências.

A pesquisa constou dos itens que seguem:

- A opção em trabalhar com jovens internos e egressos entre 14 e 25 anos foi adotada, por serem estes ainda integrantes do ambiente familiar e estarem dentro dos limites etários definidos pela Organização das Nações Unidas - ONU;
- Preparação teórica: estudo da bibliografia, investigação de documentos e relatórios públicos a respeito do objeto de pesquisa;
- Análise do projeto qualificado no Programa de Pós Graduação em Sociologia Política - PPGSP pela Comissão de Ética do IPQ;
- Aprovação do projeto na Banca da Comissão de Ética do IPQ;
- Pesquisa nos documentos do IPQ através do Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas - SAME , com dados a respeito dos jovens internos e egressos;
- Registro sistematizado de todas as informações coletadas;
- Compilação dos dados levantados em forma de tabelas e gráficos;
- Análise dos dados quantitativos de forma comparativa;
- Elaboração e realização de entrevistas semi-estruturadas junto aos jovens internos e egressos e seus familiares;
- Transcrição das entrevistas;
- Seleção das entrevistas, dos trechos e organização por categorias;
- Análise final e apresentação dos resultados.

A dissertação está estruturada em seis capítulos.

No Capítulo 1 apresentamos e conceituamos o jovem, mostrando os desafios de ser jovem nos dias atuais, seus desencantos e perspectivas.

No Capítulo 2 analisamos os espaços de socialização dando ênfase à Família e a Escola visando compreender suas influências sobre os jovens.

No Capítulo 3 procuramos entender dentro de uma contextualização histórica, a Instituição Total e as práticas psiquiátricas para identificar as relações a que se submetem os jovens quando da sua internação.

No Capítulo 4 apresentamos os dados quantitativos obtidos nos prontuários do IPQ, através de tabelas e gráficos, que combinam a categoria jovem (14-25 anos) com as categorias que foram eleitas para retratar o universo em que ele está inserido.

No Capítulo 5 apresentamos a trajetória do pesquisador que compreende a narração da nossa passagem pelo IPQ, em seus diversos ambientes, bem como os momentos das entrevistas externas.

No Capítulo 6 apresentamos algumas entrevistas realizadas com os jovens no IPQ, bem como fora da instituição após a alta. Através delas podemos conhecer melhor a história e a trajetória desses jovens até a internação.

Por fim, nas Considerações Finais procuramos pontuar algumas conclusões, utilizando todas as informações obtidas durante a pesquisa e principalmente através dos depoimentos dados nas entrevistas realizadas com os jovens. Buscamos responder através dos depoimentos alguns questionamentos apresentados no início da pesquisa, como também, apresentar descobertas e outros questionamentos que merecem estudo futuro.

CAPÍTULO 1

1. O DESAFIO DE SER JOVEM HOJE

1.1 Apresentando o jovem

Muito se produziu sobre as questões demográficas da população brasileira e muito se afirmou que o Brasil era um país de jovens. No entanto, priorizar o grupo etário jovem, como objeto de análise em particular, é recente. É possível afirmar que o debate sobre as condições de vida da população jovem no Brasil é relativamente novo, tendo se intensificado nos anos 1990.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, os jovens brasileiros que estão na faixa etária de 14 a 25 anos somam 34 milhões, total que representa 40% da população economicamente ativa do Brasil. O país tem mais jovens do que a Europa e a juventude brasileira corresponde à metade da latino-americana e mais do que a população inteira do Canadá.

O Estado de Santa Catarina possui, ainda segundo dados do IBGE, um total de 1,23 milhões de jovens, sendo que 14% deles, num total de 172 mil residem na Região Metropolitana de Florianópolis e destes, 99 mil na cidade de Florianópolis.

Há indicações de que uma parcela importante dos jovens brasileiros está atualmente, experimentando uma série de fragilidades e vulnerabilidades, o que leva a que se fale em uma “crise dos jovens”. Indicações dessa crise podem ser dadas pelo fato de que

enquanto os jovens representam 20% da população brasileira, são eles responsáveis por 48% do total de desempregados do país, bem como por 20% dos pobres.

Em 2004, a Secretaria Geral da Presidência do Governo Federal, coordenou grupo de trabalho que fez um diagnóstico da juventude brasileira. O levantamento mostrou que, dos 34 milhões de jovens na faixa dos 14 aos 25 anos, 17 milhões estão fora da escola, 11 milhões não possuem o ensino médio e 1,2 milhão são analfabetos. São números alarmantes.

A sociedade contemporânea vive o *desencanto* do projeto de modernidade ocidental que levou, por um lado, a novas formas de relação entre as pessoas; à globalização das tecnologias que impulsionaram uma configuração cultural, que transpõe os referenciais tradicionais de identidade, a produção industrial da cultura e do consumo; a perda e substituição do poder socializador de instituições como a escola; a família; por outras representações tais como as novas tecnologias; comunicação de massa; redes de informação; internet; etc.

É nesse contexto que os jovens, grande contingente de nossa população, constroem sua identidade, que se ressentem de perplexidades desconcertantes e que se transformam em perguntas sem respostas. Vivem uma condição construída com a modernização da sociedade, onde se dedica maior tempo de educação e socialização, maior tempo de adaptação à vida adulta. Segundo Castells (1999), a identidade é atribuída aos atores sociais como o processo de construção de significado, com base numa característica cultural ou conjunto de características culturais inter-relacionadas e que prevalecem sobre outras fontes de significado. Para o indivíduo ou ator coletivo pode haver identidades múltiplas. (CASTELLS, 1999, p.22)

No entanto, este mesmo autor diz que essa pluralidade é fonte de tensão e contradição, tanto na auto-representação quanto na ação social, acentuando a importância de distinguirem-se identidades e papéis. Por exemplo, ser trabalhador; sindicalista; mãe e

fumante ao mesmo tempo, são papéis definidos por normas estruturadas pelas instituições e organizações da sociedade. A importância relativa desses papéis, no ato de influenciar o comportamento das pessoas, depende de negociações e acordos entre os indivíduos e essas instituições e organizações. Para Castells (1999), a identidade por sua vez, constitui princípios de significado para os próprios atores por eles originada e construída, através de um processo individualizado.

A juventude geralmente é estabelecida por critérios que consideram uma fase transitória determinada entre os 14 e 25 anos. No entanto, há grupos sociais e econômicos constituídos de realidade própria, que apresentam variações nesta categoria.

O conceito de “moratória social” de Margulis (2001), auxilia o entendimento da noção de juventude como uma condição que se apresenta como prerrogativa conferida a certa classe de jovens, que lhes permite gozar de uma menor exigência enquanto completam sua educação e alcançam sua maturidade social. A moratória social seria uma *vantagem*, um prolongamento da juventude e, conseqüentemente, da entrada na vida adulta e em suas responsabilidades. Esta condição proporciona oportunidades de estudo, desenvolvimento intelectual em melhores instituições, maior tempo livre para desfrutar as oportunidades oferecidas pela frenética vida cultural. Mas isso, aos jovens pertencentes de estratos econômicos elevados, porque os jovens de condições populares vivem expectativas cada vez mais angustiantes e limitadas.

Para Abramo (2003), numa sociedade particularmente marcada pela desigualdade e por espaços de exclusão, ser jovem hoje, “significa viver uma experiência que não é nem transitória e nem linear. Mas um processo inconstante de encontros e desencontros, de inserções múltiplas e paralelas”. (ABRAMO, 2003, p.2)

Na perspectiva de Matos (2002), os jovens vivem uma fatalidade o que leva à questão sobre qual é o horizonte para aqueles que “biológica e metaforicamente são

portadores do porvir, mas perderam essa precedência para o absolutismo de mercado, que eterniza o presente, destrói a tradição e substitui o ritual do tempo pelo consumo?” Ser jovem hoje é viver uma fatalidade, e como tal, impenetrável à ação humana. É um labirinto que precisa ser entendido, diz ela, a humanidade precisa humanizar-se.

Segundo a autora, juventude e esperança sempre foram análogas, a esperança é inseparável da juventude e neste sentido hoje parece haver uma inércia do imaginário que emerge não só aqui no Brasil fazendo com que os jovens não sejam capazes de sonhar seus próprios sonhos. Há uma indiferença expressiva com conseqüências que emergem, como as drogas, como soluções externas. A indiferença é comum nos assuntos políticos, pessoais, etc.

Matos (2002), ainda nos diz que o capitalismo hoje, promete uma democratização dos desejos via consumo, porém exclui muita gente desse acesso. Então a fonte de ressentimentos é enorme, e os jovens especialmente são os mais afetados. É a imposição de um destino cego, uma desventura modernizada, na vontade dos poderosos, das leis econômicas que incidem sobre eles de maneira independente.

E nesta ideologia usurpada na sociedade, o jovem vê, lê e ouve continuamente, que o mundo não pode ser de outra forma. Os sonhos que lhe são apresentados de fora são sonhos de consumo, desejos utópicos que se manifestam numa frustração permanente. Um princípio de realidade que parece confiscar sua vida. Isto inclui renúncia, sofrimento, sacrifício, lógica da austeridade e impossibilidade de agir. É um princípio que desenvolve a descrença da juventude nela mesma.

É apropriado lembrar Adorno e Horkheimer (1985), quando escreveram que ao invés de entrarmos num estado verdadeiramente humano, estamos nos deparando com uma nova espécie de barbárie. Uma das manifestações da barbárie é a indiferença, uma forma de violência invisível, de não ser reconhecido nem valorizado na família, nem na escola e em nenhum espaço. Adorno apresenta o entendimento do conceito de barbárie questionando

como uma civilização caracterizada por um alto grau de desenvolvimento tecnológico, “as pessoas se encontram atrasadas de um modo peculiarmente disforme em relação a sua própria civilização”.(ADORNO, 2000, p.155)

Com base em pesquisa realizada Abramo e Venturi (2000), mostram as idéias básicas sobre o que é ser jovem hoje. A noção de jovem como passagem compreendida como fase de transformações, buscas e definições de identidade, de valores e idéias, maneiras de comportamento e ações. A juventude é volúvel, esclarecem os autores: intensidade e ousadia, ao mesmo tempo, inquietação e “descaminhos”.

[...] a resposta mais evidente a essa percepção sugere que tal momento de transição deva ser centrado na preparação para a vida futura, sobretudo via formação escolar, de modo a garantir uma adequada inserção na vida social – sob rígido controle dos adultos – para que as buscas e inquietações não levem a *desvios*. (ABRAMO e VENTURI, 2000)

Para os autores nesta perspectiva, estes conceitos se considerados de maneira distinta ou complementar, são insuficientes para se fazer qualquer diagnóstico ou consideração sobre os jovens no Brasil de hoje. A maior parte dos jovens não está livre das obrigações e compromissos econômicos, também estão muito distantes de terem suas vidas dedicadas aos estudos. Revelam uma imagem do ‘antijovem’: os dramas, riscos e desvios, que assumem a primeira característica, imprimindo a imagem de um jovem “ora como vítima, ora como produtor de gravíssimos problemas sociais – as drogas, o crime, a prostituição, a gravidez precoce, a violência das gangues, etc”. (ABRAMO e VENTURI, 2003)

Seguindo a análise de Abramo e Venturi (2003), “Ser jovem, segundo os jovens”, é ter liberdade para se divertir, mesmo que isto implique no adiamento ou minimização de responsabilidades familiares e financeiras. Este é, para a maioria deles, o elemento central da condição juvenil. Entre as questões sobre “o que é a melhor coisa para se fazer nesta idade”, surge a idéia de que é a fase possível para “aproveitar a vida, curtir, se divertir”. Por outro

lado, para eles como “as questões ruins”, prevalecem os problemas e riscos sobre a preocupação com drogas, desemprego, violência urbana, envolvimento com o crime e com más companhias.

No entanto, segundo os autores, “estes jovens não estão entregues ao derrotismo”. Há uma ‘satisfação relativa’, ao mesmo tempo traduzida com otimismo, incerteza e pessimismo sobre o futuro quanto à condição do país e do mundo. A maioria deles não vê vantagens em sacrificar o presente em função do futuro, concordam com a premissa de que “ter experiências interessantes no presente é mais importante do que se preocupar com o futuro”. (ABRAMO e VENTURI, 2003)

É expressivo o número de jovens que acompanhando outros jovens, se organizam para realizarem as mais diversas opções de cultura e lazer. Através de seus pares compõem grupos culturais em seus bairros e comunidades, para realizarem suas atividades recreativas e artísticas. Já o lugar da política é apontado com o mesmo interesse sobre saúde, economia e segurança/violência; percentual inferior é apresentado em relação ao que considera os temas como emprego; educação; cultura e lazer; família; relacionamentos/amizades e esportes.

Quando os jovens são questionados sobre temas que acham mais importante para serem discutidos pela sociedade são suas preferências: a política; a desigualdade social e a pobreza; a educação e as drogas. Isto demonstra, segundo os autores, que “não são os jovens que não sabem da relevância da política, mas antes a forma predominante de se fazer política no país que não os reconhecem como interlocutores, gerando em muitos deles, indiferença ou aversão”. (ABRAMO e VENTURI, 2003)

Estes mesmos jovens quando questionados sobre mudanças que fariam no mundo, manifestam-se pela eliminação dos problemas que mais os afligem: a violência; o desemprego; a fome; as injustiças sociais; as drogas; a pobreza e a miséria.

Estas constatações corroboram as considerações de Zaneti (2001), quando afirma que:

O jovem vive o problema de um mundo em processo de globalização acelerado, onde as ideologias que fundamentavam as convicções e conformavam a geopolítica da sociedade faliram. Vive um mundo que põe em xeque as identidades culturais nacionais, lança à exclusão social países e regiões inteiras e impõe relações de todo o tipo, especialmente econômicas. Vive no Brasil, a disputa por vagas insuficientes, no trabalho, nas universidades, numa sociedade que exige sempre e cada vez mais qualificação. Vive a procura de emprego, que é escasso, para o qual se exige experiência e conhecimento que a juventude ainda não tem. (ZANETI, 2001, p.64)

São esses alguns dos desafios que a juventude é chamada a enfrentar. A exclusão social interna numa sociedade extremamente desigual, que atinge as camadas significativas de nossa sociedade, é uma ameaça real a impor à juventude a falta de perspectiva de futuro. Nessas circunstâncias, um número significativo de jovens torna-se alvo fácil do mundo das drogas, que passam a usá-las como forma de fugir do mundo real, além de outras complicações que atingem um indivíduo em sofrimento.

Nestas condições, portanto, tendem a crescer as insatisfações, os conflitos, as ansiedades e angústias e, não raro, degeneram em violência que levam o jovem à complicações e vulnerabilidades.

Um sentido da condição de vulnerabilidade do jovem pode ser descrito na relação, segundo Sousa (1999), deste "jovem com sua sociedade, vivendo a pressão, como os demais segmentos da população, da estrutura social, que tem como base a desigualdade, a discriminação social e a exclusão de direitos". [...] este é um sentido que "interfere na conduta e na socialização juvenil, e a compreensão de como se desenvolvem as condições de vulnerabilidade, é objeto também da *educação* e da *sociologia*". (Grifo nosso)

[...] O jovem no Brasil é descartável pela lei dominante do mercado, vítima da falta de atenção de políticas específicas que o respaldem com uma proteção social capaz de levá-lo a superar com segurança e autonomia aos problemas próprios da etapa do ciclo de vida que atravessa.[...] (SOUSA, 1999, p.62)

1.2. Esclarecimento conceitual de juventude

Ilustrando a conceituação de população jovem, a Assembléia Geral da ONU definiu juventude, pela primeira vez, em 1985 na ocasião do Ano Internacional da Juventude. Ao subscrever as diretrizes para as ações futuras e o acompanhamento desse subgrupo populacional, a Assembléia considerou como jovens as pessoas entre 15 e 24 anos de idade, sem prejuízo de outras definições de Estados Membros. A faixa etária determinada baseia-se em fundamentos relacionados com as *entradas* e *saidas* dessa fase que coincidem com importantes períodos de transição no ciclo de vida.

A diversidade de configurações apresentadas e que estamos propondo para analisar a condição juvenil, não traz evidências nas interpretações que mesmo sendo concepções consideradas apropriadas da juventude, elas não se caracterizam e não se generalizam para designarem como conceitos. Para sua definição, para chegarmos ao conceito de juventude é preciso considerar “o ‘*lugar*’ e o ‘*tempo*’ onde se encontra, e conseqüentemente, as ‘*condições*’ em que vive”. A preocupação social e a problemática sociológica indicam temas sobre a juventude, considerando a teoria e prática no contexto relacional com a realidade. (SOUSA, 1999, p.16)

Segundo a mesma autora, “a preocupação social”, característica de uma etapa da vida, assinala a vida dos jovens com particularidades instáveis, relacionadas a situações problemas que vão se caracterizando peculiares, ainda que participadas por semelhante faixa

etária. Estimulada pelas circunstâncias de nossa realidade, a juventude como um “problema sociológico” é representada num conjunto “teórico-explicativo”, sobre as possíveis analogias entre os jovens ou grupo de jovens e suas diversidades sociais existentes entre seus pares.

Foracchi (1972), diz que as limitações da idade e direitos restringem o papel social do jovem, lançando-o num modo de ser ambivalente e que em determinadas ocasiões, surgem como papel principal, como imprescindíveis, nas relações culturais e sociais, notando que suas intensas experiências procedem de relações semelhantes, instrumentalizando-o para a vida adulta.

Abramo (1994), examina a juventude fazendo uma aproximação histórica. Para ela, juventude é um conceito histórico uma vez que, diante das circunstâncias sociais com as quais não se reconhece, desenvolve vínculos próprios e transmite uma condição à sua trajetória exteriorizada das representações institucionais. Um significado contemporâneo de juventude, que ao mesmo tempo apreende o sujeito em sua qualidade criadora e inventividade social, também manifesta que sua lógica não repousa sobre o discurso. É um conceito visível e evidente, suas insinuações e investidas não são inovações ou sublevações fantasiosas, irrealizáveis e sua organização política é fruto de reinvenções de novos grupos sociais, com suas características e afinidades.

Foracchi (1972), esclarece que os questionamentos que fundamentam o “conflito de gerações” estão presentes nas distintas etapas da vida. Aponta para as dificuldades em se trabalhar a questão da juventude, se não compreendermos a sociabilidade que nela abrange. A autora nos indica caminhos para enfrentarmos a questão do “diálogo entre o jovem e o adulto”, diante das exigências e expectativas do que denomina ‘crescer e tornar-se adulto’ em nossa sociedade, que apontam ser obstáculos extremos e árduos. Isto porque, esclarece a autora, “é com os adultos que o jovem aprende a ser adulto” e a distância entre as gerações, a lacuna existente entre jovens e adultos em nossa sociedade, não pode ser entendida

simplesmente em função de diferenças ou limites de idade. Tornar-se adulto não significa apenas “deixar de ser jovem”. Admitir-se como adulto corresponde ao esforço de colocar-se diante das opções de vida que o sistema apresenta e enfrentá-las como tais. (FORACCHI, 1972, p. 28)

Sousa (1999), identifica de forma sintética, as noções fundamentais no campo dos estudos da sociologia da juventude que conceituam o jovem:

[...] o sentido marginal e limítrofe de seus papéis sociais; o espelhamento da imagem de sua sociedade; uma construção social num emaranhado de relações sociais específicas e ligadas a contextos históricos distintos; um momento de entrada na vida pública, quando novos valores se colocarão diante dele e posições diversas serão assumidas; um recurso do qual a sociedade dispõe e do qual se utiliza para modificar-se; uma fase crucial para a formação e transformação do indivíduo, quer na maturação de seu corpo e de seu espírito, quer no que diz respeito às escolhas que o inserirão, definitivamente, na institucionalidade da vida social. (SOUSA, 1999, p.23)

Segundo a autora, a literatura especializada mostra que a juventude não pode ser representada por conceito ou definição únicos, mas por “condições juvenis” manifestadas de vários modos, considerando a diversidade nas ‘formas sociais’, de conflito e solidariedade que restringem os jovens que vivem transições biológicas e sociais provisórias, temporárias, para se determinar ou instituir “relações estáveis”. (SOUSA, 1999, p. 23)

Observa que não podemos confinar a ‘existência do sujeito’ com uma noção, um finalismo conceitual de juventude, numa condição em que se atribui no seu interior e segundo pré-concepções, para classificar, identificar numa totalidade, que desconhece interações sociais opostas entre suas habilidades e o que efetivamente existe. A realidade esclarece a autora, “enquanto transforma o jovem, é por ele transformada”, *ao contrário do realce intervencionista da ‘psicologia conformista’, quando considera a ‘natureza jovem’ como representação funcional distinta na sociedade, de constituição inata, num contexto suscetível da perspectiva biologicista. Algumas propostas terapêuticas revelam esse aspecto no*

atendimento individualizado do jovem para que suas infrações e rebeldias sejam entendidas, “ou mesmo quando apresenta patologias clínicas”. (grifo nosso) (SOUSA, 1999, p.24)

A autora explica que a trajetória da juventude é vivenciada numa demarcação social imposta, coerciva e neste ambiente o jovem adota um papel, definindo ou não sua rebeldia. No que se refere ao significado, sentido das ações e conflitos juvenis, não podemos considerar uma ‘totalidade’, que por maior alcance que apresente será incompleta. Se apresentarmos um enfoque teórico crítico, mas que não supere a situação transitória e indeterminada, ao mesmo tempo, eventualmente imprecisa e institucionalizada, estaríamos imobilizados por esta abordagem.

É importante entender, esclarece Sousa, que a brevidade do estágio juvenil e o conjunto de relações por ele vivenciadas não podem ser pensadas como característica de observações, estudos da conduta jovem, “*sem que lhes atribua a condição de conteúdos inatos*”. Não podemos restringir suas vontades, fantasias, oposições representativas das relações vivenciadas por essa faixa etária como comportamentos isolados para interpretar as afinidades juvenis. Para a autora, o horizonte teórico das ciências sociais deve buscar uma “teoria objetiva da subjetividade” que pesquise e indique suas causas sociais e propósitos, “*assim como a própria sociedade afastou historicamente o sujeito de si próprio*”. (grifo nosso) (SOUSA, 1999, p.25-27)

A crescente coisificação³ da vida moderna faz com que os jovens, por estarem numa situação passageira, mantenham uma independência apenas relativa das instituições sociais. Neste sentido pode ocorrer que a juventude se ajuste com a indefinição histórica e a consequência deste percurso resulte ou não num rompimento, numa quebra de relações sociais, em oposição aos adultos que personificam uma ‘cristalização das instituições’.

³Termo utilizado na interpretação do sentido de reduzir o ser humano, ou elementos ligados a ele, a valores exclusivamente materiais. “Significa a transformação dos seres humanos em seres semelhantes a coisas, que não se comportam de forma humana, mas de acordo com as leis do mundo das coisas”. (BOTTOMORE, 1988, p.314)

1.3 O jovem e o momento de transição

Lapassade (1968), diz que uma sociedade se mantém pela adesão dos indivíduos que a compõem, numa contradição fundamentada de um sistema conformista no qual imperam valores ilusórios, de preparação de adultos ativos e aptos para humanizarem-se e integrarem-se. No entanto, definitivamente o momento da juventude é o indicativo da existência onde interesses e idéias, alcançam uma intensidade particular. É esta a situação dominante sobre as contestações que influenciam o mundo moderno, numa condição visível que expõe o momento em que a configuração do jovem ao mundo adulto ainda não se realizou. É uma ocasião própria subjetiva e propícia à manifestação externa, de experimentar e sentir a realidade social. Esta mesma realidade mostra que a sociedade moderna não estabelece condições de vínculos com sua juventude, onde esta responde revelando suas manifestações.

Quando consideramos o significado da juventude na sociedade moderna, é importante ressaltar se ele sempre constituiu a mesma coisa. Mannheim nos mostra que não. Ele nos diz que nas “sociedades estáticas” os mais jovens não têm o mesmo prestígio dos mais velhos, a China como exemplo. Nelas há oposição em encorajar a potencialidade latente da juventude, inibindo e dispensando as “forças revitalizantes” destes recursos. Contrastando com as sociedades de lentas transformações este autor menciona as “sociedades dinâmicas”, que reconhecem as possibilidades de mudanças, a potencialidade de revitalização através da “imaginação criadora” e dos recursos latentes da juventude. No entanto nestas sociedades, as ocidentais por exemplo, um homem após os quarenta anos é rejeitado no mercado de trabalho. (MANNHEIM, 1968, p.72)

Como diz este autor, não é difícil presumir quais sociedades em que o prestígio diz respeito aos velhos e que as forças revigorantes da juventude permanecem como “reserva latente”. Nestas sociedades as mudanças têm índices baixos, consequência da relutância dos mais velhos em estimular o vigoroso potencial da juventude. A educação estará destinada e centrada nos ditames da tradição, onde a transmissão de conhecimentos não será muito mais que a reprodução de seus métodos de ensino e a juventude será decididamente inerte. Em oposição a essas sociedades de lentas mudanças, existem sociedades onde as gerações mais velhas prevêm o potencial das gerações mais novas como alternativas de novos rumos.

Como esclarece Sousa (1999), estudos sobre os jovens indicam que o conceito de juventude requer percepção sobre suas questões, suas representações, bem como o desdobramento e seus modos de agir. Isto não significa que uma definição hermética seria o ideal para abranger conceitos de todos os períodos históricos, mas a compreensão das relações históricas nos dá parâmetros para compreendermos a constituição da subjetividade jovem, que deriva de suas próprias normas e que dependerá deste conhecimento para sua participação social, na educação, no trabalho, construindo sua própria história e sendo construído por ela.

Neste sentido, o conceito generalista de juventude apresenta dificuldades, conduzindo os estudos tanto da sociologia quanto da psicologia, a considerar, num exame atento, que a subjetividade do jovem contemporâneo se forma como uma expressão histórica e deve ser compreendida especialmente por uma representação que não tem significado contínuo.

Mannheim declara que no debate sobre o significado da juventude para a sociedade, é essencial questionar [...] “qual é a natureza do potencial que a mocidade representa e quais as formas de integração” [...]. Se pensar que a juventude é um “ator revitalizante da vida social”, é importante apontar com clareza as condições que esta juventude quando “mobilizada e integrada”, ajuda a sociedade empreender novos rumos. Se

considerar que a juventude “chega de fora” e se depara com os problemas e conflitos, cristalizados e estabelecidos do mundo adulto, esta condição é que elege a juventude como precursora de mudanças. “A juventude é uma potencialidade pronta para qualquer nova oportunidade”. (MANNHEIM, 1968, p.74)

De acordo com o autor, “ser jovem significa, sobretudo ser um homem marginal, em muitos aspectos um estranho ao grupo”. No entanto, essa possibilidade vinda de fora, depende principalmente de influências, impulsos e direcionamentos. Saber se essa possibilidade será *suprimida*, anulada através das sociedades de lentas transformações, que não concedem mobilização e adaptação, impedindo essas potencialidades; ou se as probabilidades serão *mobilizadas* – integradas através das sociedades dinâmicas inclinadas a incorporar esses recursos latentes, organizando-os efetivamente de maneira que contribuam para uma nova ordem. A juventude então será precursora de uma nova causa contribuindo para a revitalização da sociedade. (MANNHEIM, 1968, p.74)

Autores como Matza, apontam que a rebeldia da juventude que incomoda os adultos desde a moderna civilização, leva a conflitualidades nas relações entre os jovens e adultos.

Enquanto os adultos tendem ao realismo, pelo fato dos riscos inerentes ao sistema estarem condicionados às responsabilidades necessárias sobre o desenrolar dos acontecimentos da ordem social, a juventude fora das normas estabelecidas e não respondendo por imperfeições desta ordem, assumem posturas idealistas e cínicas. (MATZA in BRITTO, 1968, p.82)

Quando Lapassade (1968), diz que “a atitude dos jovens reflete a dos adultos”, quer nos mostrar que a postura de indiferença dos jovens não é mais do que o reflexo das atitudes do adulto. Acaba sendo um ‘*mal*’ que atinge todos os aspectos da vida social, marginalizando os jovens não só no que diz respeito ao mundo do trabalho, mas em relação à sociedade inteira. Explicações psicológicas sobre este ‘*mal estar* da juventude’ remetem a

interpretações sobre distúrbios passageiros, conseqüentes de uma ‘crise de crescimento’ relacionada à dificuldade de enfrentar situações contraditórias. Mas como demonstra o autor, o que seriam apenas distúrbios transitórios de adaptação, transforma-se em indignação contra as condições de existência social.

Na perspectiva psicológica, nas etapas de desenvolvimento da adolescência que procede e coloca bases para a juventude, o sujeito é lançado no mundo e sua subjetividade é resultante de suas escolhas, revela uma noção de crise, de situações que apresentam os transtornos da puberdade num enfrentamento com seu ambiente, empurrando o jovem para a tomada de decisões, indicando-lhe que:

[...] entrar na vida é descobrir que não se pode deixar de dar resposta, qualquer que seja a resposta, ao fato de estar situado numa cultura, num sexo, num sistema social. (LAPASSADE, In : BRITTO, 1968, p. 120)

Se acompanharmos as análises de Levi e Schmitt (1996), a juventude como construção social e cultural se distingue pela condição caracterizada de *‘limite’*. Situada entre o mundo infantil e o adulto, num momento de espontânea transição e de apreensão sobre as expectativas acumuladas na adolescência. São contradições conseqüentes das características infantis, que ainda não assumiram as obrigações e responsabilidades da vida adulta. São alterações significativas que trazem indecisões ao jovem.

De acordo com os autores, a juventude caracterizada pela inconstância, instabilidade determinada como fato social, deve ser considerada como produto de uma complexidade significativa, de valores e símbolos. Se considerarmos a idade como base de classificação das pessoas, ela assume condição passageira e com isso, os autores complementam que os “indivíduos não pertencem a grupos etários, eles os *atravessam*”. É precisamente o caráter limítrofe típico da juventude, considerando o maior ou menor tempo de transição pela condição juvenil, que distingue de maneira próxima à juventude, leva os

autores a destacarem, que nas diferentes sociedades elas adotam interpretações distintas. Isto determina seu comportamento social em relação aos outros, seus confrontos, suas interpretações, modo de ver e entender que os jovens têm de si próprios. (LEVI & SCHMITT, 1996, v.1, p. 1)

Em inúmeras perspectivas, explicam os autores, a juventude exprime características do instante “limítrofe dos ritos de passagem”: da formatura escolar; da qualificação civil e penal; do casamento. Estes são alguns exemplos de responsabilidades que o jovem enfrenta após uma diversidade ritualista de saída e de acesso em fases sucessivas, que certifica uma contínua definição das atribuições da idade adulta. (Ibidem, p. 2)

Levi e Schmitt (1996), ponderam também que, sob o ponto de vista individual, é importante considerar esta etapa fundamental para sua formação e mudanças, seja biológica, emocional ou intelectual, que são decisivas para suas escolhas. Se considerarmos classificações como a *maioridade* no que concerne aos direitos civis ou políticos, a responsabilidade penal nos faz questionar estas representações e esclarecer que estes papéis sociais têm interpretações singulares. Neste exemplo, quando a juventude é estimulada e elevada como suporte de exemplos simbólicos da nação; ou, quando há uma generalização agressiva dos jovens, onde a sociedade incita olhares, para que vejam neles a origem das desordens e desvios.

Esclarecendo estas representações, Levi e Schmitt comentam:

Todas essas projeções simbólicas desempenham papel importante nas diversas políticas da juventude, na tentação da exclusão ou, pelo contrário, na função de controle social que algumas sociedades concedem aos jovens justamente em função de sua posição limítrofe, que os transforma em juízes e controladores, intermediários entre os atores sociais ou entre os vivos e os mortos e que lhes delega o poder de sancionar a desordem da sociedade e dos costumes. (LEVI & SCHMITT, 1996, V1, p.2)

Os autores salientam que as precauções devem ser prudentemente preservadas quando considerada a vida psicológica dos jovens, a partir do momento em que esta percepção é intrínseca ao seu futuro e os aspectos materiais de sua existência, venham constituir as modificações com a mesma velocidade do sistema jurídico.

Muito além das classificações explícitas ou formais que vão além das indicações de valores, na tentativa de enquadrar a história social e cultural da juventude, é apropriado e fundamental propor questões sobre a forma de *como os jovens percebem a si mesmos e a sociedade em que vivem*.

Para Lenhard (1985), existem dois fatores preponderantes que determinam a gravidade desta transição a qual o jovem está exposto: “o grau de *diferença entre os modos de vida familiar e exterior e a eficiência das normas sociais* que a sociedade criou para *regular o período de transição*”. Nestas condições é notável a oposição entre o estilo de vida no interior da família e o ambiente social. A passagem do jovem de uma condição para outra é árdua e quanto menos a sociedade for capaz de possibilitar a passagem, tanto mais tem que se preocupar com a transição e com os transtornos, os desajustamentos que produz.

CAPÍTULO 2

2. OS ESPAÇOS DE SOCIALIZAÇÃO E OS JOVENS

Costumamos falar de famílias, como se todos soubéssemos o que são famílias. Identificamos como tal, estruturas de pessoas que vivem juntas por certo período de tempo, e se encontram ligadas por laços de matrimônio ou parentesco. (LAING, 1983, p.13)

2.1 A família e a escola: reprodução e controle social

O termo família, entre várias expressões, foi inventado pelos romanos para designar um novo organismo social, que surge entre determinadas culturas ao serem introduzidas à agricultura e à escravidão legal. Caracterizava-se pela presença de um chefe que mantinha sob seu poder a mulher, os filhos e um certo número de escravos, com poder de vida e morte sobre todos eles. Desde então o termo família tem designado instituições e grupamentos sociais bastante diferentes entre si, do ponto de vista de sua estrutura e funções.

O pensamento psicanalítico conseguiu penetrar profundamente nas ciências sociais usando pressupostos deterministas e mecanicistas. Contribuiu para rotular a família, concebendo que a sociedade é dominada por forças ocultas, existindo a necessidade emocional de liderança, que faz com que as sociedades desejem um pai poderoso como ditador.

Conseqüentes da origem histórica sobre valores, crenças e normas inerentes a vários modelos de família, foi aceita como verdade estabelecida a relação familiar baseada na hierarquia e subordinação, poder e obediência, tendo como conseqüências relações entre

desiguais, fruto da autoridade masculina. Enfim, o mundo familiar é palco de inúmeras interpretações. Cada família inscreve-se num modo particular de emocionar-se, criando paradigmas próprios, códigos para comunicar-se e interpretar com suas regras, ritos e jogos mais amplos. Tais emoções e interpretações geram ações que formam enredo cuja trama compõe o universo do mundo familiar.

A forma da família em sua organização é importante e relevante pelo modo como ela conduz o processo de socialização de seus dependentes, transmitindo-lhes valores, normas e modelos de conduta e orientando-os neste sentido. É certo que a socialização dos jovens não ocorre apenas na família. É uma realização simultânea também, pela escola, pela igreja, pela mídia, pelo trabalho e também pela enorme influência exercida pelo grupo de pares, constituído por iguais.

A família contemporânea moldada pela sociedade industrial é constituída por diferentes classes e tipos. Para conhecer especificamente algumas relações entre a organização da família em geral e a maneira como esta organização atua na constituição dos filhos em sujeitos sociais, se faz necessário organizar alguns aspectos em particular, suas influências e conseqüências.

Para Laing (1983), quanto mais investimos no estudo sobre as considerações da família, mais árduo é a percepção do contraste entre ela e outros grupos não designados como tal, isto desconsiderando as diferenças entre os diversos conceitos, como a nuclear, a monoparental, etc. Para o autor, o dinamismo e as estruturas que encontramos nos grupos que em nossa sociedade são chamados famílias, podem ser percebidos com a mesma denominação em outras condições sócio-culturais de espaço e tempo. Consideramos então, que a importância da dinâmica e estrutura familiares para o desenvolvimento da personalidade do indivíduo em formação, como o jovem, não se reduz aos mesmos processos em diferentes sociedades, incluindo a sociedade a que pertencemos.

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, a maioria das pessoas vive em grupos familiares. A 'família' pode ser definida de diferentes modos: de forma restrita, incluindo apenas os pais e seus filhos não adultos – família elementar ou nuclear – ou, em termos mais amplos incluindo avós, tios, tias, primos – família ampliada. (MILES, 1982, p.111)

O grupo familiar que vive na mesma casa constitui um “ambiente social imediato”.

Trata-se de um ambiente 'social' de maneira efetiva, se considerarmos que os relacionamentos no grupo familiar, a divisão do trabalho entre seus membros e as rotinas da vida cotidiana são muito dependentes dos fatores culturais e sociais, das idéias culturalmente transmitidas que as pessoas têm sobre como devem comportar-se em tais relacionamentos e contextos. (MILES, 1982, p.111)

“Uma família como grupo social determinado” é o lugar que reúne o conjunto de condições onde a criança inicia a socialização. É também aquele onde o ser humano se encontra, pela primeira vez, com outros que o pretendem educar. De modo geral, as funções desempenhadas pela família variam, de maneira extensa, de sociedade para sociedade, mas um aspecto fundamental destaca-se definitivamente: na necessidade de assegurar aos filhos um espaço coerente para o “desenvolvimento de suas potencialidades”. (LENHARD,1985, p.43)

Segundo o autor, um lugar adequado para os cuidados e proteção durante o período inicial de sua vida e das oportunidades oferecidas, para desenvolver os mecanismos capazes de lhe proporcionar futuramente a atividade independente. A maneira adotada por este processo depende da conjuntura, aspectos culturais em questão e das funções por elas desempenhadas, num processo simultâneo com a educação.

As famílias diferenciam-se consideravelmente de acordo com a cultura e períodos históricos distintos. Como explica Lenhard (1985), a sociedade precisa de seus indivíduos um comportamento coeso e harmonioso, e para isso, serve-se extensamente da família. A moral social e os costumes são transmitidos em grande parte por intermédio da educação,

perpetuados pelos padrões de comportamento, estabelecendo padrões reguladores das relações entre o casal e entre pais e filhos.

2.2 Família, controle e poder

Se a “família é a célula nuclear do Estado” conforme exemplos de certos tipos de regimes políticos, isto fica evidente “em relação à sociedade”, porque os ‘controles’ mais impetuosos, os ‘interiores’ desempenhados e adestrados através da consciência moral, “têm sua raiz e seu maior espaço, domínio de ação, no lar”. (LENHARD,1985, p.45)

No entanto, segundo Lenhard, também as ‘*sanções*’ aplicadas pela sociedade para determinar a submissão às suas normas, orienta-se com freqüência, não somente ao transgressor, mas ao mesmo tempo à sua família. Como ilustra o autor, no que se refere aos ‘controles organizados’ da nossa sociedade, isto acontece de maneira indireta pelos danos que a punição causam aos dependentes do infrator. Mas os ‘controles difusos’ e a ‘pressão informal’ que o ambiente social exerce devem, pelo menos, boa parte da sua eficácia ao envolvimento da família. (LENHARD,1985, p.45)

Não podemos considerar que as normas que prevalecem no interior das famílias sejam de exclusividade delas. O autor afirma que efetivamente elas são, mas a sociedade institucionaliza-as, devido à significativa importância que possuem para ela, e através dos grupos instituídos as famílias ajustam-se na ‘instituição social’. A família se encaixa com as demais instituições, refletindo certos princípios comuns a todas. Assim, princípios autoritários que conduzem uma sociedade podem ser introduzidos nas pessoas pelos hábitos, costumes de obediência e respeito, constituídos nas relações familiares, do mesmo modo que os princípios de uma sociedade igualitária terão em uma família a constituição de sua imagem, os valores

sociais que inundam a cultura, serão refletidos e transmitidos, em grande parte, no cotidiano do convívio deste grupo familiar.

Atividades políticas são aquelas relacionadas com o exercício do poder legítimo, ou seja, o direito de dar ordens, institucionalizado por normas socialmente estabelecidas. A família participa da ordem política na condição em que é detentora de poder próprio, é instrumento do exercício de poder ou *'integra o órgão detentor do poder superior'*. [...] A família é instrumento do exercício de poder, na medida em que o seu chefe procede como autoridade coercitiva da ordem política, e que através dele controla os indivíduos. (LENHARD,1985, p.46)

Numa sociedade como a nossa, segundo Lenhard (1985), em que a autoridade da família é atenuada, ela se revela com clareza em relação às pessoas de menor idade. As famílias que possuem uma estrutura resultante, em parte, de adaptações particulares a cada uma, mas em maior proporção, também de padrões universalmente adotados na sociedade a que pertencem, têm nas imposições, em seus padrões uniformes, a chamada *'institucionalização'*. Esta condição ocorre como aspecto fundamental para o desenvolvimento das suas relações, pois, estas se mostram como representações específicas nos limites das margens de liberdade, proporcionadas pela flexibilidade das próprias regras.

O mesmo autor coloca que as funções exercidas pelas famílias nas condições de vida em nossa sociedade são significativas, independente da natureza e alcance sobre as generalidades de sua institucionalização. Nas relações entre pais e filhos, estes recebem dos pais a ordem da sua vida, determinada por padrões que dirigem os comportamentos e os valores que os orientam, sobre a declarada necessidade de *'proteger e socializar'*.

2.3 A vida no interior da família e o ambiente social

A independência do jovem com relação ao contexto familiar é um momento que marca uma fase de transição, onde ele começa a participar mais intensamente da vida de outros grupos, exteriores à família.

No entanto, a realidade da família do jovem brasileiro não vive relações harmoniosas e nem lineares. A crise da sociedade moderna estende-se a ela. Uma sociedade que oprime, degrada, transforma a família e a escola.

No Brasil existe um grande fosso social que separa a legislação vigente da realidade social e as práticas de legitimação de seus conteúdos. Perceber isto é uma viagem aos labirintos do colapso social que vulnerabilizam a infância e juventude. Decifrar estes caminhos é encontrar o desrespeito sistemático aos direitos humanos, presente no interior da realidade brasileira da família, como espelho das instituições em crise.

O contraste na distribuição de renda – um dos piores do mundo – reflete a profunda desigualdade sócio-econômica, complexidade desafiadora e turbulenta, que denuncia a situação de crise da instituição familiar, que contribui para a manutenção da barbárie social. Este quadro demonstra fatos manifestados muitas vezes de maneira trágica, através de episódios de violência física, psicológica, drogas, suicídios, que ocorrem também na família e na escola.

Uma sociedade desigual que reproduz e consagra a desigualdade social, deixando no limite inferior de seu mundo os que são para ficar no limite inferior do mundo, e permitindo que minorias reduzidas cheguem ao seu limite superior. (BRANDÃO, 1984, p.98)

Muitas famílias ao enfrentar a condição do jovem com sofrimento psíquico como problema, como doente, reproduzem o que Szasz observa:

A família vale-se da psiquiatria para livrar-se do parente louco, essa necessidade está nas origens das intervenções psiquiátricas [...]. O fato é que uma pessoa louca parece aos seus parentes, um indivíduo desagradável, cuja companhia eles prefeririam evitar. Para negar essa embaralhada falta de amor por seu afim lunático, as pessoas sobrecarregadas por um parente louco o chamam agora de ‘ser amado’, especialmente quando se valem de um psiquiatra para se livrarem dele. (SZASZ, 1994, p.163)

Segundo o autor, o fato de o jovem estar sofrendo, não significa necessariamente que esteja doente, mas sim com dificuldades de tomar decisões, de se relacionar, assimilar cobranças, coerções, fazer escolhas.

Quem é doente mental? Esta pergunta tem-se revelado difícil de responder. Não há opinião consensual sobre o assunto, a despeito da volumosa literatura existente. Boa parte da controvérsia centra-se na noção da doença. Sempre houve indivíduos na sociedade, cujo comportamento parecia estranho, incomum ou bizarro, aos olhos de seus semelhantes e que eram por estes chamados de ‘loucos’, ‘doidos’, ou uma variedade de termos similares; seriam eles ‘doentes’, no mesmo sentido em que é doente alguém que sofra pneumonia, cardiopatia ou artrite? A questão é confusa, porque o termo ‘doença’ tem mais de um significado. (MILES, 1982, p.11)

Ao fazer esta afirmação, Miles (1982), se referencia no sociólogo norte americano Freidson, que em sua obra estabelece uma diferenciação entre doença como ‘estado biofísico’ e doença como ‘estado social’.

O primeiro, para o qual o termo doença também é empregado, refere-se a anormalidades do funcionamento biológico do corpo humano. Pode-se dizer que tais anormalidades têm realidade objetiva biológica, independente daquilo que as pessoas pensem a respeito delas, e estão sujeitas a leis que se aplicam ao homem, ao camundongo ou ao macaco. Uma fratura óssea (ou uma pneumonia ou artrite) é um estado biológico, está ‘ali’, quer o indivíduo a perceba ou não, quer a chame ou não de ‘doença’ e quer a considere uma coisa boa ou má. (FREIDSON In: MILES, 1982, p.11)

Em contrapartida, diz Miles (1982), a doença como estado social está vinculada às crenças, às avaliações e às ações de pessoas. A autora afirma ainda que:

A doença como estado social é particularmente interessante para os sociólogos, na medida que está vinculada a avaliações e ações sociais. É central à idéia de doença a existência de um conjunto de normas que representem a saúde, a normalidade e o jeito que as coisas devem ser. A doença é então encarada como diferença ou desvio em relação a tais normas. A artrite ou fratura óssea existem independentemente desse elemento normativo, porém a avaliação desses estados como uma espécie de desvio de um estado de coisas desejável está vinculada a idéias sobre o que é desejável. As normas de saúde e de desvio são normas culturais e sociais, no sentido de que, em determinadas sociedades e em certas épocas, existe um acordo geral entre seus membros quanto ao que é a saúde e ao que é a doença. Determinada condição pode ser considerada sadia numa sociedade e não em outra. (MILES, 1982, p.12)

Serrano (2003), esclarece que uma das formas de violência que acometem o jovem é o problema do suicídio, mostrando que este está ligado a um conjunto de fatores observados na formação de sua personalidade e ao seu meio, em especial o familiar. O autor apresenta em sua tese, importante estudo identificando que em grande parte dos suicídios de jovens de ambos os sexos, têm a “doença mental” como fator predominante. Mostra que a maioria das mortes “auto-infligidas” aconteceu dentro do primeiro ano após a alta hospitalar. É conveniente lembrar que o suicídio apresenta como destaque principal a “dor psíquica”. *É uma sensação de sofrimento psicológico insuportável*, onde acontece uma clausura mental, um distanciamento do real, sempre que tenta analisar as atividades cotidianas.

Uma sensação de isolamento que se transforma em sentimentos de renúncia, como se perdesse todo o apoio das pessoas significativas para ele. A ausência de esperança transcende a tudo. (SERRANO, 2003, p.589)

No Brasil dois terços dos jovens, mais de 70%, morreram por causas externas – acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, no ano de 2000. A taxa de suicídios entre jovens no país em 2000 corresponde, segundo Waiselfisz (2002), a 4,0 suicídios para cada 100.000 jovens. Segundo as taxas de suicídios ordenadas por Estados, Santa Catarina em 1991 ocupava o 7º lugar e em 2000 ocupa o 9º lugar com uma taxa de 6,5. Entre as capitais, Florianópolis, em 1991, estava em 8º lugar e em 2000 em 13º lugar.

Em Santa Catarina no ano de 2000, ocorreram entre os jovens, 52 casos de suicídios masculinos e 14 femininos. No Brasil este índice sobe para 1.028 suicídios masculinos e 348 suicídios femininos neste mesmo ano. (SERRANO, 2003, p.103)

Através destas estatísticas sobre os índices referentes aos casos de suicídios entre jovens e suas principais causas, há indicativos que o sofrimento psíquico apresenta-se como principal causa que os levam a abrir mão da vida.

2.4 As influências específicas da escola

Mannheim (1982), explica que a permanência de nosso sistema social é resultante, em dimensões consideráveis, das influências específicas da escola. As funções da escola, compreendidas tanto no que se referem à “personalidade” quanto à “ordem social”, são atribuídas principalmente à “sistematização” e à “integração de experiências sociais”.

Segundo o mesmo autor, a escola executando funções específicas próprias a ela e a nenhuma outra instituição social, se coloca funcionalmente como elemento necessário à perpetuação do sistema social. Mas este autor chama a atenção para que não se confunda a notável característica da escola, a ponto de considerá-la como objeto isolado, com condição de conhecimento único de pesquisa, como “sistema fechado” e “auto-suficiente”, onde sua prática está separada do contexto social mais amplo.

À escola cabe a função de garantir a transmissão dos “padrões culturais universais”, segundo Lenhard (1985), numa sociedade moderna complexa como a nossa. Nela, o ensino elementar é comum para toda a população, porque dela se espera, além do ensino de determinadas técnicas como a escrita, a leitura e o cálculo elementar, hoje essenciais a todas as pessoas das sociedades desenvolvidas ou em desenvolvimento, que transmita outros modelos culturais. Em consequência da natureza diversa das populações, as

sociedades modernas não consideram que somente a família e a comunidade formem nos jovens os costumes e valores. Então estas sociedades determinam para estes fins, uma instituição especial dirigida por órgão público de cúpula.

O mesmo explica e considera que a escola é especificamente criada para determinados fins sociais, traz consigo dificuldades, especialmente na sua utilização como transmissora de valores e costumes. Na escola é cultivado um ambiente específico, ‘separado do ambiente’ social comum. Nela as atividades didáticas, o aprendizado, nem sempre refletem as necessidades reais da sociedade. Conhecimentos, valores e costumes transmitidos alcançam os alunos de maneira selecionada e muitas vezes dissimulada, e isto determina o educador como elemento importante no processo educativo.

A escola define os componentes culturais que farão parte do currículo e através de uma prática didática, que muitas vezes expressa situações as quais o educando não consegue vivenciar. Se considerarmos, conforme Giroux (1992), que o ensino é uma atividade social de ação recíproca entre o educador e educandos, estudar é participar, mas o educando ‘não participa’ do processo social no qual o conhecimento, os valores, os costumes a serem apreendidos se referem, e qual efetivamente é seu verdadeiro significado.

Na formação do indivíduo através das relações interpessoais, na incorporação de padrões sociais de comportamento, Lenhard (1985), diz que a sociedade recorre à escola para assegurar a transmissão de sua cultura. No cumprimento desta função a escola *modela* os indivíduos, moldando a conduta dos educandos, pretendendo promovê-los para as condições que futuramente irão ocupar.

2.5 A descoberta do ambiente escolar

É nos primeiros anos da infância, através do ambiente familiar, provavelmente o único lugar de satisfação de desejos e correspondência afetiva da criança, por serem dos familiares a exclusividade das relações satisfatórias, estáveis e duradouras. Contida neste convívio de um ambiente de alternativas limitadas, de um número de pessoas limitado, ao ingressar na escola a criança experimenta uma ampliação súbita de seu horizonte social. É obrigada a aprender que fora do lar as relações sociais assumem outra importância. Percebe então, que a melhor defesa é a representação correta do papel que o grupo lhe atribui e agindo desta forma, assegura, afirma sua posição por intermédio do reconhecimento dos outros. De acordo com Lenhard (1985), o convívio com os professores e colegas de escola faz parte do intenso início da vida escolar, onde a criança constrói progressivamente os mecanismos de ajustamento social.

Na medida que o aluno começa a ter maior liberdade de envolvimento e admite a necessidade de adaptar-se a uma ordem social que existe objetivamente e que é bem diferente daquela administrada no lar, explica o autor, torna-se mais consciente nele a necessidade psicológica de se auto-afirmar perante os outros e de ser reconhecido por eles. Adota a posição que o grupo lhe concede e esforça-se por moldá-la conforme o que pensa e sente ser sua própria individualidade. Ao mesmo tempo, aprendendo a sujeitar-se às definições sociais de posições e situações, exercita-se em explorar os limites de liberdade que as determinações sociais lhe permitem, para tentar atingir o ideal de realização pessoal, enquanto busca seus objetivos entre as posições e padrões sociais que lhe surgem, entre os modelos que lhe apresentam, ao mesmo tempo em que tenta esquivar-se da iminência punitiva conseqüente dos adultos e dos próprios companheiros de idade.

Na concepção de Lenhard (1985), este aprendizado causará repercussão na sua conduta diante da família, ao mesmo tempo e de maneira inversa, as situações vivenciadas na família exercem influência no seu comportamento com a vida escolar. É um processo que expressa de uma maneira diferente para cada pessoa, mas com o principal enfoque no desejo de ser reconhecido pelos outros, no desejo de conseguir as atribuições que conferem a posição social pretendida. Quanto *mais satisfatórios* os recursos oferecidos pela escola à realização destes desejos pelos alunos, mais ela contribuirá para a construção do futuro ator social; quanto *menos satisfatórias* as interações na escola, mais os alunos encontrarão alternativas para realizar seus objetivos e quase sempre entre seus pares, de mesma faixa etária.

Mesmo considerando que a escola proporcione amplas possibilidades, é significativa a condição que alguns alunos apresentem-se frustrados em consequência de características individuais particulares.

A atualidade educacional traz à luz a necessidade de discussão sobre a reformulação da realidade e da natureza do problema sobre a prática pedagógica conservadora, evidente em diversos contextos históricos e sociológicos. Ao fazer isso, defende-se o ponto de vista de que a escola, os educadores, precisam construir uma linguagem que os considerem intelectuais transformadores onde a escola seja esfera atuante.

Historicamente, segundo Giroux, a relação entre o papel dos educadores e a sociedade mais ampla, tem sido mediada pela imagem do professor, como servidor público dedicado a reproduzir a cultura dominante no interesse do bem comum. No início do século XX, a organização das escolas públicas foi crescentemente submetida à influência de ideologias a serviço de interesses corporativos. Num contexto especialista, a relação entre conhecimento e o poder, tomaram uma nova dimensão. O desenvolvimento das ciências sociais tornou-se intimamente ligado à manutenção de práticas sociais e ideológicas de uma

sociedade de mercado. Estas mudanças resultaram na redução do pensamento crítico a dimensões meramente técnicas.(GIROUX,1992, p.10)

Dentro de um modelo behaviorista de educação, para este autor, os professores são considerados mais como obedientes servidores e menos como profissionais criativos, que podem transcender a ideologia dos métodos e meios a fim de avaliar criticamente o propósito do discurso e da prática em educação.

Os programas de formação frequentemente perdem a visão da necessidade de educar os estudantes para se transformarem em profissionais críticos. Desenvolvem cursos que focalizam os problemas imediatos da escola e que substituem, pelo discurso e uma pseudo-eficiência, a análise crítica das condições subentendidas à estrutura da realidade educacional. Ao invés de ensinar o estudante a pensar sobre quem é, sobre o que fazer, sobre suas responsabilidades, os alunos são treinados para compartilhar técnicas e para dominar a disciplina em sala de aula. A alternativa brasileira da revolução educativa, muito usada como bandeira política eleitoreira, virou lugar-comum dizer que a prioridade brasileira seja a educação. É de fundamental importância, mas não é do ensino vocacional ou profissionalizante que precisamos.

Pela análise de Giroux, faz-se necessário compreender a realidade fazendo críticas às ideologias que legitimam determinadas praticas sociais. É importante levantar questões como: o que ensinam, o modo como ensinam e quais os objetivos mais amplos por que lutam? Trabalhar com a subjetividade dos educandos significa tornar as experiências objeto de confirmação e debate, tornando-as constitutivas da realidade social.

Nessa perspectiva, levar a escola a ser formadora do espelho crítico é investir na construção de cada sujeito nela inserido, reconhecendo sua própria imagem, construindo suas relações, sua subjetividade, suas escolhas, seu projeto de vida.

CAPÍTULO 3

3. INSTITUIÇÃO TOTAL E AS PRÁTICAS PSIQUIÁTRICAS

3.1 Uma compreensão da instituição total

Goffman (2003), denomina de instituição total aqueles espaços criados para o tratamento dos indivíduos em situação de sofrimento psíquico, que se caracteriza pelo fechamento e bloqueio da relação com o mundo social. Tais espaços são marcados pela presença de altos muros, portas fechadas, arames farpados e outros mecanismos institucionais que impedem a saída dos sujeitos que vivem na instituição: a realização de todos os aspectos da vida no mesmo local e sob uma única autoridade; o cumprimento de todas as atividades cotidianas segundo a determinação de horários e um sistema de regras rigorosas; o controle e a despersonalização dos objetos pessoais dos internos. A instituição total assume a identidade, em parte de uma comunidade residencial e em outra, de uma organização formal.

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam a vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 2003, p.11)

Goffman (2003), se refere às diferentes instituições de nossa sociedade ocidental como sendo mais ‘fechadas’ do que outras. O caráter total simboliza que existe barreira para manter uma relação social com o mundo externo.

O autor classifica instituições totais em cinco grupamentos. *Primeiro*: aquelas instituições criadas para cuidar de pessoas, a princípio inofensivas. São as casas para cegos; velhos; órfãos e indigentes. *Segundo*: as instituições para cuidar de pessoas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de modo não-intencional. São os sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários. *Terceiro*: aquelas instituições organizadas para proteger a comunidade contra perigos intencionais: cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra, campos de concentração. *Quarto*: as instituições estabelecidas com o propósito de realizar adequadamente tarefas, e que se justificam por razões e fundamentos instrumentais: quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colônias e grandes mansões (estes do ponto de vista dos empregados). O *quinto* é o último agrupamento e se refere aos estabelecimentos com finalidades de servir de refúgio do mundo e que também servem como locais de instrução para os religiosos: abadias, mosteiros, conventos e outros claustros. Para o autor essas classificações de instituição total não são definitivas, mas denotam categorias como ponto de partida.

Goffman (2003), descreve particularidades centrais das instituições totais que assumem aspectos de ruptura de comportamentos, que indivíduos praticam numa sociedade moderna como o trabalho, o lazer, o descanso, em determinados lugares e com participantes diferentes. Nas instituições totais, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Fases e atividades diárias são realizadas com um grupo de outras pessoas, que também são tratadas e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. São atividades que obedecem a um rigoroso horário, para atender a seqüência de outras tarefas de igual forma, elaboradas por autoridades e um sistema de regras formais. Quando as pessoas se movimentam em conjunto, podem ser supervisionadas, vigiadas para que todas realizem o exigido. Alguns desses aspectos também são encontrados em locais conhecidos como escolas,

estabelecimentos comerciais, etc., que diferentes das instituições totais, utilizam esses recursos de forma espontânea e seus cuidados sobre as regras se estendem com preocupação de não assumir aspecto autoritário. O fato básico das instituições totais é o controle burocrático organizado de muitas necessidades humanas.

3.2 O despojamento do 'eu' na instituição total

O hospital psiquiátrico, local onde os jovens sujeitos dessa investigação são destinados, é considerado como uma das instituições totais que dão suporte à ordem social moderna. As instituições totais mantêm uma característica específica em relação ao internado e o mundo exterior. Elas parecem cooperar para um 'desculturamento' quando criam e sustentam uma tensão entre a realidade doméstica e o mundo institucional e utilizam essa condição constante como uma força estratégica de controle.

Para o interesse da sociedade este sujeito precisa ser mantido inofensivo, retirado do meio para que satisfaça e deixe tranquilos os parentes e a consciência pública lembrando as *lettres de cachet*, conhecidas como *mandatos de prisão em forma de cartas* sobre o "internamento voluntário", um tipo de relação que se estabelece entre o poder, o discurso e o cotidiano, uma prática socialmente aceita do uso legítimo da força.

Até a Idade Média a confissão dos pecados ganhava as luzes e os contornos da linguagem, tendo como o outro a figura do padre. Com o advento das monarquias absolutistas a intimidade silenciosa passou a ser denunciada para a figura do rei, tornando-se assunto público por meio de escrivãos e petições. Esses se encarregaram, então, de cercar as

existências através das *lettres de cachet*, que materializavam em palavras um impedimento real, inferindo sobre a privacidade dos corpos.

As *lettres de cachet* lançavam um foco de luz sobre o corpo, tornando públicos os seus atos através de um discurso, lembrando que não partia unilateralmente do rei, mas fundamentava-se em denúncias do povo.

A interpretação da instituição total começa a atuar automaticamente, logo que o internado é admitido, pois a equipe dirigente compreende que o internamento é a prova incontestável de que o sujeito é o tipo de indivíduo que a instituição tem como objeto de tratamento. Desde a sua chegada, o internado passa por uma trajetória de privações e vivencia uma cultura oposta à originária de um ‘mundo da família’, com uma gama de experiências que caracterizam uma noção admitida do *eu* e que permite condições de defesa, praticadas de acordo com sua necessidade de enfrentamento diante dos conflitos, dúvidas e fracassos. (GOFFMAN, 2003, p. 23)

Inexperiente, ele chega à instituição, com uma concepção de si que possibilitou experiências sociais estáveis em seu mundo doméstico e ao entrar, é totalmente despojado destas possibilidades passando por uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e transgressões do *eu*. Tem-se a partir daí o início de alterações radicais em sua ‘*carreira moral*’, uma trajetória composta pelas contínuas mudanças que ocorrem nas crenças que tem a seu respeito e a respeito dos outros, que são significativas para ele. (GOFFMAN, 2003, p. 24)

Ainda segundo o autor, são os processos relativamente padronizados nas instituições totais, como a barreira que é colocada entre o internado e o mundo externo, que caracteriza a primeira privação do *eu*. Nas instituições totais, inicialmente, se proíbe as visitas vindas de fora e as saídas do estabelecimento, o que certifica uma ruptura inicial profunda

com os papéis anteriores e uma avaliação da perda de papel⁴. No entanto, diz Goffman (2003), alguns papéis podem ser restabelecidos pelo internado se e quando o indivíduo voltar ao mundo externo. É visível que outras perdas pareçam irrecuperáveis e podem ser dramaticamente sentidas como tais.

Nas instituições totais, segundo este mesmo autor, o grupo controlado – os internados – vive na instituição e tem contato restrito com o mundo existente fora de suas paredes. Ao contrário da equipe controladora ou de dirigentes que trabalham num sistema de horários e está integrada no mundo externo.

Explica Goffman (2003), que a multiplicidade de maneiras pelas quais os internados devem ser considerados fins em si mesmos e em conformidade com os princípios morais gerais da sociedade mais ampla de uma instituição total, está numa prática onde o objetivo principal da equipe dirigente é conseguir um controle dos pacientes de maneira influente e eficaz, independente do bem-estar dos pacientes. A partir destes modelos de tratamento, a equipe dirigente é “lembrada das obrigações e direitos”, dilemas clássicos que precisam ser enfrentados por aqueles que governam e como instituição total, ela funciona de forma análoga como um Estado, onde a equipe dirigente padece com os problemas enfrentados pelos governantes.

Tal como as representações produzidas nas instituições totais, também as práticas e linguagens sociais adotadas em relação à loucura constituem códigos que funcionam discriminando comportamentos, atitudes, sentimentos e posições, desdobrando-se em códigos de valores, certo e errado, bem e mal, desejável e indesejável etc. Tais códigos sociais, que trazemos dentro de nós, regulam nossa subjetividade na relação com os outros. A loucura manifesta-se para a sociedade como algo estranho, que foge a nossa compreensão de conduta

⁴O termo se refere ao *papel social*, que T. Parsons define como conjunto de normas e códigos sociais a serem observados pelas pessoas ou grupos em interação. Também é o setor organizado de orientação de um ator que constitui e define sua participação num processo de interação. (FERRARI, 1983, p. 163)

como uma perda de sentido. A experiência da loucura é sentida como se algo nos escapasse, algo que não conseguimos identificar como nosso. A experiência da loucura é a perda ou ameaça de perda da própria identidade. Ela se apresenta então como algo que se passa em nossa subjetividade, para o qual não conseguimos encontrar uma linguagem capaz de defini-la. Dessa forma podemos dizer que essa experiência, a qual damos sentido, reflete códigos sociais por nós interiorizados. "Enlouquecer é ser submetido à angústia e ficar prisioneiro do universo do não sentido, em que nossa linguagem fica aquém da possibilidade de interpretar o que experimentamos". (BIRMAN, 1980)

3.3 Hospital psiquiátrico segundo Foucault

O hospital como objeto terapêutico é uma invenção relativamente nova, como diz Foucault (2003), data do final do século XVIII. A noção de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar surge explicitamente em torno de 1780, com a prática da visita, observação sistemática e comparação dos hospitais. Eles deixam de ser uma simples obra arquitetônica, para integrar um fato médico-hospitalar que necessita estudos, assim como as doenças.

Os relatórios produzidos, as descrições funcionais da organização médico-espacial do hospital, não são mais de autoria dos arquitetos. São dos médicos que como tais, foram designados pela Academia de Ciências para as visitas aos hospitais, o que faz emergir “um novo olhar sobre o hospital considerado como máquina de curar e que, se produz efeitos patológicos, deve ser corrigido”. (FOUCAULT, 2003, p.101)

Mesmo que se argumentasse, segundo o autor, que há milênios existiam hospitais destinados a curar, pode-se declarar que no século XVIII, se os hospitais não atendiam as

expectativas de cura como deviam, alcançaram um refinamento nas exigências manifestadas sobre o instrumento hospitalar. Mas Foucault salienta que o hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era, de qualquer modo, um meio de cura, não era compreendido para curar. O hospital como instituição significativa e essencial para a vida urbana do ocidente desde a Idade Média, não é uma instituição médica e a medicina neste período, uma prática não hospitalar.

Conforme mostra Foucault num tempo não muito distante, o hospital foi um lugar impreciso, uma ambigüidade “de constatação para uma verdade escondida e de prova para uma verdade a ser produzida”. Como uma atuação direta sobre a doença, “não só lhe permitia revelar a sua verdade aos olhos do médico, mas também produzi-la”. (FOUCAULT, 2003, p. 118)

Supunha-se, com efeito, que o doente deixado em liberdade, em seu meio, na sua família, naquilo que o cercava, com o seu regime, seus hábitos, seus preconceitos, suas ilusões, só poderia ser afetado por uma doença complexa, opaca, emaranhada, uma espécie de doença contra a natureza, que era ao mesmo tempo uma mistura de várias doenças e o empecilho para que a verdadeira doença pudesse se reproduzir na autenticidade de sua natureza. O papel do hospital era então, afastando esta *vegetação parasita e formas aberrantes*, não só de deixar ver a doença tal como é, mas também produzi-la na sua verdade, até então aprisionada e travada, sua natureza própria, suas características essenciais, seu desenvolvimento específico poderiam finalmente, pelo efeito da hospitalização, tornar-se realidade. (FOUCAULT, 2003, p.118)

No século XVIII, o hospital aplicava-se em propiciar as condições para que a verdade do mal se manifestasse. Apresentava uma diversidade de dispositivos complexos que se aplicavam simultaneamente para surgir e reproduzir verdadeiramente a doença. “... o hospital, estrutura de acolhimento da doença, deve ser um espaço de conhecimento ou um lugar de prova”. (FOUCAULT, 2003, p.119)

A medicina dos séculos XVII e XVIII era significativamente individualista, a experiência hospitalar estava afastada da formação e práticas do médico. Ele era qualificado

para transmitir receituários e a intervenção sobre a doença era organizada em torno da noção da crise. O médico observava o doente e a doença desde os seus primeiros sinais, para desvelar o momento em que a crise surgiria. Entre a natureza, a doença e o médico, estabelecia-se um jogo. Foucault (2003), salienta que a concepção de uma longa série de observações, no interior do hospital em que se poderiam registrar as frequências, as generalidades, as particularidades, estava excluída do exercício médico.

Destaca-se então que nesta época, nada da prática médica permitia a formação de um saber hospitalar, como também não era permitida a intervenção da medicina no hospital. A reorganização do hospital nesta época passa, não pela técnica médica, mas a partir de uma tecnologia política chamada: a disciplina. O espaço hospitalar e o saber médico tinham o papel de produzir a verdade crítica, a realidade da doença.

No começo da Idade Clássica segundo Foucault, a loucura era vista como pertencendo às quimeras do mundo, a prática do internamento no começo do século XIX estabelece a função do hospital psiquiátrico como “lugar de diagnóstico e de classificação”. Époça em que o poder médico encontra garantias e justificações, que conhece a doença e os doentes. A prática psiquiátrica e o poder médico, foram sacudidos no final deste século por uma primeira forma de antipsiquiatria, que questionava suas obscuras e abusivas práticas. O que implicava eram as relações de poder, “o direito absoluto da não-loucura sobre a loucura”, num momento em que o sujeito que dela sofria encontrava-se desqualificado como louco, despojado de todo poder e todo saber sobre sua doença. Era este jogo de poder no final do século XIX, que caracterizava a psiquiatria clássica e que a antipsiquiatria pretendia desfazer, dando ao indivíduo direitos e liberdades até então desqualificados, um despojamento que insiste em persistir até a atualidade.

3.4 Foucault e Szasz: hospital para quem?

Foucault (2003), considera que antes do século XVIII, o hospital era em sua idéia central uma instituição de assistência aos pobres. Instituição que assistia ao mesmo tempo em que separava e excluía o pobre. E por esta condição necessitava de assistência, como o doente, que leva a doença e a possibilidade de contágio. Por estes motivos o hospital deve se fazer presente tanto para acolher, quanto para proteger a sociedade dos perigos que ele personifica.

Ainda segundo o autor, o protagonista que reúne todas as qualidades do hospital, até o século XVIII, não é o enfermo que precisa curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que necessita assistência material e espiritual para receber os últimos cuidados e o último sacramento. Dizia-se nesta época que o hospital com esta função essencial seria um lugar onde morrer. Assegurava-se então a salvação da alma. Além da função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que a material, também tinha a função de separação de indivíduos perigosos para a saúde geral da população.

Estas características, afirma Foucault (2003), permanecem até o começo do século XVIII, em que o hospital é lugar de internamento, onde se sobrepõem e se mesclam doentes, loucos, devassos e prostitutas. Em meados do referido século, uma condição instrumental de exclusão, assistência e salvação espiritual, a atribuição médica não se faz notar.

No entanto Szasz, em seu livro *Cruel Compaixão*, contesta a visão de Foucault. Baseando-se nos registros históricos que devem ser levados em consideração, uma vez que, nos dias atuais, algumas pesquisas direcionam para a idéia que os internados necessariamente vêm de classes pobres, argumenta que na realidade o universo das pessoas que estão em

sofrimento psíquico e são internadas, rompe as barreiras das classes sociais. Sobre este aspecto destaca:

Embora o registro histórico seja claro, Michel Foucault construiu a história da psiquiatria que confundiu a questão. Influenciado por seu viés marxista, ele emparelhou a origem na prática do encarceramento de dementes com a segregação de leprosos e, mais especificamente, com o confinamento em larga escala dos indigentes urbanos na França, no século XVII. Algumas das coisas descritas por Foucault aconteceram. Mas não a forma como o confinamento sistemático de pessoas diagnosticadas como loucas realmente aconteceu. Os direitos do indivíduo eram praticamente inexistentes para as massas não-proprietárias francesas. Por isso, para se prender a plebe em ‘hospitais gerais’ não era necessário o pretexto de insanidade como doença. Além do mais, é simplesmente uma inverdade que a psiquiatria institucional tenha representado o início de um novo tipo de hostilidade entre os ricos e pobres, os primeiros valendo-se de táticas para chamar os últimos de dementes, a fim de transferi-los para o hospício. O encarceramento de pessoas ricas em hospícios privados veio antes e foi seguido, muito mais tarde, pelo encarceramento de pessoas pobres em asilos públicos para loucos. (SZASZ, 1994 p.169)

Szasz enfatiza que “as semelhanças entre o asilo de pobres do século XIX e o hospital mental moderno, vão bem mais além do fato de ambos serem personificação de instituições totais”. (SZASZ 1994 p.47)

3.5 Psiquiatria: qualificando e julgando os indivíduos

Como na criminologia, o laudo psiquiátrico tem em si funções precisas: inserir formalmente as infrações,

[...] no campo dos objetos suscetíveis de um conhecimento científico, dar aos mecanismos da punição legal, um poder justificável não mais simplesmente sobre as infrações, mas sobre os indivíduos; não mais sobre aquilo que elas são, ou possam ser. (FOUCAULT, 2002, p.20)

Foucault (2002), explica que na história da penalidade a definição das infrações, gravidades, indulgências, o que era tolerado de fato e o que tinha permissão de direito, modificou-se amplamente nos últimos duzentos anos. Muitos crimes perderam sua conotação, mas as transformações não foram o mais importante, o permitido e o proibido mantiveram sua constância. A condição estável da lei obrigou um jogo de substituições sutis e rápidas. Julgam-se as paixões, os instintos, as anomalias, as enfermidades, as inaptações, os efeitos de meio ambiente ou de hereditariedade. Assim, para o autor as noções vinculadas desde o século XIX não passam de maneiras de qualificar um indivíduo.

3.6 O Hospital psiquiátrico disciplinando espaços e corpos: da vontade perturbada à submissão

Foucault (2003), diz que desde a antiguidade as disciplinas existiam em mosteiros, empresas escravistas, nas colônias e coexistiam como modelos de mecanismos disciplinares. Estes mecanismos disciplinares antigos eram fragmentados como modelos até os séculos XVII e XVIII. As invenções técnicas deste período permitiram aperfeiçoar o poder disciplinar numa nova prática de gestão de homens. Um modo novo de gerir homens, controlar suas diversidades, utilizando ao máximo e aumentando os efeitos úteis de seu trabalho em virtude de um sistema de poder efetivo de controle.

No dizer de Foucault (2003), isto acontece nesta época com exemplos como o exército e a escola, numa disposição espacial dos indivíduos. No exército a disciplina inicia no momento em que o soldado é ensinado a se colocar, se deslocar e estar onde for necessário. Nas escolas do século XVII o ensino coletivo implicava numa distribuição espacial. É o espaço sendo individualizado, corpos inseridos nestes espaços que combinam e classificam.

O autor conta que o controle da disciplina acontece não sobre a consequência de uma ação, mas sobre seu desenvolvimento. A maneira com que as ações, os gestos são realizados, sua eficácia, sua rapidez e melhor coerência começa a ser observado. “A disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos”. É necessário vigiá-los constantemente sob uma hierarquia de olhares. (FOUCAULT, 2003, p.106)

Segundo Foucault (2003), o papel do asilo teria a atribuição que se creditava aos hospitais no fim do século XVIII. Consentir a descoberta da verdade da doença mental, repelir todas as coisas que no ambiente do doente possa ocultar, confundir, dar-lhe formas distorcidas, alimentando-a e também a estimulando.

Mais ainda que um lugar de revelação, o hospital padrão modelar de Esquirol⁵ é um lugar de confronto. ‘A loucura’, ‘vontade perturbada’, ‘paixão pervertida’, deve neste local deparar uma ‘vontade reta e paixões ortodoxas’. Este confronto, este conflito que não se pode esquivar e ao mesmo tempo ambicionado, ocasionarão consequências,

[...] a vontade, que podia muito bem permanecer inatingível pois não é expressa em nenhum delírio, revelará abertamente seu mal pela resistência que opõe à vontade reta do médico; e, por outro lado, a luta que a partir daí se instala, se for bem levada deverá conduzir a vontade reta à vitória, e a vontade perturbada à submissão e à renúncia. Um processo de oposição, de luta e de dominação. ‘Deve-se aplicar um método perturbador, quebrar o espasmo pelo espasmo... Deve-se subjugar todo o caráter de certos doentes, vencer suas pretensões, domar seus arroubos, quebrar seu orgulho, ao passo que se deve excitar e encorajar os outros’. (FOUCAULT, 2003, p.122)

Neste horizonte é determinada a função do hospital psiquiátrico do século XIX. Todas as técnicas ou procedimentos realizados no asilo do referido século - isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos - punições como as duchas, pregações

⁵O médico Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1826), nasceu na França e atuou como reformador das instituições psiquiátricas, hospitais e prisões na França em 1807. Foi discípulo de Philippe Pinel (1745-1826), considerado o pai da psiquiatria. (ALEXANDER, SELESNICK, 1968 p.159 e 190)

morais, encorajamentos ou repressões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns dos seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico. Tudo isto tinha por função fazer do personagem do médico o ‘mestre da loucura’, aquele que faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de tê-la sabiamente desencadeado. (FOUCAULT, 2003, p.122)

No que se refere à particularidade da instituição o autor destaca o que diz Basaglia: “a característica destas instituições (escola, usina, hospital), é uma separação decidida entre aqueles que têm o poder e aqueles que não o têm”. Quando no início do século XIX foram estabelecidos os arcabouços asilares, estes já eram legitimados por sua admirável harmonia entre as “exigências da ordem social, que pediam proteção contra a desordem dos loucos e as necessidades terapêuticas, que pediam o isolamento dos doentes”. (BASAGLIA, apud FOUCAULT 2003, p.124-6)

O isolamento dos loucos era fundamentado em razões prescritas como principais por Esquirol e que Foucault destaca:

Garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias; liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submetê-los a um regime médico e, impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais. (FOUCAULT, 2003, p.126)

Foucault (2003), descreve que a medicina, determinando as formas fundamentais de higiene, vai além da prática da saúde, doença, cura, adotando postura significativa nas estruturas administrativas e de poder, que no século XVIII é crescente e constante. No que se refere aos hábitos de vida social, as relações entre saúde e doença, as condições de vida, têm início à constituição de um saber médico-administrativo, que contribuiu para pontos essenciais da ‘economia social’ e à ‘sociologia do século XIX’ na sua interpretação.

3.8 Medicina Mental: a profilaxia do tratamento moral

Considerar, como explica Goffman (2003), a categoria ‘doença mental’ no sentido sociológico, sob a perspectiva da interpretação psiquiátrica de uma pessoa, só se torna significativo na medida em que essa análise altere o seu destino social. Tal alteração se torna fundamental em nossa sociedade quando e somente quando, a pessoa passa pelo processo de hospitalização.

Segundo Antunes (2002), na mudança do século XX, o conceito de doença mental encontra-se relacionado à noção de um desvio de comportamento, que geralmente pressupõe uma anomalia hereditária associada à representação de uma “gênese social”. A cidade que se desenvolve, que se aprimora, proporciona aos seus habitantes e em particular aos imigrantes e ex-escravos, esquecidos à própria sorte, uma sucessão enorme de práticas amorais.

Se a “alienação” pode decorrer do desvio de comportamento que até então se conservava oculto, da manifestação de alguma lesão orgânica ou do nocivo ambiente cultural de costumes viciosos conseqüentes da aglomeração urbana, uma proposta terapêutica condizente deve incluir o afastamento do desviante, do doente, de seu meio singular e oferecer-lhe um ambiente higienizado, física e mentalmente saudável, onde ele possa restabelecer os bons valores morais dispersos e degenerados, explica o autor.

A profilaxia do tratamento moral compreende uma amplitude de dispositivos institucionais que vão desde a reprodução de um ambiente socialmente higienizado, saneado, até determinadas condutas específicas que visam determinadas doenças. Assim, com o propósito de identificar o conteúdo do alienismo moralizador, e as necessidades estabelecidas pelo ambiente de ordem e progresso, que o desenvolvimento econômico brasileiro a promove nos primeiros tempos da república.

Há duzentos anos na França surge a psiquiatria que emerge como reflexo da necessidade de legislar sobre os insanos, no novo acordo das leis da República, no qual o médico é chamado a emitir o seu parecer técnico e assumir como objeto de sua competência: a loucura. A medicina mental neste rumo inicia-se com dois campos de atuação, o das práticas assistenciais aos doentes e o da higiene.

[...] a higiene entendida como um conjunto de teorias e práticas instituídas pelo saber médico, que pretendem dar conta de sanear e regulamentar o espaço social, através do individual e do coletivo. Assim a psiquiatria constitui-se, desde a origem, como uma medicina de intervenção no terreno da moralidade, na busca de uma normatização moral. (BIRMAN, In AMARANTE, 1994, p.84)

Ao obter seu mandato social para administrar a loucura, a medicina mental transforma questões políticas de organização social em questões técnicas, traz intimamente a necessidade de confirmar-se como higiene social e neste sentido, ações propostas tanto ao indivíduo quanto ao coletivo, para se legitimar como prática e ciência. A medicina mental traça um caminho, que não é contínuo, nem homogêneo, de se construir como signatária do saber sobre o mental e de responder às exigências de uma sociedade fortemente medicalizada, nomeando-se como prática de normalização social.

3.9 Os dilemas da insanidade e a psiquiatria

Para compreendermos o moderno conceito de doença mental, explica Szasz (1994), é importante analisar as origens fundamentais que diferenciam as profissões médica e psiquiátrica. O princípio da medicina aconteceu quando as pessoas doentes a procuravam para diminuir seu sofrimento. O início da psiquiatria ocorreu quando os familiares de pessoas

problemáticas buscavam alívio para o sofrimento deles, ocasionado pelo mau comportamento do parente.

Szasz (1994), enfatiza que desde que os seres humanos começaram a viver em sociedade, o comportamento não convencional já existia. A psiquiatria inicia quando as pessoas deixam de atribuir esse comportamento em limites religiosos e existenciais e transferem a interpretação em termos médicos.

Para o autor a história nos mostra que a prioridade principal da psiquiatria foi instituir a insanidade, não como uma mentira engenhosa ou como atitude imoral ou ilegal de um adulto responsável, mas como verdadeira doença. A etapa seguinte foi diferenciar a insanidade de outras doenças e emprestar-lhe a característica singular, de ter o poder de privar o paciente de suas ‘faculdades mentais superiores’, infantilizá-lo e fundamentar o controle e cuidados a serem praticados sobre ele, mesmo contra sua vontade.

A medicalização da loucura e a infantilização do insano como descreve Szasz (1994), eram e são essenciais para harmonizar a consagração da sociedade aos ideais de liberdade e responsabilidade, com o anseio de livrar-se de certos indivíduos problemáticos, por outros meios não apropriados pela lei criminal. O que uma pessoa deveria fazer com o cônjuge, com o filho ou parente que desafiava as práticas convencionais das relações sociais e que talvez mostrasse displicência com a própria saúde, mas ao mesmo tempo tendo direito essencial à liberdade e à propriedade?

A evolução política e legal, na opinião de Szasz, coloca os membros da família num confronto com o parente incômodo, uma situação embaraçosa e difícil. Constrangidos e afetados pelo parente “doente”, os parentes “sãos” não tinham êxito em contê-lo através dos mecanismos informais e interpessoais, normalmente utilizados para conciliar as relações em família.

Embora frustradas, tinham duas escolhas: uma era colocar em ação a engrenagem da lei criminal contra o membro da família somente quando este desrespeitasse a lei, medida de segurança que poderia resultar na “morte social ou física do parente e a profunda humilhação da família”. Enquanto a outra escolha seria expulsá-lo de casa e esta medida exigiria que os ‘promotores’ tivessem mais poder que o excluído. (SZASZ, 1994, p.164)

Era uma situação difícil, um embaraço insuportável. Os membros da família teriam que procurar uma maneira socialmente aceitável que lhes tornasse possível o controle através de procedimento legal, não criminal, do parente indesejado: que era senil, incapaz, problemático ou simplesmente miserável. A prática de solucionar os conflitos familiares, admitindo ao lado mais forte libertar-se psiquiatricamente do lado mais fraco, *estava a caminho de se tornar admitida em princípio, instituída na prática, validada por lei e aceita pelo público*. “Esta foi a necessidade que gerou o conceito de doença mental, e esta é a razão pela qual o conceito de doença mental difere tão radicalmente do conceito de doença física”. (SZASZ, 1994, p.164)

De acordo com Szasz (1994), não só atualmente, nos deparamos com a existência de pessoas que encontram dificuldades em crescer e assumir responsabilidades da vida. No passado quem não atingisse esse objetivo comum a todos, universal, - permanecendo à margem, inapto, descasado, desempregado - era mantido pela família, ou transformava-se num andarilho, lançando-o à existência marginal. Seus familiares, se educados, o classificariam de maltrapilho. Hoje denominam, rotulam de doente mental e de maneira geral, de esquizofrênico.

3.10 As práticas psiquiátricas no Brasil e em Santa Catarina

As práticas psiquiátricas organizadas no Brasil segundo a pesquisa de Santos (1992), surgem em 1852 quando foi inaugurado o Hospício de D. Pedro II no Rio de Janeiro. No Brasil a movimentação pela criação de um hospício teve início em 1830, quando a recém criada Sociedade de Cirurgia e Medicina do Rio de Janeiro lança palavras de ordem que se tornaram uma expressão bastante conhecida: "aos loucos o hospício". Clamava-se, na ocasião, pela necessidade de construção de um local específico para o abrigo dos loucos, especialmente dos loucos pobres, que vagavam perigosamente pelas ruas.

Os loucos ricos normalmente já eram presos ou isolados em casa. No campo teórico a baixa quantidade de trabalhos se constituía, em sua totalidade, por iniciativas isoladas de alguns alunos dos cursos de medicina do Rio de Janeiro e de Salvador. A cadeira específica de psiquiatria só viria a ser criada em 1881 na faculdade carioca. Da mesma maneira como na Europa, o louco passou a ser visto no país como um sujeito estranho à sociedade e os médicos passaram a protestar pela construção do hospício como o local necessário à reclusão.

A relação do Estado com os doentes era de natureza muito mais jurídica que correccional, como coloca Santos (1992), na qual a determinação das leis, decretos e resoluções, colocavam o louco como ameaça à segurança e, por este motivo, a atenção voltava-se à proteção social. A internação nos asilos dos considerados loucos, realizada pelas autoridades públicas, portanto, estava perfeitamente amparada e de acordo com os textos legais.

Os doentes mentais eram recolhidos à Santa Casa de Misericórdia - cujo provedor José Vicente Pereira teria grande participação na construção do Hospício Pedro II - porém sem receberem o tratamento considerado adequado. "Sob os cuidados das religiosas, os loucos

ficavam em porões, sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros. Conviviam com a fome, com o frio, com a sujeira e com as correntes". O reivindicado tratamento adequado seria função do hospício, seguindo o modelo francês. (SANTOS, 1992)

No entanto, ao contrário do Velho Mundo, a implantação do hospício não foi tema de nenhuma grande discussão ou qualquer tipo de debate que gerasse mobilização na sociedade. A implantação do Pedro II, no Rio de Janeiro, através de um decreto de Dom Pedro II que concordou que o hospício levasse o seu nome, mas sem o título, em 18 de julho de 1841, foi uma solução adotada pacificamente. Do decreto à inauguração ainda se passaram onze anos, quando em 05 de dezembro de 1852 o hospício abriu as portas.

Em Santa Catarina o processo que levou o Estado a criar a Colônia Santana não foi muito diferente. Inicialmente a assistência aos alienados era prestada em duas instituições: o Hospital de Azambuja em Brusque e o Oscar Schneider em Joinville. O hospital de Brusque então, foi o pioneiro no Estado, criando um espaço asilar. Após o desenvolvimento de suas atividades e a constante procura de suas instalações, construiu-se um anexo ao prédio do hospital que passou a tratar exclusivamente dos doentes mentais, passando a ser referido como Hospício de Azambuja.

A necessidade da construção em 1905 de um hospital dedicado exclusivamente ao atendimento de doentes mentais, aparece na mensagem apresentada ao Congresso Representativo do Estado pelo então governador Vidal Ramos. Nela, o governante reitera a urgência na construção de um hospital de alienados e sugere que a parte destinada a cada hospital no orçamento seja deduzida em prol do objetivo de construção do hospício.

A importância do novo local é saudada com alegria, pois, segundo ele, significava rompimento com o 'antigo regime de hospícios prisões e prisões hospícios, em que tanto tempo permanecemos em detrimento da nossa cultura e do nosso progresso'. Entretanto, não é

possível precisar o caráter da instituição recém criada porque a Colônia Santana só viria a ser inaugurada em 1942, no município de São José e não na capital do Estado.

Em Santa Catarina cria-se em 30 de janeiro de 1940, com o decreto lei nº 416, o Serviço de Assistência aos Psicopatas, organizado administrativamente de acordo com os parâmetros nacionais.

Finalmente em 10 de novembro de 1941 é inaugurada a Colônia Santana, destinada exclusivamente ao recolhimento e tratamento de psicopatas em São José, município distante vinte quilômetros da capital Florianópolis, em área predominantemente rural, deixando os alienados bem longe da cidade como era o objetivo do programa nacional.

A Colônia Santana que efetivamente passou a funcionar apenas no início do ano seguinte, recebeu os pacientes provenientes de Brusque e de Joinville que desativaram suas instalações dedicadas ao tratamento dos doentes mentais.

Comemorando a inauguração, tiveram na imprensa manchetes como: [...] “a Colônia de psicopatas, fruto do dinamismo e característica do governo (uma Instituição que era inaugurada com padrão de orgulho para os catarinenses), motivo de enobrecedora ufanía para todo o país e que tinha sob rigoroso critério técnico seu planejamento modelar, com propostas para completo tratamento dos doentes mentais” [...]. (TEIXEIRA, 1991)

Após sua inauguração o Hospício Colônia Santana efetivou o atendimento em 1942. No início de 1940 havia apenas um ambulatório de doença mental em Florianópolis. Este ambulatório, considerado como ‘estabelecimento modelo’, servia como local de triagem para as internações na Colônia.

A terapia através do trabalho era seguida pela psiquiatria da época, que tinha finalidade de resgatar o “elo perdido do psicopata”, bem como a auto-sustentação dos internados, atenuando os gastos do poder público. Trabalho relacionado às áreas da agricultura, olaria e marcenaria.

A partir de 1950 o discurso oficial solicitava um novo hospital para o atendimento de doentes mentais agudos e também, que a Colônia só atendesse os doentes crônicos, já que apresentava a saturação de sua capacidade de alojamento. Sem resposta do Estado e da iniciativa privada, investiram na ampliação. Então em 1952 um novo pavilhão era inaugurado com capacidade aproximada para 200 leitos. (SANTOS, 1992 p.104)

Do ponto de vista terapêutico, teve início na década de 50 a aplicação de uma nova técnica de tratamento: a convulsoterapia pelo *cardiazol*⁶ e o *eletrochoque*⁷. Em 1952 como exemplo, foram aplicados 7.860 choques *insulínicos*⁸ e de convulsoterapia pelo *cardiazol* e *eletrochoque*. Santa Catarina vinha assim desenvolvendo sua política de saúde mental em concordância com a política nacional, caracterizada pelo modelo de gestão asilar da loucura, sustentada numa incipiente rede psiquiátrica voltada para a reclusão dos diagnosticados como doentes mentais.

A demanda psiquiátrica catarinense aumentou rapidamente motivada entre outros fatores, pelo crescimento populacional, pelas crises econômicas e até mesmo pelo saber teórico adotado pela psiquiatria. Entre 1951 a 1954, foram atendidas na Colônia Santana aproximadamente 4.350 pessoas. A ação psiquiátrica através desta instituição passou a ocupar

⁶O *choque cardiazólico* “consiste na injeção endovenosa de *cardiazol*, aplicada com agulha grossa e de modo rápido. Entre o momento da injeção e o aparecimento da crise convulsiva passam-se de 5 a 40 segundos. Esse intervalo de consciência lúcida produz sensações variadas, desagradáveis muitas vezes, em consequência, o paciente não quer receber nova injeção. O ataque tem a forma de uma crise convulsiva generalizada. Após um período de enrijecimento muscular, que pode durar entre 10 segundos e um minuto, o doente passa a apresentar uma série de abalos musculares muito violentos, que se vão tornando mais suaves até dar lugar a uma fase estertorosa, durante a qual aparece cianose seguida de palidez, respiração difícil e bradicardia. O despertar da crise, após alguns minutos é em geral penoso, a fisionomia do doente exprime pavor e grande angústia”. (ANTUNES, 2002, p.44)

⁷O *eletrochoque* é um procedimento usado com um aparelho dotado de um dispositivo que regula a voltagem e funciona com correntes alternadas através de eletrodos que são colocados na parte frontal da cabeça. Além da convulsão conseqüente das aplicações, este tratamento, oferece outras possibilidades segundo especialistas, e por isto é ele que acaba cobrindo o maior leque de condições, sendo indicado para vários casos clínicos. (ANTUNES, 2002, p.46)

⁸O tratamento com *insulina* consiste na administração de doses crescentes de insulina. Entre as manifestações, surge uma série de sintomas como: sudorese, mal-estar, agitação psicomotora, seguindo uma etapa onde o doente apresenta esboço de convulsões, contraturas, distensão dos membros, salivação da boca, expressões de sofrimento, entre outros sintomas. (ANTUNES, 2002, p.45) A consequência de se receber insulina demais é a hipoglicemia e se for severa e prolongada, causa dano cerebral irreversível e morte. (SZASZ, 1994, p.89)

o segundo lugar nos gastos do Estado a partir de 1952. Isto significou ultrapassar o atendimento aos leprosos do Hospital Colônia Santa Tereza, o que lembra Foucault, quando descreve que em épocas remotas a loucura se torna a principal causa de *enclausuramento*, substituindo a lepra. (SANTOS, 1992 p.105)

A política de saúde mental em Santa Catarina transcorreu no sentido de ampliar o modelo de gestão asilar, cujo efeito foi o aumento da população internada, atingindo 800 pacientes no final da década de 50, reivindicando assim a necessidade de mais leitos. Esta política continuou a ser desenvolvida durante toda a década de 60 com a implantação do Manicômio Judiciário em Florianópolis. Três novos hospitais psiquiátricos sob iniciativa privada e segundo protótipos da política nacional da época, não só receberam incentivos como auxílio financeiro do Estado. “Neste cenário a Colônia Sant’Ana inaugura novo pavilhão com 234 leitos. As internações em 1967 aumentaram e só na Colônia houve 1.773 internamentos. Já em 1968, estima-se que Santa Catarina despontava com o alto número de leitos existentes em relação ao país”. (SANTOS 1992 p.106)

A partir dos anos 70, iniciou-se a efetivação de uma nova política de atuação psiquiátrica no Estado e pela necessidade imperiosa de cortar os gastos públicos, apresentava-se um discurso de psiquiatria preventiva ou comunitária. O marco inicial foi a criação da Seção de Saúde Mental do Departamento de Saúde Pública: “Entre as metas a serem cumpridas como a regionalização e descentralização, diminuindo as internações mantendo os pacientes em suas regiões de origem, também foi a criação de ambulatórios de saúde mental.” (SANTOS 1992 p.108)

Algumas outras estratégias foram propostas visando o equacionamento e redução do custo com a assistência psiquiátrica e neste sentido, reduções da necessidade de permanência nas instituições. Porém, números revelam que até 1975 as internações aumentaram em Santa Catarina. Entre vários indicadores, um deles reflete inclusive nas

políticas públicas de saúde mental do país: o fato de ser *o louco considerado fonte de lucro* pela iniciativa privada. Conforme Santos, “Os ambulatórios psiquiátricos aumentavam em número e na capacidade fundamental de servir de local de triagem”. Esta seleção encaminhava os solicitantes aos hospícios privados ou sustentados por verbas públicas, fazendo com que Santa Catarina fosse um dos Estados com mais alta taxa de internações por consultas no Brasil.

A pesquisa de Santos (1992), nos mostra que em 1986 quando os ambulatórios psiquiátricos em funcionamento eram insuficientes, causaram superlotação na Colônia Santana, situação que aumentava ainda mais o número de internamentos, já que estes eram realizados direta e principalmente por *neurose, psicose e epilepsia*. Avaliação positiva para a política psiquiátrica catarinense que em grande parte era integrante da iniciativa privada e destacava como condição importante o aumento de sua clientela.

Na perspectiva individual ou social do problema, propondo o alcance da *cura*, os resultados da prática psiquiátrica foram significativamente negativos, assim como as propostas de *prevenção* quando considerado o crescente número de internações e reinternações. Fortalecia-se uma psiquiatria do social praticada na década de 80, cujo objetivo era a obtenção gradativa de lucro e exclusão social, acompanhada da perda da cidadania do ‘doente mental’. Para o autor, a política de saúde mental catarinense era reflexo da prática nacional ao agir como reprodutora da realidade mundial, apresentando fatos como, segregação social e manutenção da ordem pública. (SANTOS, 1992 p.114)

A Reforma Psiquiátrica na década de 90 foi um processo de formulação crítica e prática que teve como objetivos e estratégias, o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Este movimento cumpre um importante papel como ator político, fundamentando a crítica ao sistema nacional de saúde mental, ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas sobre a movimentação político-social.

O movimento em saúde mental no Brasil: *Movimento de Luta Antimanicomial; Movimento pela Reforma Psiquiátrica* ou *Alternativas à Psiquiatria*, com suas propostas revolucionárias, utópicas, pragmáticas, normativas, cumpre um importante papel no campo das transformações em saúde mental: é o ator político a construir as propostas e as possibilidades de mudanças. Este movimento mantém uma perspectiva desinstitucionalizante e debate a questão da institucionalização da doença e do sujeito da doença. Seja nos espaços de associações, em trabalhos culturais, atua-se no surgimento de novas formas de expressão política, ideológica, social de lazer e participação, que edificam um sentido de cidadania que jamais lhe foi permitido.

No entanto, segundo Amarante (1994), a própria expressão *reforma* indica um paradoxo, sendo utilizada como transformações superficiais, acessórias, em oposição às verdadeiras transformações estruturais, radicais e de base. Nesse sentido o internamento involuntário, a desapropriação, a medicalização da moral, permanecem como práticas eficazes e representam mecanismos que expressam a interdição social dos indivíduos sob sofrimento psíquico, sobre suas escolhas, sobre a dimensão de existir. Concepção reforçada no modelo lógico que a sociedade, num ideologismo dissimulado, oferece sobre si mesma descrevendo uma doutrina da cegueira, que ainda prepondera e perpetua o significado ideológico da alienação.

CAPÍTULO 4

4. OS JOVENS INTERNOS DO IPQ EM NÚMEROS

Neste capítulo apresentamos o perfil dos jovens internados no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, na faixa etária de 14 a 25 anos, durante o período de 2002 à 2004, período aparentemente curto mas que permite obtermos o quadro revelador da realidade institucional na sua relação com a juventude sob sofrimento psíquico. As ilustrações e análises demonstram através de taxas percentuais e números, uma diversidade de interações que explicitam a importância desse primeiro passo de levantamento e do aprofundamento da análise, sobre os jovens inclusive, para que pudéssemos retratar e divulgar estas informações, que inexistiam até o momento.

4.1 Análise dos dados quantitativos obtidos nos prontuários

Aproximadamente 60 mil prontuários constituem o acervo de consulta no SAME e no levantamento inicial foi consultado o arquivo geral (meio físico) para estabelecer: *Idade; Origem; situação de internamento (Interno ou Reinterno); Sexo; Diagnóstico médico (Casos Psiquiátricos e Comorbidade) dos jovens internos.*

A coleta foi delimitada ao período de dois anos, entre 2002 à 2004. Após a anotação dos dados na ficha, Apêndice A, elaborada pelo pesquisador, foram consultados os respectivos prontuários para obter mais informações que se faziam necessárias.

Após a compilação dos dados levantados, utilizando-se o programa Excel obtivemos os resultados em planilhas e gráficos, Apêndice B, que demonstram quantitativamente o perfil do jovem internado no IPQ. Para estes resultados adotamos uma abordagem comparativa, utilizando uma visão geral sistemática referente às internações.

Os jovens brasileiros, assim como os demais por todo o mundo, vêm experimentando uma acelerada transformação social e cultural, cujas implicações requerem uma permanente avaliação e observação. Nesse sentido e de modo particular, as questões relativas às trajetórias dos jovens pesquisados até a sua internação em instituições psiquiátricas, precisam ser enfrentadas e compreendidas no contexto dessas mudanças. Avalia-se que, através da revelação de dados quantitativos sobre os internamentos de jovens, podemos contribuir, para que tenhamos alguns indicadores representativos, que além de descreverem uma situação de momento, sinalizam para a sua presença social significativa. Manter atualizado o conhecimento da realidade de internações dos jovens catarinenses e mais especificamente da região da Grande Florianópolis, mediante um conjunto de indicadores, é de especial importância, sobretudo em se tratando de uma faixa da população marcada por várias formas de cobranças, dúvidas, e porquê não dizer, desigualdades.

Os dados aqui apresentados e analisados dentro de um processo de contínua atualização, fazem parte do esforço de darmos visibilidade à questão do internamento de jovens, e para isso, uma das providências tomadas, foi conhecer a situação desses jovens na Região da Grande Florianópolis estendendo-se ao restante do Estado (Apêndice B). É preciso saber quantos jovens estão nesta situação, onde estão, por que estão, quais os fatores que estão determinando esta situação. Uma tarefa difícil, mas importante, para que políticas públicas atinjam esses jovens, e sejam elaboradas para evitar que o caminho trilhado por eles seja o da internação. As análises realizadas não pretendem esgotar o assunto, mas, sobretudo, sugerir outras pesquisas sobre esta realidade.

4.2 Perfil dos jovens internados no IPQ de 2002 à 2004

A população de jovens internados em Santa Catarina com idades compreendidas entre 15 e 25 anos, revelada pelo período pesquisado de dois anos (2002 à 2004), contabilizou 532 pessoas conforme mostra o GRAF.1 e TAB.1. Deste total, 440 casos do sexo masculino, que correspondem a 82,7% das internações e 92 casos do sexo feminino, que correspondem a 17,3% das internações. Pode-se verificar no GRAF.2, que os dados obtidos sobre as internações por *Sexo*, na região da Grande Florianópolis, assemelha-se com os do Estado. Do total de 331 casos, 60 casos são femininos, que correspondem a 18,1% e 271 casos masculinos, que correspondem a 81,9% dos casos.

Independente da idade, os números mostram que a maioria das internações na Grande Florianópolis são masculinas e de forma bastante acentuada, seguindo o padrão no Estado.

TABELA 1

TOTAL POR IDADE	IDADE	N - FEM	% - FEM	N - MASC	% - MASC
1	13	0	0,0	1	0,2
8	14	3	3,3	5	1,1
13	15	1	1,1	12	2,7
18	16	3	3,3	15	3,4
26	17	2	2,2	24	5,5
29	18	6	6,5	23	5,2
40	19	7	7,6	33	7,5
69	20	9	9,8	60	13,6
70	21	15	16,3	55	12,5
77	22	9	9,8	68	15,5
53	23	9	9,8	44	10,0
71	24	15	16,3	56	12,7
57	25	13	14,1	44	10,0
532	TOTAIS	92	100,00	440	100,00

Tabela 1 – Internações de jovens entre 14 e 25 anos, no IPQ, no período entre 2002 e 2004.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

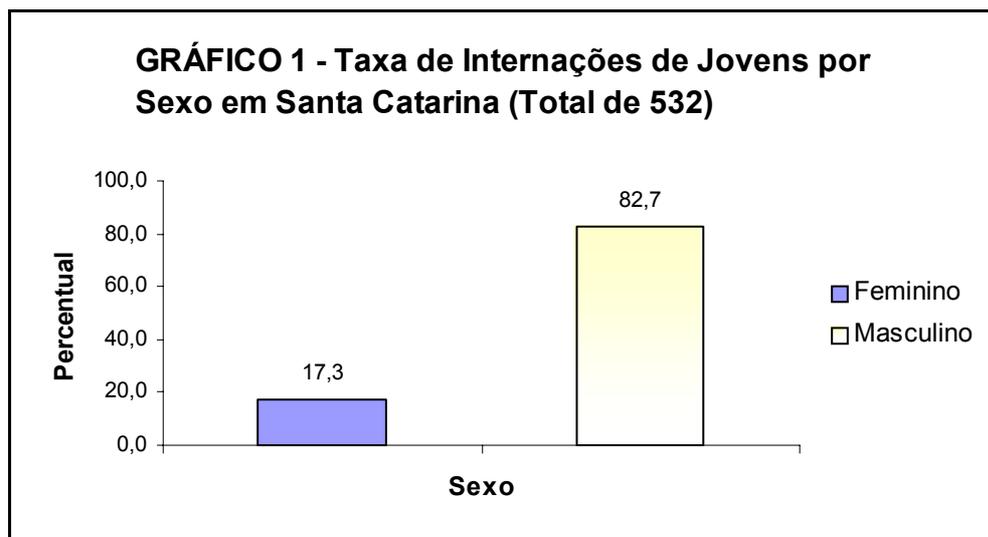


Gráfico 1 – Taxa de internações de jovens por sexo em Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

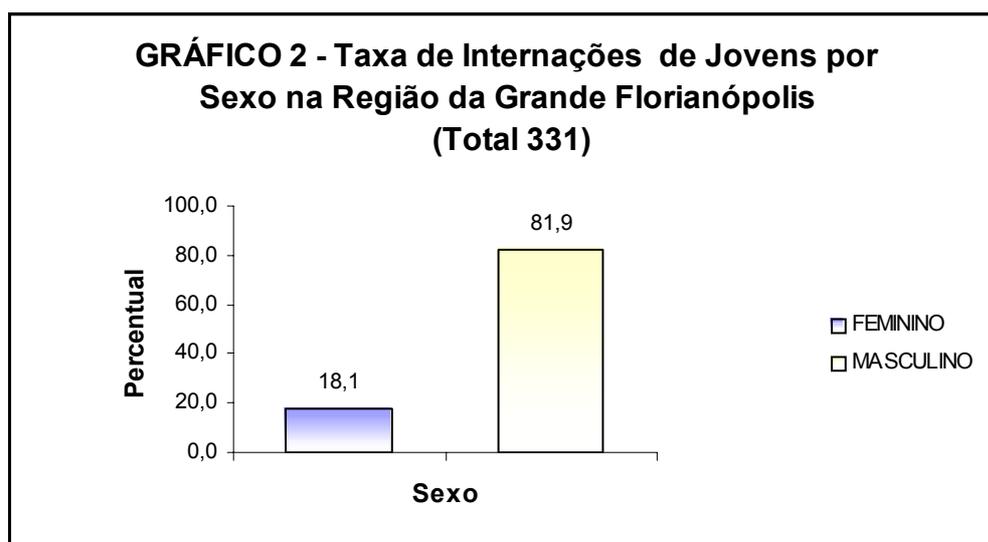


Gráfico 2 – Taxa de internações de jovens por sexo na região da Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Analisando os gráficos acima, nos deparamos com os seguintes questionamentos: qual fator determina a diferença acentuada nas internações juvenis, sendo predominantemente masculinas? Podemos levantar a hipótese de que a sociedade é mais complacente com as mulheres, que a família “aceita” de uma forma diferenciada o sofrimento feminino, tentando protegê-la no seio familiar? Ou, que a cobrança familiar, no que se refere a trabalho,

constituição de sua própria família e de responder como “homem de família”, faz que as pressões sobre os jovens masculinos sejam mais explícitas, levando aqueles que estão “fora” desta ordem a se complicarem a ponto da necessidade de internação? Não estamos afirmando, nestes questionamentos, que as pressões femininas não existam ou que as jovens são sempre mais “protegidas”, mas de certa forma, que as expectativas não alcançadas por elas são mais aceitas pela sociedade. Um exemplo claro e sem generalizar, está na comparação entre jovens de diferentes sexos, com a mesma idade na casa dos pais, onde o fator desemprego ainda é mais evidente e cobrado, exigindo-se soluções mais para o filho do que para a filha.

Na observação das internações no Estado, GRAF.3 a seguir, sobre os *Diagnósticos de Casos Psiquiátricos (CP)* e Casos de *Comorbidade (CO)*, a pesquisa identificou que eles eram 262 casos (CP) correspondendo a 49,2% e 270 casos (CO), que correspondiam a 50,8% de CO referentes ao total do Estado, assim o gráfico indica um equilíbrio na ocorrência destes diagnósticos entre os jovens.

Nas internações por *Diagnóstico* na região da Grande Florianópolis, de acordo com GRAF.4 a seguir, observamos 148 *Casos Psiquiátricos (CP)*, que correspondem a 44,7% e 183 *Casos Comorbidade (CO)*, que correspondem a 55,3% do total de 331 casos. A avaliação da Comorbidade, como forma de identificar o diagnóstico conjunto de Casos Psiquiátricos e drogas, nos demonstra números onde a parcela de internação com o de diagnóstico psiquiátrico é bem maior, pois está incluso também na Comorbidade.

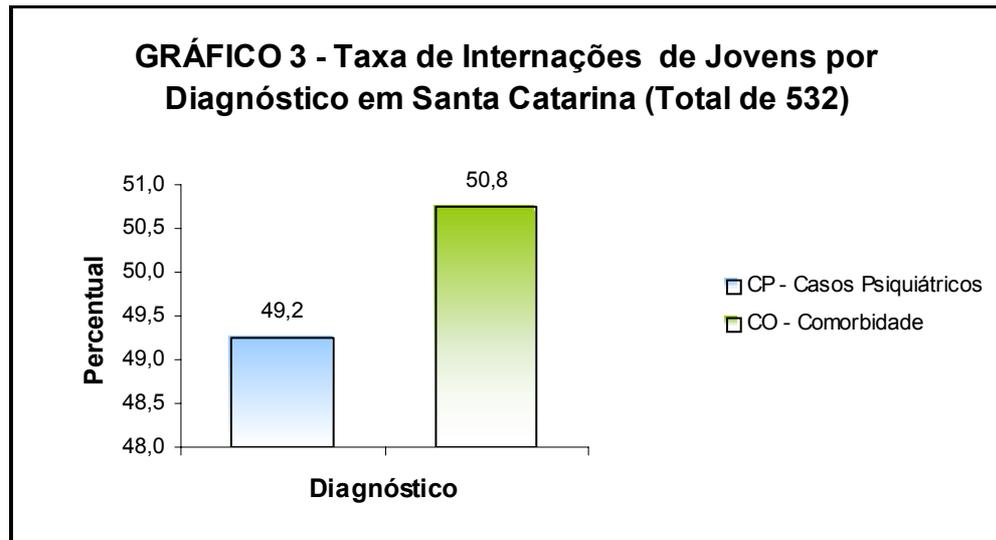


Gráfico 3 – Taxa de internações de jovens por diagnóstico em Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

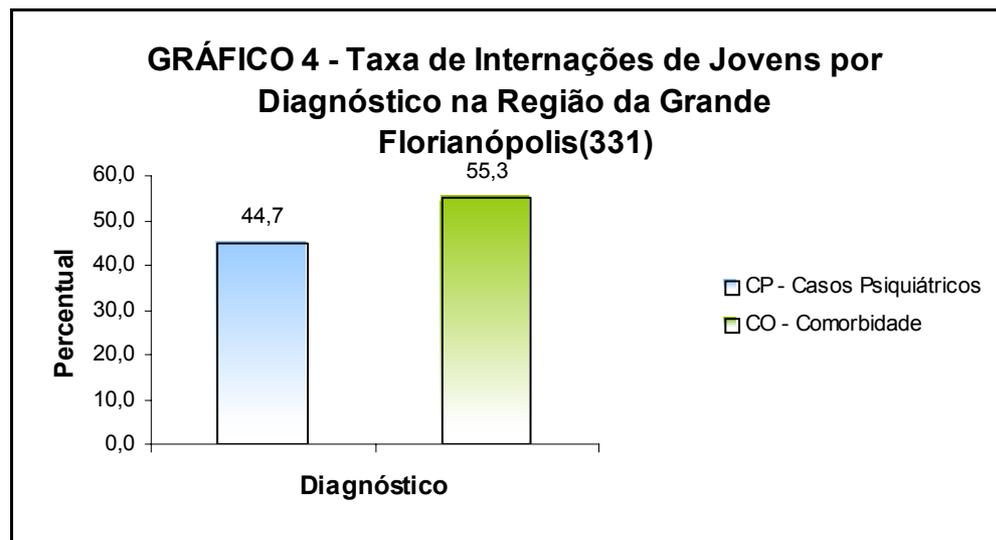


Gráfico 4 – Taxa de internações de jovens por diagnóstico na Região da Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Como mostra o GRAF.5, relativo ao *Tipo* de internação, do total de 532 internações dos jovens no Estado, a maioria dos casos, 348 foi de *Internos* (IN) que correspondem a 65,4%, sendo que 184 são de *Reinternos* (RE) que correspondem a 34,5%. Fazendo um comparativo com as internações por *Tipo* com a região da Grande Florianópolis, observamos uma pequena variação desses números, sendo 204 casos de *Internos* (IN) que

correspondem a 61,6% e 127 casos de *Reinternos* (RE), que correspondem a 38,4% do total de 331 casos, como fica demonstrado no GRAF.6.

Neste caso o destaque fica por conta do número de reinternações, o que nos remete à hipótese que no retorno para a sociedade, para a família, as situações não se modificam, não há mudanças nas relações de convívio, que permitiriam condições de superação. O papel da família na recuperação deste jovem é de fundamental importância, mas sabemos também, que ela necessita tanto quanto os próprios jovens, de orientações profissionais para saber lidar com todos os desafios que cercam a mudança do estado de sofrimento.

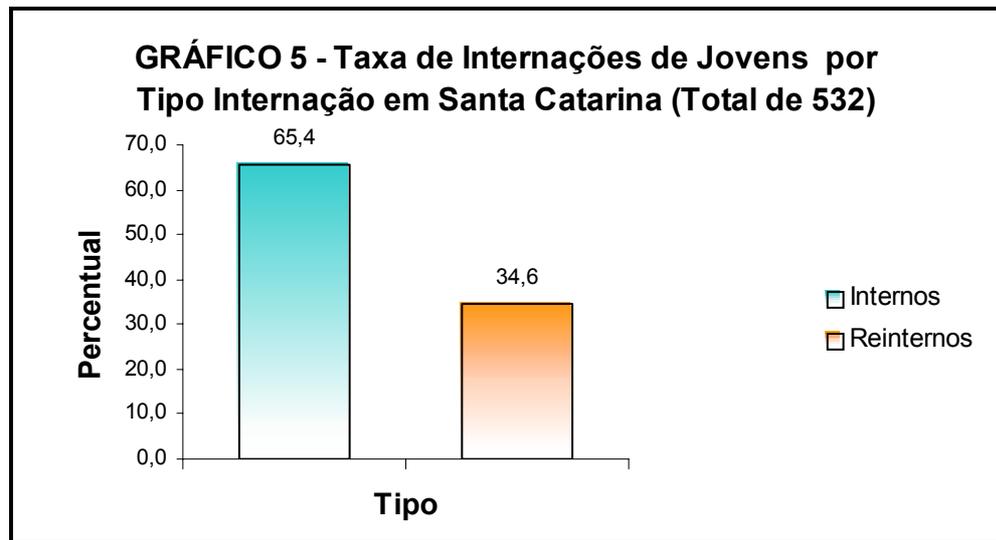


Gráfico 5 – Taxa de internações de jovens por tipo de internação em Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

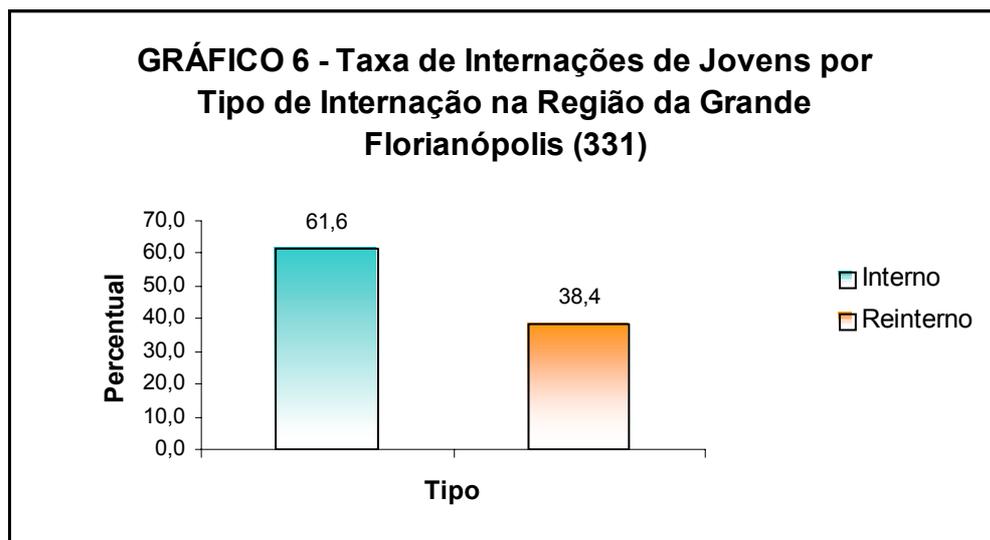


Gráfico 6 – Taxa de internações de jovens por tipo de internação na região da Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Conforme demonstra o GRAF.7, as internações por *Sexo / Idade Feminino* no Estado, têm uma incidência maior no sexo feminino, nas idades de 21 e 24 anos, atingindo 16,3% dos casos, seguidos de 25 anos com 14,1% do total de 92 casos. Trazendo os números do GRAF.8, sobre as internações do sexo feminino da região da Grande Florianópolis, do total de 60 casos, 13 casos ocorreram na idade de 24 anos, o que corresponde a 21,7% dos casos.

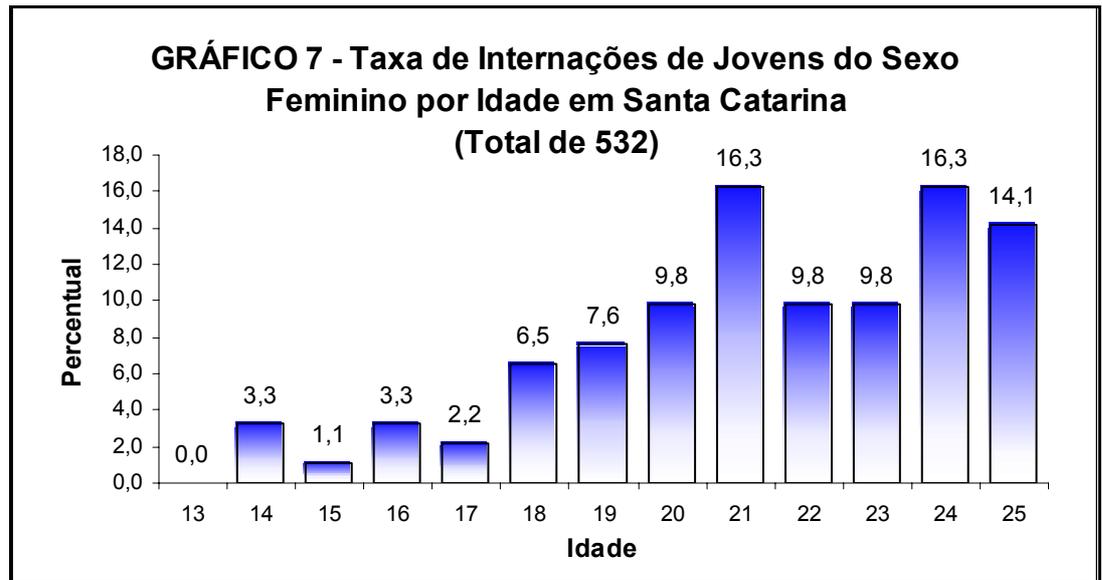


Gráfico 7 – Taxa de internações de jovens do sexo feminino por idade em Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

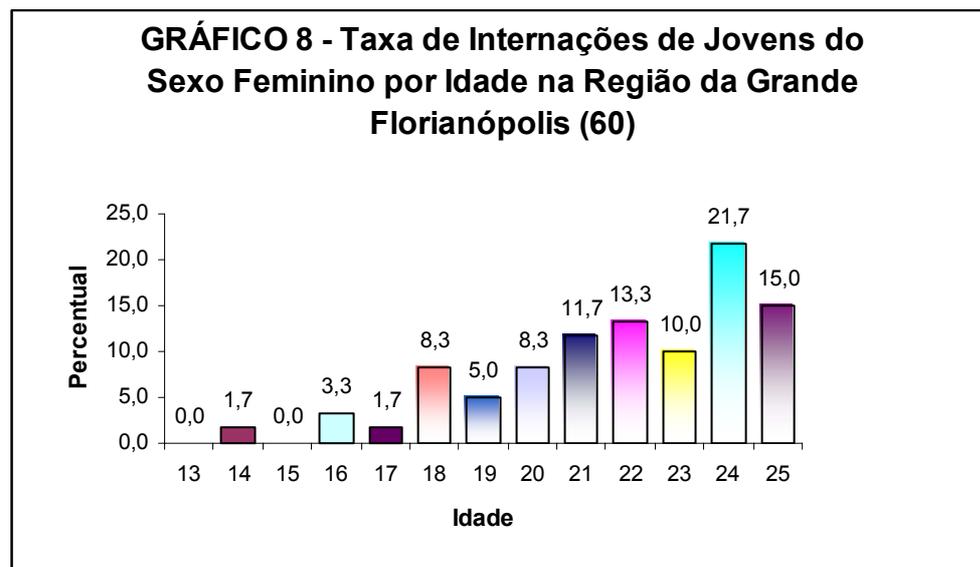


Gráfico 8 – Taxa de internações de jovens do sexo feminino por idade na região da Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Notamos que nos casos femininos, a idade maior em relação aos casos masculinos, como poderemos observar nos GRAF.9 e GRAF.10, reforça os questionamentos feitos no

início sobre as perspectivas femininas e masculinas, onde as exigências que incidem sobre o homem, surgem mais cedo do que para a mulher.

Na análise das internações por *Sexo / Idade masculino* no Estado, têm destaque os 15,5% dos casos entre os jovens de 22 anos; 13,6% dos casos entre os de 20 anos e 12,7% entre aqueles de 24 anos, do total de 440 internações como demonstra o GRAF.9. Nas internações do sexo masculino da região da Grande Florianópolis no GRAF.10, do total de 271 casos, tivemos 43 casos com a idade de 22 anos, que correspondem a 15,9% dos casos.

É possível notar certa uniformidade e significativo acréscimo no índice de internações a partir dos 20 anos, coincidindo com a idade em que estes jovens estão vivenciando o auge dos questionamentos, incertezas quanto ao projeto pessoal, assim como ansiedades, dificuldades e conflitos referentes a complexidade dos inúmeros aspectos que conduzem à definições em suas vidas.

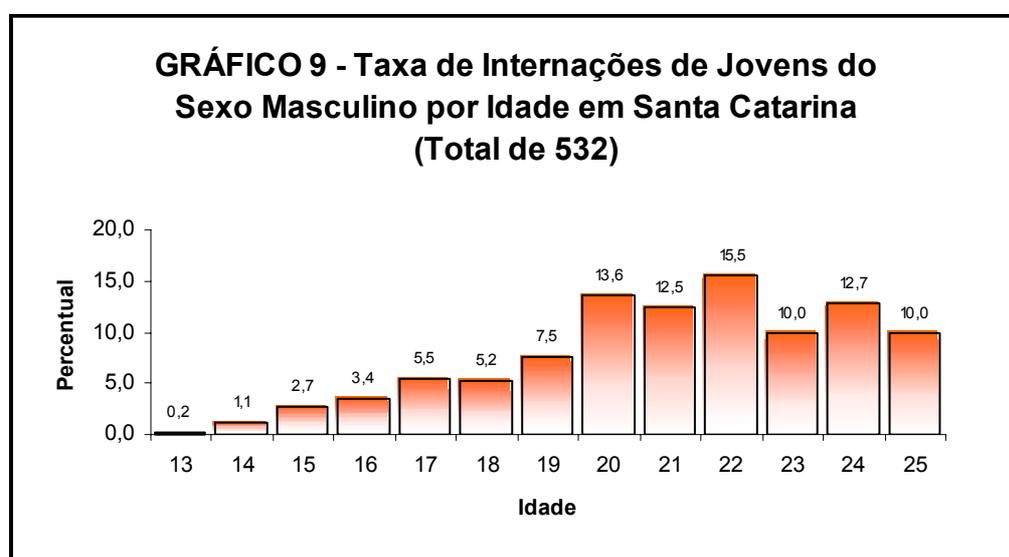


Gráfico 9 – Taxa de internações de jovens do sexo masculino por idade em Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

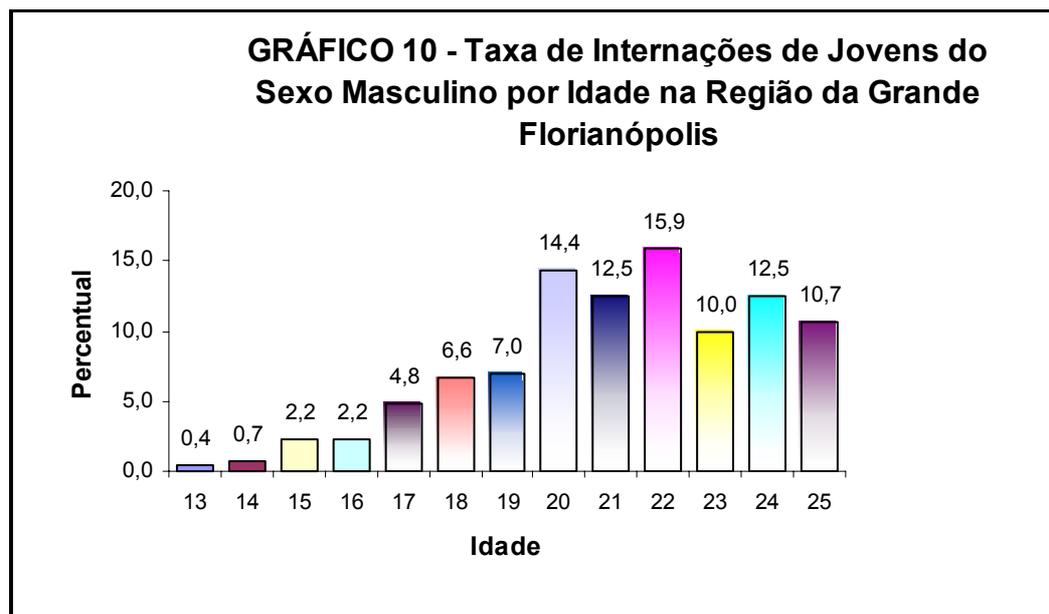


Gráfico 10 –Taxa de Internações de jovens do sexo masculino por idade na região da Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Como demonstra o GRAF.11, nas internações por regiões geográficas, de um total de 532 casos no Estado, observamos a região da Grande Florianópolis com 331 casos, que correspondem a 62,2%; seguindo-se a região do Vale do Itajaí com 89 casos, que correspondem a 16,7%.

Os dados nos podem indicar que para uma parcela da população jovem, as condições de vida em concentrações urbanas, como a dos grandes centros, levam à incidência de instabilidades, como dificuldades para conseguir trabalho, por não terem mão-de-obra qualificada, maior concorrência, etc. Dificuldades essenciais como desemprego, relações familiares conflitivas, são algumas conseqüências que frustram e inviabilizam objetivos.

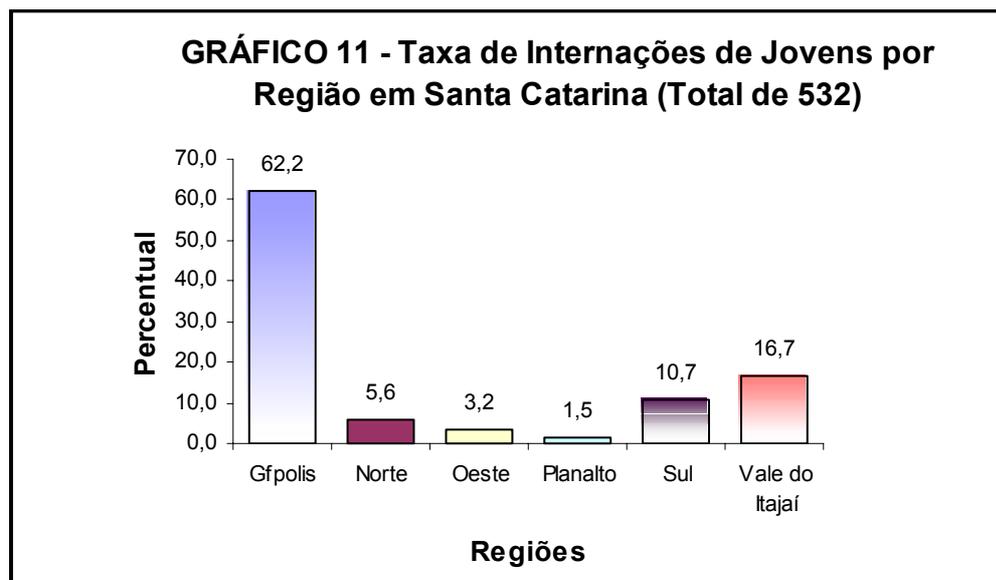


Gráfico 11 – Taxa de internações de jovens por região em Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nos GRAF.12 e 13, aparecem exemplos que confirmam o que identificamos anteriormente, no que diz respeito a maior incidência de transtornos psíquicos em centros urbanos maiores. No primeiro, onde aparecem os municípios com maior número de internações em relação à região da Grande Florianópolis, podemos observar que o município de Florianópolis possui 137 casos, o que corresponde a 41,4% do total de casos da sua região. Já na região do Vale do Itajaí, o município de Itajaí apresentou 23 casos, ou seja, 25,8% do total de casos desta região. O município de Tubarão, com 14 casos apresentados corresponderam a 24,6% dos casos da região Sul. Quando analisamos o norte do Estado o município de Joinville apresenta 11 casos, que corresponderam a 36,7% dos casos desta região. Com relação à região Oeste o município de Chapecó apresentou 8 casos, que corresponderam a 47,1% dos casos. Por fim, na região do Planalto, os municípios de Lages e Curitibanos apresentaram 2 casos, correspondendo a 25% do total de casos na referida região.

O GRAF.13 apresenta nas taxas de internações dos municípios em relação aos 532 casos no Estado, os municípios com maior índice. Primeiramente Florianópolis com 25,8%;

Itajaí com 4,3%; Tubarão com 2,6%; Joinville com 2,1%; Chapecó com 1,5% e Lages e Curitibanos com 0,4% do total de casos.

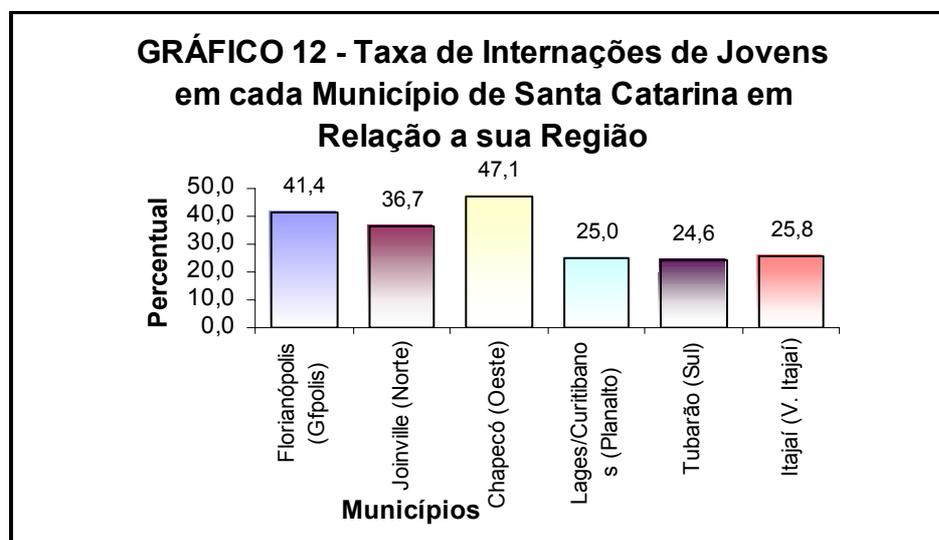


Gráfico 12 – Taxa de internações de jovens em cada município de Santa Catarina em relação a sua região.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

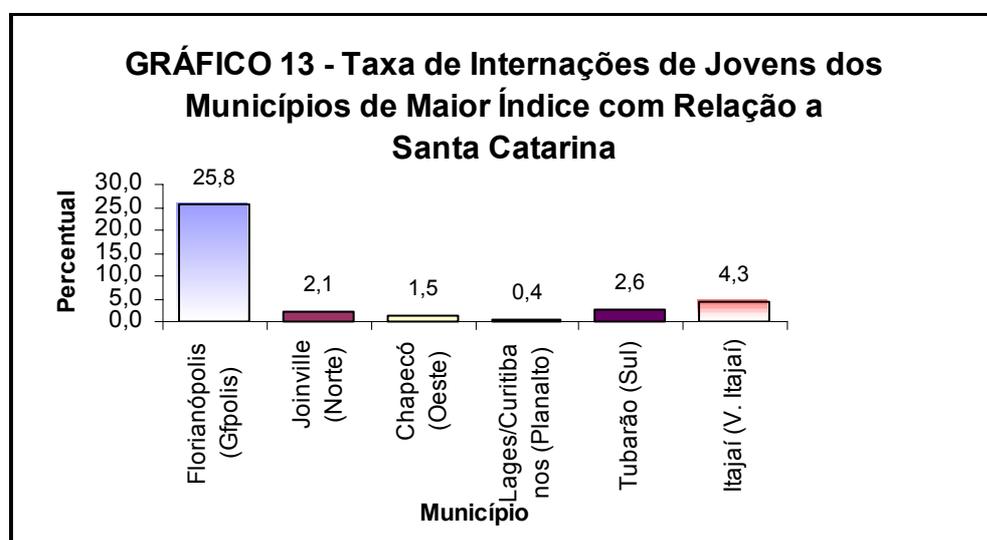


Gráfico 13 – Taxa de internações de jovens dos municípios de Maior Índice com relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Como pode ser observado no GRAF.14 abaixo, sobre as internações na faixa etária dos 13 aos 25 anos na região da Grande Florianópolis, dos 331 casos podemos destacar 51 deles que correspondem a 15,4% dos jovens com idade de 20 anos, seguindo-se dos 47 casos

que correspondem a 14,2% dos jovens de 24 anos. Também observamos que a diferença acentuada nos valores correspondentes às idades entre 17 e 19 anos, em relação aos jovens de 20 anos em diante, mostram que as cobranças, incertezas e demais fatores inerentes à passagem da adolescência para a fase adulta, podem estar diretamente relacionados ao aumento significativo de internações.

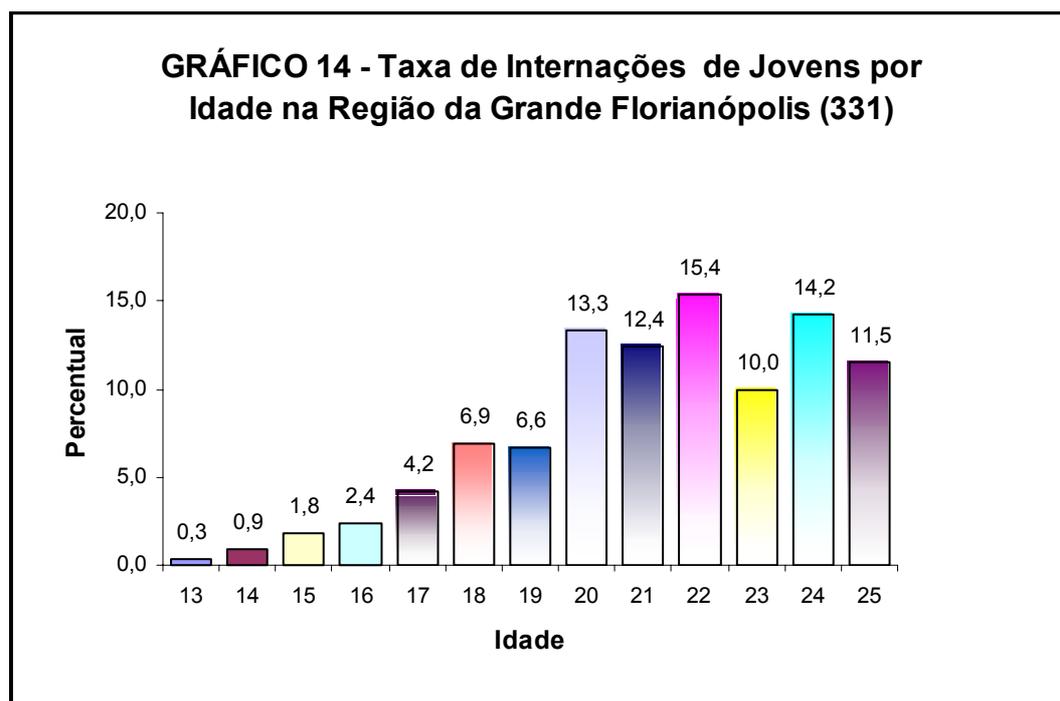


Gráfico 14 – Taxa de internações de jovens por idade na Região da Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *Município* da região da Grande Florianópolis, conforme GRAF.15, observamos do total de 331 casos, Florianópolis com 137 casos, que correspondem a 41,4%; São José com 83 casos que correspondem a 25,1%; Palhoça com 57 casos que correspondem a 17,2% e Biguaçu com 21 casos que correspondem a 6,3% do total de casos na região.

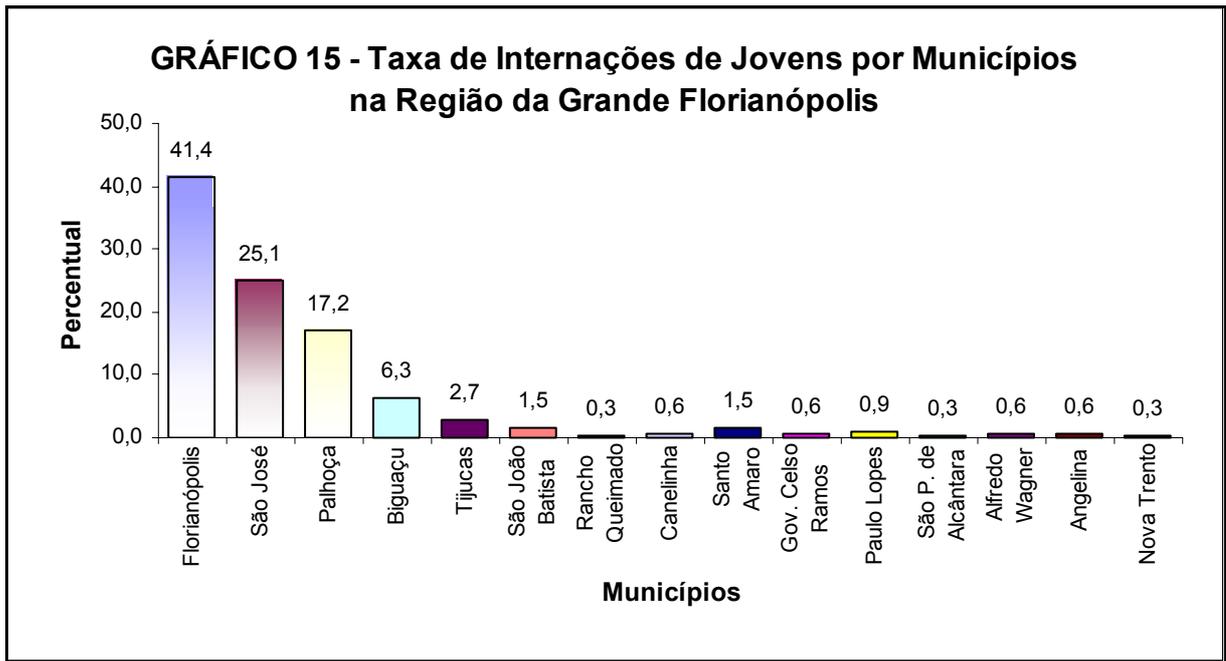


Gráfico 15 – Taxa de internações de jovens por municípios na região da Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

CAPÍTULO 5

5. A TRAJETÓRIA DO PESQUISADOR

Quando observamos uma obra de arte tentamos extrair nos detalhes, significados que permitam entender e admirar, entre muitas possibilidades, o simbolismo que a envolve. Ao chegar no hospital para participar das reuniões sobre a pesquisa, este local e o simbolismo nele presente, nos remeteu às tradições sobre como e o porquê estas instituições deveriam ser assim construídas. Observar os aspectos da arquitetura, de seus jardins externos, foi estimular o nosso imaginário às representações de um ambiente especial.

A história dessas instituições não retrata, até mesmo para um observador menos atento, situações agradáveis de admiração. Seguramente o pesquisador não tinha expectativas de entrar num museu de obras inertes, mas tinha a perspectiva de vivenciar diversidades, que talvez pudessem retratar a veracidade singular de uma *condição de arte* protagonizada por nossa sociedade.

Caricatura intrigante e imperiosa, retratando um quadro bizarro, desvendando e desnudando a realidade, apresentando-se como um ‘*convite*’ ao pretenso observador disposto a compreender uma forma de arte que ali se configurava, lembrando uma outra realidade, de tempos antigos, mas que persiste e ainda insiste em ser contemporânea.

5.1 As portas se abrem: um desafio intenso

Na ocasião da preparação do projeto realizamos um levantamento preliminar no IPQ para obtenção de dados que fundamentassem a proposta de investigação. Os trâmites e vias administrativas necessárias para aprovação foram realizados conforme as solicitações da Instituição. Posteriormente, na condição de pesquisador, retornamos para solicitar as autorizações para efetivação da pesquisa (Anexo A). As solicitações continham diversas situações de exigências referentes à aprovação da pesquisa. Entre elas, que o projeto de pesquisa fosse apresentado à Instituição após qualificação no programa da Universidade - PPGSP.

Assim atendido, apresentamos o projeto qualificado à banca examinadora do IPQ, constituída por especialistas e demais profissionais daquela Instituição que avaliaram, entre outros tópicos, a forma de levantamento documental; a forma e conteúdo das entrevistas; o conseqüente envolvimento dos funcionários e a rotina do hospital. Nestas condições, solicitaram a apresentação do projeto qualificado, apresentação prévia da metodologia que seria utilizada à reunião ordinária dos profissionais e Comitê de Ética do IPQ, ocasião de questionamentos sobre os objetivos da pesquisa, considerações, sugestões e encaminhamentos pertinentes. As liberações das pesquisas são assim condicionadas, por determinação do órgão externo da saúde ligado à ética de pesquisa. Os trabalhos também contaram com a supervisão de um profissional qualificado da Instituição da área da psicologia; do preenchimento de relatórios, Anexo B, após a finalização de cada etapa; e também que uma cópia do trabalho final fosse disponibilizada.

Na fase seguinte estabelecemos os critérios a serem adotados na aplicação das entrevistas, Apêndice C, com os jovens internos, com a colaboração do profissional indicado. Estas entrevistas foram previamente estudadas e orientadas quanto ao momento e a forma de

realizá-las. Paralelamente estudamos junto ao responsável pelo SAME, a metodologia de obtenção dos dados através dos documentos daquele setor. Definimos então, que primeiramente faríamos os levantamentos no SAME, local de recepção e primeiro atendimento aos pacientes.

Existe uma equipe eficiente de funcionários neste setor realizando intensa atividade de atendimentos, arquivos, fichários, prontuários, documentos, relatórios e registros que revelam a impressionante conjuntura da instituição. Para pesquisar os dados foi necessário estabelecer uma logística, um planejamento - organizado pela chefia - de consulta estratégica nas mais de 60 mil fichas individuais e prontuários, dada a exigência do acompanhamento contínuo de funcionários, para que ao mesmo tempo, não prejudicasse o atendimento frenético deste setor.

Após estabelecermos o período da pesquisa através dos arquivos referentes aos anos de 2002 à 2004, verificamos os nomes e anotamos nas fichas elaboradas para este fim, os itens necessários sobre o perfil de cada jovem selecionado. Depois desta fase efetuamos o levantamento em outro arquivo de prontuários, obtendo os históricos importantes para complementar a coleta de informações. É interessante ressaltar que toda a documentação pesquisada era em meio físico e não digital, exigindo desta etapa um trabalho intenso, lento, meticuloso. Isto foi conseguido principalmente pela colaboração dos funcionários, apesar das diversas interrupções necessárias, devido à realidade efervescente que este setor apresentava, frente à demanda imposta pelos inúmeros casos de atendimentos e internamentos.

Durante a coleta dos dados quantitativos, ainda sem termos concluído o trabalho no SAME, foi possível identificar que haveria um número considerável de jovens internados, mas não essencialmente em condições para as entrevistas, ou, que aceitariam falar sobre o tema proposto. Naquela ocasião, quanto mais envolvíamos com os dados, mais certeza tínhamos que o grande desafio estaria ainda por vir. Não um desafio de incerteza, de

impossibilidade de enfrentamento ou de não obter nenhum depoimento. Sabíamos que o desafio seria, e foi, muito maior por parte daqueles jovens. Precisávamos estar preparados para entender a ‘*grandeza*’ daqueles que não estivessem em condições psicológicas para falarem sobre suas vidas, e o momento de superação de todos os limites daqueles que ainda, dentro de seu sofrimento, encontrariam força, imaginariam um lugar, um tempo, um motivo para serem ouvidos.

5.2. Meias verdades: a percepção das representações

A VERDADE DIVIDIDA

*A porta da verdade estava aberta
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.*

*Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só conseguia o perfil de meia verdade.
E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.
E os meios perfis não coincidiam.*

*Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram ao lugar luminoso
onde a verdade esplendia os seus fogos.
Era dividida em duas metades
diferentes uma da outra.*

*Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
Nenhuma das duas era perfeitamente bela.
E era preciso optar. Cada um optou
conforme seu capricho, sua ilusão, sua miopia.*

(Carlos Drummond de Andrade In: Contos Plausíveis)

Quando concluímos a etapa no SAME, chegou o momento de iniciarmos as entrevistas com os internos. É relevante salientar que não há naquela instituição uma infraestrutura de atendimento de acordo com as recomendações, como por exemplo, da Lei

8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA⁹ em relação à separação dos jovens internos.

Como não havia preferências de sexo para a realização das entrevistas, foi nas enfermarias masculinas que elas aconteceram em primeiro lugar, por questões operacionais. Na ocasião elas estavam com suas estruturas organizacionais melhor definidas, fato que diferenciava da feminina que passava por um processo de reformulação. Esta decisão foi tomada para evitar que em algum momento, a nossa presença pudesse prejudicar o ambiente que passava por mudanças.

Os casos que atendiam o perfil a ser pesquisado foram disponibilizados com profissionalismo pelo responsável de cada setor, assim como pela maioria dos funcionários. Este perfil refere-se aos jovens entre 14 e 25 anos, com diagnóstico sobre sofrimento psíquico. Foram recolhidas informações relativas às *Questões de Gênero, Diagnósticos (Casos Psiquiátricos - CP e Comorbidade - CO), Tipo de Internação (1ª internação-Interno - IN ou a partir da 2ª internação-Reinterno - RE), Idade e Procedência*. Com o início destas entrevistas, revelaram-se as condições da estrutura de atendimento aos pacientes, considerando que os jovens só poderiam ser entrevistados nos momentos em que o efeito da medicação administrada permitia melhores condições de lucidez. Isto possibilitou momentos de reflexão, detalhe importante para relembrar fatos e situações, permitindo registros satisfatórios. ‘Satisfatório’ aqui, entendido do ponto de vista do pesquisador que necessitava dos depoimentos, mas do ponto de vista dos entrevistados, toda e qualquer palavra que pudesse expressar ou que remetia ao drama existencial de sua trajetória, estas sim, para eles, foi um verdadeiro desafio. Falar, conversar e confiar, nas condições que eles vivenciavam, dependia de muita força de vontade e neste caso, foi muito mais que isso, foi um momento

⁹O Capítulo IV do ECA que dispõe sobre as *medidas sócio-educativas*, contém o seguinte contexto em seu parágrafo 3º: *"Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições."*

que os levava a transpor o próprio sentido daquele ambiente para cada um. Constatamos, como pesquisador, que diariamente aqueles jovens selecionados aguardavam ansiosamente para relatarem suas histórias.

Durante a etapa das entrevistas, em seus intervalos, aproveitávamos a oportunidade para acompanhar e conhecer o trabalho institucional de esclarecimento e apoio, que acontecia no IPQ, sobre orientações assistenciais nas áreas da psicologia, enfermagem e serviço social, às famílias dos internados. A frequência nessas reuniões nos levaram a perceber lacunas importantes sobre situações que envolviam as dúvidas dos participantes em relação à forma de como esclarecer, de maneira didática, estes familiares.

As possibilidades de experiências adquiridas com a passagem pelas enfermarias masculinas e as entrevistas foram aproveitadas ao máximo, porque as condições na enfermaria feminina não seriam iguais. Havia diferenças significativas entre estes dois setores devido à reestruturação que estava ocorrendo nas instalações, o que diferenciava os espaços e execução das tarefas.

A enfermaria feminina, numa primeira impressão, lembrava as instituições desassistidas e despreocupadas com a qualidade de atendimento, inúmeras vezes retratadas pela literatura específica que denuncia as condições institucionais. No entanto, percebíamos uma motivação presente nos profissionais deste setor, que procuravam enfrentar as dificuldades com perseverança e dedicação. Tentavam criar condições para que as entrevistadas pudessem atender os requisitos do pesquisador. O esforço era significativo, a colaboração era motivadora na superação das dificuldades para individualizar as entrevistas. Procuravam viabilizar as condições para que as jovens estivessem lúcidas no momento das entrevistas, questão importante para resgatar suas histórias e que mesmo assim, em determinadas ocasiões, foram prejudicadas pelo efeito medicamentoso.

O roteiro das entrevistas centrou as questões nas situações de internamento, nas relações familiares e nas relações escolares. Esclarecemos aos sujeitos da pesquisa, sobre a ética e o respeito à individualidade em relação ao material coletado.

É interessante revelar também o paradoxo envolvendo os familiares dos jovens internados em relação ao consentimento, a finalidade das entrevistas e os objetivos da pesquisa. O consentimento e anuência aconteciam no ambiente hospitalar, mas quando procurados fora da instituição, a receptividade foi inversa e indiferente. Então, a partir dessas situações conflitantes, optamos pelos casos que consentiram sobre a continuidade dos trabalhos fora da instituição, prosseguindo com o processo de pesquisa. Conforme orientação específica do profissional especializado em psicoterapia e colaborador da pesquisa, a seqüência do processo foi analisarmos estes casos, aprofundando as situações reveladas e repetitivas nos outros entrevistados.

Destes casos foi importante a liberdade de trabalho disponibilizada pela família do caso feminino. Não aconteceu da mesma maneira com o caso masculino que apresentou dificuldades nos encontros, mas os desafios foram superados e conseguimos relatos importantes.

CAPÍTULO 6

6. A VOZ DOS JOVENS EM SOFRIMENTO

Neste capítulo problematizaremos o conteúdo de algumas entrevistas selecionadas e que foram realizadas com os jovens no IPQ, bem como fora da instituição após sua alta hospitalar. Nos depoimentos podemos conhecer melhor a história e a trajetória desses jovens até a internação, a partir do destaque aos temas que abordam a internação, a família, a escola e as amizades dos internos. Os entrevistados estão identificados pela letra “F”, que se refere às entrevistas com jovens do sexo feminino e pela letra “M”, nas entrevistas com jovens do sexo masculino. Os casos aprofundados e entrevistados fora da instituição receberam nomes fictícios de Isabel e Paulo.

6.1. A sociedade precisa livrar-se do que a incomoda

*“Não podeis aplacar a alma doente, arrancar-lhe da memória um arraigado pesar, apagar os tormentos gravados no cérebro e, com um doce antídoto que faça esquecer, alijar o peito oprimido da terrível carga que aperta seu coração?”
(Shakespeare)*

Seriam loucos os heróis trágicos de Shakespeare? Em *Hamlet* entendemos que a má conduta pessoal não é uma doença, que as conseqüências do fracasso moral não constituem uma condição médica tratável. Na leitura da peça ele exhibe a duplicidade

intrínseca ao tratamento dos loucos, enquanto os cenários conduzem o nosso imaginário à demanda do enclausuramento. Quanto mais ponderamos sobre a representação da loucura feita por este genial dramaturgo, mais ficamos impressionados com as “sutilezas” de nossa sociedade: *nos convencemos que o abuso da razão é loucura, assim como admitimos que o abuso de drogas é vício.*

Na sociedade contemporânea a vida de relações, as experiências, tendem a coisificar-se pelo imperativo de uma sociabilidade regulada e controlada pela massificação das relações sociais. Em consequência, a individualidade é sufocada de tal forma que se converte em verdadeiras máscaras, escondendo sua subjetividade que luta para manter-se autêntica. Não é nossa intenção tratar de uma abordagem doutrinária, consequente do enrijecimento dogmático de muitas teorias, que imobilizam e impedem reflexões eficientes e objetivas, mas apontar que as pessoas que são consideradas anormais, por alguma razão, pela família, pela escola, por parentes ou amigos, são levadas, acolhidas e adestradas nos hospitais por um sistema que reproduz uma ideologia imposta, que apóia entusiasticamente os atestados técnico-médicos e seus estigmatizantes diagnósticos neutralizadores da individualidade. Muitas vezes estas pessoas não foram ouvidas ou compreendidas e de maneira contundente foram excluídas, tornando suas experiências invalidadas.

Para tornar compreensível as palavras deste sujeito precisamos entender as interações, o contexto da família, a fim de observar como este filho é considerado, como ele tem seu lugar no ambiente de relações, como reage neste contexto, internalizando-o ou batendo-se para escapar dele, ao mesmo tempo em que por ele é interditado.

Nos relatos obtidos, o internamento das jovens difere como motivo e situação, mas são conduzidos, em geral, pelo mesmo paradoxo: o conhecimento do significado social da sua doença e o desconhecimento completo de que o internamento irá ocorrer.

As jovens procuram explicar os motivos na memória do seu relacionamento com familiares, amigos, parentes, mas deixam transparecer que não foi uma escolha estar no IPQ. Servem de argumento explicativo “*o branco que deu na minha cabeça... quando soube que meu ex-namorado ia se casar*”, a lembrança do sofrimento em casa por um “pavor”, “pesadelos horríveis”, “um vazio” diante das coisas.

Sem uma orientação diferenciada do modelo familiar onde se insere, não abandona a condição de planejar o futuro pelo casamento. Na impossibilidade, na desesperança de concretizar seus sonhos, busca no auto-sacrifício o meio de livrar-se da frustração. Poucas coisas hoje no mundo, segundo Serrano, impressionam tanto as pessoas como o suicídio, principalmente se quem o comete é alguém jovem. O suicídio de um jovem é considerado como alguém com toda a vida pela frente e é isto que mais perturba. Este autor destaca que o suicídio apresenta como evidência principal a ‘dor psíquica’: “*Aí, quando eu tinha 15 anos eu fui desanimando, tentei me matar, misturei remédios e tomei.*” (Isabel, 22 anos)

Participando de um ambiente confuso, de uma socialização que estabelece cobranças antecipadas de amadurecimento, ao mesmo tempo em que a atropela, de maneira precoce à realidade adulta: “*Na outra internação eu tinha 16 anos, quando voltei a namorar e aí ele me engravidou.*” (Isabel, 22 anos). Este fato, como muitos outros, expõe a realidade social de uma prática criminalizante em relação à mulher, que neste caso era uma adolescente.

O conflito com os familiares é um fato: queixam-se de serem impedidas de fazer o que querem, de não serem ouvidas nas suas tentativas de expressarem a vontade de trabalhar, vontade de saírem de casa. Quando se referem aos familiares, transmitem a imagem de um desamor provocado pela incompreensão que acabou se desdobrando em acusação sobre suas condutas morais: “*...dizia que eu não prestava*”, “*filha ingrata*”, o que dificultava o ânimo de viver.

O caso em que o internamento ocorreu fora do universo familiar mostra a transferência da pressão deste ambiente para o espaço público no qual a cobrança da normalidade é implacável: *“falavam que eu era maluca, que estava possuída, que eu era uma bruxa. Então, saí de casa simplesmente para não me atormentarem mais. Vivia sozinha e quando caminhava na rua, me prenderam e me colocaram aqui no hospital.”* (F 5, 24 anos)

Os relatos são comoventes quando a experiência do sofrimento psíquico é revelada na vida de indivíduos que estão numa fase de transição e que esta se apresenta como vazia da sociabilidade concedida a muitos outros jovens da mesma faixa etária entre os 14 e 25 anos. As jovens internas se dizem esquecidas, entristecidas: *“por terem feito isto comigo”*, tentam entender os aconselhamentos da família, mas sentem-se rejeitadas por eles porque consideram-se obrigadas à reclusão. Querem ir embora e choram, choram muito: *“só tenho vontade de ficar chorando”*. (F 4, 23 anos)

O internamento para os jovens, segundo seus relatos, não difere muito das jovens. Assim como elas, eles têm conhecimento do significado social de sua doença e também se surpreendem com a internação. É possível observar que esses jovens apontam que foram internados por suas famílias sem explicação dos motivos e contra a vontade: *“Disseram que iam me levar no médico, para conversar ... eu não sabia que ia ficar aqui ...eles me enganaram.”*(M2, 17 anos) *“Eu não queria vim pra cá.”*(M3, 21 anos) *“Se eu não entrasse, eles me botavam à força ...não tinha como não entrar.”*(M5, 22 anos) Se a relação familiar é construída sem respeito, sem diálogo, marcada por sanções impostas de um modelo coercitivo que oprime e degrada, seguramente haverá conseqüências para seus dependentes: *“Simplesmente chamaram a viatura da polícia e me obrigaram a entrar e me levaram. Eu fiquei revoltado quando eles disseram que iam me internar.”* (Paulo, 22 anos)

Podemos observar que os agentes envolvidos tentam encontrar soluções que muitas vezes resultam-se traumáticas: *“...veio polícia. Quando eu vi...tava aqui”*(M5, 22

anos). *“Aconteceu tudo muito rápido. Eu achava que no outro dia ia pra escola. Daí me deu um desespero,... a vontade de sair correndo,... de berrar”*.(M2, 17 anos). Tentaram encontrar alternativas num ambiente de contradições que os empurraram para situações ainda mais problemáticas: *“Eu fiquei bastante magoado porque, me enganaram, aqui parece uma prisão (M2, 17 anos)”*. *“Agora nem sei o que vai acontecer... tô triste, muito triste. Eu queria tá lá fora”* (M4, 18 anos).

Observamos que os jovens que participam destes ambientes contraditórios, muitas vezes são humilhados e rotulados pelos pais ou irmãos que os ridicularizam: *“A minha família me respeitava até certo ponto... começava a me ofender ... me chamavam de burro...”* (Paulo, 22 anos). A família com seus padrões uniformes, impostos e intolerantes com as fraquezas pessoais, exerce com eficácia e determinação, normas e modelos através de controles específicos impostos pela institucionalização. Dentro destes modelos de conduta, desempenhados e adestrados, o jovem vivencia sua solidão: *“A minha mãe falava do meu irmão mais velho: ‘este é o único filho bom!’. A gente ouvia isso e dava um desânimo...”*(M3, 21 anos) e sem perspectivas de superar desafios, perde pontos de referência: *“Depois fiquei com raiva da minha família ... perdi o equilíbrio totalmente”*(Paulo, 22 anos). Eles apresentam complicações de enfrentamento da realidade ao mesmo tempo em que são empurrados ao isolamento social, ao desespero, ao sofrimento: *“E aí foi indo, fui me estressando... até o ponto de querer me matar”*(Paulo, 22 anos). *“...Pensava que só a morte poderia aliviar.”*(M3, 21 anos)

No hospital o ambiente e as regras “lembram” ao paciente que é afinal um caso de doença mental, que sofreu algum tipo de colapso social no mundo externo, determinado pela sociedade e que foi um fracassado de alguma forma: *“...passei por dificuldades aqui dentro, com 14..., 15... 16...17 anos sem condições, sofrendo muito e só de pensar, me dá um grande*

medo...”(M5, 22 anos). “Parecia que tudo que eu fazia era errado, que eu era ruim, que eu não prestava” (M3, 21 anos).

É quando o indivíduo apresenta-se diferente dos seus semelhantes e que podendo abalar a ordem, serem ameaçadores para seu ambiente, que se faça algo com eles: *“Minha família, eles diziam: ... ‘você vai ter que fazer tratamento’... ‘vai ser internado’... ‘vai ter que tomar remédios...’” (Paulo, 22 anos). “Me acusaram de coisas que eu não fiz. Coisas que eu nunca cometi na minha vida. Qualquer dificuldade as pessoas fazem uma coisa daquele tamanho”(M5, 22 anos).*

Para o interesse da sociedade eles precisam ser mantidos inofensivos, retirados do meio, para que satisfaçam e deixem tranquilos os parentes e a consciência pública. Lembra as *lettres de cachet* em Foucault sobre o “internamento voluntário”: *“...em casa todo mundo achava que eu podia fazer alguma coisa de ruim. Eu não entendia aquilo tudo...”(Paulo, 22 anos). “Não faço mal a ninguém... minha mãe achou que eu devia me internar para me tratar.”(M3, 21 anos). “No colégio diziam que eu era maluco. Aí eles me trouxeram pra cá.”(M4, 18 anos).* Este indivíduo foi confinado numa instituição psiquiátrica para receber tratamento a fim de enquadrá-lo a uma outra e perversa realidade. Podemos observar que a convivência familiar com o jovem considerado doente mental é marcada por um sentimento de insegurança e desconforto diante de suas ações imprevisíveis, convivem com a expectativa de que algo súbito ou trágico possa acontecer a qualquer momento.

Exatamente quando o jovem precisa ser compreendido ele é jogado numa situação degradante: *“Simplesmente chamaram a viatura da polícia e me obrigaram a entrar e me levaram. Eu fiquei revoltado quando disseram que iam me internar”(Paulo, 22 anos).* Após interminável solidão, dificuldades, problemas, medos, a loucura condena o jovem a perder sua privacidade, exatamente “no momento” em que sente vergonha demais para enfrentar a

sociedade que o rotula. *“Mãe não tem nada de errado comigo. Só eles conseguiram acabar comigo” (Paulo, 22 anos).*

A classificação, o rótulo, produz uma expectativa consistente de que esta pessoa construa assim sua subjetividade. *“Todo mundo diz que quem vem pra cá depois não fica mais bom. Fica todo mundo olhando. Eu sei disso. Eu até tive um amigo que veio aqui também. Todo mundo ria dele. Eu não quero isso pra mim, ...mas sei que vai todo mundo rir...”(M4, 18 anos).* Este rótulo de anormalidade, este estigma, persistirá durante a vida desses jovens como característica permanente.

Fica evidente e assim concordamos com Laing (1982), que se quisermos compreender algo sobre aqueles que sofrem, não temos que estudá-los no hospital. Estes jovens são encaminhados para os internamentos em consequência da expulsão de um sistema de relações de comunicação, de interação de um grupo social que existe fora do hospital.

6.2 Escola inapta e reprodutora de violência simbólica

*“Nós não precisamos de educação.
Nós não precisamos de controle mental.
Sem sarcasmo obscuro, na sala de aula.
Professores, então, deixem as crianças
em paz!”(Pink Floyd)*

É apropriado e importante lembrar a análise de Bourdieu (1998), que esclarece como os sujeitos incorporam a estrutura social, ao mesmo tempo que a produzem, legitimam e reproduzem. O sistema simbólico de uma determinada cultura é uma construção social e sua manutenção é fundamental para a perpetuação de uma determinada sociedade. Entendemos que a idéia de violência simbólica está inscrita historicamente na objetividade das estruturas sociais e na subjetividade das estruturas mentais. Esta violência se expressa na imposição

legítima e dissimulada com a interiorização da cultura dominante. Ela pode ser exercida por diferentes instituições da sociedade como o Estado, a escola, a família, a mídia, etc.

A prática escolar continua reproduzindo e legitimando o poder da classe dominante, quando observamos como a violência simbólica age de modo dissimulado e imperceptível ao ‘senso comum’. Os alunos não só reconhecem seus professores como uma autoridade, como também legitimam a mensagem que por eles são transmitidas, recebendo e interiorizando as informações. Isto garante uma reprodução cultural e social

Instituição importante de socialização a escola hoje é um lugar com limitadas condições: “*Se eu conversava com professores sobre as dificuldades? Não, eu tinha vergonha e dificilmente eu falava*” (Isabel, 22 anos). Fator aparente, a educação escolar mostra-se despreparada para perceber e identificar processos de dificuldades, de problemas que ocorrem na socialização entre os jovens que ela recebe: “*Eu gostava da escola até eles dizerem que eu era doente*”(F5, 24 anos). “*Uma vez tentei me abrir, mas aí veio a fofocagem e até os professores me olhavam estranho*”(F3, 18 anos).

Considerando a realidade dos jovens referente aos valores adotados em seu ambiente familiar: o tabu, a vergonha, o preconceito, a condição feminina é revelada numa (im)posição de inferioridade e submissão, situação que dificultava suas possibilidades em relação às emancipações “*...eu falava dos meus planos, estudar era o meu sonho... ele disse: ‘pra que estudo’?...mulher fica em casa cuidando dos filhos!*” (Isabel, 22 anos). Assim, notamos que outros projetos seriam sacrificados diante de uma vida de relações conturbadas, com reflexos e conseqüências de ambientes desestruturados: “*...todo mundo achava que eu tinha problema na cabeça*” (M5, 22 anos). “*Eu queria estudar, queria fazer vestibular, eu tinha planos... (Isabel, 22 anos)*”. “*Daí ficou difícil e daí eu desisti*” (F2, 21 anos).

É interessante ilustrar com Simone de Beauvoir (1980), quando mostra como a mulher é forjada numa sociedade tradicionalista como “segundo sexo”. As determinações

culturais de nossa sociedade propuseram o modelo da mulher estereotipada e isto não acontece apenas no individual. É subordinada aos códigos de vida estabelecidos pelo mundo masculino, para a qual o mito do “eterno feminino” nada mais é que as algemas em que a mulher mantém sua alienação.

A escola traz consigo dificuldades, atuando como sistema fechado e auto-suficiente, cultivando um ambiente separado da realidade que não reflete as reais necessidades da sociedade. Este fato já constatado anteriormente no depoimento de Isabel, sobre suas dificuldades de auto-reconhecimento no ambiente escolar, onde pedagogias utópicas e reprodutivas legitimam práticas sócias institucionalizantes “...a escola me colocou na sala de aceleração”...”eles não conseguiam me ensinar tudo o que precisava e que devia ter aprendido”(Paulo, 22 anos). Repassam conhecimentos, valores e costumes que alcançam os alunos de maneira fragmentada, dissimulada, revelando o perfil não qualificado e incapaz de transcender o discurso ideológico desta racionalidade, tanto do profissional da educação quanto da instituição escolar.

Este quadro reflete que as dificuldades e os problemas destes jovens foram intensificados a partir da forma como suas relações se processaram também na escola: “...eu chegava na escola e parecia que batia uma timidez... eu não conseguia conversar”(Paulo, 22 anos). Semelhante a multiplicidade de casos que ocorrem cotidianamente nas escolas e neste caso, denuncia as conseqüências práticas sociais e existenciais de uma realidade que excede aos compromissos e imperativos sociais. “Os professores também falavam sobre mim: “...o cara fez isto, fez aquilo... Ele é meio ‘doido’... Ele precisa fazer um tratamento com psiquiatra.” Eu saí daquele colégio, fiquei tão magoado...”(Paulo). É a violência simbólica institucionalizada exercida com a conivência da autoridade pedagógica do profissional de educação e de toda a estrutura educacional, “...tinha professores que faziam gracinhas

comentando sobre o que o aluno fez de errado” (Paulo, 22 anos), sobre o processo de desenvolvimento e construção do sujeito.

Uma sucessão de transtornos no desenvolvimento de sua identidade e os crescentes problemas na socialização: *“Amigos pra dizer que eu tenho e pra dizer que é amigo mesmo... não sei” (Paulo, 22 anos).* O jovem com dificuldades e em sofrimento, com uma compreensão confusa sobre a construção de sua identidade, *“...eu tinha uma turma de amigos, mas agora...” (Paulo, 22 anos),* o convívio social aprofunda as frustrações em razão do estereótipo que impede a sua aceitação, desenvolve uma socialização fragmentada e descontínua.

Neste quadro os jovens são subestimados. Ao passarem por desqualificações sentem confirmadas as suas vulnerabilidades e atestam suas incapacidades. Os jovens, lembrando Bourdieu (1998), são portadores de *capital social* e *cultural* capazes de criar alternativas, dar respostas aos seus dilemas, construir ações coletivas, conquistar e buscar a realização de seus projetos. É importante que a instituição escolar, a sociedade não permaneçam alheios a este processo.

6.3 Família: cumplicidade ideológica entre o social e o individual

As entrevistas realizadas atestam as barreiras e as dificuldades que a família enfrenta para lidar com as situações de crise com sofrimento psíquico do familiar, principalmente, sendo este jovem. É grande a carga de conflitos, culpa, pessimismo por não conseguir ver uma saída sobre os problemas enfrentados, isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o jovem de expectativa frustrada de “cura”, bem como o desconhecimento da “doença” assim atestada e diagnosticada.

Até que ponto a família contribui para a opressão dos filhos, das mulheres, foi uma questão que esteve presente no contexto de nossas observações: *“Lá em casa todo mundo dizia que eu não prestava, eles diziam que eu sempre fui uma filha ingrata”* (F4, 23 anos). Muitas vezes por desorientação diante do enfrentamento objetivo das circunstâncias colocadas pelo portador do sofrimento, a família agrava sua aceitação social e reforça inseguranças e dúvidas com relação à sexualidade: *“dúvidas sobre sexualidade?... minha mãe dizia: ‘todos vão dizer que estou te influenciando’... disse que não queria que viessem colocar a culpa nela”* (Isabel, 22 anos). Com relação a própria enfermidade psíquica: *“...meus pais sempre ficavam brigando comigo, diziam que eu não prestava”* (M5, 22 anos). *“Meus irmãos ficavam caçoando de mim, batendo na minha cabeça, perguntando ‘se tem alguém aí’. Sempre me chamaram de abobado”* (M4, 18 anos). Com relação a valores, privacidade, individualismo, assistência aos filhos, bem-estar emocional realizados pela família: *“...parecia que ao invés de me ajudar, me colocava só bobagens na cabeça”* (F2, 21 anos). *“Então, sai de casa simplesmente para não me atormentarem mais.”* (F5, 24 anos)

Sem a pretensão de criar um conjunto fechado de conceitos que esgotem o significado do seu objeto sobre o estudo da família, muitas teorias enumeram uma série de funções ideológicas específicas presentes no seu papel institucional e que adquirem materialidade no relacionamento entre jovens com sofrimento e parentes quando nele é reforçada a reprodução, socialização, sexualidade, reprodução da força de trabalho, etc: *“Mas meu pai me dasanimava. Dizia que era melhor eu ajudar em casa ou então para eu casar...”*(F4, 23 anos). Num tempo não muito distante, a opinião médica masculina advertia severamente e incessantemente, que a mulher que ultrapassasse a esfera doméstica sofreria colapso psiquiátrico.

Consideramos importante ressaltar que a família é o lugar onde se configura a estrutura emocional e onde as experiências acontecem. É o espaço social onde gerações se

defrontam mútua e diretamente, onde os pais definem suas diferenças e relações de poder. Idade e sexo estão presentes em todas as instituições, nos mostrando uma infinidade de indicadores sociais, mas na família isto acontece de forma e maneira singular. A estrutura emocional da família ajuda a explicar como a estrutura psíquica pode ser implantada e que capacita os indivíduos a agirem de acordo com sua própria autoridade.

Ao observarmos esta interação percebemos que os papéis sexuais na família afirmam uma relação ideológica carregada de valores e normas socialmente construídas. A maternidade por exemplo, é definida na identidade da mãe ligada ao bem-estar dos filhos; uma maternidade que envolve a supervisão, aptidões, funções, destes dependentes. Entre estas atribuições, cabe supervisionar suas mentes, projetando e influenciando emocionalmente. Nesta pesquisa, por muitas vezes, o relacionamento dos filhos com seus progenitores, principalmente no caso das mães, aparenta um isolamento quase completo e a maternidade “salta” nos depoimentos com toda sua força emocional, num envolvimento total, evidenciando o quanto ela impede, que no futuro, estes filhos amadureçam e ganhem independência. Parece ausente a dimensão de que o problema não é libertar o sujeito do outro, mas estruturar de tal modo suas relações que cada um reconheça o lugar e o desejo do outro.

Nesta perspectiva, com o passar do tempo, o jovem interno percebe que na realidade ele não tem um ‘eu autêntico’, não tem sua própria identidade: “*Eu me sinto esquecida por todos.*” (F2, 21 anos). “*Não quero falar da minha família, eles não me entendem e só querem atrapalhar minha vida.*” (F5, 24 anos). O que este filho representa, o que interpreta, é o desejo irrealizado de ser algo que não teve, ainda, condições de superar como seu, como sua vontade, como sua escolha: “*Se dependesse do meu pai eu ia para aquele lugar de freira...*” (F4, 23 anos). Despersonalizado o jovem se submete à vontade dos outros - mãe, pai ou outra autoridade carregando suas dificuldades, seus problemas e suas angústias revelam-se intransponíveis e insuportáveis.

Os pais, na maioria das vezes e nos casos analisados, por incompreensão da dimensão complexa que envolve a vida do filho, adotam uma atitude abertamente autoritária ou manipuladora. Através do desinteresse, estimulam a culpabilidade que impede aos filhos espaços de subjetivação. Frustram-se assim por não conseguirem modificar a situação devido ao desgaste emocional e se imobilizam.

Afirmam-se diante do jovem através da expectativa comum de como devem ser os comportamentos de um pai, de uma mãe, de um filho, ou seja, cobram de si e dos filhos os modelos sociais que no interior da sua família, são impossíveis de se realizarem plenamente.

Estes pais, na realidade, vivem uma relação paradoxal quando, por um lado exercem seu papel social atribuído afirmando-se na condição de arbitrar sobre a educação dos filhos. Por outro, apegam-se e demonstram convencimentos dos preceitos morais e éticos na reprodução de um modelo social de comportamento diante dos filhos. Esse procedimento, não encontra ressonância na forma de subjetivação entre seus filhos e ao contrário de compreenderem que os levam ao sofrimento psíquico, cedem ao estereótipo e confirmam seu conformismo quando os julgam tal como o aparato institucional.

É também neste contexto, que se revela uma sociedade onde as práticas profissionais são legitimadas e reivindicadas por instituições como a família, autoridades, profissionais e especialistas. Compreendemos então, porque após sucessivas vezes entre internamentos, reinternamentos, entrevistas, visitas para esclarecimentos, estas famílias não sabem e nem conseguem ter uma compreensão rudimentar do problema. Muitas vezes delegam esse cuidado pelo desconhecimento de não saber como agir frente a certas manifestações dos jovens, às vezes pela sobrecarga física e emocional que o sujeito em sofrimento causa a seus membros. *“Então, sobre o problema do filho, a gente não sabe muito o que fazer. Tem que deixar na mão de Deus e acabou! Fazer o quê?”* (Família/Paulo)

Nesta condição, a família desorientada busca na instituição psiquiátrica alternativas de soluções dos seus problemas. É a compreensão do senso comum nomeando a religião para intervir como auxiliar terapêutico, numa tentativa de explicar os distúrbios e justificar os dramas existenciais. A religião, assim como a psicanálise, emprestam simbolismos e linguagens – mães e filhos, maus e bons, pecado, culpa, purgatório-expurgo, purificação e assim por diante. “*Me chamavam de louca...que eu estava possuída*” (F5, 24 anos). Os mitos, esclarece Bastide, podem ser explicados historicamente a partir das realidades sociais, dos rituais, das situações: “Os delírios individuais obedecem às mesmas leis formais que os mitos coletivos”. (BASTIDE, 1967)

A história documenta a época dos julgamentos de feitiçaria, que uma confissão de loucura não teria servido como exoneração aos olhos de um tribunal. Ao contrário, teria constituído maior evidência de possessão diabólica. Chamavam a atenção das autoridades eclesiásticas e civis por serem suspeitas de feitiçaria. Então os honrados, ou não, doutores da divindade religiosa, de hábitos seculares, lhes angariavam contínua reprovação pública condenando à “ardentes sentenças”. Alguns diziam que era mal comportada, fingimento, hipocrisia ou que estava doente, sofrendo um tipo qualquer de ‘epilepsia’. Outros acusavam de possessão, de falsa heresia: ‘ela tem o diabo no corpo’. As feiticeiras vieram a ser chamadas de ‘histéricas’ e mais tarde ‘neuróticas’.

A contemporaneidade médica argumenta que as feiticeiras na verdade não estavam física e literalmente possuídas pelo demônio, “...ouvia vozes falando e imaginava coisas” (Isabel, 22 anos). Ao invés disso, sofriam de uma doença basicamente orgânica – a histeria – devido, em última instância, a ‘distúrbios do útero’ e do sistema reprodutivo. Era uma estratégia diagnóstica esclarecida em termos médicos e morais, celebrando a “descoberta” que as feiticeiras não eram associadas ao satã, mas “doentes”.

Lembrando Goffman (2003), os delírios, as alucinações mentais, não são puras atividades dos doentes, mas construções coletivas, nas quais o meio ambiente interfere pelo menos tanto quanto o próprio sujeito. A percepção de “perder a cabeça” se baseia em estereótipos culturalmente procedentes e socialmente impostos, em relação à significação de alguns sintomas como: ouvir vozes, sentir-se perseguido, orientação espacial e temporal. E perder neste momento o controle, a visão de si mesmo, pode ser uma das coisas *mais amedrontadoras* que podem ocorrer ao *eu* em nossa sociedade.

As famílias nas condições atuais estão demasiadamente imobilizadas, numa complexa trama, interna e externa, de ordens e afirmações contraditórias. Como instrumento do exercício de poder e na medida que procede como autoridade coercitiva, ela determina suas representações e padrões de formação que a sociedade impõe.

A família não passa de intermediária, como diz Bastide (1967), entre o social e o individual e que ela, na maioria das vezes, não é mais que uma mediadora dos transtornos da sociedade e os transtornos do sujeito.

A profundidade dos envoltimentos emocionais é algo que se encontra no mesmo grau em todos os tempos. As relações internalizadas da família, seus espaços emocionais, demonstram que cada membro tenta regular a vida interior do outro, a fim de preservar a sua própria. Parece acontecer a necessária, mas excessiva intromissão de cada membro em relação aos outros. Nas famílias nucleares, em questão, “os pais afirmam saber melhor do que os filhos, inclusive o que acontece na mente deles” (BASTIDE, 1967). Entre as conseqüências, estão as dificuldades que os filhos têm de estabelecer sua privacidade, porque estão imersos em confusões sobre vínculos de uma cultura patriarcal. Isto é pronunciado entre as filhas, já que esta cultura lhes consente menos independência em relação aos filhos.

Os conflitos individuais provêm praticamente de choques entre determinadas aspirações pessoais, como *aquilo que eu quero ser* e as prescrições de papéis ditados pela

família: *aquilo que eles querem que eu seja*. E desta forma Cooper (1980), diz que a família é especialista em estabelecer papéis para seus membros, mais do que criar condições para cada um assumir livremente a sua identidade.

Com estas atribuições conseqüentes de um vínculo emocional muito próximo, é difícil para estes filhos resistirem a estas determinações. Suas subjetividades, suas experiências, são negadas em favor das representações impostas pela família. Com este cotidiano de dependência emocional, é construído um sistema de relações com base em projeções problemáticas, fruto da estrutura familiar que é cúmplice da ideologia da sociedade.

6.4 “*Lettres de Cachet*”: *tranqüilidade da família e da consciência pública*

Embora o termo delinqüência juvenil implique que o jovem assim rotulado seja responsável por sua má conduta, esta qualificação simplista é geralmente produzida sob provas duvidosas, de que este jovem tenha realmente infringido a lei ou cometido os delitos dos quais foi acusado. Os diagnósticos registrados nesta pesquisa cobrem uma ampla gama de comportamentos: fugas, condutas anti-sociais, prematura ou excessiva atividade sexual, etc. Deixam claro também, o quanto hoje crianças, jovens, são marginalizados, psiquiatrizados, numa síntese cultural amparada por uma ostentação médica e jurídica, com suas regras ‘eugênicas’ do bem-viver, propostas e sacramentadas pelos ditames da sociedade.

O caso de M.P., 14 anos, jovem proveniente de família classe média, ao ser internado com o diagnóstico de ‘transtorno de personalidade’, é mais um entre outros casos que conhecemos durante a pesquisa no hospital. M.P. apreensivo, não conseguia dissimular a

ansiedade, o pavor, a angústia que sua aparência denunciava. Amedrontado, queria conversar, desabafar, poder confiar em alguém.

“Não sei porque eu vim pra cá. Minha mãe não tem idéia do que é isto aqui. Em casa, minha mãe nunca tem um tempo disponível pra falar com ela. Ela acha que o que eu tenho pra falar não é nada que ela vá aproveitar para alguma coisa. Eu queria conversar e dizer que fiz isto, que fiz aquilo, mas nunca tem um tempo. E quando tem, ela diz que não vai aproveitar nada das coisas que falo. O que eu gostaria depois que sair daqui do hospital, é que a gente fosse mais unido, que às vezes fosse sair, dar uma volta juntos e que não ficasse daquela forma isolado, aquele negócio totalmente isolado.”
(M.P., 14 anos, 2005)

Emocionado e prostrado, chorava. Contou que fizera uma viagem de incontáveis minutos de extenso e doloroso sofrimento emocional. Não conseguia entender, não queria acreditar que ali o trouxeram a pedido da família e por determinação judicial. Pagaria então por atos não graves, compreensíveis de uma adolescência efervescente e comum no cotidiano atual. Ele relembra as aventuras com seus amigos de condomínio – brincadeiras e travessuras com os amigos além dos horários estabelecidos pelas normas do condomínio; escutar som alto na área de lazer; tinha sonho de ser ‘piloto de avião’ inventava modelos de papel, papelão, plástico e jogava pela janela. As condutas escolares desaprovadas – ‘matava’ aulas para visitar o aeroporto; ir ao cinema; para jogar ‘*video-game*’; assistir vídeo em casa, já que ficava sempre sozinho; indisciplina nas aulas que eram ‘chatas’; participava de brincadeiras que desrespeitava seus colegas, mas que não causavam danos físicos. Demonstrava assim, seus anseios proibidos, sonhos contestados, incompreendidos e não permitidos pela eficácia do mundo adulto, da família, da sociedade. Execrado por ‘condutas anti-sociais’ foi internado para ser reeducado, para ter uma experiência inesquecível. “Experiência memorável, segundo a mãe”. Era invisível para ela que ignorava e desconhecia as reais implicações de tudo aquilo.

Seus desatinos, sua má conduta, seu comportamento ‘anti-social’ foram classificados, definidos e decididos pelo aparato jurídico, reivindicados pela família,

amparados pela psiquiatria e exigidos pela sociedade, através de internação compulsória¹⁰. Não se tratou, portanto, apenas de um diagnóstico, mas de uma prescrição social. Sentenciado ao internamento psiquiátrico sob pretexto de protegê-lo para seu próprio bem, tranquilidade da família e dever cumprido para a sociedade, M.P. carregará este estigma que o perseguirá como símbolo permanente. O argumento da família foi proceder desta forma, porque não queria que as conseqüências do comportamento anti-social do filho fossem reclamadas socialmente, lembrando-a de uma educação desatenta. Então, o boletim de ocorrência policial foi incrementado para esquivar-se de tais desconfortos de consciência e responsabilidades.

Somado aos exemplos anteriores apresentados, o caso de M.P. revela o quanto a sociedade classifica regularmente jovens meramente na base da acusação. É uma forma de administrar, solucionar o problema das famílias, escolas, condomínios.

Instituições, órgãos especializados e profissionais tomam decisões sistemáticas, preservando somente o direito dos pais delegarem seus filhos indesejados a um hospital psiquiátrico. Parece evidente que enquanto a psiquiatria conservadora, a justiça e a sociedade endossarem o modelo médico de hospitalização mental, de ‘exclusão protegida’, irão considerar a prática de internar pessoas, especialmente jovens, como algo plausível e apropriado. Da mesma forma que os pais tem o direito e o dever de cuidar de seu filho menor para tratamento médico e cirúrgico, eles também têm o direito e o dever de hospitalizá-lo para tratamento psiquiátrico.

Se considerarmos algumas reflexões anteriores de ordem histórica ou metodológica, como nos mostra Bastide (1967), inúmeras vezes encontraremos conceitos cujas definições foram deixadas pendentes, como por exemplo o de normalidade e patologia, generalizando formas, adiando soluções, como a questão de se saber se a doença mental pode ou não ter causas sociais. Se examinarmos que cada cultura tem seu sistema próprio de

¹⁰Internação Compulsória conforme a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, é quando a justiça determina a internação sem o expreso consentimento do paciente.

normas, e o que é normal numa sociedade não poderá ser considerado patológico em outra, e vice-versa, há um consenso que está de acordo sobre critérios que o comportamento anormal, é aquele que desvia da norma, do comportamento mais comum, do mais habitual.

A sociologia utiliza o termo desvio para indicar um conjunto heterogêneo de transgressões, de condutas não aprovadas e de indivíduos marginais. Entre as inúmeras classificações estão os crimes, o suicídio, a toxicomania, as doenças mentais, só para citar alguns. A noção de desvio pressupõe para o autor citado, a existência de um universo normativo o que nos leva à impossibilidade de falar de criminoso, perverso, louco, se não temos suficientemente claras as idéias sobre justo e injusto, verdadeiro e falso, normal e patológico, etc.

Se há normas incontestadas, há outras que são aceitas por uns e rejeitadas por outros. É muito difícil circunscrever num universo em que a maioria dos indivíduos pertence simultaneamente a várias unidades sociais. Isto significa que a distinção de desviante é problemática e variável.

Um dos principais critérios para uma determinação a respeito deste assunto tem sido a reação que provoca nas pessoas: repreensão; sarcasmo; reprovação; denúncia; isolamento; ostracismo; tratamento obrigatório; prisão; etc. Vale lembrar que a noção de desvio não pode ser compreendida fora da interação entre o desviante e aqueles que o julgam. O desvio em seu significado sociológico, como expõe Cusson, aproxima-se do desvio no sentido estatístico de afastamento da intenção central de um grupo, com a diferença de que o que é sociologicamente desviante é necessariamente condenado. (CUSSON in BOUDON, 1995)

Se sublinharmos a abordagem sobre a distinção entre normal e patológico em Durkheim (1995), encontramos em todas as sociedades humanas, indivíduos que estimulam a repressão penal. O crime, por exemplo, é considerado por ele como fato sociológico normal

porque é integrante da vida em sociedade. No entanto, a tolerância dos atos que prejudicam a “solidariedade social” colocaria em xeque esta mesma estrutura social.

Por isto, e pela impossibilidade de todos os membros partilharem com igual condição dos sentimentos coletivos, deparamos com alguns que cometem atos considerados ofensivos pelos outros e a quem será aplicada punição. Esta sanção imposta ao desviante não é mais que a conseqüência dos hábitos e fidelidades à norma social de uma sociedade marcada por descontinuidades culturais, com características sociais que estão associadas à exclusão, ao ostracismo: sexo; idade; fases do ciclo de vida; etnia; etc, fatores responsáveis pela formação de segmentos sociais vulneráveis, aos processos de transformação social e seus efeitos excludentes. Assim como a exclusão pode ser definida em relação a qualquer sistema de relações no interior de qualquer formação social, é também identificada em níveis como o individual, coletivo, etc.

Estamos imersos num emaranhado de relações humanas, onde assumimos papéis diferentes segundo o contexto em que estamos e as pessoas com quem nos relacionamos. Os desvios e desarranjos encontrados em uma pessoa, não estão nela como se fosse um vírus, mas sim, nas relações que ela mantém com os outros. Os sintomas manifestados por um indivíduo¹¹ têm a sua origem nas relações que ele mantém.

Não existem indivíduos isolados, mas em relação com os outros. Nossa vida se dá e se define a partir dos relacionamentos que mantemos, nos diferentes grupos sociais a que pertencemos. E tudo o que se passa com uma pessoa não se passa apenas com ela, mas se estende àqueles aos quais ela está relacionada. É o caráter político da vida humana, entendido aqui como o desdobramento do poder em qualquer instituição social: famílias, escolas, etc, o

¹¹ É importante esclarecer a distinção sobre os diversos sentidos do individualismo. No sentido metodológico, como esclarece Boudon, a noção de individualismo implica apenas que para explicar um fenômeno social, é necessário descobrir suas causas individuais, isto é, compreender as razões que levam os atores sociais a fazer o que fazem ou a acreditarem naquilo em que acreditam. O individualismo não implica que se conceba o ator social como que suspenso numa espécie de vazio social. Ele pressupõe ao contrário, que o ator foi socializado, que está em relação com outros atores, os quais, tal como ele próprio, ocupam papéis sociais, têm convicções, etc. De um modo geral, o individualismo reconhece indiscutivelmente que o ator social se move dentro de um contexto que se lhe impõe em larga medida. (BOUDON, 1995 p.33)

poder que temos e exercemos sobre o próximo e que nasce de formalidades estabelecidas socialmente.

Em nossa cultura e constatamos isto junto aos jovens pesquisados, o poder que o pai tem sobre o restante da família, o é na medida em que este pai é definido como o ‘chefe’ da casa. Um poder que o homem historicamente ainda mantém sobre a mulher, especialmente nas culturas masculinas. O poder do professor sobre o aluno, do irmão mais velho sobre o mais novo, etc. Visto sob este ponto de vista, todas as nossas relações são políticas, envolvem um ‘jogo de poder’ instituído socialmente, seja ele um poder mais difuso, mais afetivo, mais totalitário. Enfim, as relações humanas, cada relação pessoal que mantemos se desenvolve em conformidade com o padrão cultural da sociedade onde vivemos.

As relações interpessoais são, portanto, demarcadas por este caráter político. No seu interior a família é estruturada em torno de um poder assumido pelo chefe ou por aqueles que a sustentam economicamente. Os pais têm a garantia jurídico política de poder de direção do destino dos demais membros, os filhos, educando-os segundo regras e valores por eles prescritos, indicando-lhes o caminho a seguir. Muitas vezes adotam uma prática neste exercício de poder que adquire um caráter impositivo, autoritário, onde determinados valores são impostos aos dependentes. Assim decidem que roupa a filha deverá usar, qual horário deve estar em casa, por exemplo.

É uma totalização que objetiva formar o indivíduo através da imposição de normas que devem ‘esculpir’ a identidade dos filhos. Esta imposição pode ser extremamente rígida e autoritária, negando a possibilidade de autonomia e individualidade: os filhos devem se tornar um produto do desejo dos pais. Condição de impossibilidade de crescimento do filho, de se escolher, escolhendo e sendo ele sujeito responsável por seu projeto de vida. Este contexto revela que devemos ser quem os outros querem que sejamos. Para ser um bom filho e não sofrer punições, ele passa a se comportar segundo as normas que lhe foram ditadas, retirando

de si próprio o centro de decisões e escolhas a respeito da própria vida, sacrificando assim sua identidade pretendida. Para o jovem sob sofrimento psíquico, esta relação mostra-se como um peso enorme, que só um comportamento inverso e voltado para o discernimento de cada situação que se apresenta, permite a neutralização de uma crise no contexto familiar.

Quando a política desta família não é repressora ao extremo, permitindo que o filho descubra outras maneiras de ser com outros grupos, há grande possibilidade de que ele tenha consciência deste processo. Ele percebe que pode assumir seus próprios valores desde que seja longe do sistema familiar impositivo. Frente à família acontece o comportamento que eles esperam e longe dela comporta-se de maneira autônoma. Aprendemos a ser quem os outros querem que sejamos quando estamos junto a eles, reservando para outros locais o exercício de nossa liberdade.

Neste sentido Duarte (1987), anota que numa família ou ambiente em que o sistema é tão opressor, que não permite a mínima variação em sua conduta, o filho deve assumir seu comportamento dissimulado todas as horas do dia, constantemente, desconsiderando e afetando completamente suas intenções, realizações pessoais, seus projetos. Ele deve negar seu 'eu' autêntico, deixando de lado tudo o que deseja ser ou fazer para não contrariar os valores estabelecidos pela família. Convivendo através deste 'falso eu' o filho percebe que está se distanciando de si próprio, distante daquilo que ele deseja, daquilo que ele pretende ser. Vive e representa cada vez mais um personagem alheio, irreal e que no íntimo não quer ser, a consequência disto é um conflito que assume gradativamente proporções insuportáveis. Por uma perspectiva ele tem que seguir padrões, modelos deste meio, por outra, descobre outros valores, mas não pode adotá-los porque tem medo de contrariar as normas da família e sofrer as conseqüentes repressões.

Para a sociedade, para a família, parece menos assustador e menos traumatizante assumir que este filho, este jovem confuso, 'seja doente', necessitando de cuidados, do que

ser um filho contestador, opositor, alguém que questiona, que contradiz valores e normas familiares. É mais aceitável um filho, um jovem ‘doente’, do que um ‘mau’ filho que contraria as normas e coloca a nu as contradições internas, os cânones da família.

Assim passa a existir um “consenso” quanto a possível insanidade daquele filho. Mergulhado neste processo, nesta dinâmica confusa, o filho não tem mais controle de como ele é, de quem ele é. Sendo visto, rotulado e por fim estigmatizado como desajustado pelos outros, assumindo a partir disso o papel de ‘louco’, numa prática que cada vez mais se problematiza em suas contradições.

Sob uma perspectiva ele é ‘livre’ em sua loucura, mas em outra é mais dependente dos outros, agora que redobram as atenções sobre ele. Sendo assim, ele se perde em suas incoerências que são reflexos das mesmas contradições e dinâmica vivida pelo seu meio, por sua convivência familiar. Com isto, é então encaminhado a um hospital psiquiátrico, onde sua individualidade e sua subjetividade, serão negadas com maior veemência, na proporção que ele deixará de ser responsável por si próprio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Cada um tem seu método, como cada um tem sua loucura, apenas consideramos sensato aquele cuja loucura coincide com a da maioria”.(Unamuno)

A partir dos objetivos traçados nesta pesquisa, procuramos compreender e identificar como se constroem as relações de caráter social que levam o jovem ao sofrimento psíquico. Ao identificarmos os processos de socialização específicos de algumas de nossas instituições, mostramos que a família e a escola são expressões de uma sociabilidade que reproduz um processo de educação, formação ou modelação que impede definições de liberdade e autonomia dos jovens. Institui repressivamente papéis que os aniquilam no sentido da construção de identidade.

Nos seus depoimentos os jovens entrevistados referiram-se aos motivos que os levaram à internação. Em geral eles não relacionavam suas dificuldades com os problemas de sofrimento psíquico, mas sim, abordavam com ênfase suas dificuldades na família, na escola e na sociedade. Os jovens apresentaram situações relacionadas à ausência de diálogo, à falta de tolerância e reconhecimento entre os sujeitos e a não compreensão de suas atitudes. Esses dados denunciam as dificuldades que, tanto a família quanto a escola, têm em trabalhar os conflitos que surgem no cotidiano, assim como os problemas de conviverem com as diferenças, com a diversidade de comportamentos e identidades.

Na reconstrução das histórias dos jovens aparece com frequência a vontade, o anseio de retomar os estudos, de tomar suas vidas nas próprias mãos, um desejo de ser alguém e de ser aceito. As expectativas de alguns com relação ao futuro estão relacionadas

diretamente à continuidade de seus projetos pessoais – os estudos, por exemplo. Mas como compreender tais dificuldades quando os espaços principais de socialização reforçam, como a escola, por exemplo, decorrentes de seus problemas, de sua “história de doença”, culpando-o pelo fracasso escolar em virtude do não “ajustamento”. Observa-se que este jovem assusta a escola que permanece sob a cultura que ele deve ser isolado, retirado do meio. Esta “condenação social” atende as expectativas da sociedade, enquanto anula as dos jovens e na prática da exclusão, do impedimento de condições de superações, se perpetuam.

Os estereótipos e o preconceito também foram sinalizados durante todo o processo de entrevistas e este foi um fator importante nas dificuldades desses jovens falarem sobre seu sofrimento. Ressentiam-se das classificações, dos atestados, dos rótulos e do estigma que lhes eram impostos. Demonstravam vergonha e medo das outras pessoas, o que reforçava a dificuldade de se reconhecerem como sujeitos fazendo parte da sociedade. São literalmente empurrados ao isolamento tanto pela família como fora dela. A maioria desistiu de freqüentar a escola para não ser apontado, caricaturado como doente. Estas constatações demonstram que o estigma é assustador. Este jovem que sofre “sobrevive” atemorizado, mesmo que as dificuldades de enfrentar as situações sejam, por nós eleitas como as “mais simples” do cotidiano. Fatos que nos alertam para a importância de políticas públicas específicas, direcionadas aos jovens em sofrimento psíquico e que a eles sejam garantidos os seus direitos.

Com relação aos diagnósticos é fundamental destacarmos as evidências em relação às interações dos casos psiquiátricos. Nossa pesquisa revelou que são expressivos quando comparados a outros diagnósticos. Escancara-se a “vergonha socializada”. É uma violência sutil e invisível que se esconde sob o nome de exclusão através da loucura.

É a forma como a sociedade intimidada e excludente se acovarda, envergonha-se, marginaliza e de maneira velada, violenta a condição destes jovens. Esta mesma sociedade que se manifesta exigindo direitos humanos, direcionando poderosas lentes e holofotes,

focalizando e fazendo florescer comercialmente ainda mais a violência explícita: sobre rebeliões, sobre crimes violentos, etc. No entanto, diante da violência simbólica que também é explícita e que insiste em ser mostrada como implícita, - às vezes, para não constranger - como não aparente ou de difícil constatação, omite e envergonha-se em desnudar o que ela mesma ajuda a produzir: *sua própria loucura*.

É elevada a estatística de internamentos e reinternamentos dos jovens e não somente entre os que participaram das entrevistas. Os dados relativos as reinternações, podemos tomar como exemplo a Região da Grande Florianópolis, com 38,4%, revelam e confirmam o entendimento que são raras ou nulas as condições de retorno ao mundo externo, por razões e situações que inviabilizam as possibilidades de reconquistar um lugar na família e sociedade. Esses jovens quando recebem alta do IPQ, muitas vezes são desassistidos pelos setores especializados e também pela falta de compreensão da família.

Para comprovar a realidade das reinternações dos jovens entrevistados, retornamos ao IPQ em junho de 2006 e constatamos, infelizmente, que entre os jovens participantes da pesquisa houve um expressivo número de reinternamentos. Para citarmos alguns: *Paulo* reinternou 2 vezes; *M2* reinternou 5 vezes; *M3* reinternou 1 vez; *M4* reinternou 2 vezes; *M5* reinternou 3 vezes. Das jovens entrevistadas: *Isabel* com 2 reinternamentos e outras seis com 1 reinternamento cada. Fica claro e reforça a hipótese que ao retornar para a sociedade, para a família, as situações até então vivenciadas não se modificam, não há mudanças nas relações que permitiriam condições de superação.

Não tendo alternativas, se a vida para este jovem lhe parece como preestabelecida e sua condição pessoal consiste na adesão à ordem, sem outra saída possível, ver-se-á prisioneiro do território institucional, como diz Basaglia (1985), da mesma maneira como estava aprisionado no mundo externo, cujas contradições não conseguia enfrentar dialeticamente. Não conseguia enfrentar porque não havia possibilidades, “não existiam

alternativas”. Tal como a realidade que não conseguia contestar, a institucionalização, à qual não se pode opor, deixa-lhe uma única saída: a fuga através da produção psicótica, o refúgio no delírio, *onde não existem nem contradições nem dialética*.

É neste sentido que a análise da família fornece uma excelente condição para se aprender como a sociedade define suas determinações e ideologia. A história desta instituição abrange numerosas estruturas e mudanças que é difícil explicar de forma linear. A finalidade de estudarmos a relação da família com a sociedade não é reduzir a inteligibilidade dela como unidade psicológica, mas explorar, enriquecer a compreensão do espaço familiar.

Compreender este ambiente propondo alternativas que ultrapassem determinadas reproduções sociais seria um tributo à nossa juventude, para que seja ela protagonista de sua própria história. Salientamos a importância do papel da família, como também é imperiosa a necessidade dela, tanto quanto dos próprios jovens, receberem orientações profissionais efetivas, para enfrentar os desafios a fim de buscarem dialeticamente a superação dos conflitos e dificuldades.

O referencial teórico e os dados obtidos nas entrevistas e prontuários permitiram-nos perceber a realidade do processo de sofrimento psíquico dos jovens, seus significados e peculiaridades, que nem sempre são compreendidos e tão pouco respeitados. Nos fez confirmar a infeliz realidade de como este tema ainda assusta e é repleto de preconceitos e ainda está muito distante de uma discussão que possibilite situações de enfrentamento por estes jovens.

A análise dos dados apontou para uma riqueza de informações que podem contribuir para a reflexão e elaboração de estratégias no enfrentamento do tema, mas também norteou que há inúmeras questões que demandam aprofundamento.

Entender esta realidade produzida a respeito da juventude e o que significa ser jovem, além dos estereótipos e estigmas, pode contribuir para elaboração de políticas públicas e um novo olhar sobre elas tornando-as mais adequadas às necessidades da juventude.

Esperamos que esta pesquisa possa colaborar para ampliar o conhecimento e romper os paradigmas sobre as questões que envolvem o sofrimento psíquico do jovem. Que a discussão possa escapar do senso comum, onde o sofrimento psíquico é muitas vezes compreendido apenas como um estado de alienação ou incapacidade intelectual. Reiteramos que os preconceitos estão relacionados principalmente à falta de esclarecimento da sociedade. Isto poderá ser transformado de maneira efetiva através de políticas públicas comprometidas e objetivas.

Acreditamos na importância desta pesquisa, na construção e no fortalecimento de novos conceitos sobre a juventude, sobre seus sofrimentos e na importância de trazer estes jovens para debater as questões, porque *é essencial que eles não se sintam sós*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. Trad.: Alfredo Bosi. 3. ed. São Paulo : Martins Fontes, 1998.

ABRAMOVAY, M. et. al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América latina**: desafios para políticas públicas. Brasília : UNESCO, BID, 2002.

ABRAMO, H.W. **Cenas juvenis**. São Paulo : Escrita, 1994.

_____. **Jovens na berlinda**. MEC Debate. Disponível em: www.mec.gov.br/semtec/pdf/jovens.pdf . Acesso em: 09 de abril de 2004.

_____. VENTURI, G. **Juventude política e cultura**. Revista Teoria e debate da Fundação Perseu Abramo, nº 45 de Jul/Ago/Set de 2000. Disponível em: www.projetojuventude.org.br/html/juventude_politica_e_cultura.doc. Acesso em: 21 de março de 2004.

_____. **O que é ser jovem hoje no Brasil**. Mesa de diálogo e controvérsia. Encontro Nacional de juventude, setembro de 2003. Disponível em: www.vermelho.org.br/diário/2003/0923. Acesso em: 09 de abril de 2004.

ADAMO, F.A. et al. **Juventude: trabalho, saúde e educação**. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1987.

ADORNO, T.W. **Educação e emancipação**. Trad.: Wolfgang L. Maar. 2. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 2000.

_____. HORKHEIMER, M. **Dialética do esclarecimento**: fragmentos filosóficos. Trad.: Guido A. de Almeida. Rio de Janeiro : Zahar, 1985.

AJURIAGUERRA, J. **Manual de psiquiatria infantil**. Trad.: Geraldes P. Alves. 2. ed. São Paulo : Masson, 1983.

ALEXANDER, F.G; SELESNICK, S. **História da psiquiatria**: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. Trad.: Aydano Arruda. São Paulo : Ibrasa, 1968.

ALGUÉM para dividir os sonhos. Direção: Tim Hunter. Warner Bros, 1993. (102 min.)

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1994.

ANTUNES, E. H. et al. (Orgs.). **Psiquiatria, loucura e arte**: fragmentos da história brasileira. São Paulo : USP, 2002.

ARON, R. **As etapas do pensamento sociológico**. 4. ed. Trad.: Sérgio Bath. São Paulo : Martins Fontes, 1993.

BACY, F. et al. **A saúde mental do jovem brasileiro**. São Paulo : E. Inteligentes, 2004.

BANG BANG você morreu. Direção: Guy Ferland. Paramount, 2002. (152 min.)

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Trad.: H. Jahn. Rio de Janeiro : Ed. Graal, 1985.

BASTIDE, R. **Sociologia das doenças mentais**. São Paulo : Nacional, [1967].

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Trad.: Sérgio Milliet. 3. ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1980.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. Trad.: Marco E. R. Aguiar. 2. ed. São Paulo : Hucitec, 1994.

BICHO de sete cabeças. Direção:Lais Bodanzky. Buriti Filmes, 2000

BIRMAN, J. **Enfermidade e loucura**: sobre a medicina das interrelações. Rio de Janeiro : Campus, 1980.

BLOOM, A. **O declínio da cultura ocidental**. 3. ed. São Paulo : Best Seller, 1989.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Trad.: Waltensir Dutra. Rio de Janeiro : Zahar, 1988.

BOUDON, R. **Tratado de sociologia**. Trad.: Teresa Curvelo. Rio de Janeiro : Zahar, 1995.

BOURDIEU, P. PASSERON, J-C. **A reprodução**: elementos para uma teoria do sistema de ensino. Trad.: R. Bairão. Rio de Janeiro : Ed. Livraria F. Alves, 1975.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Trad.: Fernando Tomaz. 2. ed. Rio de Janeiro : Bertrand, 1998.

BRANDÃO, C. F. **Norberto Elias**: formação, educação e emoções no processo de civilização. Petrópolis : Vozes, 2003.

BRANDÃO, C.R. **O que é educação**. 12. ed. São Paulo : Ed. Braziliense, 1984.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Ministério da Educação. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília : MEC-ACS, 2005.

BUENO, A. C. **Canto dos malditos**. Rio de Janeiro : Rocco, 2001.

CARÁTER. Direção: Mike van Diem. Versátil Home Vídeo, 1997. (119 min.)

CASTELLS, M. **O poder da identidade**. Trad.: Klauss B. Gerhardt. 3. ed. São Paulo : Paz e Terra, 2002.

COOPER, D. **A morte da família**. Trad.: Jurandir Craveiro 1.ed. São Paulo : Martins Fontes, 1980

DELEUZE, G. **Foucault**. Colletion Critique. Paris : Lês Éditions de Minuit, 1986.

DUARTE, J.F. **A política da loucura**. 3. ed. Campinas. São Paulo : Papirus, 1987.

DURKHEIM, D. É. **As regras do método sociológico**. São Paulo : Martins Fontes, 1995.

_____. **O suicídio**. Trad.: Nathanael Caixeiro. Rio de Janeiro : Zahar, 1982.

ELIAS, N. **Formação, educação e emoções no processo de civilização**. Trad.: Carlos da F. Brandão. Petrópolis : Vozes, 2003.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do estado**. Trad.: J.S. Paes. 4 ed. S. Paulo : Global, 1989.

FERRACINI, L. **O professor como agente de mudança social**. São Paulo : EPU, 1990.

FERRARI, A. T. **Fundamentos de sociologia**. São Paulo : McGraw-Hill do Brasil, 1983.

FORACCHI M. M. (Org.). Mannheim, K. **Sociologia**. Trad.: Emílio Willems e outros. São Paulo : Ática, 1982.

_____. **A juventude na sociedade moderna**. São Paulo : Pioneira, 1972.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Trad.: Raquel Ramallete. Rio de Janeiro : Vozes, 2002.

_____. **Microfísica do poder.** Trad. e org.: Roberto Machado. 18. ed. Rio de Janeiro : Graal, 2003.

_____. **O que é um autor?** Trad.: Antonio F. Cascais e Edmundo Cordeiro. 2. ed. Lisboa : Vega, 1992.

FRANÇA, J.L. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas.** 6.ed. rev. e ampl. Belo Horizonte : Ed. UFMG, 2003.

GADOTTI, M. **História das idéias pedagógicas.** 8. ed. São Paulo : Ática, 1999.

GARCIA, M. A. VIEIRA, M. A. **Rebeldes e contestadores 1968.** São Paulo : Editora Fundação Perseu Abramo, 1999.

GAROTA interrompida. Direção: James Mangold. Columbia Pictures, 1999. (127 min.)

GIDDENS, A. **As conseqüências da modernidade.** Trad.: Raul Fiker. São Paulo : Editora UNESP, 1991.

GIROUX, H. A. **Os professores como intelectuais: rumo à uma pedagogia crítica da aprendizagem.** Trad.: D. Bueno. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.

_____. **Escola crítica e política cultural.** Trad.: Dagmar Zibas. 3. ed. São Paulo : Editora Cortez, 1992.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** Trad.: Dante M. Leite. 7. ed. São Paulo : Perspectiva, 2003.

GONÇALVES, M. A. S. **Sentir, pensar e agir: corporeidade e educação.** 2. ed. São Paulo: Papyrus, 1997.

HELLER, A. **O cotidiano e a história.** Trad.: Carlos N. Coutinho e Leandro Konder. 4. ed. São Paulo : Paz e Terra. []

HILDEBRANDT, R. et. Al. **Concepções abertas no ensino da educação física.** Trad.: Sonnhilde V. H. Rio de Janeiro : Ao Livro Técnico, 1986.

HORGAN, J. A. **A mente desconhecida: porque a ciência não consegue replicar, medicar e explicar o cérebro humano.** São Paulo : Companhia das letras, 2002. p. 07-64 e 331-343.

IANNI, O. **Sociologia da sociologia: O pensamento sociológico brasileiro.** 3. ed. São Paulo : Ática, 1989.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Fichas de atendimento médico ambulatorial de emergência**. São José, 2000.

_____. **Relatório estatístico anual sobre o movimento de pacientes**. São José, 1996-2000.

_____. **Fichas de atendimento médico ambulatorial de emergência**. São José, 2003-2006.

JAMISON, K.R. **Uma mente inquieta**. Trad.: Wladéa Barcellos. 5. ed. São Paulo : Martins Fontes, 2002.

LA TAILLE, Y. et. al. **Piaget, Vygotsky, Wallon – Teorias psicogenéticas em discussão**. 11. ed. São Paulo : Sumus, 1992.

KAPLAN, H.I. SADOCK, B. **Compêndio de psiquiatria**. Trad.: Synopsis of Psychiatry. 6.ed. Porto Alegre : Artes Médicas Sul, 1993.

LAING, D.L. **A política da família e outros ensaios**. Trad. João G. Esteves. 2. ed. São Paulo : Martins Fontes, 1983.

_____. **Sobre loucos e sãos**. Trad.: Maria B. Svevo. 2. ed. São Paulo : Brasiliense, 1982.

LAPASSADE, G. Os rebeldes sem causa. In BRITTO, S. de (Org.). **Sociologia da juventude, III**. Trad.: N. J. M. Teixeira e Luís C. Figueiredo. Rio de Janeiro : Zahar, 1968.

LEMBO, J.M. **Por que falham os professores**. Trad.: Maria P. B. M. Charlier e René F. Charlier. São Paulo : EPU, 1975.

LENHARD, R. **Sociologia educacional**. 7. ed. São Paulo : Pioneira, 1985.

LEVI, G. SCHMITT, J-C. (Orgs.). **História dos jovens**. Trad.: Cláudio M. et. al. V.1. São Paulo : Companhia das Letras, 1996.

LEVISON D. J., GALLAGER E. B. **Sociologia del enfermo mental**. Trad. E. Franchie. Buenos Aires : Amorrortu Editores, 1964.

MANNHEIM, K. Funções das gerações. In. PEREIRA L. e FORACCHI M. M, **Educação e sociedade**. 8. ed. São Paulo : Nacional, 1954.

_____. O problema da juventude na sociedade moderna In BRITTO, S. de.(Org.). **Sociologia da juventude, I**. Rio de Janeiro : Zahar, 1968.

MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. (Orgs). **Técnicas de pesquisa**. 2. ed. São Paulo : Atlas, 1990.

MARGULIS, M. Juventud: una aproximación conceptual In BURAK, S. D. (Comp.). **Adolescência y juventud en américa latina**. Cartago : Libro Universitario Regional, 2001. p. 41-55.

_____. La juventud es más que una palabra. In: **Ensaio sobre cultura y juventud**. Buenos Aires : Editorial Biblos, 2000. p. 13-31.

MARQUEZ, G. G. **Cem anos de solidão**. Trad.: Eliane Zagury. 48 ed. Rio de Janeiro : Record, 2000.

MATOS, O. **Jovens vivem tragédia grega**. Entrevista em setembro de 2002. Disponível em: www.lula.gov.br/noticias. Acesso em: 11 de abril de 2004.

MATZA, D. As tradições ocultas da juventude. In BRITTO, S. de.(Org.). **Sociologia da juventude, III**. Trad.: Esperança L. de F. Netto. Rio de Janeiro : Zahar, 1968.

MILES, A. **O doente mental na sociedade contemporânea**. Trad.: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro : Zahar, 1982.

MOREIRA, D. **Psiquiatria: controle e repressão social**. Belo Horizonte: Vozes, 1983.

O PREÇO do desafio. Direção: Ramon Menendez. Warner Bros, 1988. (103 min.)

OLIVEIRA, M.C. (Org). **Demografia da exclusão social**. Temas e Abordagens. Campinas : Unicamp, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Relatório sobre a saúde no mundo. OPAS, OMS. Gráfica Brasil, 2001.

PEREIRA, L. M. F. **Reformas da ilusão: a terapêutica psiquiátrica em São Paulo na primeira metade do século XX**. Campinas 1995. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. Unicamp SP.

PONCE, A. **Educação e luta de classes**. Trad.: José S. C. Pereira. 13. ed. São Paulo : Cortez, 1994.

PORTER, R. **Uma história social da loucura**. Trad.: Angela Melim. Rio de Janeiro : Zahar, 1990.

POSTER, M. **Teoria crítica da família**. Trad.: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro : Zahar, 1978.

ROSENHAN, D. L. sanidade num ambiente doentio. In: **A realidade inventada**. São Paulo : Editorial PSY (II), 1994. p. 117-143.

RUSSEL, B. **Educação e ordem social**. Trad.: Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro : Zahar, 1978.

SADER, E. **Quando os novos personagens entraram em cena**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1988.

SANTOS, N. A. G. **Do hospício à comunidade**: políticas públicas de saúde mental. Florianópolis, 1992. Dissertação de Mestrado. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. UFSC.

SARTRE, J.-P. **As palavras**. Trad.: J. Guinsburg. 6. ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1993.

SCHEFF, T. J. **El rol de enfermo mental**. Trad. F. Setaro. 4. ed. Buenos Aires : Amorrortu Editores, 1970.

SCHNEIDER, D. R. **Implicações da ideologia médico-psiquiátrica na educação**. Florianópolis, 1993. Dissertação de Mestrado Centro de Ciências da Educação. UFSC.

SERRANO, A. I. **Impactos da modernidade sobre as pulsões autodestrutivas**: ciências sociais e intervenção psiquiátrica. Florianópolis, 2003. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. UFSC.

SHAKESPEARE, W. **Hamlet**. Trad. M. Fernandes. Porto Alegre : L&PM Editores, 1997.

SHINE brilhante. Direção: Scott Hicks. Monumentum, 1996. (105 min.)

SLEEPERS vingança adormecida. Direção: Barry Levinson. Warner Bross, 1996. (147 min.)

SOCIEDADE dos poetas mortos. Direção: Peter Weir. Buena Vista Home Entertainment, 1997. (129 min.)

SOUSA, J. T. P. **Os jovens, as políticas sociais e a formação educativa**. Revista de ciências humanas nº 26 p. 51-79 de out de 1999. Florianópolis : UFSC, 1999.

_____. **Reinvenções da utopia**: a militância política de jovens nos anos 90. São Paulo : Hacker, 1999.

SPOSITO, M. P. Estudos sobre juventude em Educação. In: **Juventude e contemporaneidade**. Revista Brasileira de Educação São Paulo: ANPED, (1997). Números 5 e 6.

_____. **Os jovens no Brasil**: desigualdades multiplicadas e novas demandas. São Paulo : Ação Educativa, 2003.

STEINHILBER, J. **Profissional de educação física existe?** Rio de Janeiro : Sprint, 1996.

SZASZ, T. S. **A fabricação da loucura**: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental. 3. ed. Trad.: Dante M. Leite. Rio de Janeiro : Zahar, 1978.

_____. **Cruel compaixão**. Trad.: Ana R. P. Moraes. São Paulo : Papyrus, 1994.

_____. **O mito da doença mental**: fundamentos de uma teoria da conduta pessoal. São Paulo : Círculo de Livro, 1974.

TEIXEIRA, M. A. A. **Dar ul maraftan*, morada dos que precisam ser acorrentados**: contribuição ao estudo das relações de poder na instituição psiquiátrica. Florianópolis, 1991. Dissertação de Mestrado. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. UFSC.

THIOLLENT, M. J. M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 2. ed. São Paulo : Polis, 1981.

VAN DEN BERG, J.H. **O paciente psiquiátrico**: esboço de psicopatologia fenomenológica. Campinas : Editorial PSY II, 1994.

VIGNATTI, C. **Encontro nacional da juventude**, setembro de 2003. Disponível em: www.digitalabc.com.br/arquivo/230903.htm. Acesso em: 09 de abril de 2004.

VYGOTSKY, L.S. **A formação social da mente**. Trad.: José Cipolla Neto. 4. ed. São Paulo : Martins Fontes, 1991.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência III**: os jovens do Brasil. Brasília : UNESCO, Instituto Ayrton Senna, SEDH, 2002.

WATZLAWICK, P. Profecias que se autocumprem. In: **A realidade inventada**. São Paulo : Editorial PSY (II), 1994. p. 97-116.

ZANETI, H. **Juventude e revolução**: uma investigação sobre a atitude revolucionária juvenil no Brasil. Brasília : Editora Universidade de Brasília, 2001.

ANEXOS

APÊNDICE A – Ficha de anotação dos dados de pesquisa de campo

APÊNDICE B – Tabelas e gráficos

ANEXO A – Solicitação de autorização de pesquisa no IPQ/SC

ANEXO B – Relatório da 1ª etapa: entrada em campo de pesquisa

Relatório da 2ª etapa: conclusão da coleta de dados

Relatório final

APÊNDICE C – Quadro de entrevistas com jovens do sexo feminino e masculino

APÊNDICE A – Ficha de anotação dos dados de pesquisa de campo

APÊNDICE B – Gráficos e tabelas

COMPILAÇÃO DOS DADOS LEVANTADOS NO IPQ/SC REFERENTE AS INTERNAÇÕES DE JOVENS NO PERÍODO ENTRE 2002 E 2004

Este relatório apresenta a compilação dos dados levantados nas fichas de internação e prontuários do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, localizado em São José/SC. Os sujeitos pesquisados são jovens entre 14 e 25 anos e o período coletado refere-se a julho de 2002 até julho de 2004. Os municípios aqui citados são os de origem destes jovens que deslocam-se de suas cidades para internarem no instituto.

Na tabela primária, de onde originaram as demais tabelas e gráficos, foram suprimidos para esta publicação os nomes e números dos prontuários dos jovens internados para preservar suas identidades.

Compõe este documento, tabelas e gráficos, de onde foram extraídos alguns de maior destaque e significação para ilustrar o capítulo 4 e suas análises, bem como outras no decorrer da dissertação.

Lembrando que os dados apresentados neste anexo estão brutos, não sendo considerados análises ou conclusões e sim informações para elaboração destas.

GERAL DO ESTADO DE SANTA CATARINA

TABELA 1 - Resumo dos dados compilados referente as internações de jovens no IPQ no Estado de Santa Catarina

SANTA CATARINA		
Total Pacientes	532	
Sexo	Número	(%) Percentual
Feminino	92	17,3 Feminino
Masculino	440	82,7 Masculino
Diagnóstico	Número	(%) Percentual
CP - Casos Psiquiátricos	262	49,2
CO - Comorbidade	270	50,8
Tipo Internação	Número	(%) Percentual
Internos	348	65,4
Reinternos	184	34,6

Tabela 1 – Internações de jovens entre 14 e 25 anos, no IPQ, no período entre 2002 e 2004.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

No período pesquisado de dois anos, foram internados 532 jovens em Santa Catarina. Deste total, foram 440 internações masculinas e 92 internações femininas. Isto corresponde a 17,3% dos casos femininos e 82,7% dos casos masculinos no Estado.

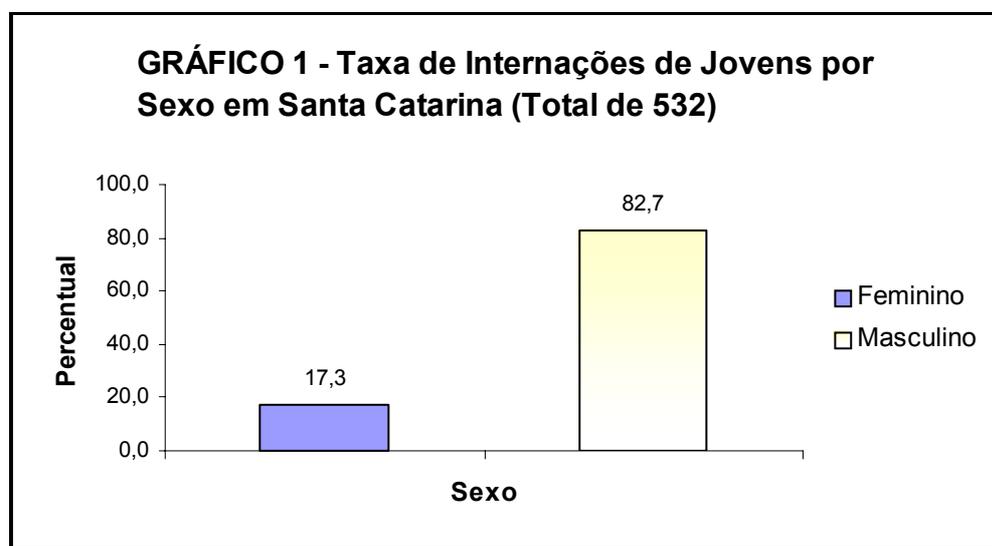


Gráfico 1 – Taxa de internações de jovens por sexo em Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Restringimos a pesquisa aos casos psiquiátricos (CP) e casos de comorbidade – (CO) observando as internações destes diagnósticos, eles corresponderam a 262 diagnósticos psiquiátricos, totalizando 49,2 % e 270 diagnósticos de comorbidade, que correspondem a 50,8% de casos em Santa Catarina.

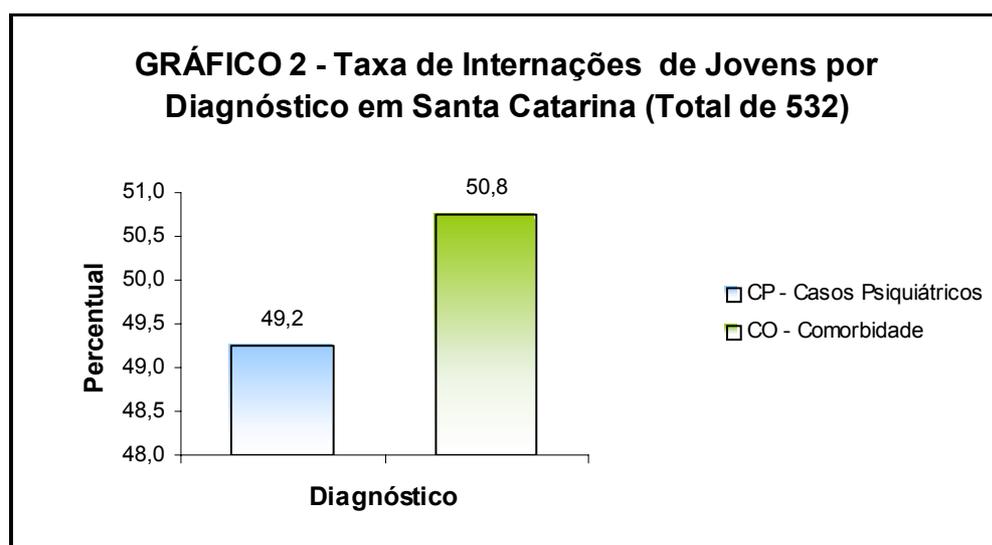


Gráfico 2 – Taxa de internações de jovens por diagnóstico em Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Com relação ao tipo de internação, do total de 532 internações em Santa Catarina, observamos 348 de internações do tipo Interno (IN), que correspondem a 65,4% e 184 internações do tipo de Reinternos (RE) que correspondem a 34,6%.

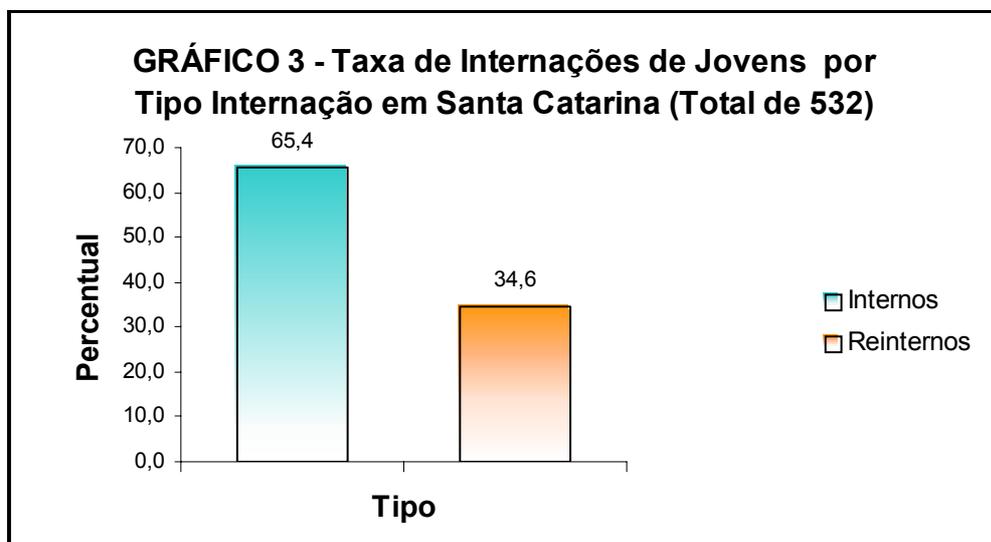


Gráfico 3 - Taxa de internações de jovens por tipo de internação em Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações em Santa Catarina por *idade* de jovens, entre 13 e 25 anos, dos 92 casos femininos, destacamos as idades entre 21 e 24 anos com 16,3% dos casos, seguido de 25 anos com 14,1%. Do total de 440 casos masculinos a idade de 22 anos se destacou com 15,5% e 20 anos com 13,6%.

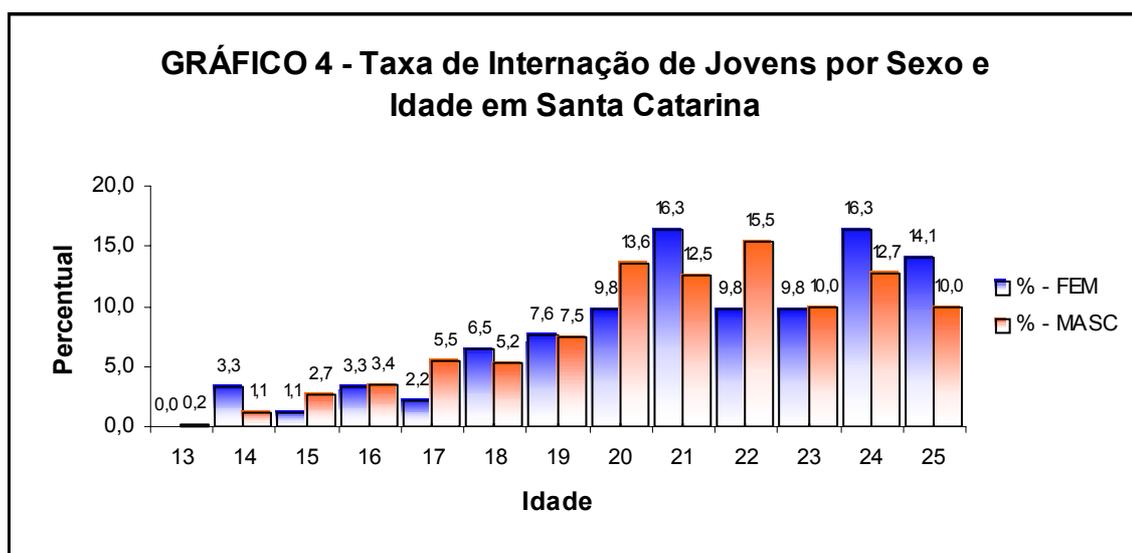


Gráfico 4 – Taxa de internações de jovens por sexo e idade em Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por município em Santa Catarina, observamos que em 1º lugar está Florianópolis com 137 casos representado 25,8%; em 2º lugar Itajaí com 23 casos representado 4,3 % e em 3º lugar, Tubarão com 14 casos representado 2,6% do total de internações no Estado.

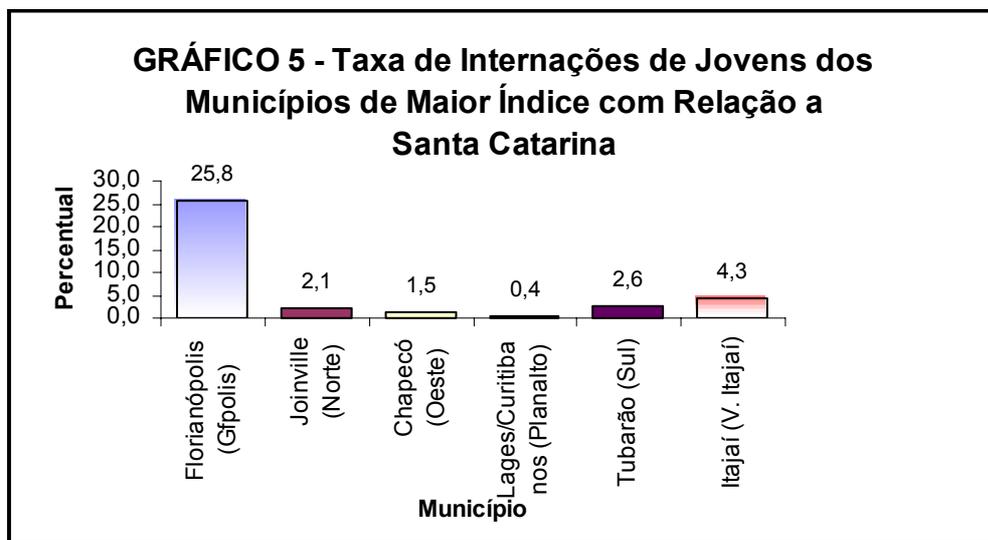


Gráfico 5 – Taxa de internações de jovens dos municípios de maior índice de internamentos com relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005

Nas internações masculinas em relação ao total de 440 casos apresentados em Santa Catarina, observamos em 1º lugar a idade de 22 anos com 68 casos, que correspondem a 15,5%; em 2º lugar a idade de 20 anos com 60 casos, que correspondem a 13,6% e em 3º lugar, a idade de 24 anos com 56 casos, que correspondem a 12,7% do total de casos no Estado.

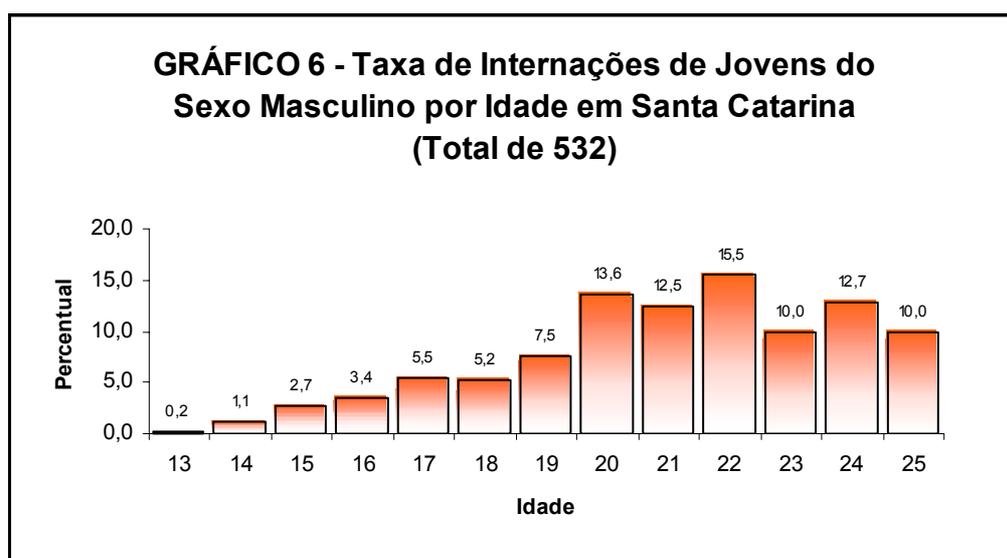


Gráfico 6 – Taxa de internações de jovens do sexo masculino por idade em Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações femininas em relação ao total de 92 casos em Santa Catarina, observamos em 1º lugar a idade de 21 e 24 anos com 15 casos, que correspondem a 16,3%; em 2º lugar a idade de 25 anos com 13 casos, que correspondem a 14,1% e em 3º lugar, a idade de 20, 22 e 23 anos com 9 casos, que correspondem a 9,8% do total de casos no Estado.

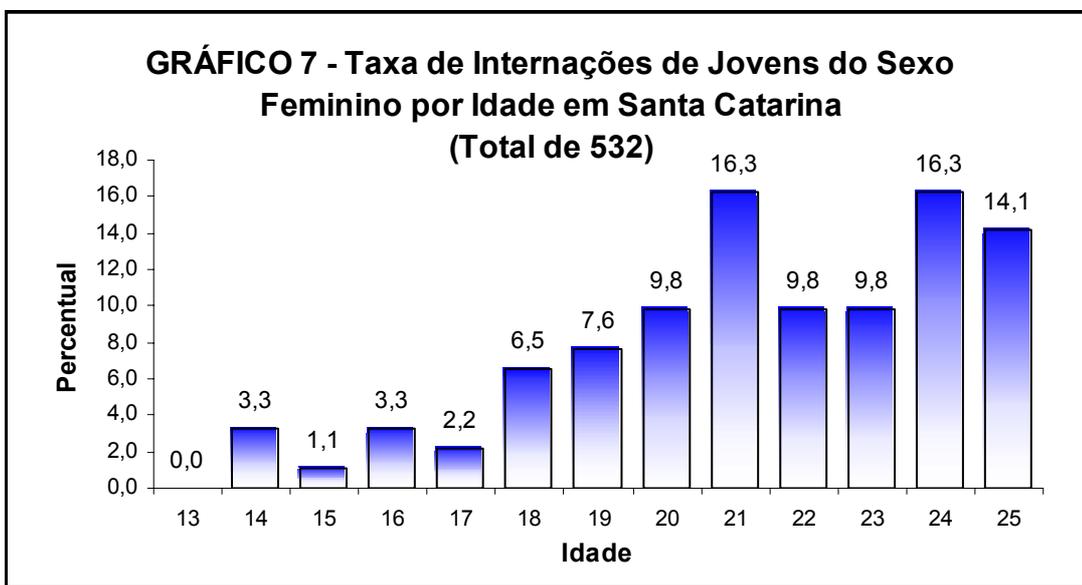


Gráfico 7 – Taxa de internações de jovens do sexo feminino por idade em Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

As internações nas regiões em relação ao total de 532 casos em Santa Catarina, observamos com destaque a região da Grande Florianópolis com 331 casos, que correspondem a 62,2%; em 2º lugar a região do Vale do Itajaí com 89 casos, que correspondem a 16,7%; em 3º lugar a região Sul com 57 casos, do total de casos no Estado.

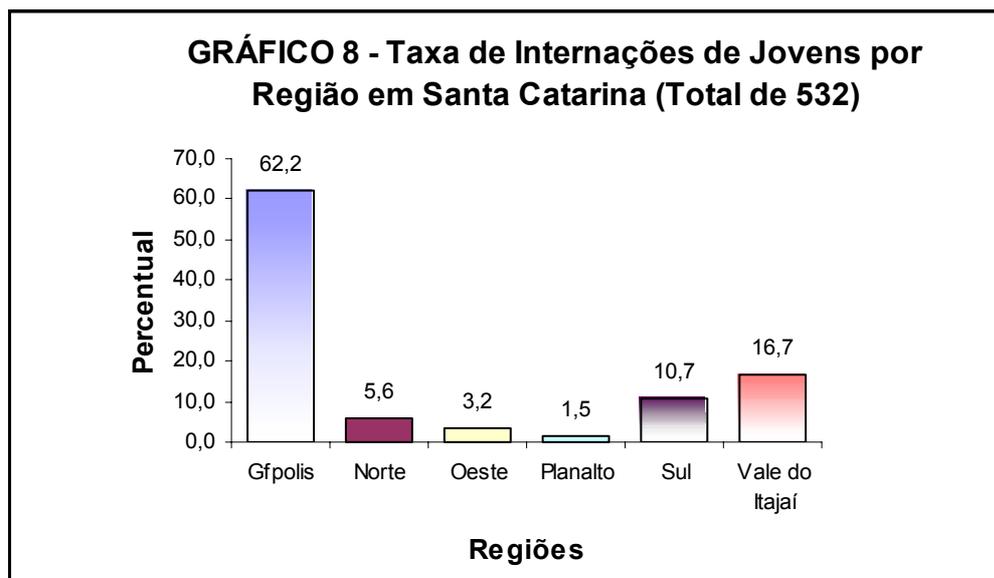


Gráfico 8 – Taxa de internações de jovens por região em Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Em Santa Catarina, os municípios de origem com maior número de internações foram: Florianópolis, com 137 casos que correspondem a 41,4% dos casos na região da Grande Florianópolis; Itajaí, com 23 casos que correspondem a 25,8% dos casos na região do Vale do Itajaí; Tubarão, com 14 casos que correspondem a 24,6% dos casos na região Sul; Joinville, com 11 casos que correspondem a 36,7% dos casos na região Norte; Chapecó com 8 casos, que correspondem a 47,1% dos casos na região Oeste e Lages e Curitibanos, com 2 casos cada que correspondem a 25% dos casos na região do Planalto.

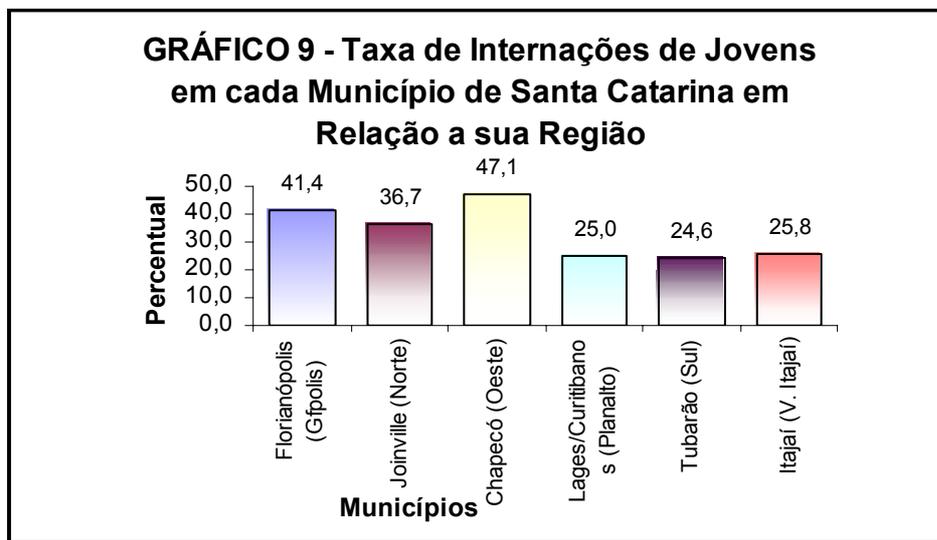


Gráfico 9 – Taxa de internações de jovens dos municípios de Santa Catarina em relação a sua região.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas taxas de internações dos municípios de origem em relação aos 532 casos em Santa Catarina, os com maior índice foram: Florianópolis com 25,8%; Itajaí com 4,3%; Tubarão com 2,6%; Joinville com 2,1%; Chapecó com 1,5% e Lages e Curitibanos com 0,4% do total de casos.

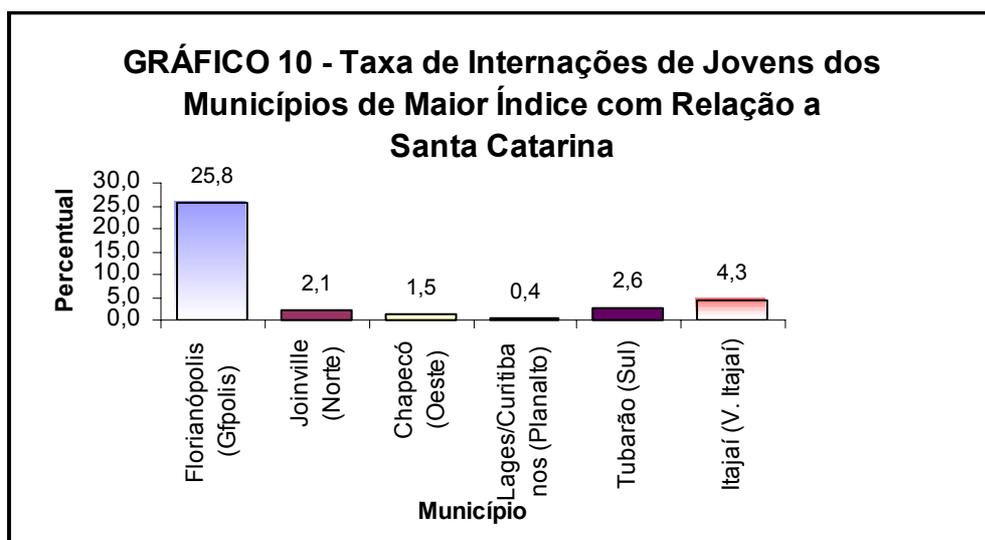


Gráfico 10 – Taxa de Internações de jovens dos municípios de origem com maior índice com relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

REGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

Dados Referentes aos Jovens da Região da Grande Florianópolis					
ORIGEM	REGIÃO	ID	M/F	SIT	DIAG
Tijucas	Grande Fpolis	13	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	14	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	14	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	14	F	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	15	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	15	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	15	M	IN	CO
Biguaçu	Grande Fpolis	15	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	15	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	15	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	16	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	16	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	16	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	16	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	16	M	IN	CP
Palhoça	Grande Fpolis	16	F	IN	CP
Palhoça	Grande Fpolis	16	F	IN	CO
Tijucas	Grande Fpolis	16	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	17	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	17	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	17	M	R	CO
Palhoça	Grande Fpolis	17	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	17	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	17	M	IN	CO
Biguaçu	Grande Fpolis	17	M	R	CP
São José	Grande Fpolis	17	M	R	CO
Biguaçu	Grande Fpolis	17	M	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	17	M	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	17	F	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	17	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	17	M	IN	CO
Tijucas	Grande Fpolis	17	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	18	M	R	CP
Palhoça	Grande Fpolis	18	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	18	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	18	M	IN	CO
Biguaçu	Grande Fpolis	18	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	18	F	IN	CP
Palhoça	Grande Fpolis	18	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	18	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	18	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	18	F	R	CP
Tijucas	Grande Fpolis	18	M	IN	CP
São José	Grande Fpolis	18	M	R	CP
São José	Grande Fpolis	18	M	R	CP
Palhoça	Grande Fpolis	18	M	IN	CP
São José	Grande Fpolis	18	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	18	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	18	M	IN	CO
São João Batista	Grande Fpolis	18	F	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	18	F	R	CP
Rancho Queimado	Grande Fpolis	18	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	18	M	IN	CO

ORIGEM	REGIÃO	ID	M/F	SIT	DIAG
Canelinha	Grande Fpolis	18	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	18	F	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	19	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	19	M	IN	CP
Nova Trento	Grande Fpolis	19	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	19	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	19	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	19	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	19	F	IN	CO
Paulo Lopes	Grande Fpolis	19	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	19	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	19	M	IN	CP
São José	Grande Fpolis	19	F	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	19	M	R	CO
São José	Grande Fpolis	19	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	19	M	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	19	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	19	M	IN	CO
Tijucas	Grande Fpolis	19	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	19	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	19	M	IN	CO
Biguaçu	Grande Fpolis	19	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	19	F	IN	CO
São José	Grande Fpolis	19	M	R	CO
Biguaçu	Grande Fpolis	20	M	IN	CO
Biguaçu	Grande Fpolis	20	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	20	M	R	CO
Biguaçu	Grande Fpolis	20	M	IN	CP
Palhoça	Grande Fpolis	20	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	20	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	20	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	20	F	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	20	F	IN	CP
São José	Grande Fpolis	20	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	20	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	20	F	R	CP
Palhoça	Grande Fpolis	20	M	R	CO
Palhoça	Grande Fpolis	20	M	R	CP
Palhoça	Grande Fpolis	20	M	R	CO
São José	Grande Fpolis	20	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	20	M	R	CP
Palhoça	Grande Fpolis	20	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	20	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	20	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	20	F	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	20	M	IN	CO
Santo Amaro	Grande Fpolis	20	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	20	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	20	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	20	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	20	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	20	M	IN	CP
São José	Grande Fpolis	20	M	IN	CP
Biguaçu	Grande Fpolis	20	M	IN	CO

ORIGEM	REGIÃO	ID	M/F	SIT	DIAG
Alfredo Wagner	Grande Fpolis	20	M	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	20	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	20	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	20	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	20	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	20	M	R	CP
São José	Grande Fpolis	20	F	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	20	M	R	CP
São José	Grande Fpolis	20	M	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	20	M	IN	CP
Tijucas	Grande Fpolis	20	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	20	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	20	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	20	M	R	CO
Angelina	Grande Fpolis	21	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	21	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	21	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	21	F	IN	CP
São José	Grande Fpolis	21	F	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	21	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	21	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	21	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	21	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	21	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	21	F	R	CP
São José	Grande Fpolis	21	F	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	21	M	IN	CP
São José	Grande Fpolis	21	M	R	CO
Angelina	Grande Fpolis	21	M	R	CP
Palhoça	Grande Fpolis	21	F	R	CO
Biguaçu	Grande Fpolis	21	M	IN	CP
São José	Grande Fpolis	21	M	R	CP
Palhoça	Grande Fpolis	21	M	IN	CP
São José	Grande Fpolis	21	M	IN	CP
São José	Grande Fpolis	21	M	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	21	M	R	CP
Palhoça	Grande Fpolis	21	M	IN	CO
Alfredo Wagner	Grande Fpolis	21	M	R	CP
São José	Grande Fpolis	21	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	21	M	R	CO
São José	Grande Fpolis	21	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	21	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	21	M	R	CP
Palhoça	Grande Fpolis	21	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	21	F	IN	CP
São José	Grande Fpolis	21	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	21	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	21	F	R	CP
Tijucas	Grande Fpolis	21	M	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	21	M	R	CP
Santo Amaro	Grande Fpolis	21	M	R	CP
Santo Amaro	Grande Fpolis	21	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	21	M	IN	CP
São José	Grande Fpolis	21	M	R	CO

ORIGEM	REGIÃO	ID	M/F	SIT	DIAG
Palhoça	Grande Fpolis	21	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	22	M	IN	CP
São José	Grande Fpolis	22	M	R	CP
Palhoça	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	R	CP
Tijucas	Grande Fpolis	22	F	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	22	M	R	CP
São João Batista	Grande Fpolis	22	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Gov. Celso Ramos	Grande Fpolis	22	M	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	22	M	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	R	CP
Biguaçu	Grande Fpolis	22	M	R	CP
São José	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	22	F	IN	CP
São José	Grande Fpolis	22	M	R	CO
Palhoça	Grande Fpolis	22	M	IN	CP
Santo Amaro	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	F	IN	CP
São José	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Biguaçu	Grande Fpolis	22	F	IN	CP
Palhoça	Grande Fpolis	22	F	R	CP
Palhoça	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	R	CO
Palhoça	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Biguaçu	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	R	CP
São José	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	22	M	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	22	M	R	CO
Palhoça	Grande Fpolis	22	F	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	22	F	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	22	F	R	CO
Palhoça	Grande Fpolis	22	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	23	M	R	CP
Biguaçu	Grande Fpolis	23	M	R	CP

ORIGEM	REGIÃO	ID	M/F	SIT	DIAG
Fpolis	Grande Fpolis	23	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	23	M	R	CP
São José	Grande Fpolis	23	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	23	M	R	CO
São José	Grande Fpolis	23	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	23	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	23	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	23	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	23	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	23	F	R	CP
São José	Grande Fpolis	23	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	23	M	R	CO
São José	Grande Fpolis	23	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	23	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	23	M	R	CO
São José	Grande Fpolis	23	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	23	M	IN	CP
São José	Grande Fpolis	23	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	23	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	23	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	23	M	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	23	M	IN	CP
Canelinha	Grande Fpolis	23	F	IN	CP
Palhoça	Grande Fpolis	23	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	23	F	R	CP
São João Batista	Grande Fpolis	23	M	IN	CO
São P. de Alcântara	Grande Fpolis	23	F	IN	CP
Paulo Lopes	Grande Fpolis	23	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	23	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	23	F	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	23	F	R	CP
Palhoça	Grande Fpolis	24	F	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	24	M	IN	CP
Palhoça	Grande Fpolis	24	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	24	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	24	F	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	24	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	24	M	R	CP
São José	Grande Fpolis	24	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	24	M	R	CP
Palhoça	Grande Fpolis	24	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	24	M	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	24	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	24	M	IN	CO
Biguaçu	Grande Fpolis	24	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	24	F	IN	CP
São José	Grande Fpolis	24	M	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	24	M	R	CP
Biguaçu	Grande Fpolis	24	F	R	CP
São José	Grande Fpolis	24	F	IN	CP
Palhoça	Grande Fpolis	24	M	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	24	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	24	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	24	M	IN	CO

ORIGEM	REGIÃO	ID	M/F	SIT	DIAG
Fpolis	Grande Fpolis	24	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	24	M	IN	CO
Biguaçu	Grande Fpolis	24	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	24	M	R	CO
São José	Grande Fpolis	24	M	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	24	F	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	24	F	R	CO
São José	Grande Fpolis	24	F	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	24	M	R	CO
São José	Grande Fpolis	24	F	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	24	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	24	F	IN	CP
São José	Grande Fpolis	24	M	IN	CO
Biguaçu	Grande Fpolis	24	F	R	CP
Biguaçu	Grande Fpolis	24	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	24	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	24	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	24	M	R	CO
Palhoça	Grande Fpolis	24	F	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	24	F	R	CP
Tijucas	Grande Fpolis	24	M	R	CP
Palhoça	Grande Fpolis	24	M	R	CP
São João Batista	Grande Fpolis	24	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	24	M	R	CP
Paulo Lopes	Grande Fpolis	25	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	25	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	25	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	25	M	R	CO
Fpolis	Grande Fpolis	25	M	R	CP
Biguaçu	Grande Fpolis	25	F	IN	CP
Gov. Celso Ramos	Grande Fpolis	25	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	25	F	R	CP
São José	Grande Fpolis	25	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	25	F	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	25	M	R	CO
São José	Grande Fpolis	25	F	IN	CO
São José	Grande Fpolis	25	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	25	M	R	CO
Palhoça	Grande Fpolis	25	M	R	CP
Biguaçu	Grande Fpolis	25	M	R	CP
Fpolis	Grande Fpolis	25	M	IN	CO
Fpolis	Grande Fpolis	25	M	IN	CP
São João Batista	Grande Fpolis	25	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	25	F	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	25	M	R	CO
São José	Grande Fpolis	25	M	R	CO
Palhoça	Grande Fpolis	25	M	IN	CO
Palhoça	Grande Fpolis	25	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	25	M	R	CO
São José	Grande Fpolis	25	M	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	25	M	IN	CO
São José	Grande Fpolis	25	M	IN	CP
São José	Grande Fpolis	25	F	IN	CP
Fpolis	Grande Fpolis	25	M	R	CP

REGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

TABELA 1 – Internações no IPQ de jovens por sexo da Região da Grande Florianópolis

FEMININO POR IDADE	MASCULINO POR IDADE	IDADE	TOTAL ID
0	1	13	1
1	2	14	3
0	6	15	6
2	6	16	8
1	13	17	14
5	18	18	23
3	19	19	22
5	39	20	44
7	34	21	41
8	43	22	51
6	27	23	33
13	34	24	47
9	29	25	38
60	271		331

Tabela 1 – Internações de jovens entre 14 e 25 anos, por sexo e idade, no período entre 2002 e 2004 na região da Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

TABELA 2 – Diagnóstico e tipo de internação de jovens da Região da Grande Florianópolis

Diagnóstico	Número
CP - Casos Psiquiátricos	148
CO - Comorbidade	183
Tipo de Internação	Número
Interno	204
Reinterno	127

Tabela 2 – Internações de jovens entre 14 e 25 anos, por diagnóstico e tipo de internação, no período entre 2002 e 2004 na região da Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005

TABELA 3 – Internações de jovens no IPQ por município de origem da Região da Grande Florianópolis

CIDADE	Número	%GF
Florianópolis	137	41,4
São José	83	25,1
Palhoça	57	17,2
Biguaçu	21	6,3
Tijucas	9	2,7
São João Batista	5	1,5
Rancho Queimado	1	0,3
Canelinha	2	0,6
Santo Amaro	5	1,5
Gov. Celso Ramos	2	0,6
Paulo Lopes	3	0,9
São P. de Alcântara	1	0,3
Alfredo Wagner	2	0,6
Angelina	2	0,6
Nova Trento	1	0,3
	331	100,0

Tabela 3 – Internações de jovens por município de origem, no período entre 2002 e 2004 da Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005

Nas internações por *sexo* na região da Grande Florianópolis, do total de 331 casos, observamos 60 casos femininos, que correspondem a 18,1% e 271 casos masculinos, que correspondem a 81,9% do total.

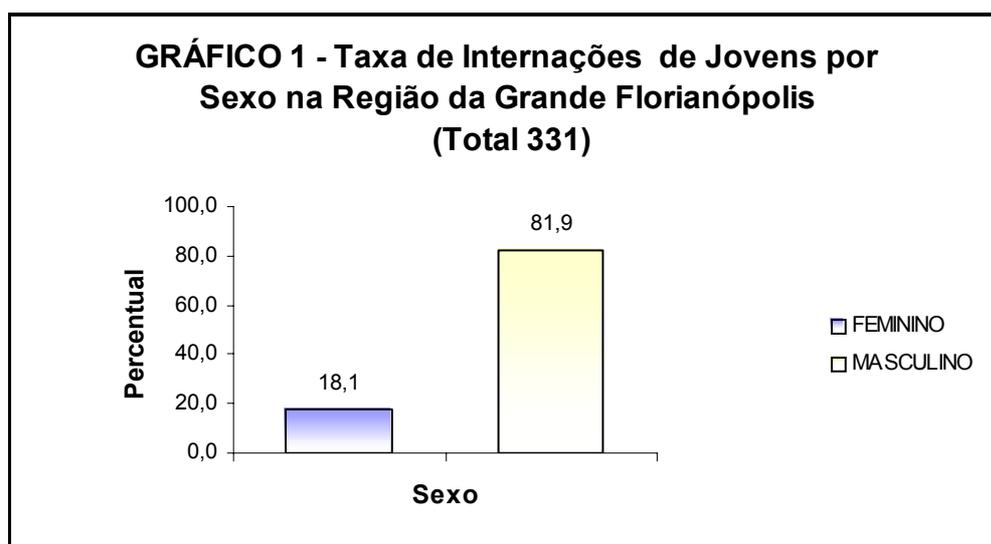


Gráfico 1 – Taxa de internações de jovens por sexo da Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *diagnóstico* na região da Grande Florianópolis, do total de 331 casos, observamos 148 casos psiquiátricos (CP), que correspondem a 44,7% e 183 casos de comorbidade (CO), que correspondem a 55,3% do total.

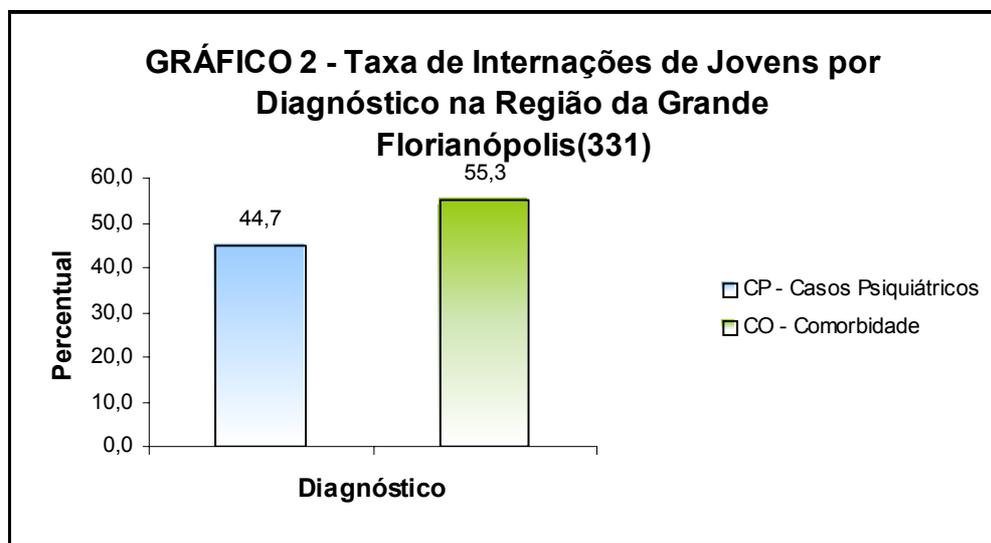


Gráfico 2 – Taxa de internações de jovens por diagnóstico da Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *tipo* na região da Grande Florianópolis, do total de 331 casos, observamos 204 casos de Internos (IN) que correspondem a 61,6% e 127 casos de Reinternos (RE), que correspondem a 38,4% do total.

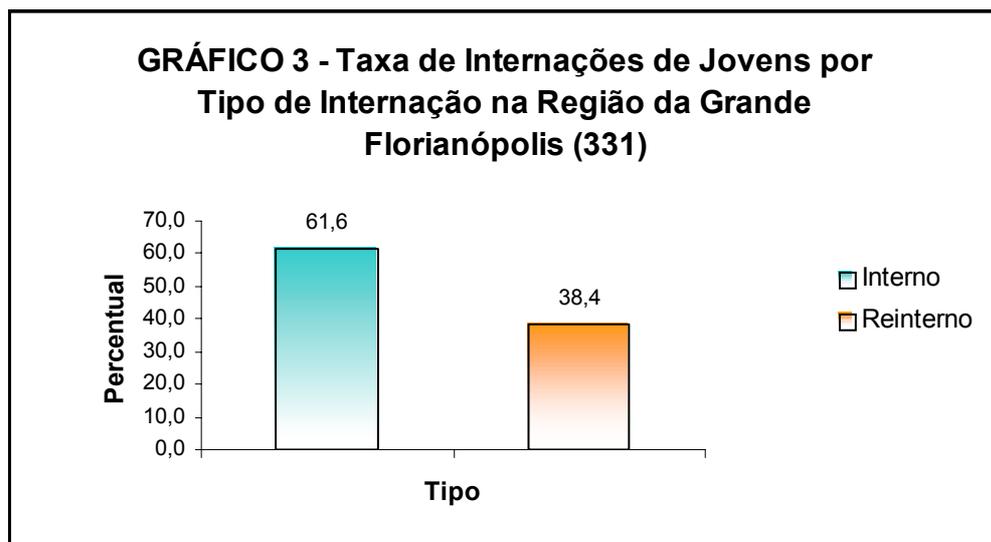


Gráfico 3 – Taxa de internações de jovens por tipo de internação da Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *sexo* referente ao *diagnóstico* de casos psiquiátricos (CP) na Grande Florianópolis, observamos que tivemos 49 casos femininos, que correspondem a 81,7% do total de 60 casos. Em relação ao masculino, tivemos 99 casos que correspondem a 36,5%, do total de 271 casos na região.

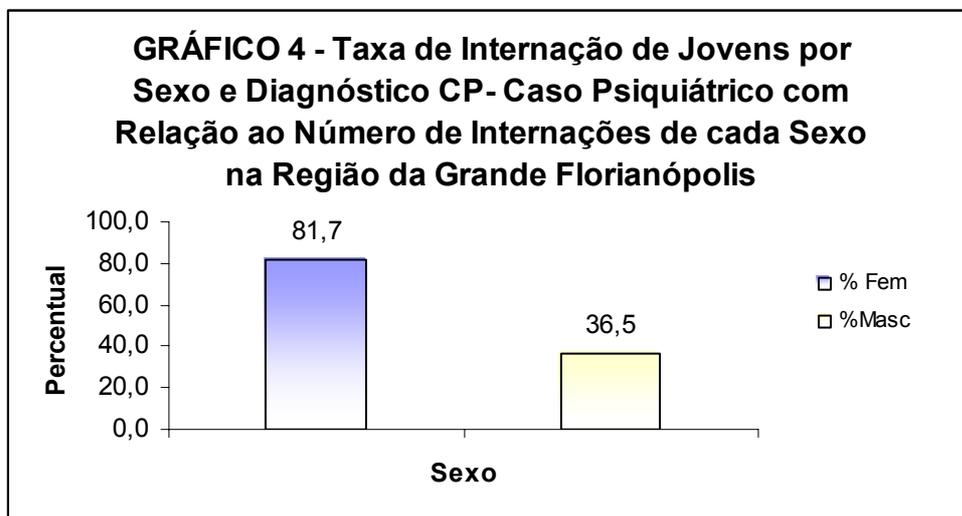


Gráfico 4 – Taxa de internações de jovens por sexo e diagnóstico CP com relação ao número de internações de cada sexo na Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

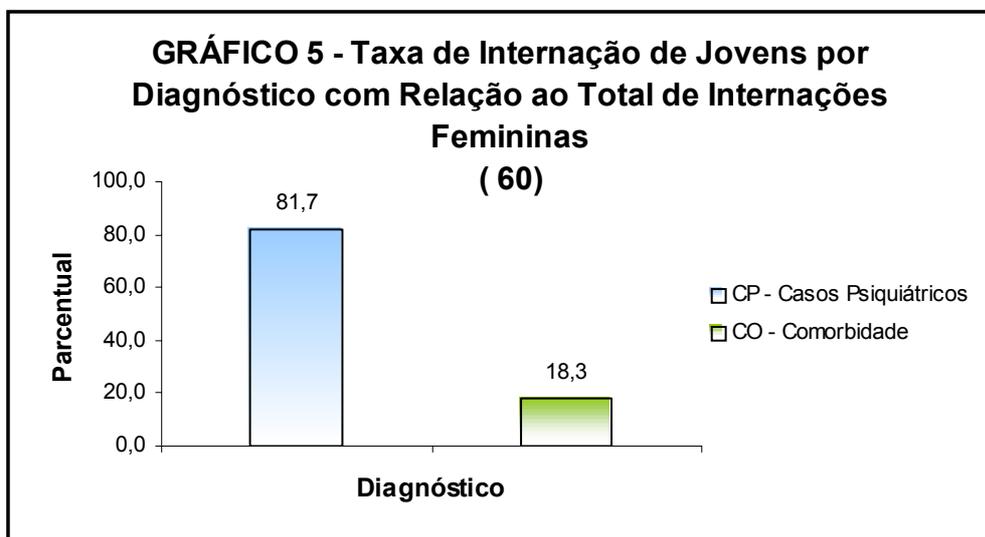


Gráfico 5 – Taxa de internações de jovens do sexo feminino por diagnóstico na Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

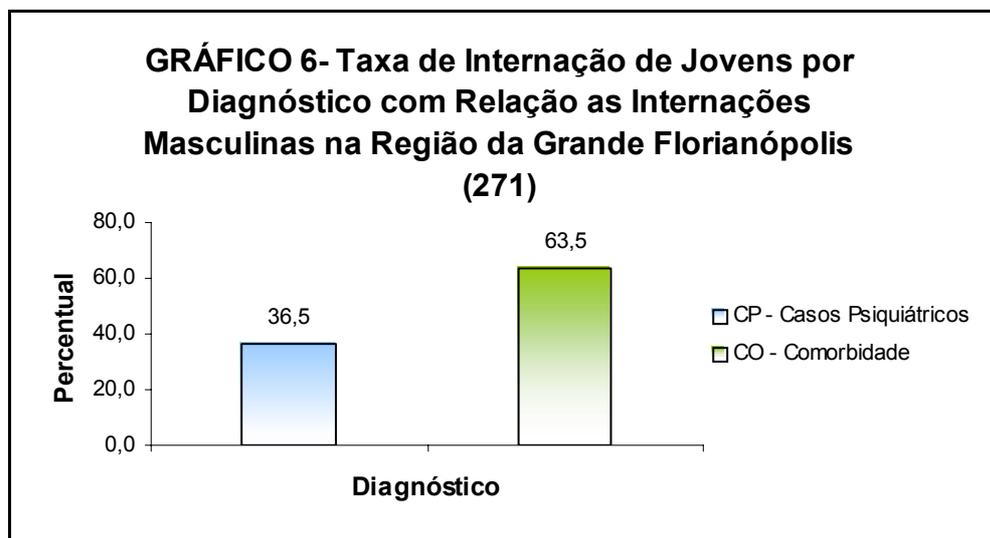


Gráfico 6 – Taxa de internações de jovens do sexo feminino por diagnóstico na Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *sexo* referente ao *diagnóstico* de comorbidade (*CO*) na região, tivemos 11 casos femininos, que correspondem a 18,3% do total de 60 casos. Em relação ao masculino, tivemos 172 casos que correspondem a 63,5%, do total de 271casos.

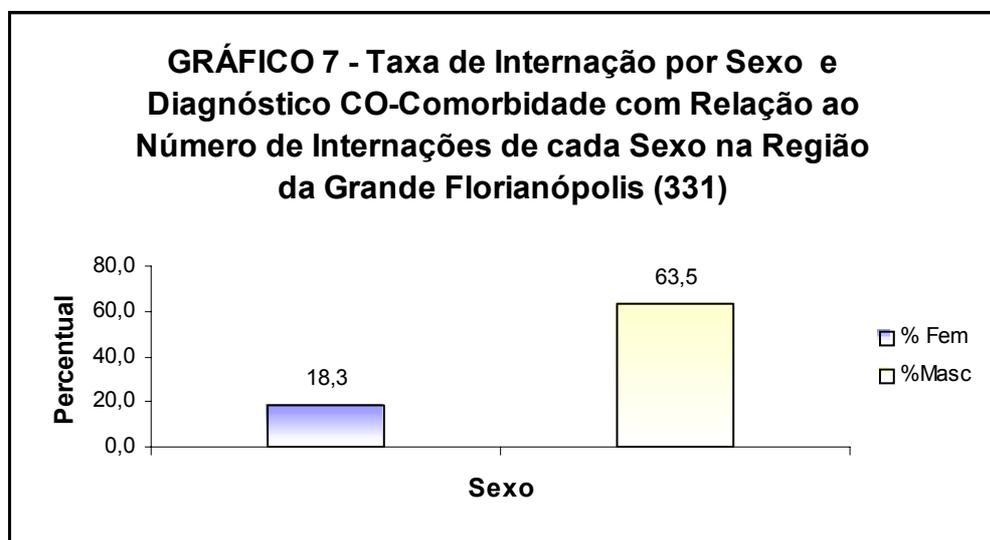


Gráfico 7 – Taxa de internações de jovens por sexo e diagnóstico CO com relação ao número de internações de cada sexo na Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *idade* na região da Grande Florianópolis, observamos nos 331 casos as seguintes idades: 22 anos com 51 casos, que correspondem a 15,4%; 24 anos com 47 casos que correspondem a 14,2%; 20 anos com 44 casos, que correspondem a 13,3% e 21 anos com 41 casos, que correspondem a 12,4% do total.

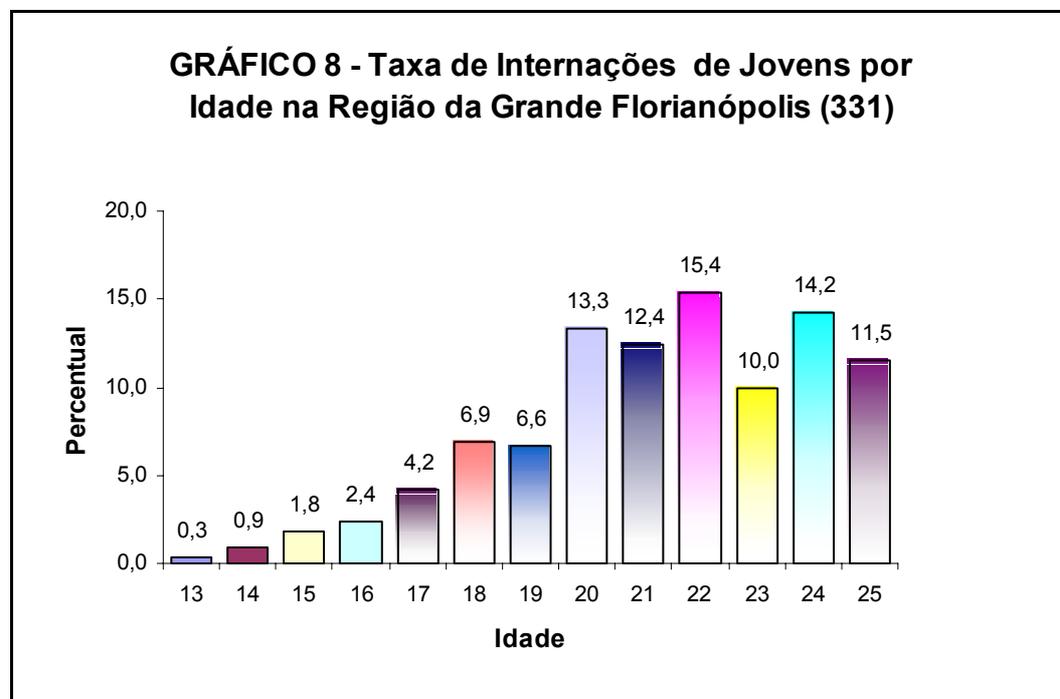


Gráfico 8 – Taxa de internações de jovens por idade na Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações do sexo feminino da região da Grande Florianópolis, do total de 60 casos tivemos: 13 casos com a idade de 24 anos, que correspondem a 21,7% do total.

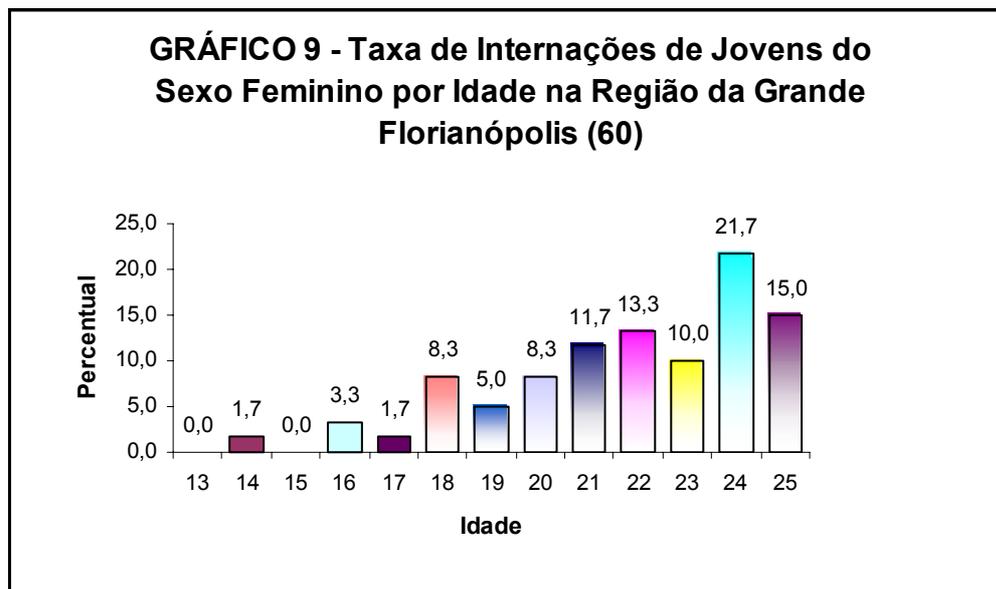


Gráfico 9 – Taxa de internações de jovens por sexo feminino na Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações do sexo masculino da região da Grande Florianópolis, do total de 271 casos tivemos: 43 casos com a idade de 22 anos, que correspondem a 15,9% do total.

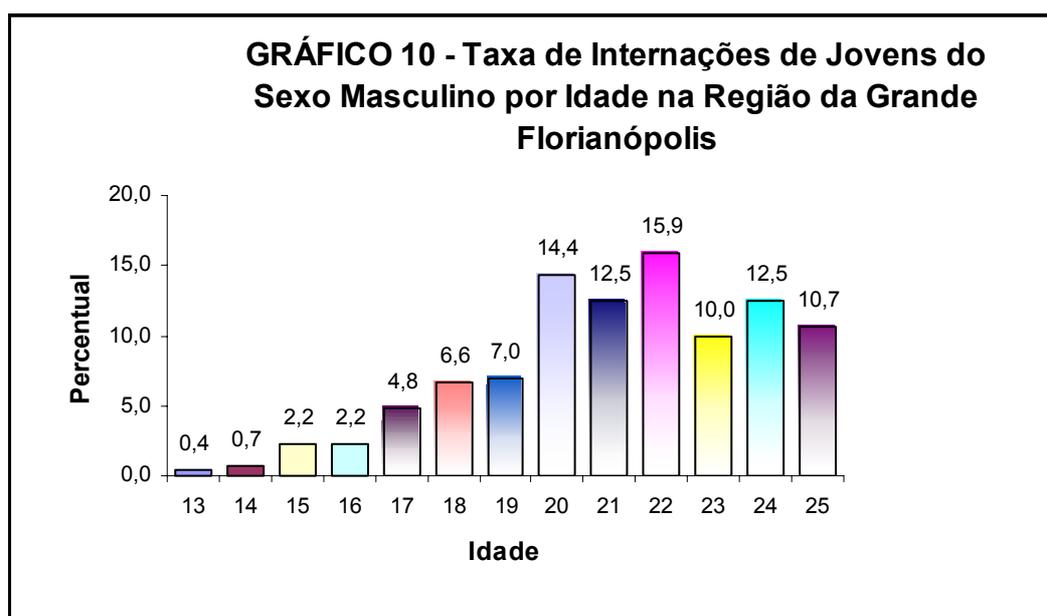


Gráfico 10 – Taxa de internações de jovens do sexo masculino na Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por município da região da Grande Florianópolis, observamos do total de 331 casos, Florianópolis com 137 casos, que correspondem a 41,4%, São José com 83 casos que correspondem a 25,1%; Palhoça com 57 casos que correspondem a 17,2% e Biguaçu com 21 casos que correspondem a 6,3% do total de casos na região.

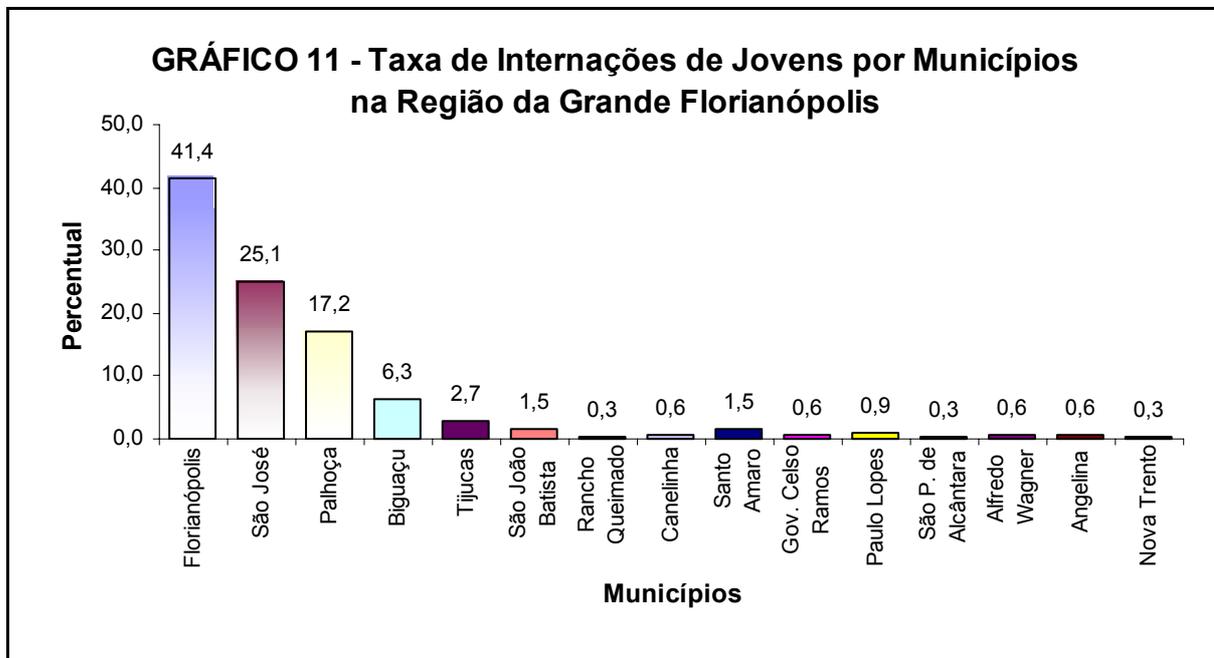


Gráfico 11– Taxa de internações de jovens por município da Grande Florianópolis.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

A taxa em relação ao *sexo* comparando a região com o Estado foi de 65,2% de casos femininos do total de 92 casos no Estado. No masculino temos 61,6% dos casos do total de 440 casos em Santa Catarina.

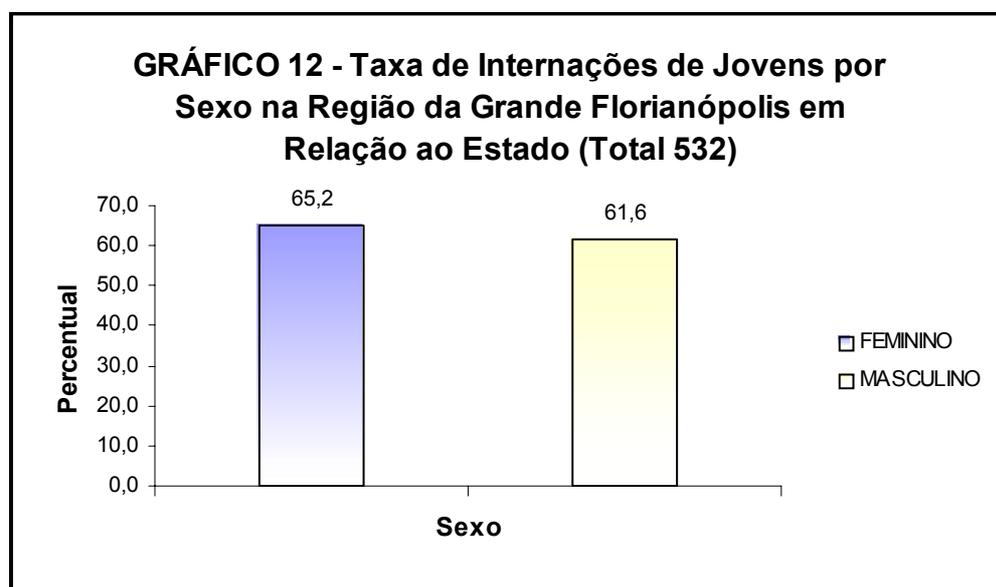


Gráfico 12 – Taxa de internações de jovens por sexo da Grande Florianópolis em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre as internações por *diagnóstico* da região da Grande Florianópolis em relação a Santa Catarina, a região apresentou 56,5% dos casos psiquiátricos (CP) do total de 262 casos e 67,8% de comorbidade (CO) do total de 270 casos no Estado.

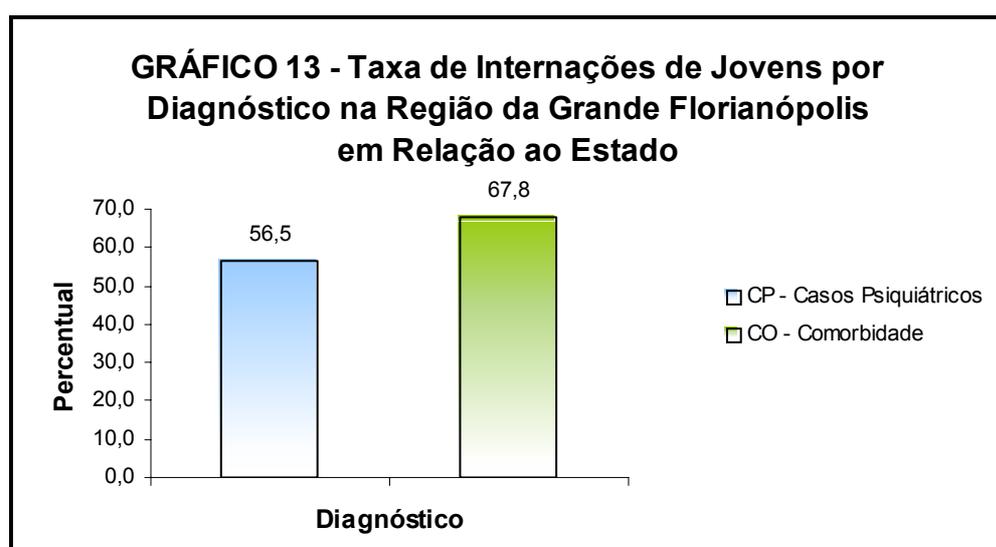


Gráfico 13– Taxa de internações de jovens por diagnóstico da Grande Florianópolis em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre as internações por *idade* da região da Grande Florianópolis em relação a Santa Catarina, a região apresentou 58,6% de Internações (IN) do total de 348 casos e 69,0% de Reinternações (RE) do total de 184 casos no Estado.

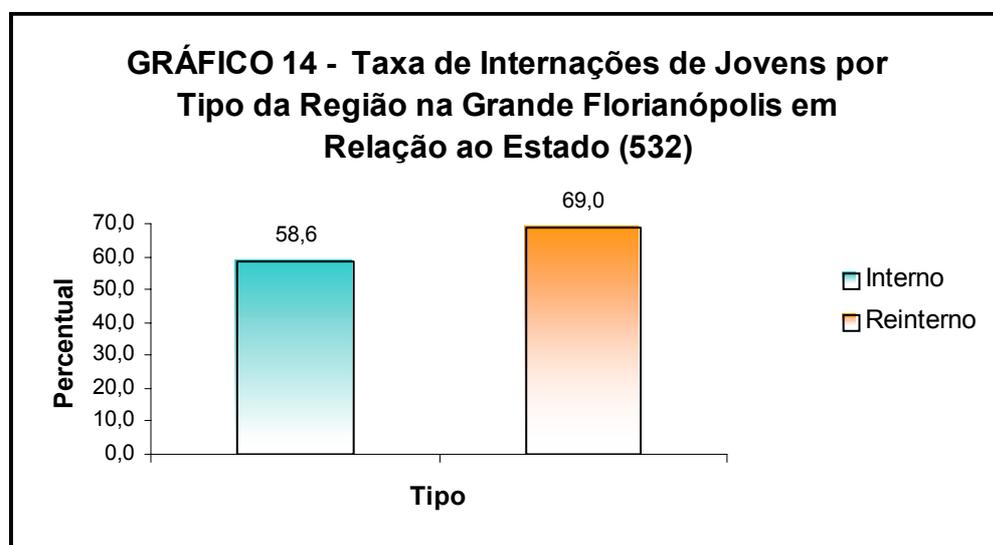


Gráfico 14 – Taxa de internações de jovens por tipo de internação da Grande Florianópolis em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações por *idade* na Região da Grande Florianópolis, em relação a Santa Catarina, observamos a idade de 22 anos com 9,6% dos 532 casos do Estado.

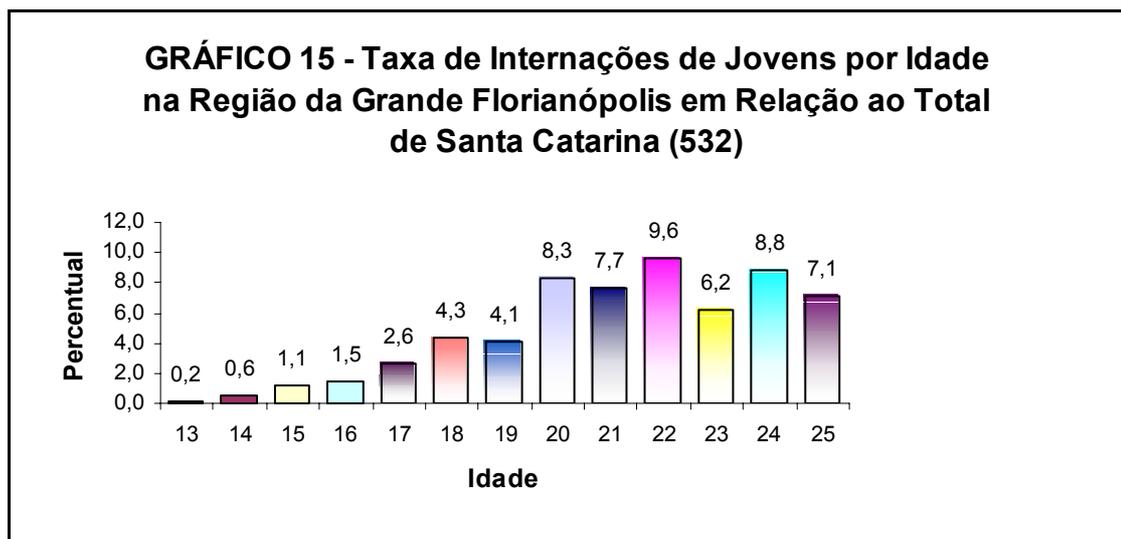


Gráfico 15– Taxa de internações de jovens idade da Grande Florianópolis em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações femininas na Região da Grande Florianópolis, em relação a Santa Catarina, observamos a idade de 24 anos com 14,1% dos 92 casos do Estado.

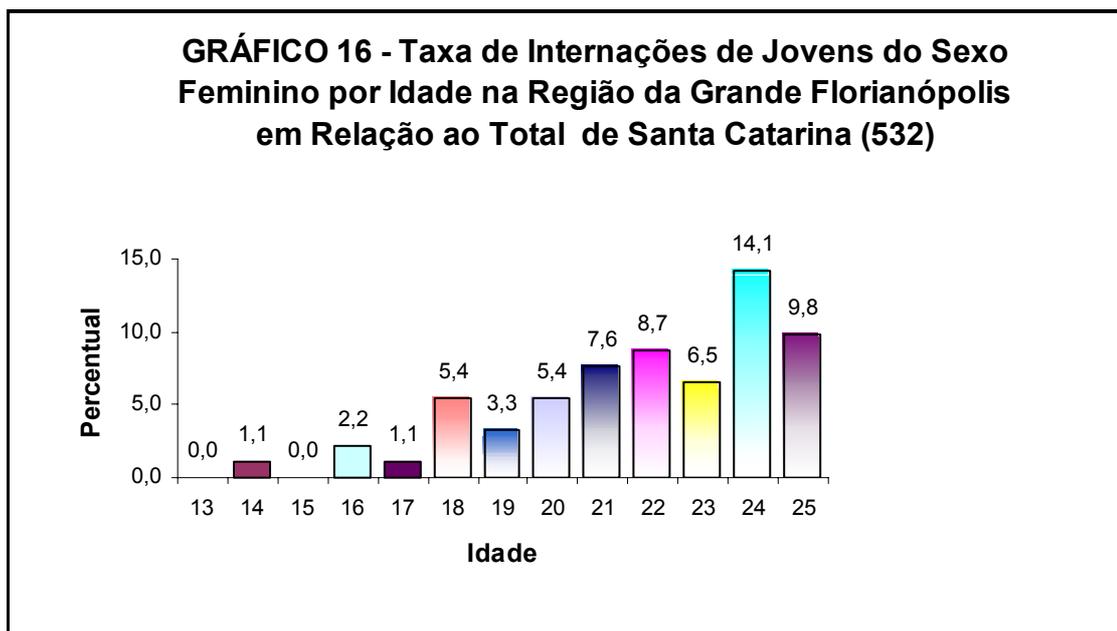


Gráfico 16 – Taxa de internações de jovens do sexo feminino por idade da Grande Florianópolis em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações masculinas na Região da Grande Florianópolis, em relação a Santa Catarina, observamos a idade de 22 anos com 9,8% dos 440 casos do Estado.

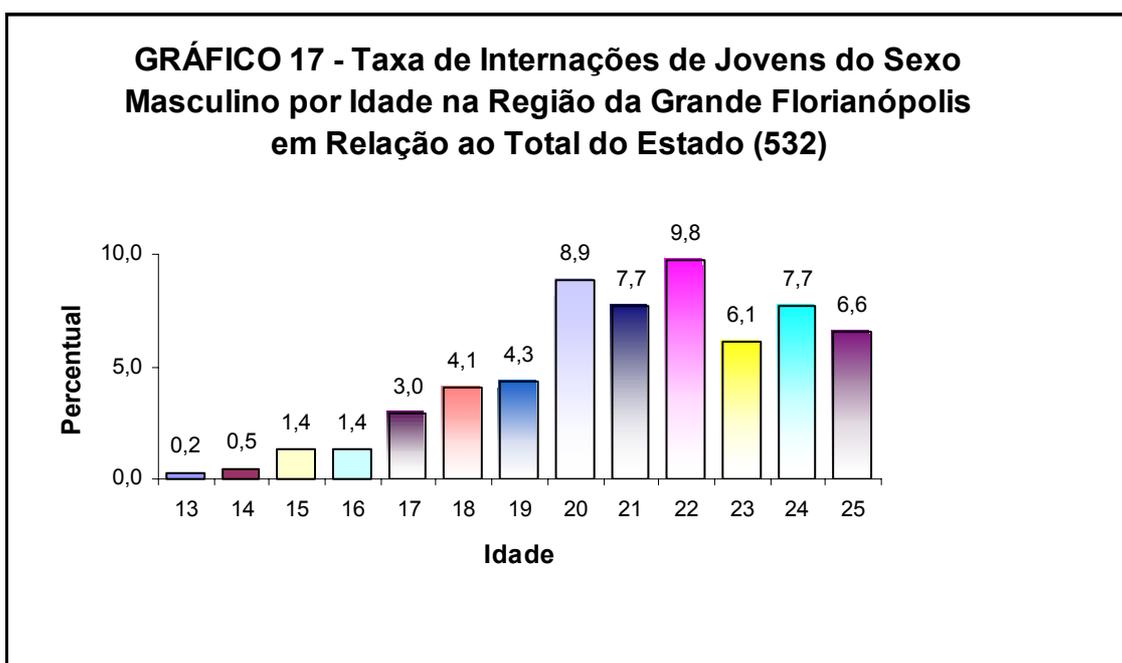


Gráfico 17– Taxa de internações de jovens do sexo masculino da Grande Florianópolis em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por município da região da Grande Florianópolis, observamos, Florianópolis com 25,8% dos casos; São José com 15,6%; Palhoça com 10,7% e Biguaçu com 3,9% do total de 532 casos no Estado.

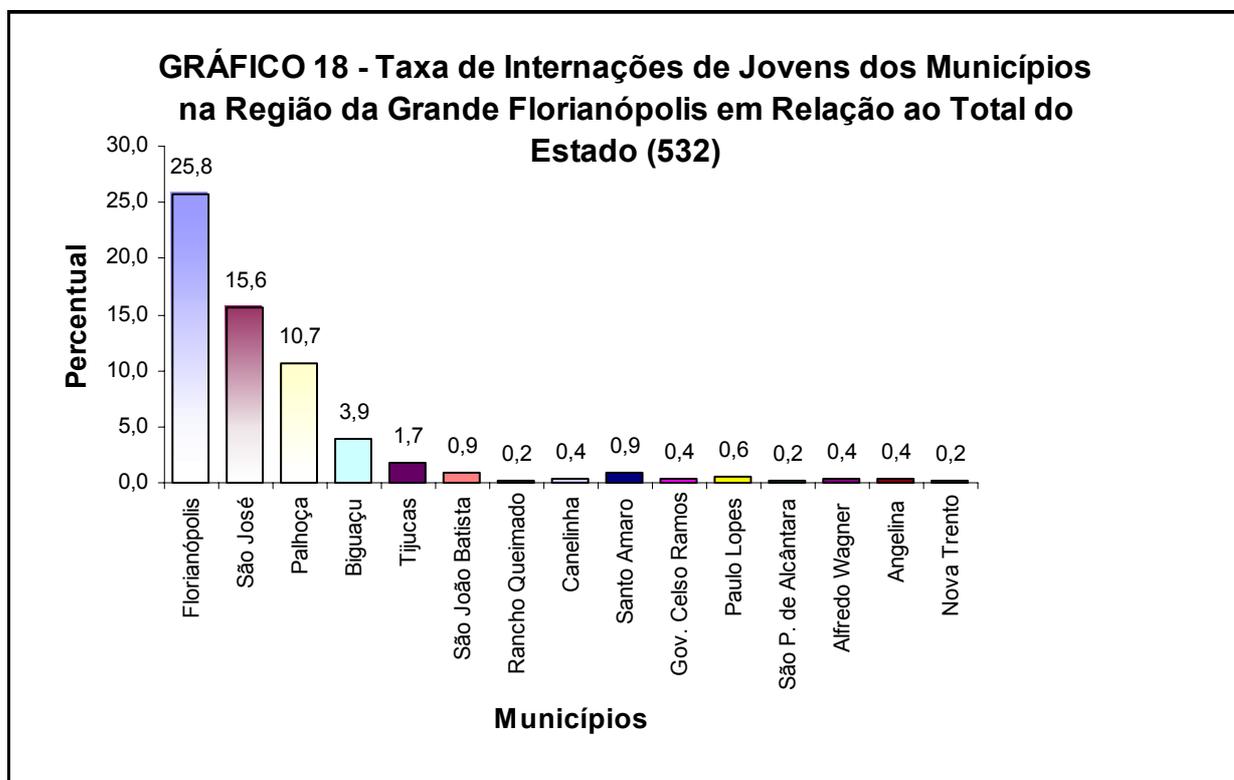


Gráfico 18 – Taxa de internações de jovens por municípios da Grande Florianópolis em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ, Florianópolis, 2005.

REGIÃO NORTE

Dados Referentes aos Jovens da Região Norte					
ORIGEM	REGIÃO	ID	M/F	SIT	DIAG
Joinville	Norte	14	M	IN	CO
Canoinhas	Norte	14	M	IN	CO
Joinville	Norte	14	M	IN	CO
Três Barras	Norte	15	M	IN	CO
Araquari	Norte	16	M	IN	CO
Papanduva	Norte	17	M	IN	CO
Porto União	Norte	17	M	IN	CP
Joinville	Norte	17	M	IN	CO
Joinville	Norte	17	M	R	CO
Guaramirim	Norte	19	M	IN	CP
Rio Negrinho	Norte	19	M	R	CP
Joinville	Norte	20	F	IN	CP
Rio Negrinho	Norte	21	F	IN	CP
Joinville	Norte	21	M	IN	CO
Rio Negrinho	Norte	21	M	IN	CP
Piçarras	Norte	22	M	IN	CP
Joinville	Norte	22	M	IN	CO
Joinville	Norte	23	M	IN	CP
Jaraguá do Sul	Norte	23	M	IN	CP
São Bento do Sul	Norte	23	M	IN	CP
Rio Negrinho	Norte	23	M	IN	CP
Joinville	Norte	24	M	IN	CO
Joinville	Norte	24	M	IN	CO
Joinville	Norte	24	M	IN	CO
Três Barras	Norte	24	M	R	CO
Rio Negrinho	Norte	24	M	IN	CO
São J. do Itaperiú	Norte	24	M	R	CP
Benedito Novo	Norte	24	M	IN	CO
Rio Negrinho	Norte	25	F	IN	CP
Jaraguá do Sul	Norte	25	M	IN	CP

REGIÃO NORTE

TABELA 1 – Internações no IPQ de jovens por sexo da Região Norte

FEMININO POR IDADE	MASCULINO POR IDADE	IDADE	TOTAL ID
0	0	13	0
0	3	14	3
0	1	15	1
0	1	16	1
0	4	17	4
0	0	18	0
0	2	19	2
1	0	20	1
1	2	21	3
0	2	22	2
0	4	23	4
0	7	24	7
1	1	25	2
3	27		30

Tabela 1 – Internações de jovens entre 14 e 25 anos, por sexo e idade, no período entre 2002 e 2004 da região Norte.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

TABELA 2 – Diagnóstico e tipo de internação de jovens da Região Norte

Diagnóstico	Número
CP - Casos Psiquiátricos	14
CO - Comorbidade	16

Tipo de Internação	Número
Interno	26
Reinterno	4

Tabela 2 – Internações de jovens entre 14 e 25 anos, por diagnóstico e tipo de internação, no período entre 2002 e 2004 da região Norte.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

TABELA 3 – Internações de jovens no IPQ por município de origem da Região Norte

CIDADE	Número	%N (30)
Joinville	11	36,7
Canoinhas	1	3,3
Três Barras	2	6,7
Araquari	1	3,3
Papanduva	1	3,3
Porto União	1	3,3
Guaramirim	1	3,3
Rio Negrinho	6	20,0
Piçarras	1	3,3
Jaraguá do Sul	2	6,7
São J. do Itaperiú	1	3,3
Benedito Novo	1	3,3
São Bento do Sul	1	3,3
	30	100,0

Tabela 3 – Internações de jovens por município de origem, no período entre 2002 e 2004.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005

Nas internações por *sexo* na região Norte, observamos 3 casos femininos, que correspondem a 10,0% e 27 casos masculinos, que correspondem a 90,0% dos 30 casos da região.

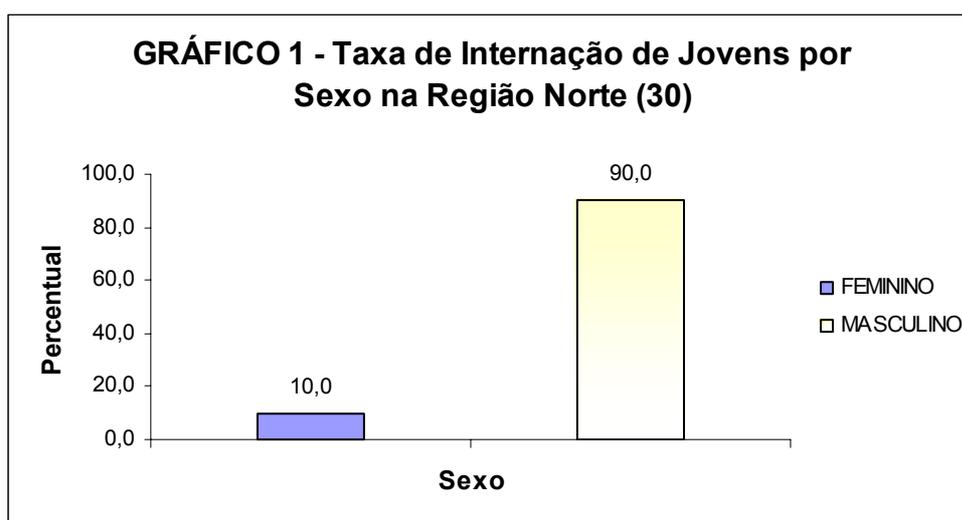


Gráfico 1– Taxa de internações de jovens por sexo da região Norte.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *diagnóstico* na região Norte, observamos 14 casos psiquiátricos (CP), que correspondem a 46,7% e 16 casos de comorbidade (CO), que correspondem a 53,3% dos 30 casos da região.

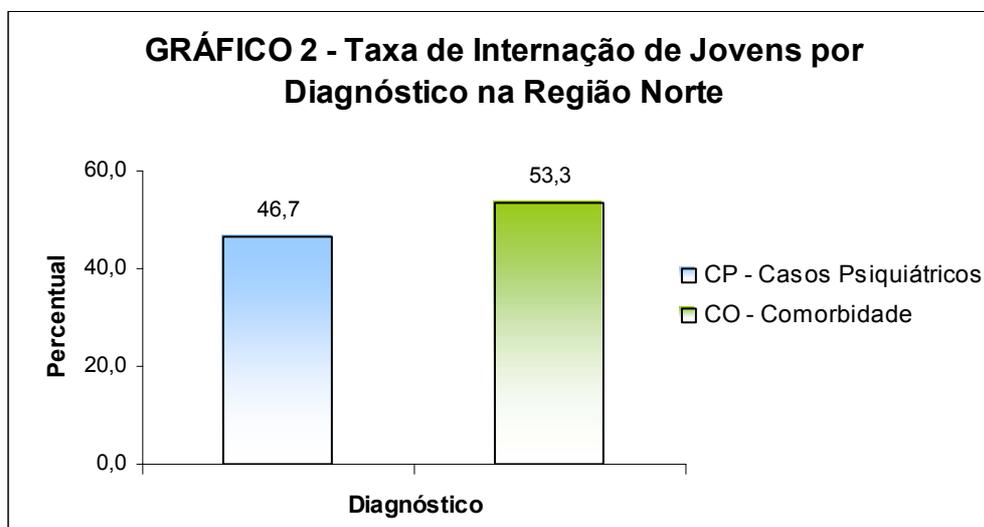


Gráfico 2 – Taxa de internações de jovens por diagnóstico da região Norte.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *tipo* na região Norte, observamos 26 casos de *Internamentos* (IN) que correspondem a 86,7% e 4 casos de *Reinternos* (RE), que correspondem a 13,3% dos 30 casos da região.

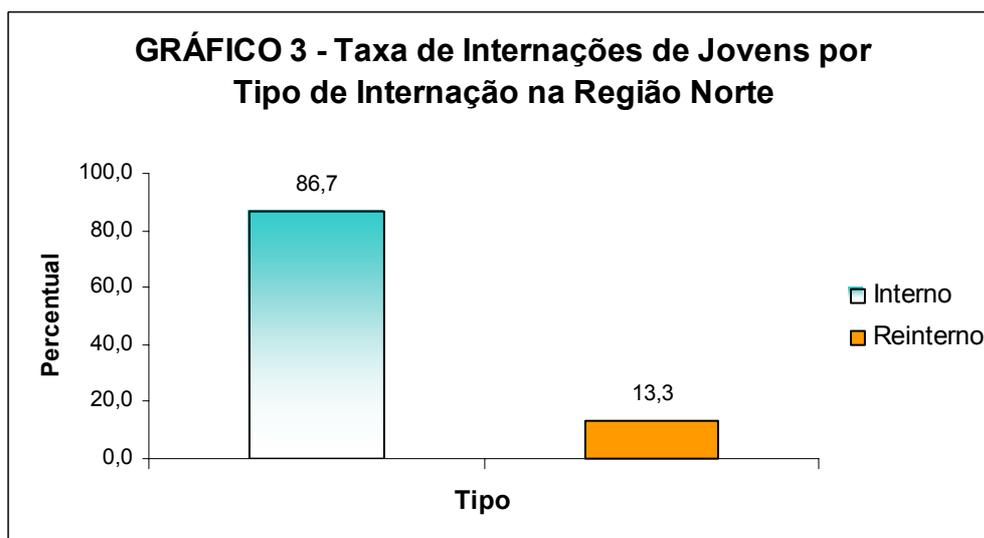


Gráfico 3 – Taxa de internações de jovens por tipo de internação da região Norte.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *idade* na região do Sul, observamos a idade de 24 anos com 7 casos, que correspondem a 23,3%; 17 e 23 anos com 4 casos, que correspondem a 13,3% e 21 anos com 3 casos que correspondem a 10,0% dos 30 casos da região.

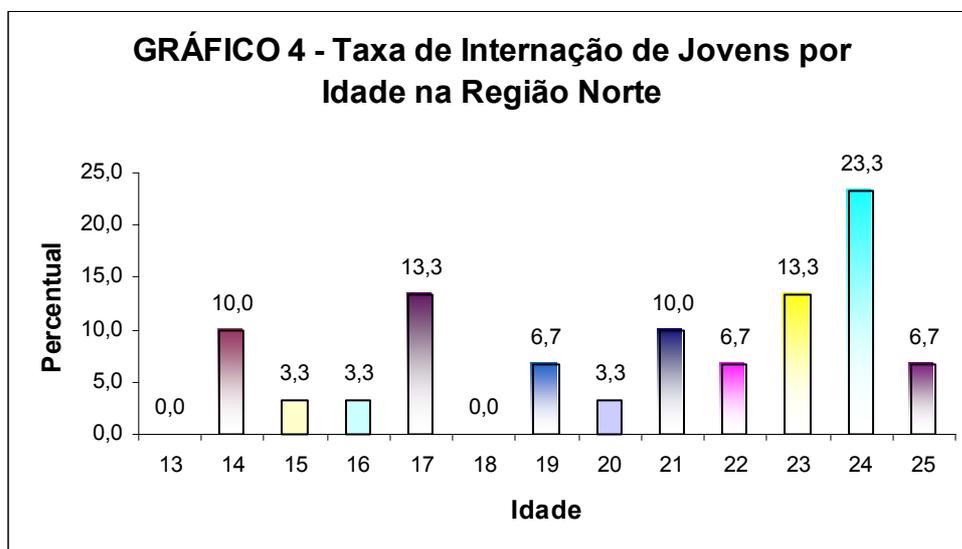


Gráfico 4 – Taxa de internações de jovens por idade da região Norte.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *sexo e idade* na região Norte, observamos nos 3 casos femininos com a idade de 20, 21 e 25 anos que correspondem a 33,3%. Nos casos masculinos, observamos 7 casos na idade de 24 anos que correspondem a 25,9%; 4 casos com 17 e 23 anos respectivamente, e 3 casos com 14 anos, dos 27 casos da região.

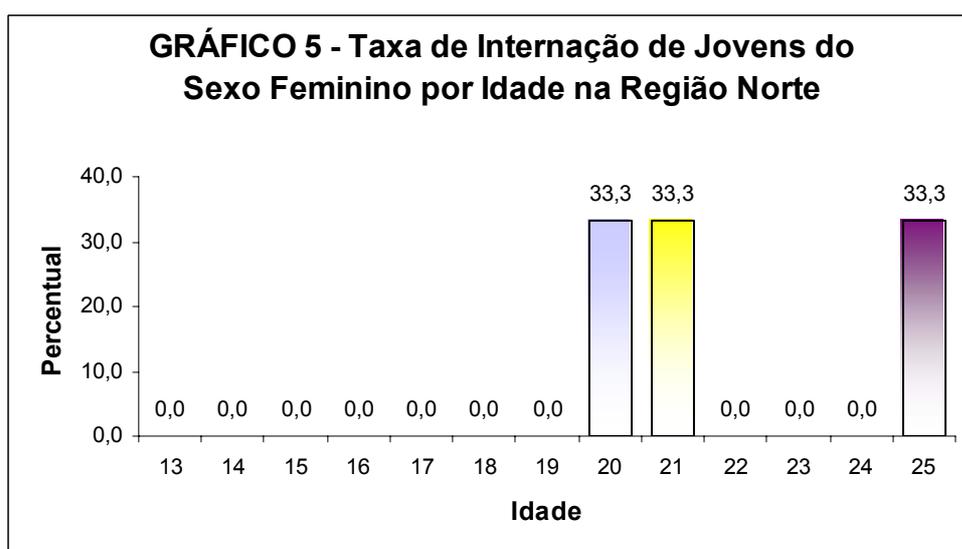


Gráfico 5 – Taxa de internações de jovens do sexo feminino da região Norte.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

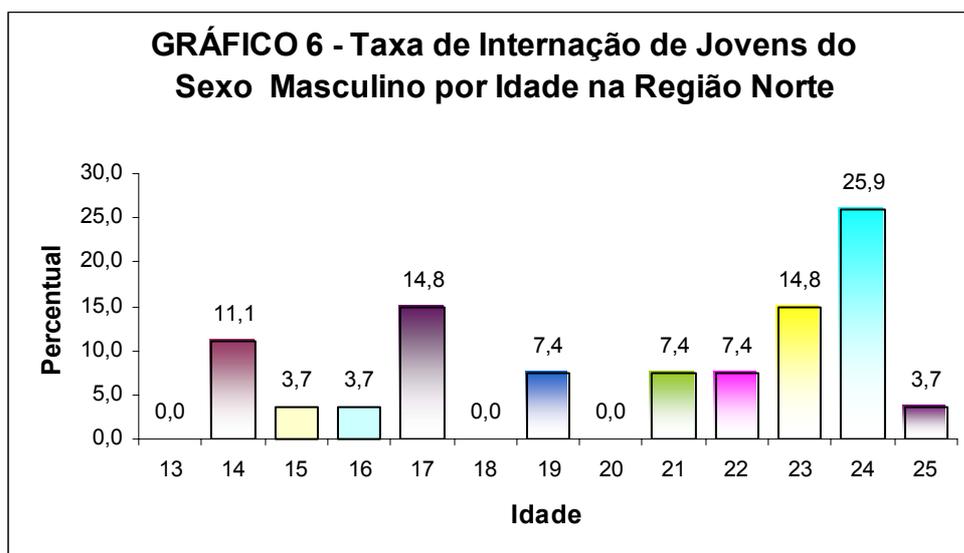


Gráfico 6 – Taxa de internações de jovens do sexo masculino da região Norte.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por município da região Norte, observamos Joinville com 11 casos, que correspondem a 36,7%; Rio Negrinho com 6 casos, que correspondem a 20,0% e Jaraguá do Sul e Três Barras com 2 casos que correspondem a 6,7% dos casos da região.

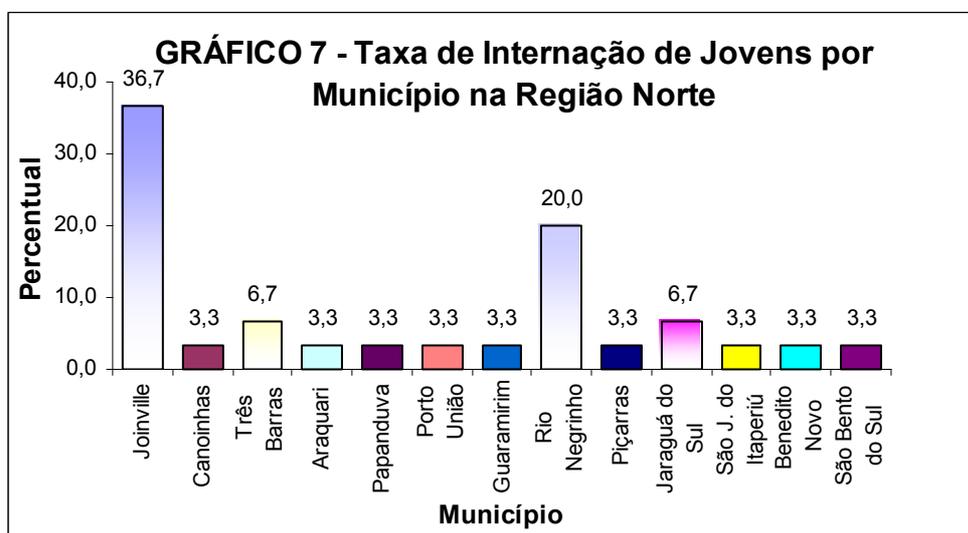


Gráfico 7 – Taxa de internações de jovens por município da região Norte.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações por município na região Norte em relação a Santa Catarina, observamos Joinville com 2,1%; dos 532 casos do Estado.

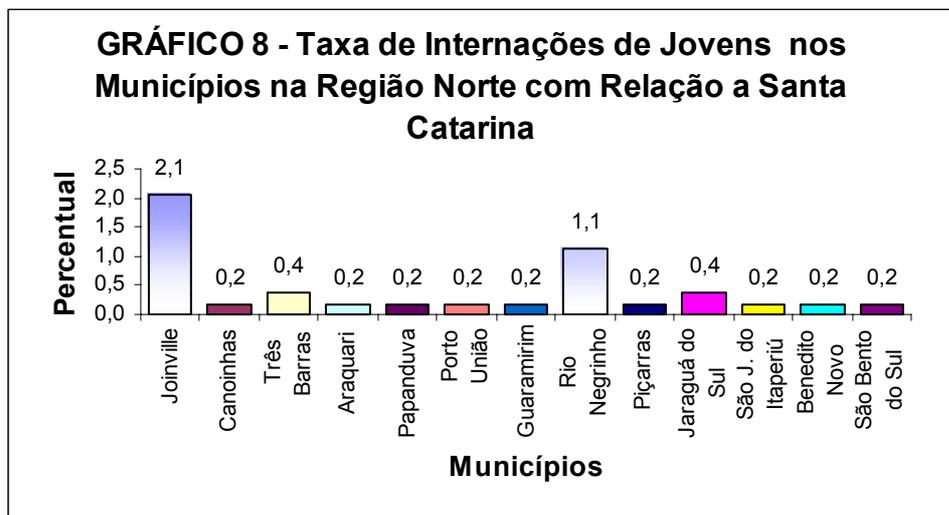


Gráfico 8 – Taxa de internações de jovens por municípios da região Norte em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações de *idade* na região Norte em relação a Santa Catarina, observamos na idade de 24 anos está a maior concentração de casos com 1,3% do total de 532 casos do Estado.

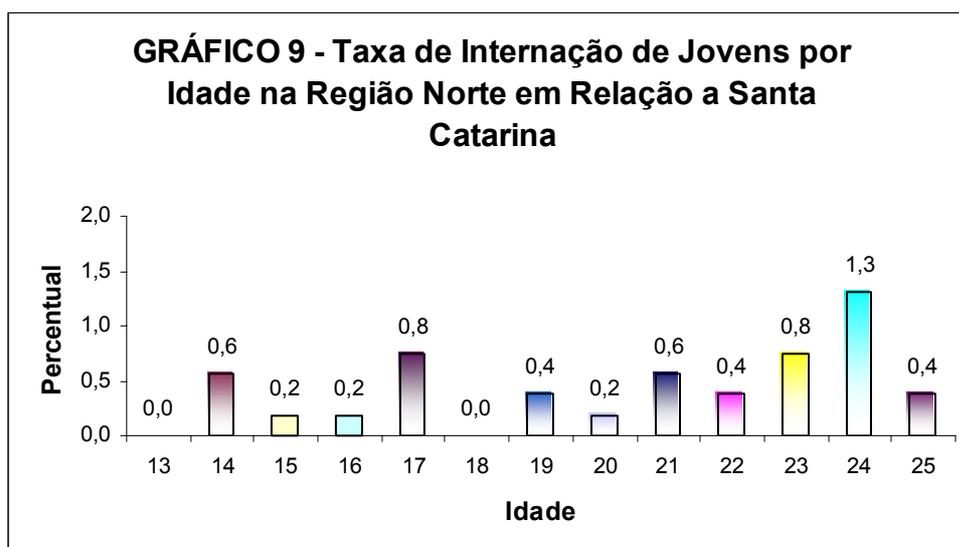


Gráfico 9 – Taxa de internações de jovens por idade da região Norte em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *diagnóstico* na região Norte em relação a Santa Catarina, observamos 5,3% de casos psiquiátricos (CP) e 5,9% de casos de comorbidade (CO) do total de 532 casos do Estado.

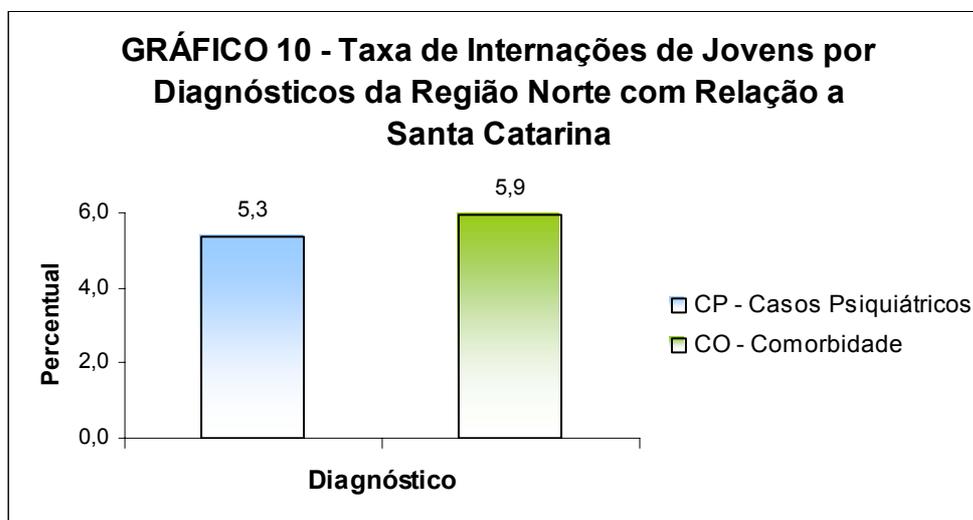


Gráfico 10 – Taxa de internações de jovens por diagnóstico da região Norte em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *tipo* na região Norte em relação à Santa Catarina, observamos 7,5% nos casos de *Internamentos* (IN) e 2,2% nos casos de *Reinternamentos* (RE) do total de 532 casos do Estado.

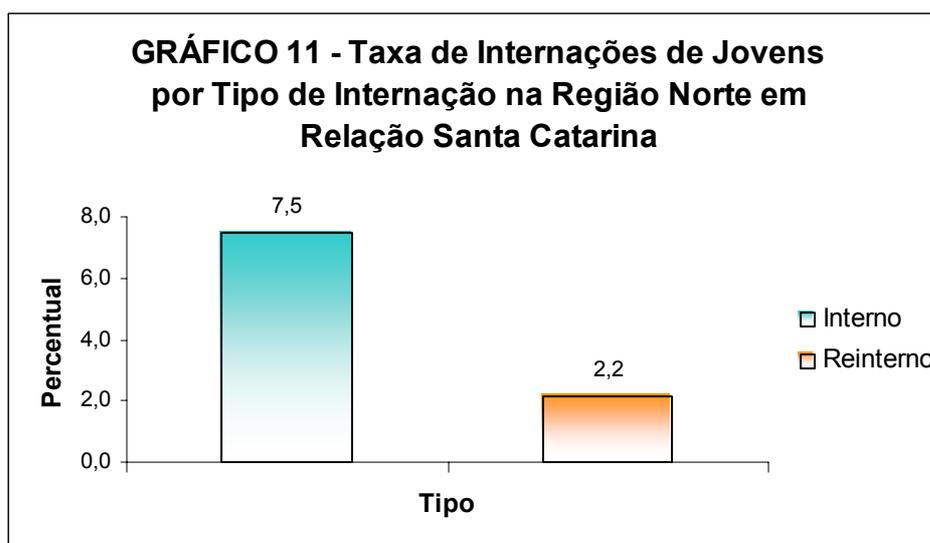


Gráfico 11 – Taxa de internações de jovens por tipo de internação da região Norte em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

REGIÃO OESTE

Dados Referentes aos Jovens da Região Oeste					
ORIGEM	REGIÃO	ID	M/F	SIT	DIAG
Herval do Oeste	Oeste	14	F	IN	CP
Chapecó	Oeste	17	F	R	CO
Videira	Oeste	19	M	IN	CO
Tangará	Oeste	20	M	IN	CP
Caçador	Oeste	20	M	IN	CO
Videira	Oeste	20	M	IN	CO
Chapecó	Oeste	20	M	IN	CO
Descanso	Oeste	20	M	IN	CO
Chapecó	Oeste	21	M	R	CP
Descanso	Oeste	21	M	IN	CP
Capinzal	Oeste	21	M	IN	CO
Irati	Oeste	21	M	IN	CP
Chapecó	Oeste	21	F	R	CP
Chapecó	Oeste	23	M	R	CP
Chapecó	Oeste	23	M	R	CP
Chapecó	Oeste	24	M	R	CP
Chapecó	Oeste	24	M	R	CO

REGIÃO OESTE

TABELA 1 – Internações no IPQ de jovens por sexo da Região Oeste

FEMININO	MESCULINO	IDADE	TOTAL ID
0	0	13	0
1	0	14	1
0	0	15	0
0	0	16	0
1	0	17	1
0	0	18	0
0	1	19	1
0	5	20	5
1	4	21	5
0	0	22	0
0	2	23	2
0	2	24	2
0	0	25	0
3	14		17

Tabela 1 – Internações de jovens entre 14 e 25 anos, por sexo e idade, no período entre 2002 e 2004 da região Oeste.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

TABELA 2 – Diagnóstico e tipo de internação de jovens da Região Oeste

Diagnóstico	Número
CP - Casos Psiquiátricos	9
CO - Comorbidade	8
Tipo de Internação	Número
Interno	10
Reinterno	7

Tabela 2 – Internações de jovens entre 14 e 25 anos, por diagnóstico e tipo de internação, no período entre 2002 e 2004 da região Oeste.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

TABELA 3 – Internações de jovens no IPQ por município de origem da Região Oeste

Cidade	Número	%O
Herval do Oeste	1	5,9
Chapecó	8	47,1
Videira	2	11,8
Tangará	1	5,9
Caçador	1	5,9
Descanso	2	11,8
Capinzal	1	5,9
Irati	1	5,9
	17	100,00

Tabela 3 – Internações de jovens por município de origem, no período entre 2002 e 2004 da região Oeste.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005

Nas internações por *sexo* na Região Oeste, observamos 3 casos femininos, que correspondem a 17,6% e 14 casos masculinos, que correspondem a 82,4% dos 17 casos da região.

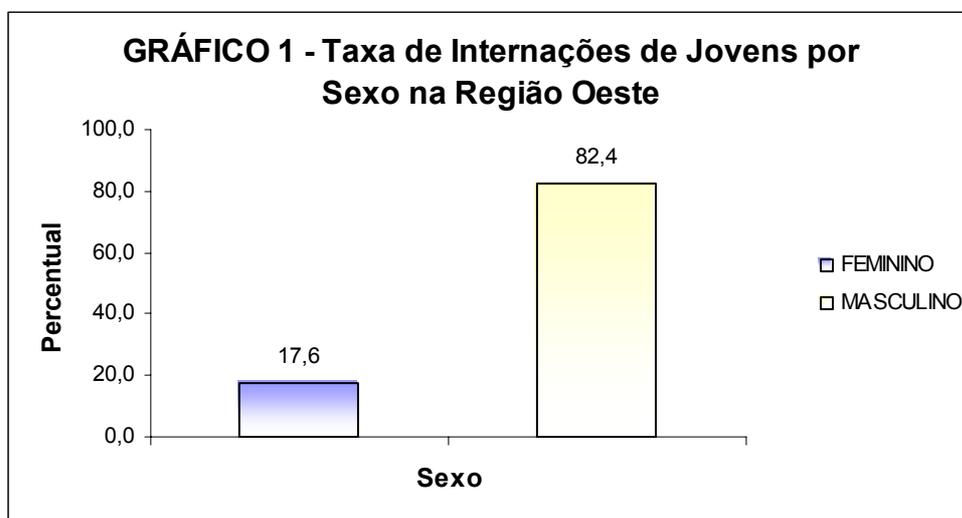


Gráfico 1 – Taxa de internações de jovens por sexo da região Oeste.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *diagnóstico* na região Oeste, observamos 9 casos psiquiátricos (CP), que correspondem a 52,9% e 8 casos de comorbidade (CO), que correspondem a 47,1% dos 17 casos da região.

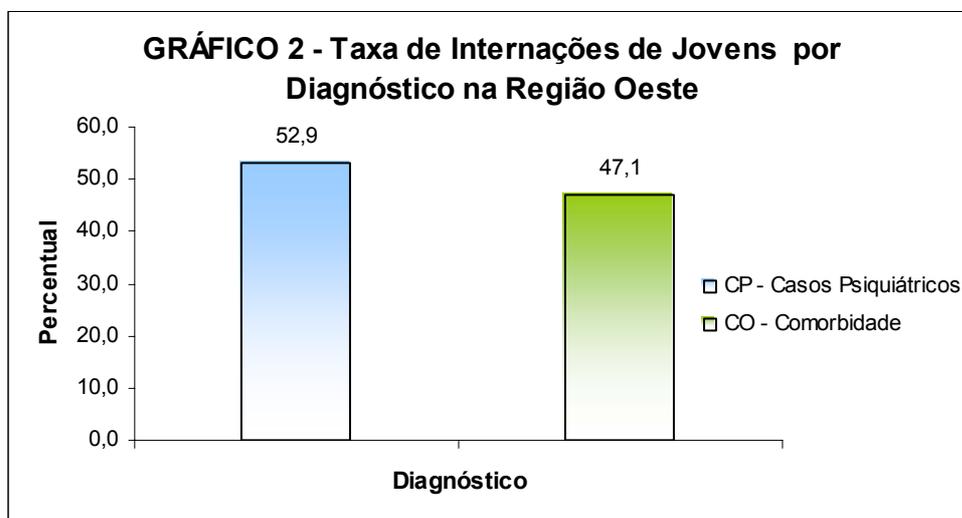


Gráfico 2 – Taxa de internações de jovens por diagnóstico da região Oeste.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *tipo* na região Oeste, observamos 10 casos de *Internamentos* (IN) que correspondem a 58,8% e 7 casos de *Reinternos* (RE), que correspondem a 41,2% dos 17 casos da região.

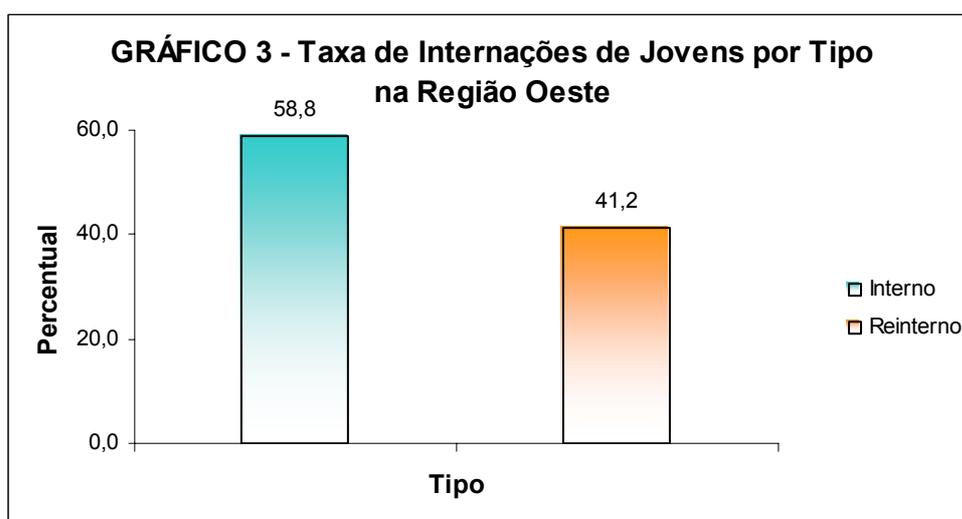


Gráfico 3 – Taxa de internações de jovens por tipo da região Oeste.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *sexo* e *idade* na região do Oeste, observamos que entre as idades de 20 e 24 anos aparecem 5 casos. Observamos nos 3 casos femininos com a idade de 14, 17 e 21 anos. Nos casos masculinos, observamos 5 casos a partir dos 19 anos.

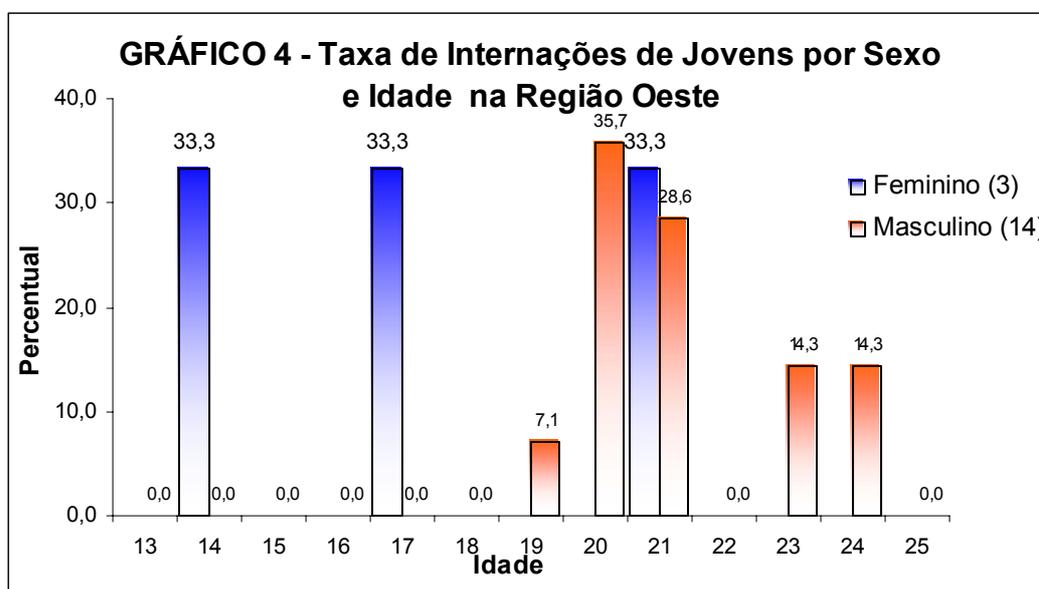


Gráfico 4 – Taxa de internações de jovens por tipo de internação da região Oeste em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por município da região Oeste em relação a Santa Catarina, observamos Chapecó com 1,5% do total de 532 casos do Estado.

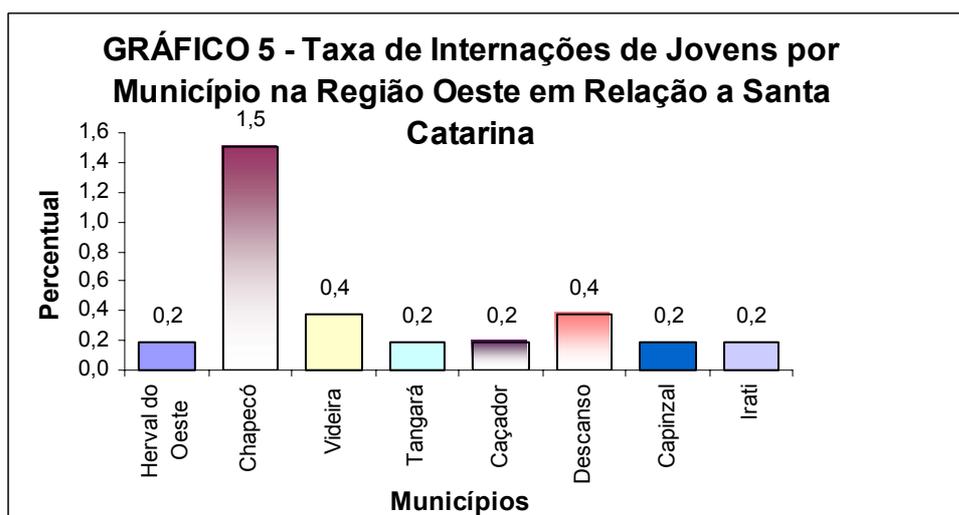


Gráfico 5 – Taxa de internações de jovens por município da região Oeste em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações por município na região Oeste, observamos Chapecó com 47,1% dos 17 casos seguidos por Videira e Descanso com 11,8% cada em relação ao total de casos.

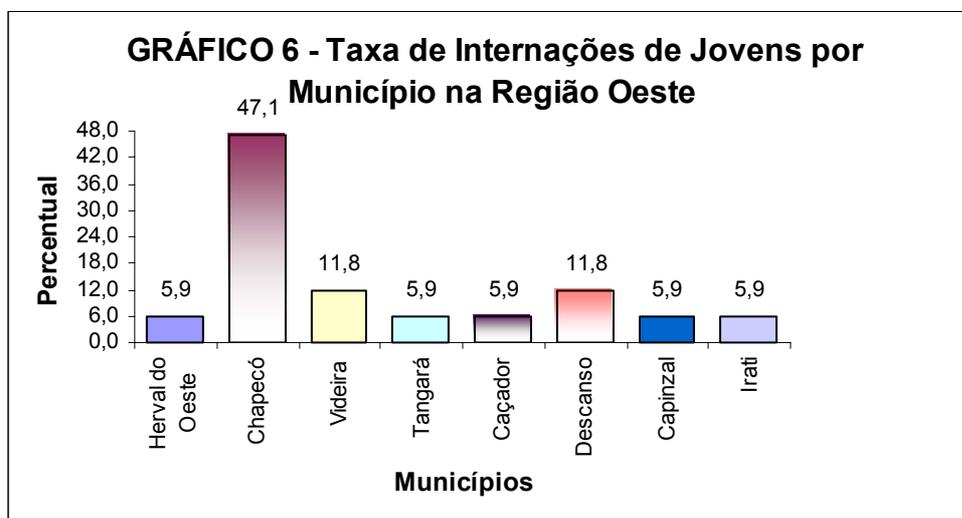


Gráfico 6 – Taxa de internações de jovens por município da região Oeste.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações por *sexo*, na região Oeste em relação a Santa Catarina, observamos nos casos femininos com 3,3% e os casos masculinos com 3,2% do total de 532 casos do Estado.

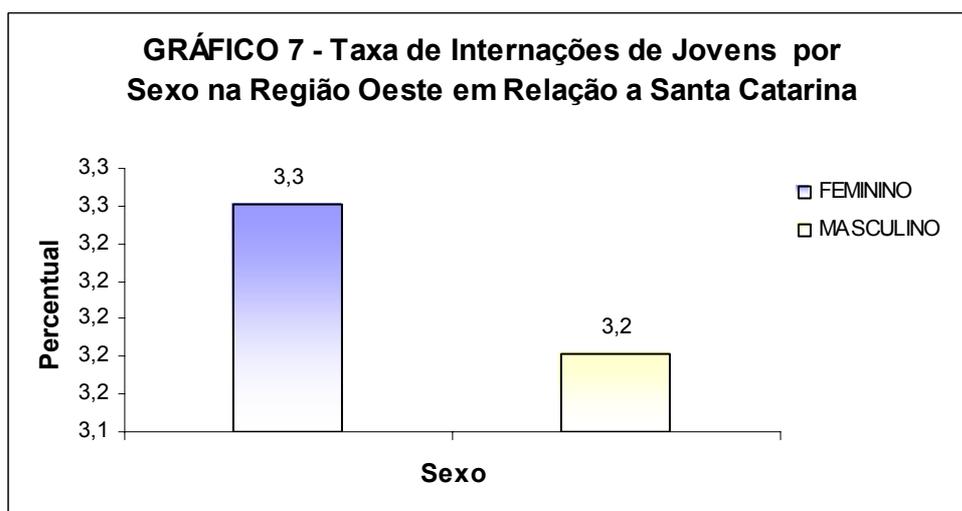


Gráfico 7 – Taxa de internações de jovens por sexo da região Oeste em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações de *sexo e idade*, na região Oeste em relação a Santa Catarina, observamos o mesmo percentual nos casos femininos com 1,1% nas idades de 14, 17 e 21 anos e nos casos masculinos a idade de 20 anos com 1,1% do total de 532 casos do Estado.

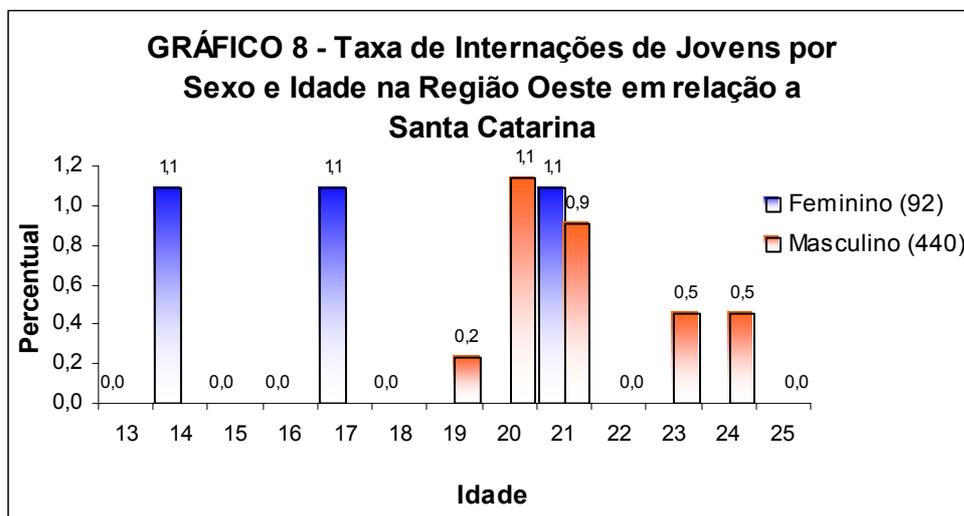


Gráfico 8 – Taxa de internações de jovens por sexo e idade da região Oeste em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *diagnóstico* na região Oeste em relação a Santa Catarina, observa-se um equilíbrio, sendo 3,4% relativo a casos psiquiátricos (CP) e 3,0% de Comorbidade (CO).

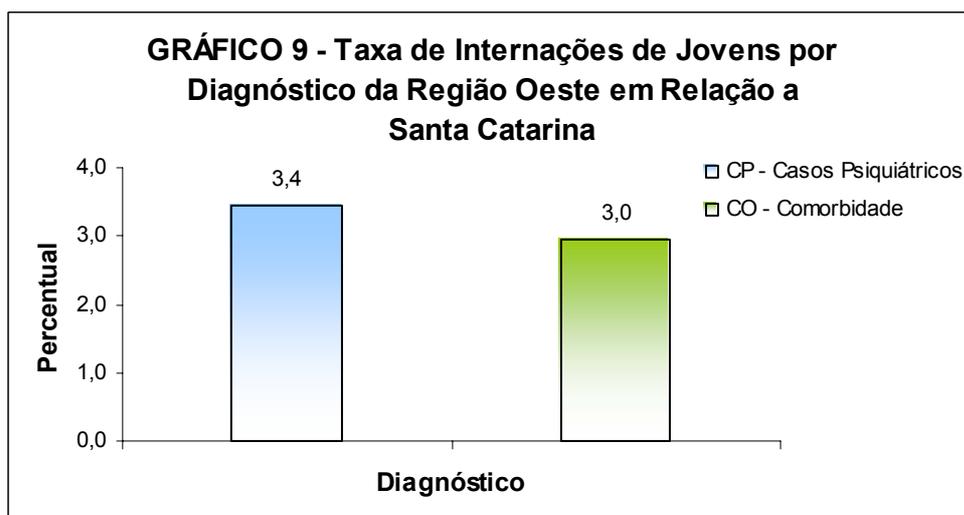


Gráfico 9 – Taxa de internações de jovens por diagnóstico da região Oeste em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *tipo* na região Oeste em relação a Santa Catarina, observamos 2,9 % nos casos de *Internamentos* (IN) e 3,8% nos casos de *Reinternos* (RE) do total de 532 casos do Estado.

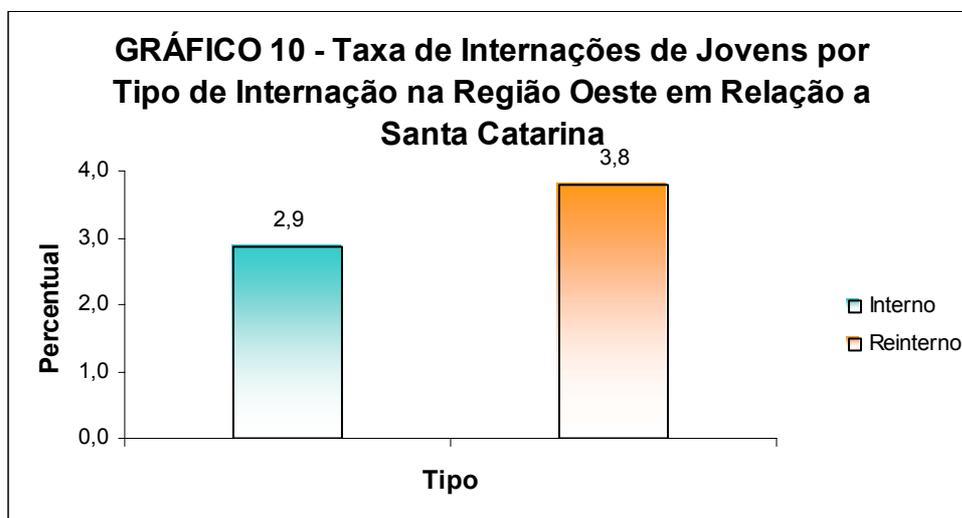


Gráfico 10 – Taxa de internações de jovens tipo de internação da região Oeste em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

REGIÃO DO PLANALTO

Dados Referentes aos Jovens da Região do Planalto					
ORIGEM	REGIÃO	ID	M/F	SIT	DIAG
Lages	Planalto	19	F	IN	CO
Lages	Planalto	21	M	IN	CP
Curitibanos	Planalto	22	M	IN	CO
Correia Pinto	Planalto	23	M	IN	CP
Curitibanos	Planalto	23	M	IN	CP
Campos Novos	Planalto	23	F	R	CP
Frei Rogério	Planalto	23	M	R	CP
Cerro Negro	Planalto	24	M	IN	CP

REGIÃO DO PLANALTO

TABELA 1 – Internações no IPQ de jovens por sexo da Região do Planalto

FEMININO	MASCULINO	IDADE	TOTAL ID
0	0	13	0
0	0	14	0
0	0	15	0
0	0	16	0
0	0	17	0
0	0	18	0
1	0	19	1
0	0	20	0
0	1	21	1
0	1	22	1
1	3	23	4
0	1	24	1
0	0	25	0
2	6		8

Tabela 1 – Internações de jovens entre 14 e 25 anos, por sexo e idade, no período entre 2002 e 2004 da região do Planalto.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

TABELA 2 – Diagnóstico e tipo de internação de jovens da Região do Planalto

Diagnóstico	Número
CP - Casos Psiquiátricos	6
CO - Comorbidade	2

Tipo de Internação	Número
Interno	6
Reinterno	2

Tabela 2 – Internações de jovens entre 14 e 25 anos, por diagnóstico e tipo de internação, no período entre 2002 e 2004 da região do Planalto.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

TABELA 3 – Internações de jovens no IPQ por município de origem da Região do Planalto

Cidade	Número	%PL
Lages	2	25,0
Curitibanos	2	25,0
Correia Pinto	1	12,5
Campos Novos	1	12,5
Frei Rogério	1	12,5
Cerro Negro	1	12,5
	8	100,00

Tabela 3 – Internações de jovens por município de origem, no período entre 2002 e 2004.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005

Nas internações por *sexo* na Região do Planalto, observamos 2 casos femininos, que correspondem a 25,0% e 6 casos masculinos, que correspondem a 75,0% dos 8 casos da região.

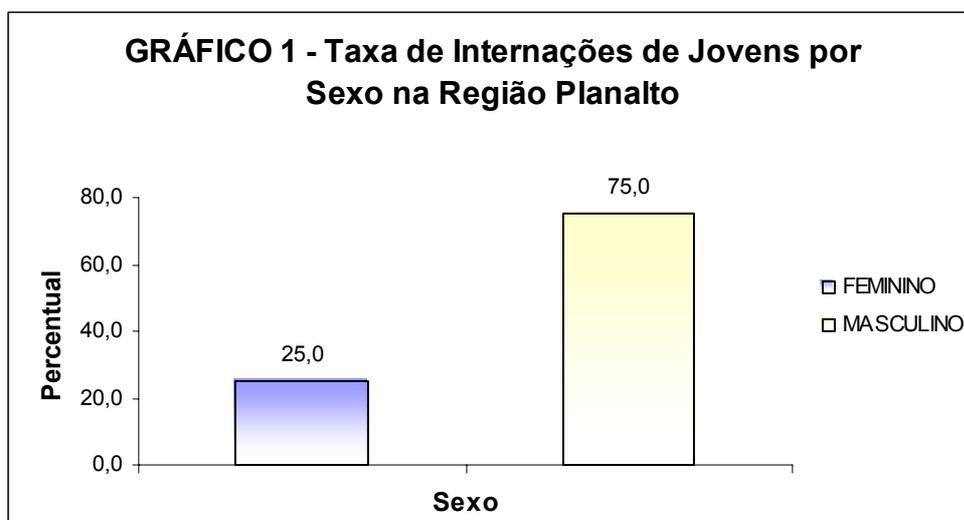


Gráfico 1 – Taxa de internações de jovens por sexo da região do Planalto.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *diagnóstico* na região do Planalto, observamos 6 casos psiquiátricos (CP), que correspondem a 75,0% e 2 casos de comorbidade (CO), que correspondem a 25,0% dos 8 casos da região.

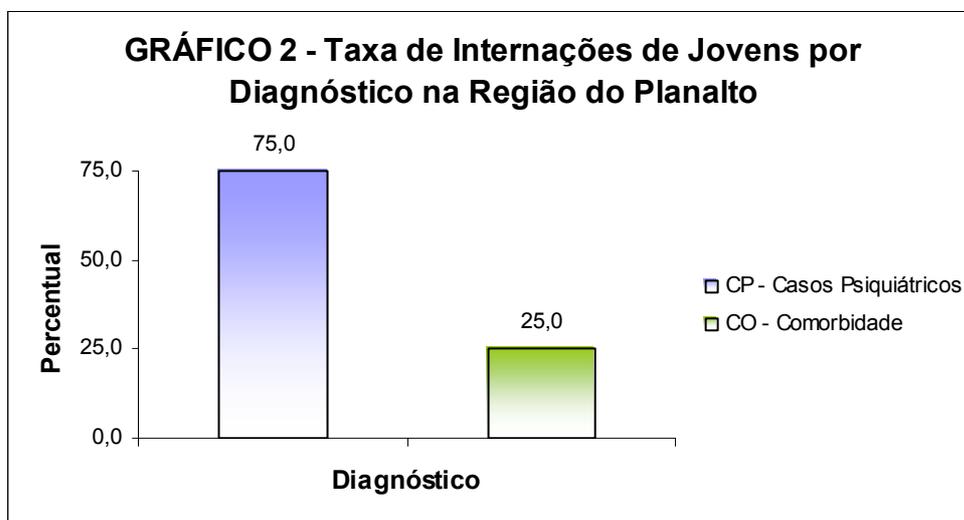


Gráfico 2 – Taxa de internações de jovens por diagnóstico da região do Planalto.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *tipo* na região do Planalto, observamos 6 casos de Internamentos (IN) que correspondem a 75,0% e 2 casos de Reinternos (RE), que correspondem a 25,0% dos 8 casos da região.

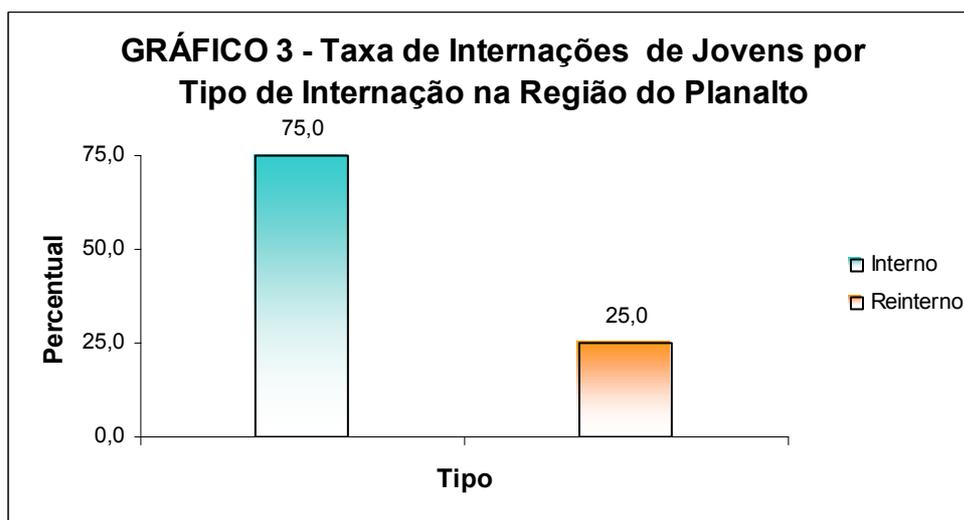


Gráfico 3 – Taxa de internações de jovens por tipo de internação da região do Planalto.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *idade* na região do Planalto, observamos a idade de 23 anos com 4 casos, que correspondem a 50,0% dos 8 casos da região.

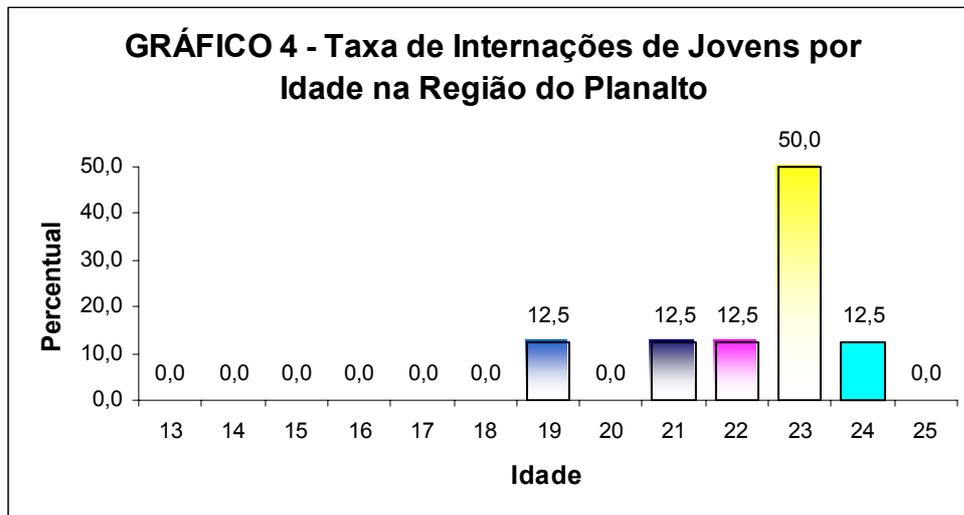


Gráfico 4 – Taxa de internações de jovens idade da região do Planalto.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *sexo e idade* na região do Planalto, observamos 2 casos femininos com a idade de 19 e 23 anos. Nos casos masculinos, observamos 4 casos entre 21 e 24 anos.

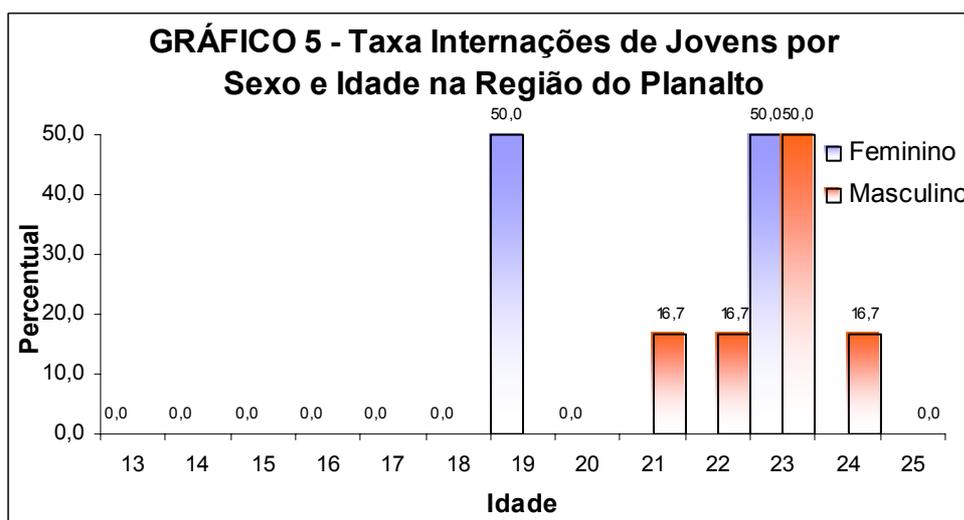


Gráfico 5 – Taxa de internações de jovens por sexo e idade da região do Planalto.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por município da região do Planalto, observamos Lages e Curitibanos com 2 casos cada que correspondem a 50,0% dos 8 casos da região.

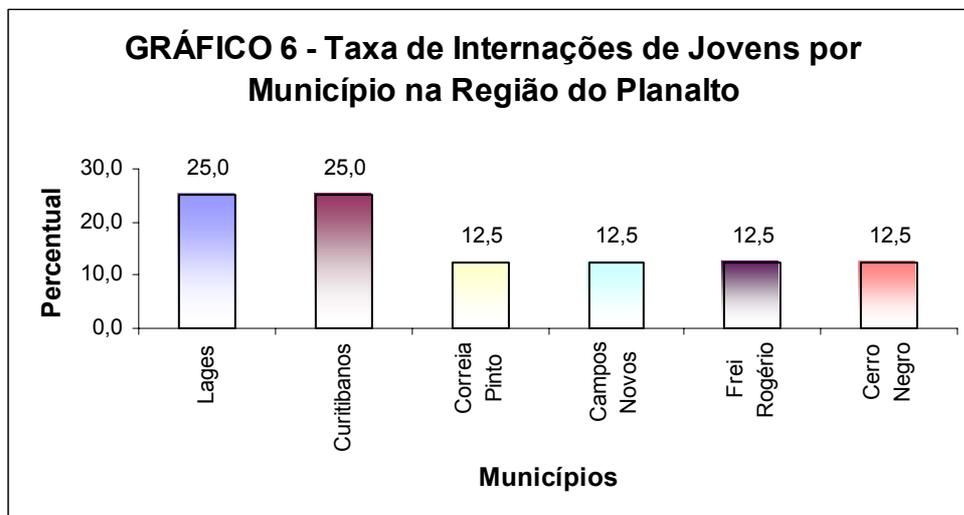


Gráfico 6 – Taxa de internações de jovens por município da região do Planalto.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações por município na região do Planalto, em relação a Santa Catarina, observamos Lages e Curitibanos com 0,4% cada; do total de 532 casos no Estado.

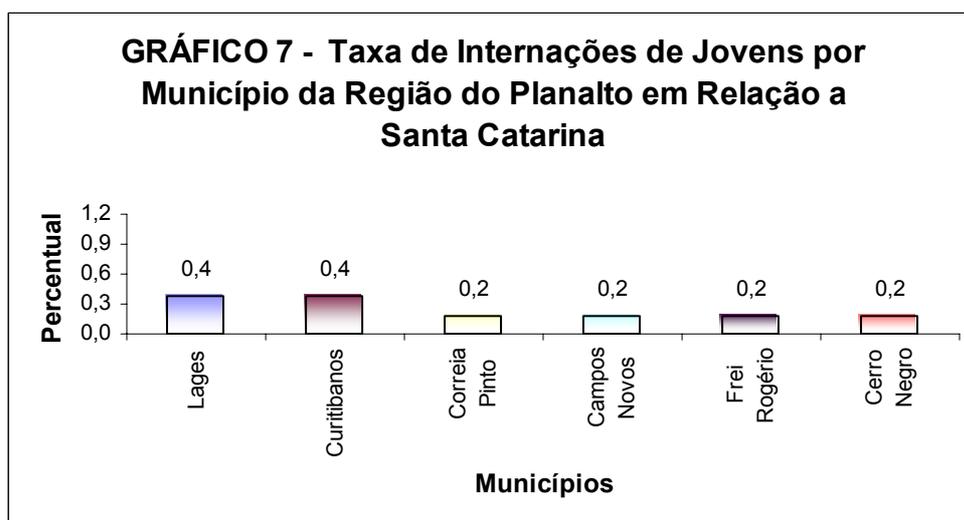


Gráfico 7 – Taxa de internações de jovens por município da região do Planalto em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações de *sexo*, na região do Planalto em relação a Santa Catarina, observamos nos casos femininos com 2,2% e os casos masculinos com 1,4% do total de 532 casos do Estado.

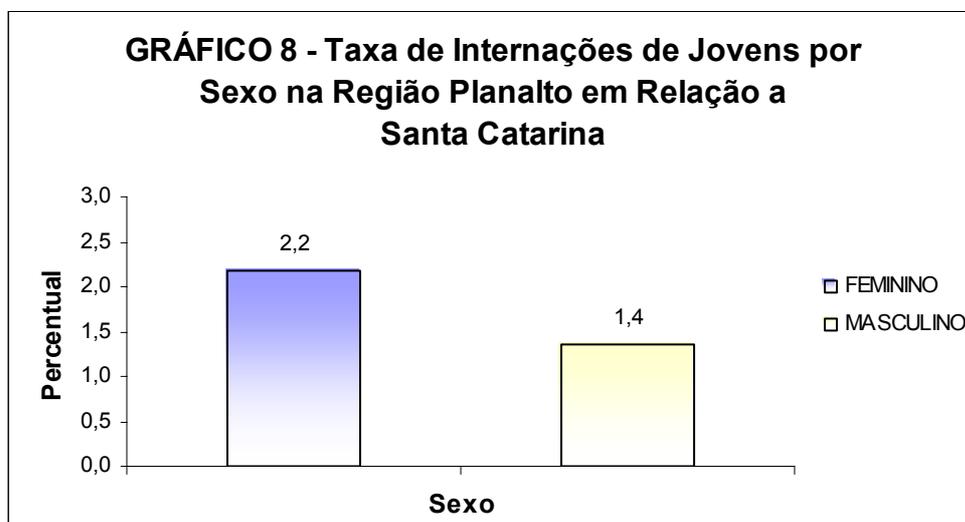


Gráfico 8 – Taxa de internações de jovens por sexo da região do Planalto em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações de *sexo e idade*, na região do Planalto em relação a Santa Catarina, observamos o mesmo percentual nos casos femininos com 1,1% nas idades de 19 e 23 anos e nos casos masculinos a idade de 23 anos com 0,7% do total de 532 casos do Estado.

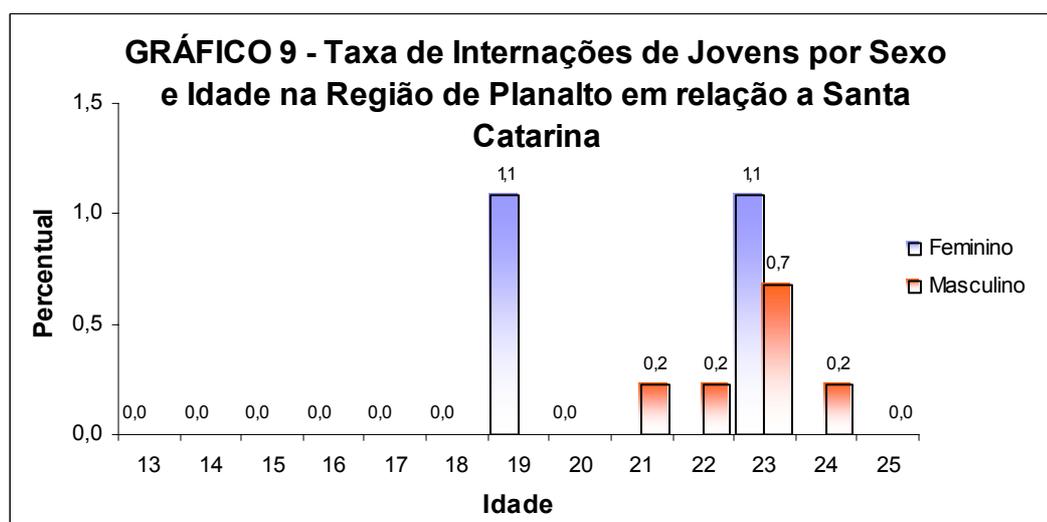


Gráfico 9 – Taxa de internações de jovens por sexo e idade da região do Planalto em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *diagnóstico* na região do Planalto em relação a Santa Catarina, observamos que os casos psiquiátricos (CP) correspondem a 2,3% e os casos de comorbidade (CO), correspondem a 0,7% dos 532 casos do Estado.

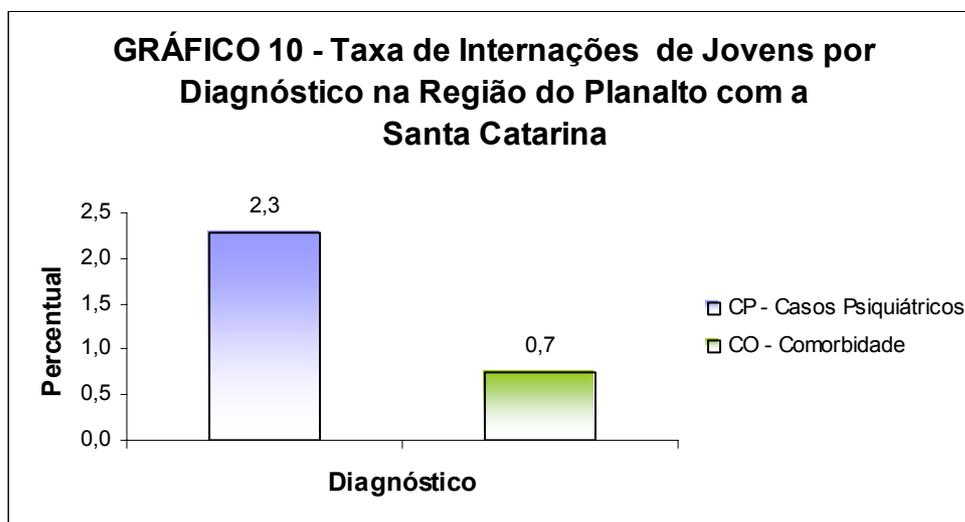


Gráfico 10 – Taxa de internações de jovens por diagnósticos da região do Planalto em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *tipo* na região do Planalto em relação a Santa Catarina, observamos 1,7 % nos casos de *Internamentos* (IN) e 1,1% nos casos de *Reinternamentos* (RE) do total de 532 casos do Estado.

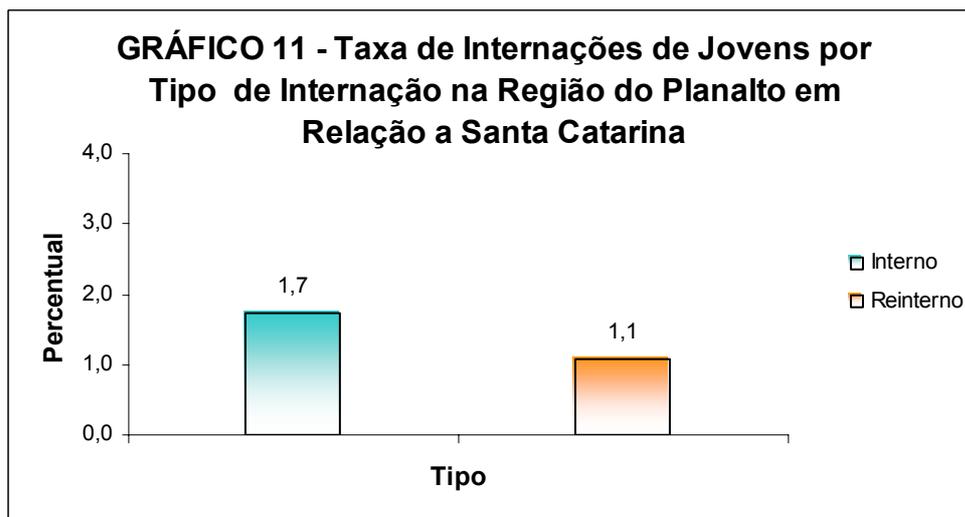


Gráfico 11 – Taxa de internações de jovens por tipo de internação da região do Planalto em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

REGIÃO SUL

Dados Referentes aos Jovens da Região Sul					
ORIGEM	REGIÃO	ID	M/F	SIT	DIAG
Timbé do Sul	Sul	14	F	IN	CP
Garopaba	Sul	15	F	IN	CP
Capivari de Baixo	Sul	15	M	IN	CO
Cocal do sul	Sul	15	M	IN	CO
Tubarão	Sul	15	M	R	CO
Tubarão	Sul	16	M	IN	CP
Tubarão	Sul	17	M	IN	CO
Tubarão	Sul	18	M	IN	CO
Tubarão	Sul	18	M	IN	CO
Urussanga	Sul	18	M	IN	CO
Urussanga	Sul	19	M	IN	CO
Garopaba	Sul	19	M	IN	CO
Braço do Norte	Sul	19	M	IN	CO
Tubarão	Sul	19	M	R	CO
Tubarão	Sul	20	M	R	CO
Imbituba	Sul	20	M	IN	CO
Laguna	Sul	20	M	R	CO
Jaguaruna	Sul	20	M	IN	CO
Urussanga	Sul	20	M	IN	CP
Imbituba	Sul	20	M	IN	CP
Braço do Norte	Sul	20	M	IN	CO
Urussanga	Sul	21	M	R	CO
Imbituba	Sul	21	F	R	CP
Tubarão	Sul	21	M	IN	CO
Garopaba	Sul	21	M	IN	CO
Laguna	Sul	21	M	R	CP
Araranguá	Sul	21	M	IN	CO
Tubarão	Sul	21	M	R	CP
Imbituba	Sul	21	M	IN	CP
Jacinto Machado	Sul	21	F	IN	CP
Tubarão	Sul	22	M	IN	CP
Imbituba	Sul	22	M	IN	CP
Jaguaruna	Sul	22	M	R	CP
Laguna	Sul	22	M	IN	CP
Imbituba	Sul	22	M	IN	CO
Laguna	Sul	22	M	R	CP
Tubarão	Sul	22	M	R	CO
Tubarão	Sul	22	M	IN	CO
Imbituba	Sul	23	M	IN	CO
Imbituba	Sul	23	M	IN	CO
Sombrio	Sul	23	M	IN	CO
Imbituba	Sul	23	M	IN	CO
Imarui	Sul	24	M	IN	CP
Imbituba	Sul	24	M	IN	CP
Laguna	Sul	24	M	R	CP
Criciúma	Sul	24	M	R	CP
Urussanga	Sul	25	M	IN	CO
Tubarão	Sul	25	M	IN	CO
Içara	Sul	25	M	IN	CO
Garopaba	Sul	25	M	R	CP
Garopaba	Sul	25	M	IN	CP

ORIGEM	REGIÃO	ID	M/F	SIT	DIAG
Imbituba	Sul	25	M	R	CP
Capivari de Baixo	Sul	25	M	IN	CO
Tubarão	Sul	25	M	R	CP
Laguna	Sul	25	F	R	CP
Laguna	Sul	25	M	R	CP
Laguna	Sul	25	M	R	CP

REGIÃO SUL

TABELA 1 – Internações no IPQ de jovens por sexo da Região Sul

FEMININO	MASCULINO	IDADE	TOTAL ID
0	0	13	0
1	0	14	1
1	3	15	4
0	1	16	1
0	1	17	1
0	3	18	3
0	4	19	4
0	7	20	7
2	7	21	9
0	8	22	8
0	4	23	4
0	4	24	4
1	10	25	11
5	52		57

Tabela 1 – Internações de jovens entre 14 e 25 anos, por sexo e idade, no período entre 2002 e 2004 da região Sul.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

TABELA 2 – Diagnóstico e tipo de internação de jovens da Região Sul

Diagnósticos	Número
CP - Casos Psiquiátricos	26
CO - Comorbidade	31
Tipo de Internação	Número
Interno	38
Reinterno	19

Tabela 2 – Internações de jovens entre 14 e 25 anos, por diagnóstico e tipo de internação, no período entre 2002 e 2004 da região Sul.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

TABELA 3 – Internações de jovens no IPQ por município de origem da Região Sul

Cidade	Número	%S
Timbé do Sul	1	1,8
Garopaba	5	8,8
Capivari de Baixo	2	3,5
Cocal do sul	1	1,8
Tubarão	14	24,6
Urussanga	5	8,8
Braço do Norte	2	3,5
Imbituba	11	19,3
Laguna	8	14,0
Jaguaruna	2	3,5
Araranguá	1	1,8
Jacinto Machado	1	1,8
Sombrio	1	1,8
Imarui	1	1,8
Criciúma	1	1,8
Içara	1	1,8
	57	100,0

Tabela 3 – Internações de jovens por município de origem, no período entre 2002 e 2004.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005

Nas internações por *sexo* da região Sul, observamos 5 casos femininos, que correspondem a 8,8% e 52 casos masculinos, que correspondem a 91,2% dos 57 casos da região.

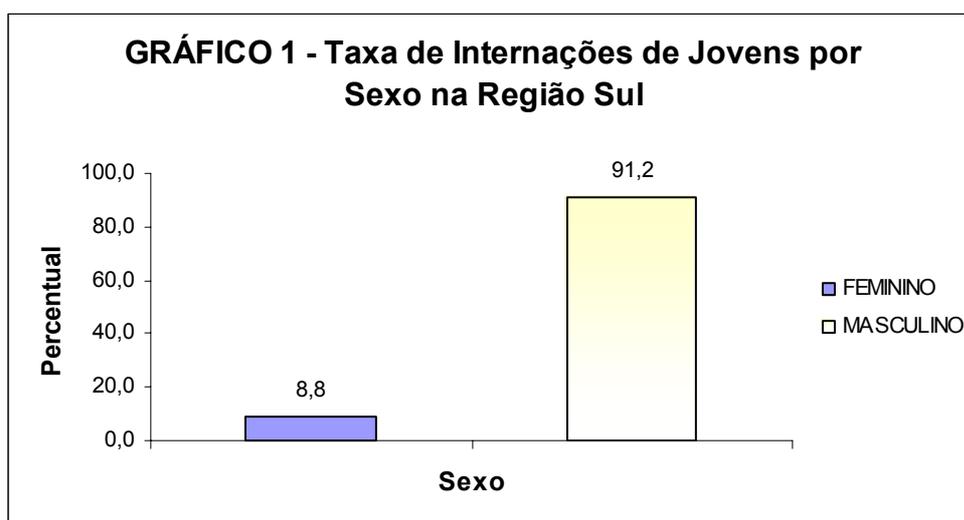


Gráfico 1 – Taxa de internações de jovens por sexo da região Sul.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *diagnóstico* na região Sul, observamos 26 casos psiquiátricos (CP), que correspondem a 45,6% e 31 casos de Comorbidade (CO), que correspondem a 54,4% dos 57 casos da região.

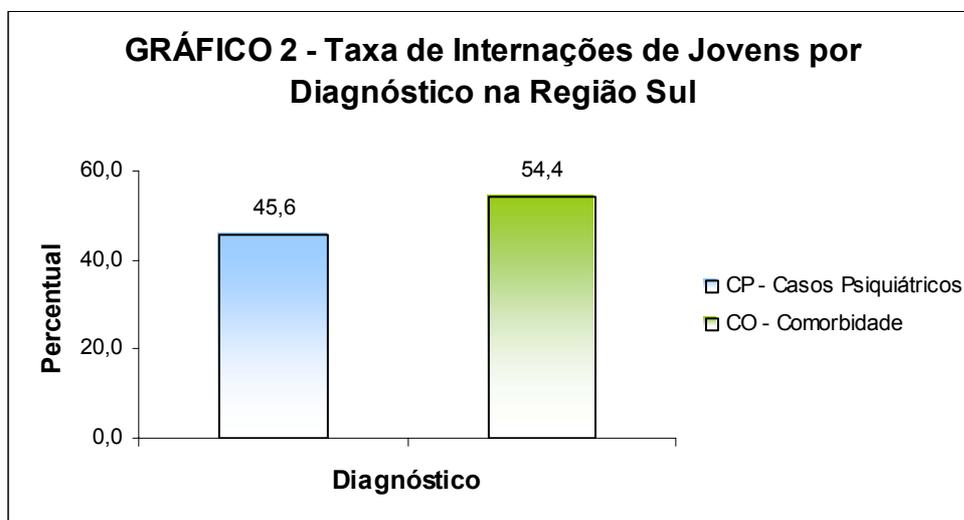


Gráfico 2 – Taxa de internações de jovens por diagnóstico da região Sul.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *tipo* na região Sul, observamos 38 casos de *Internamentos* (IN) que correspondem a 66,7% e 19 casos de *Reinternamentos* (RE), que correspondem a 33,3% dos 57 casos da região.

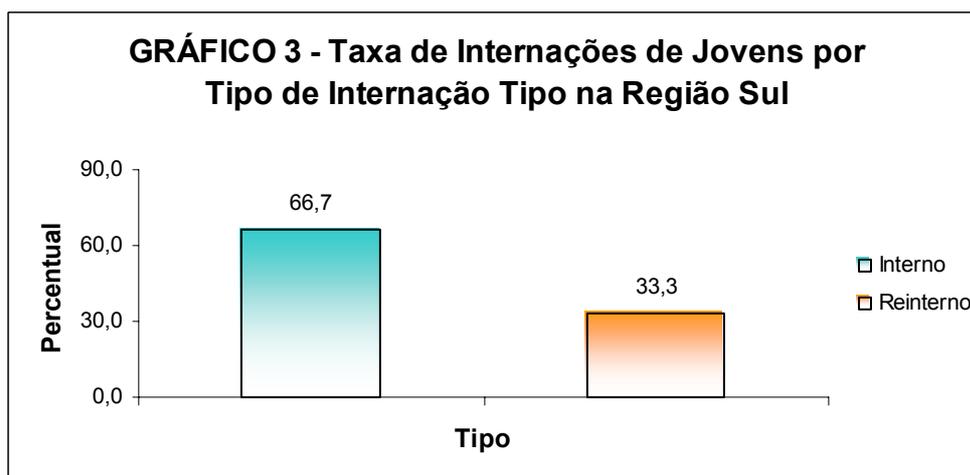


Gráfico 3 – Taxa de internações de jovens por tipo de internação da região Sul.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *idade* na região do Sul, observamos a idade de 25 anos com 11 casos, que correspondem a 19,3%; 21 anos com 9 casos, que correspondem a 15,8% e 22 anos com 8 casos que correspondem a 14,0% dos 57 casos da região.

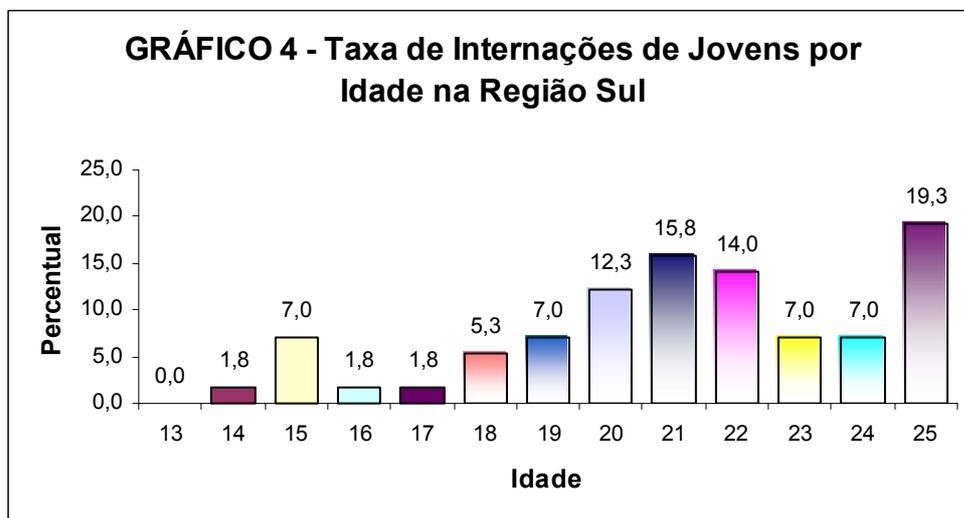


Gráfico 4 – Taxa de internações de jovens por idade da região Sul.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por município da região Sul, observamos Tubarão com 14 casos, que correspondem a 24,6%; Imbituba com 11 casos, que correspondem a 19,3% e Laguna com 8 casos que correspondem a 14,0% dos 57 casos da região.

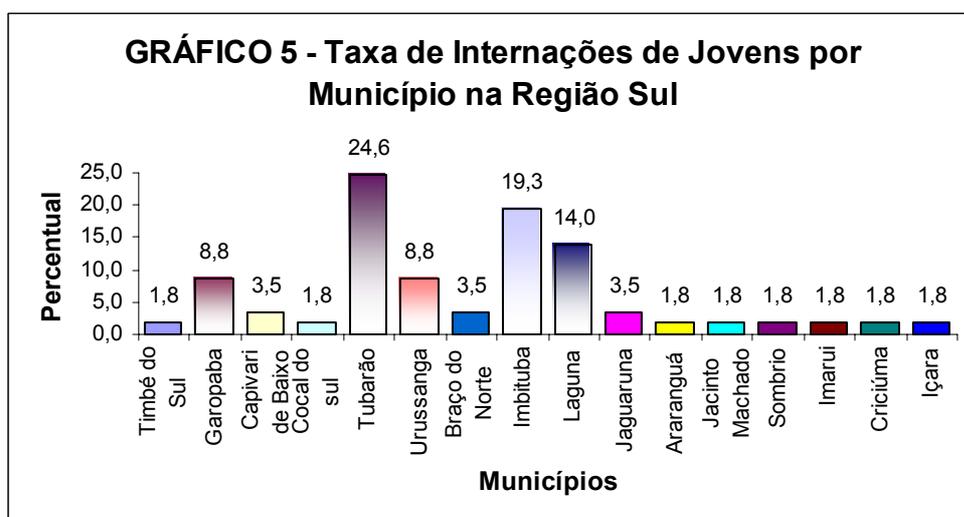


Gráfico 5 – Taxa de internações de jovens por município da região Sul.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações por município na região Sul em relação a Santa Catarina, observamos Tubarão com 2,6%; Imbituba com 2,1% e Laguna com 1,5 % dos 532 casos do Estado.

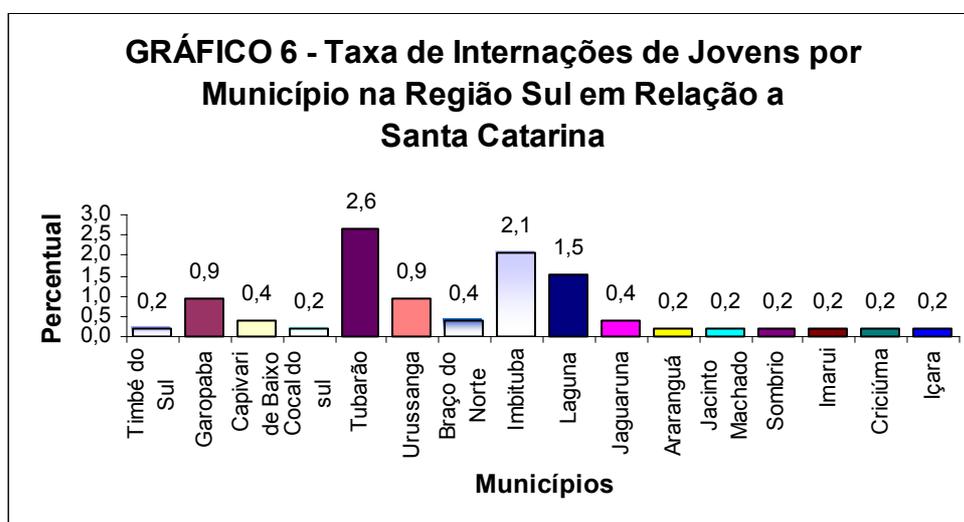


Gráfico 6 – Taxa de internações de jovens por município da região Sul em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações de *sexo* e *idade* na região Sul em relação a Santa Catarina, observamos nos casos femininos a idade de 21 anos com 2,2% e nos casos masculinos a idade de 25 anos com 2,3% do total de 532 casos do Estado.

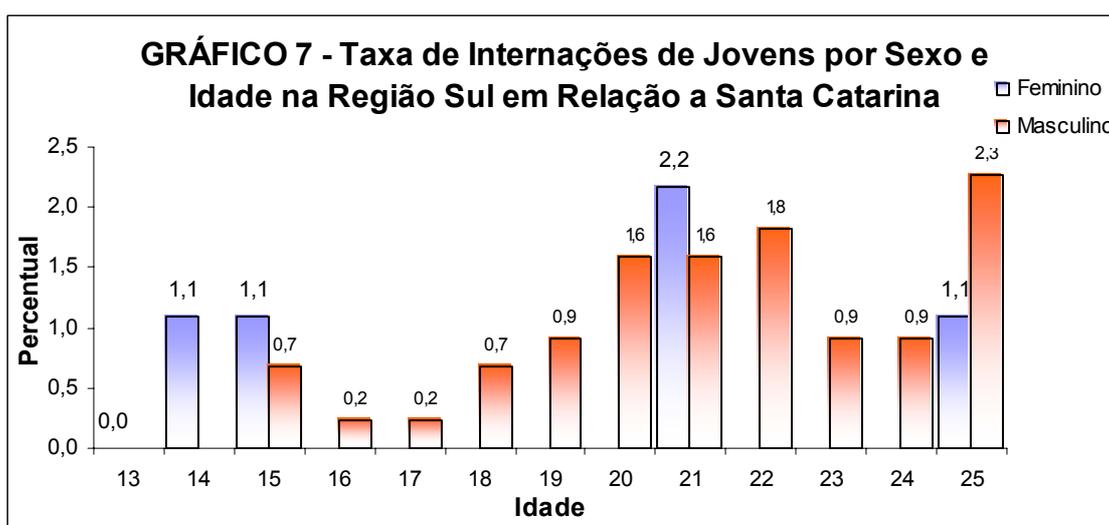


Gráfico 7 – Taxa de internações de jovens por sexo e idade da região Sul em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações de *sexo* na região Sul em relação a Santa Catarina, observamos nos casos femininos 5,4% e nos casos masculinos 11,8% do total de 532 casos.

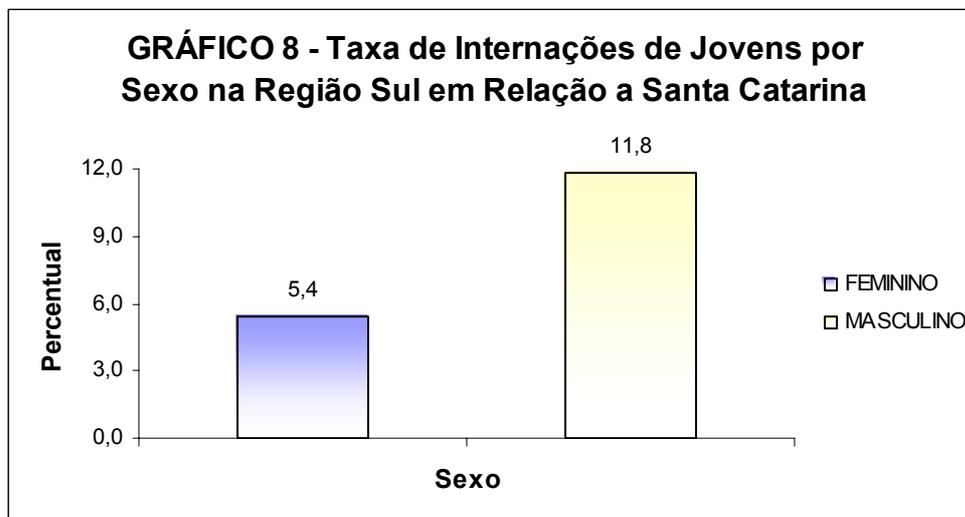


Gráfico 8 – Taxa de internações de jovens por sexo da região Sul em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações por *idade* na região Sul em relação a Santa Catarina, observamos a idade de 25 anos com 2,1 %, seguida da idade de 21 anos com 1,7% do total de 532 casos do Estado.

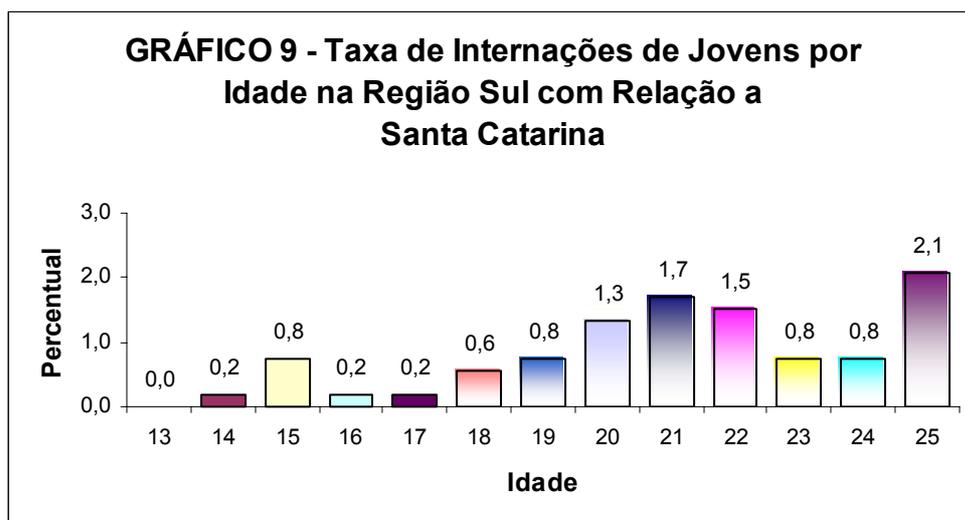


Gráfico 9 – Taxa de internações de jovens idade da região Sul em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *diagnóstico* na região Sul em relação a Santa Catarina, observamos 9,9% de casos psiquiátricos (CP) e 11,5% de comorbidade (CO) do total de 532 casos do Estado.

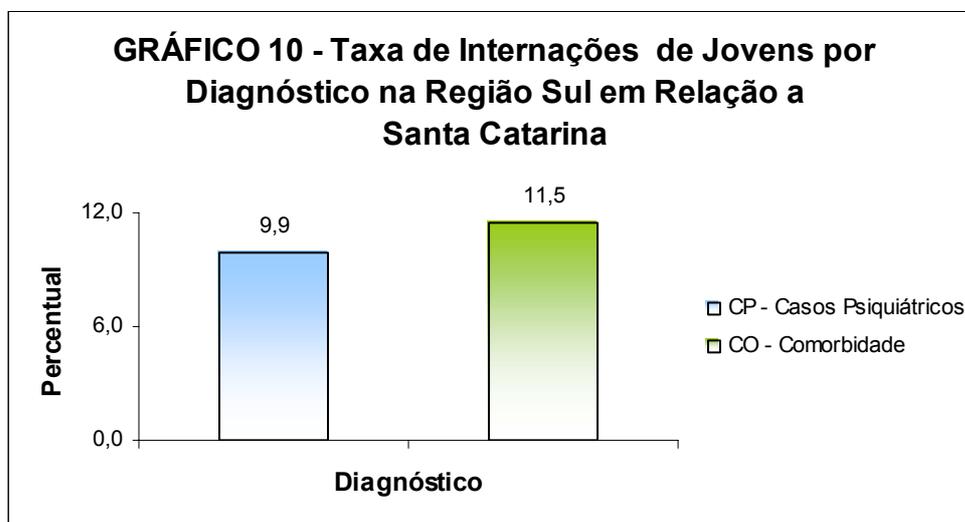


Gráfico 10 – Taxa de internações de jovens por diagnóstico da região Sul em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *tipo* de internação na região Sul em relação a Santa Catarina, observamos 10,9% nos casos de *Internamentos* (IN) e 10,3% nos casos de *Reinternamentos* (RE) do total de 532 casos do Estado.

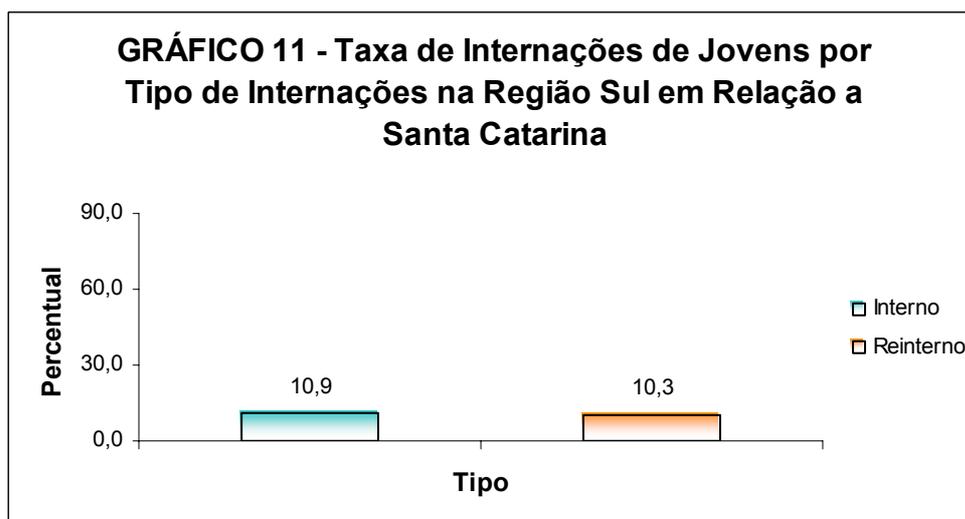


Gráfico 11 – Taxa de internações de jovens por tipo de internação da região Sul em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

REGIÃO DO VALE DO ITAJAÍ

Dados Referentes aos Jovens da Região do Vale do Itajaí

ORIGEM	REGIÃO	ID	M/F	SIT	DIAG
Itajaí	Vale do Itajaí	15	M	IN	CP
Camboriú	Vale do Itajaí	15	M	IN	CO
Itajaí	Vale do Itajaí	16	M	IN	CO
Camboriú	Vale do Itajaí	16	F	IN	CP
Itajaí	Vale do Itajaí	16	M	IN	CP
Itapema	Vale do Itajaí	16	M	IN	CP
Brusque	Vale do Itajaí	16	M	IN	CO
Itajaí	Vale do Itajaí	16	M	IN	CO
Vidal Ramos	Vale do Itajaí	16	M	IN	CP
Porto Belo	Vale do Itajaí	16	M	IN	CO
Tijucas	Vale do Itajaí	17	M	IN	CO
Ituporanga	Vale do Itajaí	17	M	IN	CO
Itajaí	Vale do Itajaí	17	M	IN	CP
Itajaí	Vale do Itajaí	17	M	R	CP
Camboriú	Vale do Itajaí	17	M	IN	CO
Itajaí	Vale do Itajaí	17	M	R	CO
Barra velha	Vale do Itajaí	18	M	IN	CP
Tijucas	Vale do Itajaí	18	M	R	CO
Itajaí	Vale do Itajaí	18	F	IN	CP
Indaial	Vale do Itajaí	19	M	IN	CP
Navegantes	Vale do Itajaí	19	M	R	CP
Ituporanga	Vale do Itajaí	19	F	IN	CP
Navegantes	Vale do Itajaí	19	M	IN	CO
Porto Belo	Vale do Itajaí	19	F	R	CP
Camboriú	Vale do Itajaí	19	F	IN	CP
Brusque	Vale do Itajaí	19	M	R	CO
Itajaí	Vale do Itajaí	19	M	R	CP
Blumenau	Vale do Itajaí	19	M	IN	CO
Camboriú	Vale do Itajaí	19	M	IN	CP
Tijucas	Vale do Itajaí	20	F	IN	CP
Ibirama	Vale do Itajaí	20	F	IN	CP
Bombinhas	Vale do Itajaí	20	M	IN	CP
Navegantes	Vale do Itajaí	20	M	R	CP
Camboriú	Vale do Itajaí	20	M	IN	CO
Itajaí	Vale do Itajaí	20	M	IN	CO
Navegantes	Vale do Itajaí	20	M	IN	CP
Itajaí	Vale do Itajaí	20	M	IN	CP
Rodeio	Vale do Itajaí	20	M	R	CO
Brusque	Vale do Itajaí	20	M	R	CP
Camboriú	Vale do Itajaí	20	F	IN	CP
Taio	Vale do Itajaí	20	M	IN	CO
Camboriú	Vale do Itajaí	21	M	R	CP
Navegantes	Vale do Itajaí	21	M	R	CO
Itajaí	Vale do Itajaí	21	F	IN	CP
Navegantes	Vale do Itajaí	21	M	IN	CP
Indaial	Vale do Itajaí	21	F	IN	CO
Camboriú	Vale do Itajaí	21	M	IN	CO
Lontras	Vale do Itajaí	21	F	IN	CO
Itapema	Vale do Itajaí	21	M	R	CP
Camboriú	Vale do Itajaí	21	M	IN	CP
Itajaí	Vale do Itajaí	21	F	R	CP

ORIGEM	REGIÃO	ID	M/F	SIT	DIAG
Apiúna	Vale do Itajaí	21	M	IN	CP
Itajaí	Vale do Itajaí	22	M	R	CP
Itajaí	Vale do Itajaí	22	M	IN	CO
Itajaí	Vale do Itajaí	22	M	IN	CP
Indaial	Vale do Itajaí	22	M	IN	CP
Camboriú	Vale do Itajaí	22	M	IN	CP
Luiz Alves	Vale do Itajaí	22	F	IN	CP
Itajaí	Vale do Itajaí	22	M	IN	CP
Camboriú	Vale do Itajaí	22	M	IN	CP
Camboriú	Vale do Itajaí	22	M	IN	CO
Camboriú	Vale do Itajaí	22	M	IN	CP
Camboriú	Vale do Itajaí	22	M	R	CP
Navegantes	Vale do Itajaí	22	M	IN	CP
Itajaí	Vale do Itajaí	22	M	IN	CO
Itapema	Vale do Itajaí	22	M	IN	CO
Navegantes	Vale do Itajaí	22	M	IN	CP
Blumenau	Vale do Itajaí	23	M	IN	CP
Itajaí	Vale do Itajaí	23	M	IN	CP
Itajaí	Vale do Itajaí	23	F	R	CP
Camboriú	Vale do Itajaí	23	M	R	CP
Ilhota	Vale do Itajaí	23	F	IN	CP
Blumenau	Vale do Itajaí	23	M	IN	CO
Brusque	Vale do Itajaí	24	M	IN	CO
Itajaí	Vale do Itajaí	24	M	IN	CP
Blumenau	Vale do Itajaí	24	M	R	CP
Camboriú	Vale do Itajaí	24	F	R	CP
Camboriú	Vale do Itajaí	24	M	R	CO
Indaial	Vale do Itajaí	24	F	IN	CP
Navegantes	Vale do Itajaí	24	M	IN	CP
Camboriú	Vale do Itajaí	24	M	IN	CO
Itapema	Vale do Itajaí	24	M	IN	CP
Nova Trento	Vale do Itajaí	24	M	R	CP
Penha	Vale do Itajaí	25	M	IN	CO
Itajaí	Vale do Itajaí	25	F	R	CP
Blumenau	Vale do Itajaí	25	M	IN	CP
Navegantes	Vale do Itajaí	25	F	IN	CP
Navegantes	Vale do Itajaí	25	M	R	CP
Itajaí	Vale do Itajaí	25	M	R	CP

REGIÃO DO VALE DO ITAJAÍ

TABELA 1 – Internações no IPQ de jovens por sexo da Região do vale do Itajaí

FEMININO	MASCULINO	IDADE	TOTAL ID
0	0	13	0
0	0	14	0
0	2	15	2
1	7	16	8
0	6	17	6
1	2	18	3
3	7	19	10
3	9	20	12
4	7	21	11
1	14	22	15
2	4	23	6
2	8	24	10
2	4	25	6
19	70		89

Tabela 1 – Internações de jovens entre 14 e 25 anos, por sexo e idade, no período entre 2002 e 2004 da região do vale do Itajaí.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

TABELA 2 – Diagnóstico e tipo de internação de jovens da Região do Vale do Itajaí

Diagnóstico	Número
CP - Casos Psiquiátricos	59
CO - Comorbidade	30

Tipo de Internação	Número
Interno	64
Reinterno	25

Tabela 2 – Internações de jovens entre 14 e 25 anos, por diagnóstico e tipo de internação, no período entre 2002 e 2004 da região do vale do Itajaí.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

TABELA 3 – Internações de jovens no IPQ por município de origem da Região do Vale do Itajaí

Cidade	Número	%VI
Itajaí	23	25,8
Camboriú	19	21,3
Itapema	4	4,5
Brusque	4	4,5
Vidal Ramos	1	1,1
Porto Belo	2	2,2
Tijucas	3	3,4
Ituporanga	2	2,2
Barra velha	1	1,1
Indaial	4	4,5
Navegantes	11	12,4
Blumenau	5	5,6
Ibirama	1	1,1
Bombinhas	1	1,1
Rodeio	1	1,1
Taio	1	1,1
Lontras	1	1,1
Apiúna	1	1,1
Luiz Alves	1	1,1
Ilhota	1	1,1
Nova Trento	1	1,1
Penha	1	1,1
	89	100,0

Tabela 3 – Internações de jovens por município de origem, no período entre 2002 e 2004.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Tabelas elaboradas pelo autor a partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005

Nas internações por *sexo* na região do Vale do Itajaí, observamos 19 casos femininos, que correspondem a 21,3% e 70 casos masculinos, que correspondem a 78,7% dos 89 casos da região.

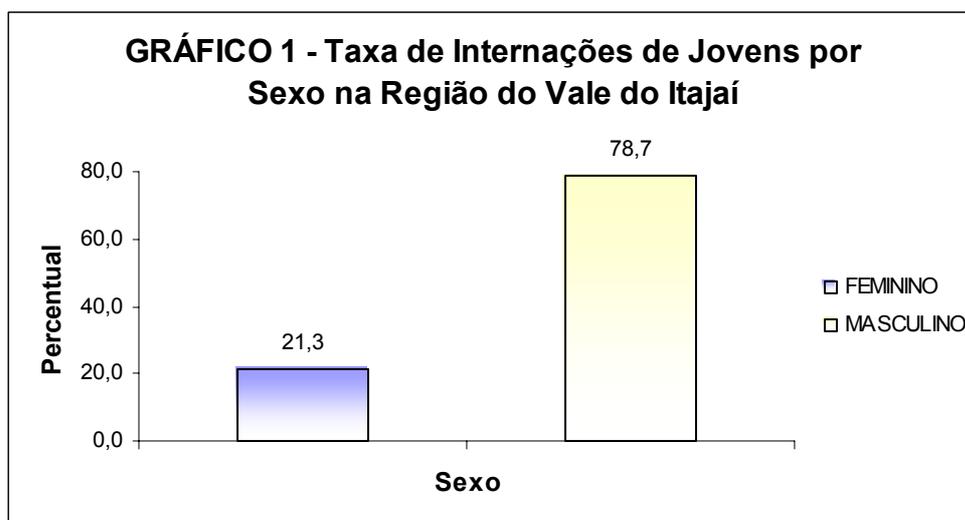


Gráfico 1 – Taxa de internações de jovens por sexo da região do Vale do Itajaí.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *diagnóstico* na região do Vale do Itajaí, observamos 59 internações de casos psiquiátricos (CP), que correspondem a 66,3% e 30 de comorbidade (CO), que correspondem a 33,7% dos 89 casos da região.

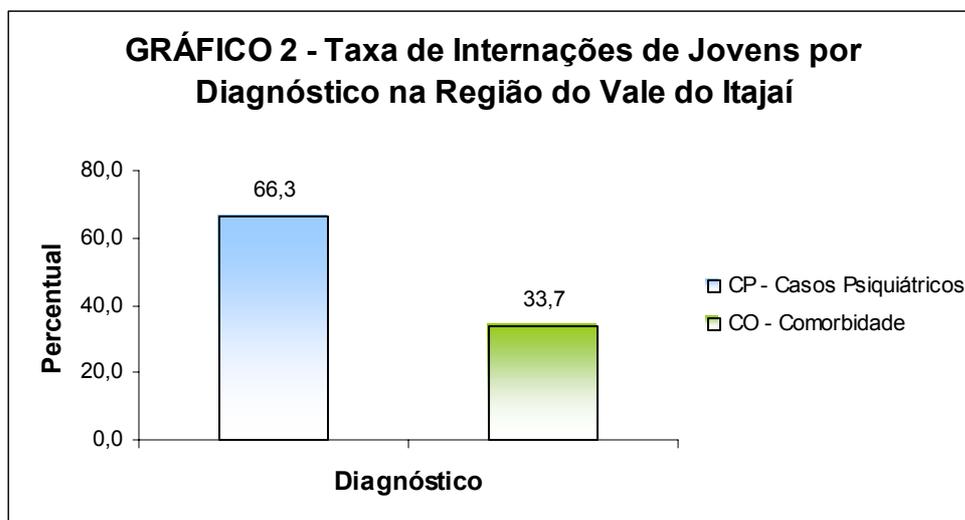


Gráfico 2 – Taxa de internações de jovens por diagnóstico da região do Vale do Itajaí.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *tipo* de internação na região do Vale do Itajaí, observou-se que 71,9% foram *internações* (IN) e que 28,1% referem-se as *reinternações* (RE).

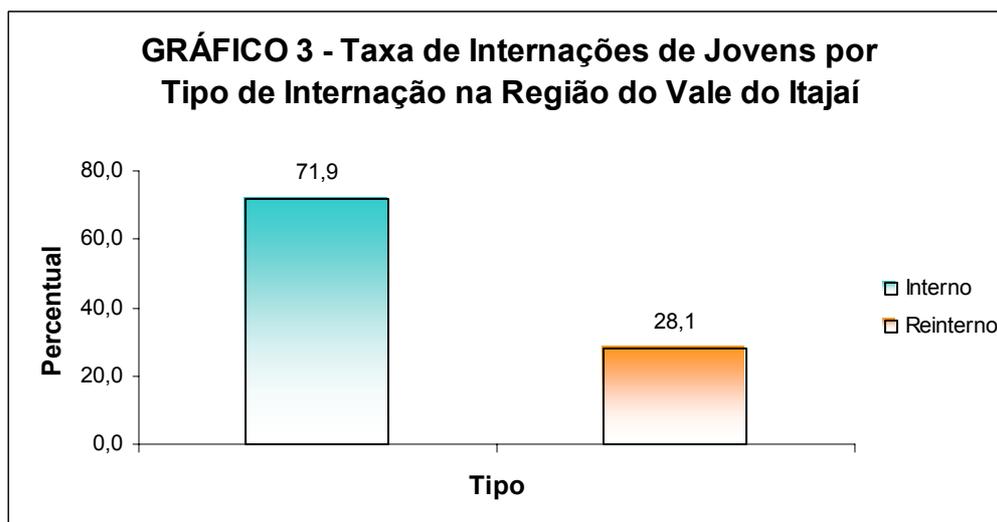


Gráfico 3 – Taxa de internações de jovens por tipo de internação da região do Vale do Itajaí.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *idade* na região do Vale do Itajaí, observamos a idade de 22 anos com 15 internações, que correspondem a 16,9%; 20 anos com 12 casos, que correspondem a 13,5% e 21 anos com 11 casos que correspondem a 12,4% dos 89 casos da região.

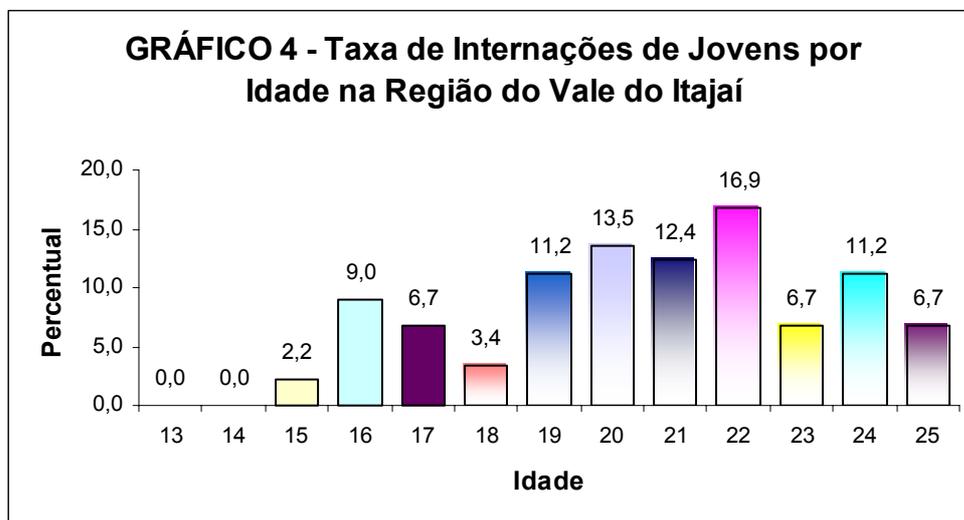


Gráfico 4 – Taxa de internações de jovens por idade da região do Vale do Itajaí.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por município da região do Vale do Itajaí, observamos Itajaí com 23 casos que correspondem a 25,8% dos casos; Camboriú com 19 casos, que correspondem a 21,3% e Navegantes com 11 casos que correspondem a 12,4% do total de casos na região.

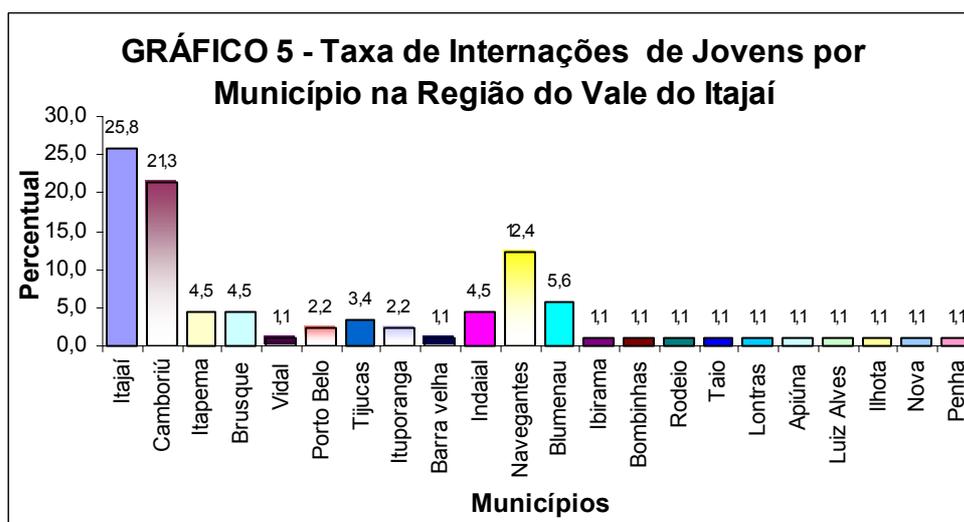


Gráfico 5 – Taxa de internações de jovens por município da região do Vale do Itajaí.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações por município da região do Vale do Itajaí em relação a Santa Catarina, observamos Itajaí com 4,3% do total de 532 casos do Estado.

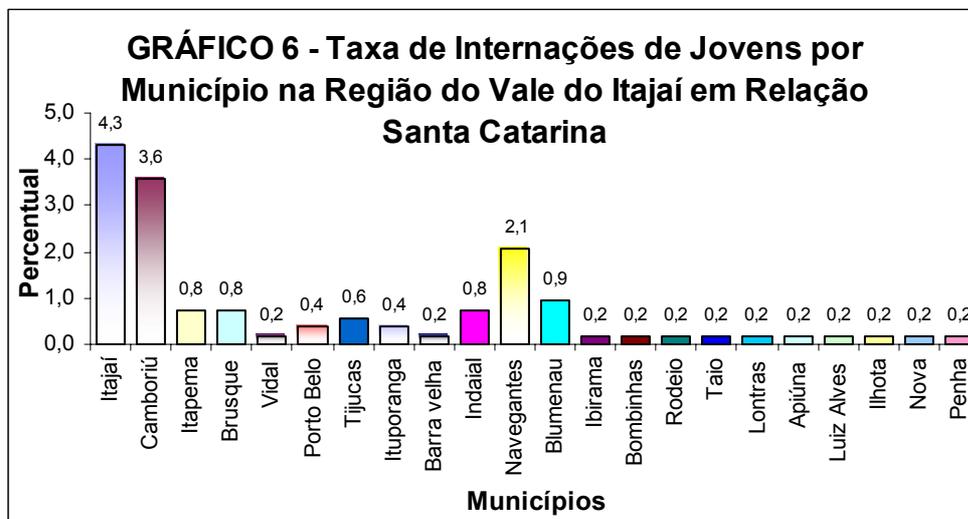


Gráfico 6 – Taxa de internações de jovens por município da região do Vale do Itajaí em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações de *sexo e idade* na região do Vale do Itajaí em relação a Santa Catarina, observamos nos casos femininos a idade de 21 anos com 4,3% e nos casos masculinos a idade de 22 anos com 3,2% do total de 532 casos do Estado.

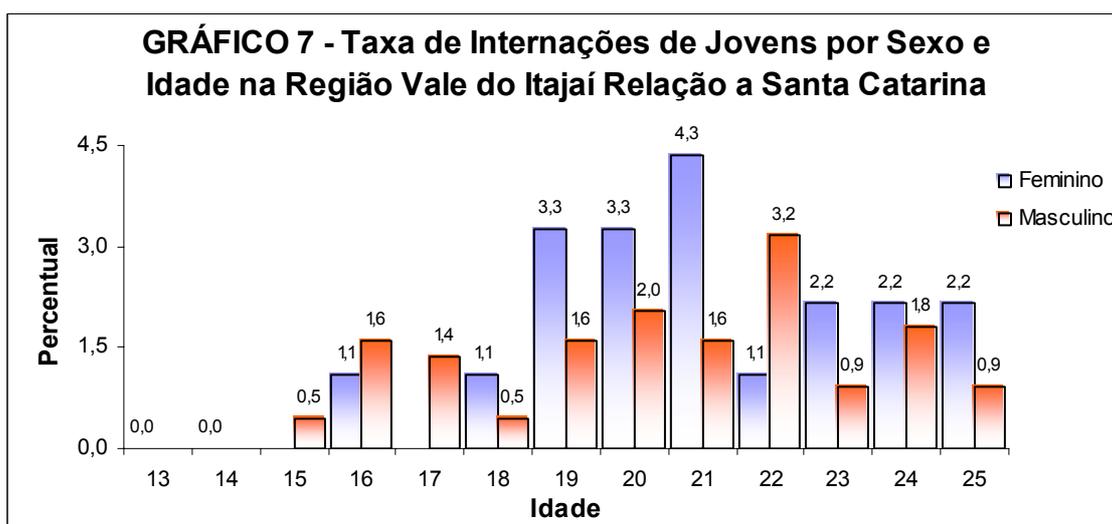


Gráfico 7 – Taxa de internações de jovens por sexo e idade da região do Vale do Itajaí em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações de *sexo* na região do Vale do Itajaí em relação a Santa Catarina, observamos nos casos femininos 20,7% e nos casos masculinos 15,9% do total de 532 casos do Estado.

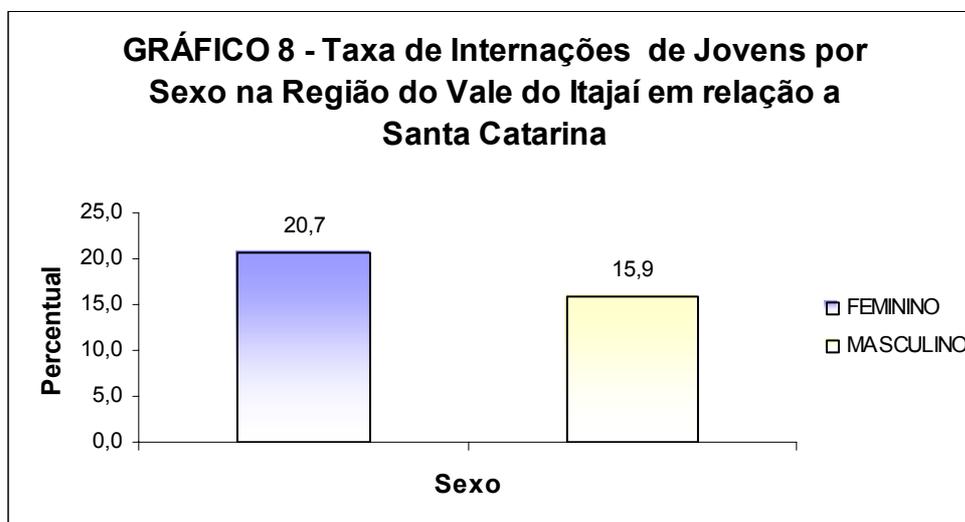


Gráfico 8 – Taxa de internações de jovens por sexo da região do Vale do Itajaí em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Sobre a taxa de internações por *idade* na região do Vale do Itajaí em relação a Santa Catarina, observamos a idade de 22 anos com 2,8%; 20 anos com 2,3% e 19 e 24 anos com 1,9% do total de 532 casos do Estado.

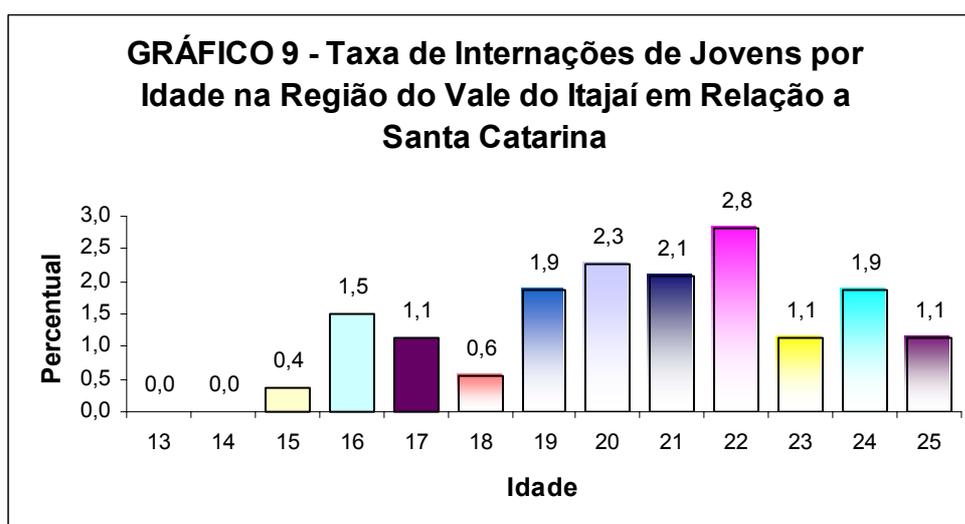


Gráfico 9 – Taxa de internações de jovens por idade da região do Vale do Itajaí em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *diagnóstico* na região do Vale do Itajaí em relação a Santa Catarina, observamos 22,5% nos casos psiquiátricos (CP) e 11,1% nos casos de comorbidade (CO) dos 532 casos do Estado.

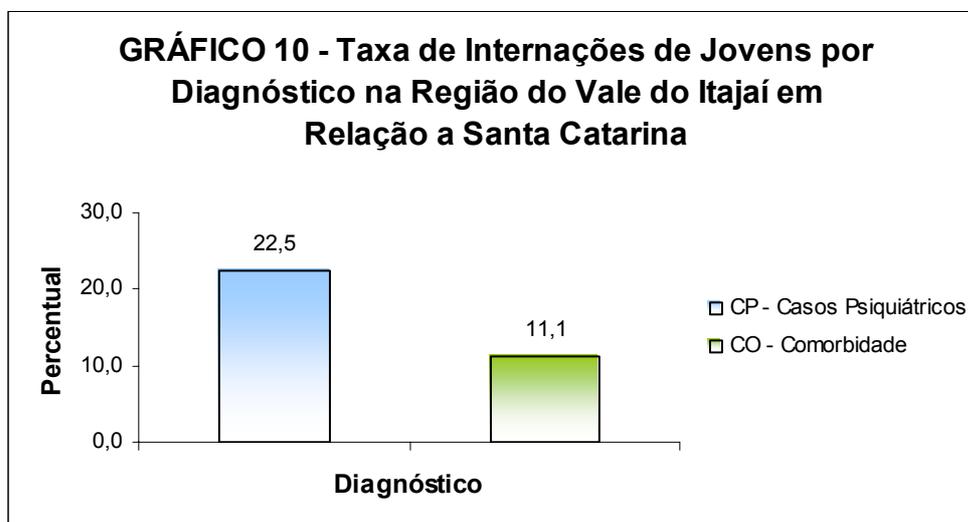


Gráfico 10 – Taxa de internações de jovens por diagnóstico da região do Vale do Itajaí em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

Nas internações por *tipo* na região do Vale do Itajaí em relação a Santa Catarina, observamos 18,4% nos casos de *Internamentos* (IN) e 13,6% nos casos de *Reinternamentos* (RE) dos 532 casos do Estado.

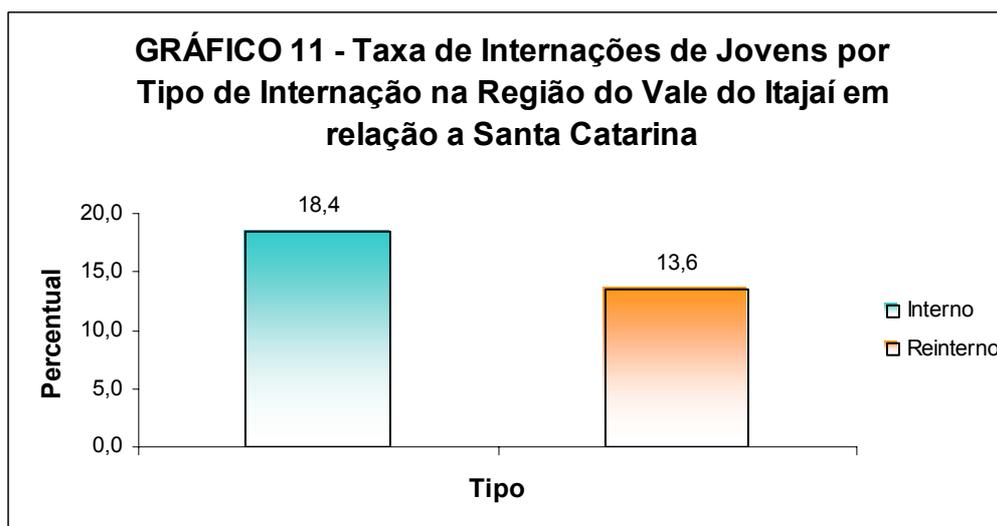


Gráfico 11 – Taxa de internações de jovens por tipo de internação da região do Vale do Itajaí em relação a Santa Catarina.

Fonte: VARELLA, L.C.P. Gráficos elaborados pelo autor partir de dados levantados nos prontuários do IPQ. Florianópolis, 2005.

ANEXO A – Solicitação de autorização de pesquisa no IPQ/SC

Florianópolis, junho de 2004

Ao

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA - IPQ

Direção: Dr. João Ernane Leal

Solicito autorização de acesso aos relatórios estatísticos, arquivos e prontuários, para fins de levantamento estatístico, para realização de pesquisa de mestrado. Os acessos serão realizados com acompanhamento técnico autorizado.

Atenciosamente agradecemos.

Prof^a Dr^a Janice Tirelli P. de Sousa
Orientadora

Luís Carlos Pereira Varella
Mestrando

ANEXO B – Relatório da 1ª etapa: entrada em campo de pesquisa

Relatório da 2ª etapa: conclusão da coleta de dados

Relatório final

Protocolo de entrega da dissertação ao IPQ/SC

Florianópolis, outubro de 2006

Ao

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA - IPQ

Direção: Dr. João Ernane Leal

De acordo com a reunião realizada por esta instituição com o pesquisador, através do Comitê de Ética em Pesquisa, atendemos a solicitação da entrega de uma cópia da dissertação aprovada, intitulada *Lettres de Cachet: solitária trajetória para a loucura*.

Atenciosamente,

Luís Carlos Pereira Varella

Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina

APÊNDICE C – Quadro de entrevistas com jovens do sexo feminino e masculino

Quadro com entrevistas selecionadas de jovens do sexo feminino

SUJEITO

PERGUNTA / RESPOSTA

O que aconteceu para internarem você aqui no hospital. O que gostaria de contar?

- F1 22 anos Eu vim pra cá pela primeira vez quando soube que meu ex-namorado ia casar. Ai deu um branco na minha cabeça, eu não queria acreditar e isto aconteceu quando eu tinha 14 anos.
- F2 21 anos Eu não sei o que aconteceu. Foi minha família que me internou sem eu mesmo saber, sem eu pedir. Eu sofria muito em casa. Tinha pesadelos horríveis eu ficava apavorada, parecia que tudo estava cada vez mais longe. Eu me sentia perdida, me sentia vazia.
- F3 18 anos Eu queria sair de casa, tinha decidido que ia viver sozinha, não agüentava mais ficar vivendo com meus pais. Eu tentava dizer que queria trabalhar, estudar e eles não deixavam eu fazer o que eu queria, o que eu podia fazer.
- F4 23 anos É porque eu não fui uma filha boa. Lá em casa todo mundo dizia que eu não prestava, eles diziam que eu sempre fui uma filha ingrata. Então eu ficava muito triste não tinha ânimo pra fazer nada.
- F5 24 anos Eu não gosto de falar. Eu não moro mais com minha família e foi por isso que mandaram me internar aqui. Me chamavam de louca, falavam que eu era maluca, que estava possuída, que eu era uma bruxa. Então, sai de casa simplesmente para não me atormentarem mais. Vivia sozinha e quando caminhava na rua, me prenderam e me colocaram aqui no hospital.

Qual a sua idade e como foi isso pra você?

- F1 22 anos Eu tinha 14 anos na primeira internação. Então eu fui desanimando, eu gazeava aula, meus colegas e professores sabiam que eu faltava. Eu dizia pra minha avó que eu ia pra aula, mas não ia. Ai eu tentei me matar, misturei remédios e tomei. Depois nas outras vezes, tentei cortar meus pulsos com gilete. Quando eu voltei da primeira internação, me pegaram com uma faca no travesseiro. Hoje eu tenho 22 anos.
- F2 21 anos Eu tenho 21 anos. Eu me sinto esquecida por todos. Fico muito triste por terem feito isto comigo.
- F3 18 anos Estou com 18 anos. Estou tentando entender tudo que me disseram que eu não devia fazer, mas fiquei muito revoltada com eles.
- F4 23 anos Tenho 23 anos. Eu não entendo muito isso tudo. Eu queria ir embora mas minha família não quer que eu saia daqui, eles dizem que meu lugar é aqui. Então eu choro muito, só tenho vontade de ficar chorando.
- F5 24 anos Tenho 24 anos. Não quero falar da minha família, eles não me entendem e só querem atrapalhar minha vida.

O que gostaria de falar sobre a escola?

- F1 22 anos Gostava muito, tanto que eu comecei a freqüentar antes da idade escolar. Quando eu entrei na primeira série eu tinha 6 anos. Quando eu comecei. Minha mãe ajudava no que podia e também meu pai, principalmente na matemática. Quando eles se separaram, eu já tinha passado de ano, já tinha 7 anos. Então no primeiro ano foi tudo bem. Morávamos aqui, o meu pai me ajudava na matemática. Só que a professora e os colegas riam da maneira como eu pegava o lápis. Ela dizia: “Menina pega este lápis direito, com calma, não força tanto o lápis.” Quando eu estava na 7ª série, que meu namorado me trocou por uma menina negra, eu sei que não existe pessoa feia, mas os outros diziam que eu era bonita. Então fiquei me perguntando, por que motivo ele tinha me trocado por ela. Porque bonita ela não era. Então quando ela fechou os olhos, sorriu e eu disse: “pronto, tá o motivo! Os dentes dela eram muito bonitos e foi por isso, ela não fumava e eu sim”.
- F2 21 anos A escola era bem legal. Eu queria estudar, ser alguém na vida. Tinha uma professora que eu queria ser igual a ela. Mas depois ficou difícil.
- F3 18 anos A gente não tem porque não gostar da escola né? Eu queria estudar, queria fazer faculdade. Mas parece que ninguém me entende. Parece que nem estudar eu posso.
- F4 23 anos Tudo o que eu queria era ir pra escola. Gostava das coisas de história. Nas aulas parecia que eu estava nos lugares que os professores falavam. Mas meu pai me dasanimava. Dizia que era melhor eu ajudar em casa ou então para eu casar.
- F5 24 anos Eu gostava da escola até eles dizerem que eu era doente. Depois comecei a odiar. Matava aula, inventava história para não ir...

Fale sobre suas amizades

- F1 22 anos Eu procurava as amizades masculinas. Eu queria mais o lado masculino porque eu procurava meu pai. Procurava ser amiga do meu pai. A minha mãe fazendo a janta e eu assistia futebol com o pai. E então quando meu pai se separou da minha mãe eu senti muito. Então eu procurava as amizades masculinas; as pessoas mais velhas; os professores; eu procurava desabafar...
- F2 21 anos Quando eu era menor eu tinha um monte de amigas. Mas daí eu não sei o que aconteceu. Foi todo mundo se afastando e depois que começou a me dar essas coisas, só tinha uma ou outra.
- F3 18 anos Ah...sempre foi legal. Eu tinha muitos amigos, a gente brincava, inventava as coisas. Daí um dia tudo começou a ficar diferente e eu comecei a me afastar das pessoas
- F4 23 anos Eu não lembro muito das amigas. Acho que nunca tive uma amiga assim de dividir as coisas. De ir em casa sabe...Lá em casa meus pais não queriam que fossem lá. Aí acho que como eu tinha só na escola para as coisas...eu fui meio deixada de lado.
- F5 24 anos Até eu começar a ficar assim, era normal. Tinha também uns meninos que eram legais. Mas depois eu queria todo mundo longe.

Tinha com quem conversar em casa?

- F1 22 anos Não. Eu conversava com minhas amigas, elas sabiam de tudo sobre mim. Mas a minha avó foi como uma mãe, ela me criou, mas não podia chegar nela e dar um beijo no rosto. Ela dizia: "Sai daqui que eu não sou sapatão"; ela falava direto: "sai daqui que eu não quero beijo de mulher."
- F2 21 anos Vou falar o que com minha irmã mais nova? Ela não sabe de nada! Não falo com ela pra não colocar minhoca na cabeça dela e ela ficar igual a mim...
- F3 18 anos Ninguém tem tempo em casa.
- F4 23 anos Minha mãe coitada, acho que se cansou de mim. Meu pai sempre que tá em casa não quer saber de nada e meus irmãos, não sei bem...
- F5 24 anos Minha mãe as vezes fala comigo. Mas é só a gente falar mais tempo já começa a brigar, a dizer que eu pareço criança pelos cantos e que já tô velha, que daqui a pouco ninguém me dá mais emprego e que ela não vai ficar me sustentando. Aí a gente briga...

Você conversava sobre suas dificuldades na escola? Alguém ajudava você?

- F1 22 anos Não. Eu tinha vergonha e dificilmente eu falava .
- F2 21 anos Eu tinha algumas amigas. Com uma delas eu até falava. Mas não era legal porque as vezes parecia que ao invés dela me ajudar, me colocava só bobagens na cabeça.
- F3 18 anos Eu me afastava do pessoal. Uma vez tentei me abrir, mas aí veio a fofocagem e até os professores me olhavam estranho. Daí eu desisti
- F4 23 anos Meu pai dizia que era pra eu não falar nem contar nada pra ninguém pois daí eu ia ser expulsa da escola
- F5 24 anos Quando começou essas coisas, eu não tinha vergonha de falar das minhas dificuldades, eu tinha raiva. Queria mesmo que todo mundo soubesse que eu era estranha mesmo e que se afastassem de mim de uma vez. Odiava quando vinham com o papo de aí, coitadinha!

Sobre as questões sua sexualidade, como era conversar sobre isto?

- F1 22 anos Eu perguntava principalmente sobre os anticoncepcionais. Minha mãe dizia: "se eu der anticoncepcional pra você, tua avó, teu pai, vão vir pra cima de mim e dizer, que eu estou te influenciando para o sexo."
- F2 21 anos Você quer dizer sobre transar? Sabe né, essas coisas a gente fica sabendo de um , de outro. A gente não aprende em casa. Todo mundo tem vergonha.
- F3 18 anos Minha mãe só dizia que se eu aparecesse grávida em casa que não queria saber porque ela não queria mais um doente debaixo do teto dela.
- F4 23 anos Se dependesse do meu pai eu ia para aquele lugar de freira...como é mesmo nome? Convento né? Ele nem queria que eu fosse pra escola.
- F5 24 anos Nunca falei com ninguém em casa. Mas eu sabia que minha mãe ficava procurando coisas, ela pensava besteiras nas minhas coisas...

Sobre isso, quem você procurava para conversar?

- F1 22 anos Eu não queria perder ele. A mãe dizia que se ele gostasse de você, ele não vai te largar. Para um homem que já foi casado, ele não iria se conformar, ele procuraria outra. Então, eu não queria ser corno, chifruda. Eu queria estar preenchendo todos estes vazios.
- F2 21 anos Minha mãe culpa minhas amizades por eu ser assim. Eu nem tenho mais amizades...
- F3 18 anos Lá em casa ninguém tem tempo. Eu já tentei falar com minha mãe, mas é difícil pois quando eu começo a falar eu choro, daí ela não tem paciência, aí meu pai diz que eu encho a cabeça da minha mãe e que é para deixar ela em paz
- F4 23 anos Minha mãe concordava com meu pai. Eles nem deixavam meus colegas irem na minha casa, nem eu ir na casa dos outros
- F5 24 anos Ninguém nunca quis conversar comigo, sempre disseram que desde pequena eu era ruim. Minha mãe e meu pai diziam que na época dela o cinto resolvia tudo...

Quadro com entrevistas selecionadas de jovens do sexo masculino

SUJEITO

PERGUNTA / RESPOSTA

O que aconteceu para internarem você aqui no hospital. O que gostaria de contar?

- M1 22 anos O problema é a minha família. Pensei que eles estavam me enganando, pensava que eles estavam querendo me fazer mal. Então perdi o equilíbrio, ao ponto de querer me matar. O cara fica cismado, pensa que os colegas querem fazer mal pra mim. Eu brincava com os amigos e eles queriam avacalhar comigo, queriam tirar gracinha comigo e eu ficava com raiva deles. E aí foi indo, foi indo, fui me estressando até o ponto de eu querer me matar. Depois fiquei com raiva da minha família, e aí eu perdi o equilíbrio totalmente. Tenho quatro irmãos. A minha família começava a me ofender, eles me respeitavam até certo ponto, depois chegava um momento que eles me chamavam de burro, aí eu passei a sentir raiva.
- M2 17 anos Disseram que iam me levar no médico, para conversar...eu não sabia que ia ficar aqui..eles me enganaram
- M3 21 anos Lá em casa todo mundo achava que eu podia fazer alguma coisa de ruim. Eu não entendia aquilo tudo... Não faço mal a ninguém... Eu me desesperava cada vez mais, eu pedia sempre uma saída, mas não sabia como. Perdia a vontade até de viver. Por várias vezes pensava que minha vida não teria mais saída. Pensava que só a morte poderia aliviar. Daí minha mãe achou que eu devia me internar para me tratar. Eu não queria vim pra cá.
- M4 18 anos Meus irmão ficavam caçoando de mim, batendo na minha cabeça, perguntando "se tem alguém aí". Sempre me chamaram de abobado. Aquilo me irritava. Eu sempre ia pro quarto e chorava muitas vezes. Acho que me trouxeram porque briguei com meu irmão. Eu só queria que eles parassem...

M5 22
anos Como eu ia mal na escola, não parava nos trabalhos, meus pais sempre ficavam brigando comigo que eu não prestava. Parece que cada vez que eles falavam, pior eu ficava. A gente é pobre e eu tinha que ajudar. Daí eu me meti com uma gurria e ela acabou grávida e aí piorou tudo. Tudo ficou horrível. Pensei até em me matar... Meu pai não quis saber, me botou pra fora de casa. Daí naquela noite fiquei na rua...veio polícia. Quando eu vi...tava aqui. Me acusaram de uma coisa que eu não fiz. Uma coisa que eu nunca cometi na minha vida. Qualquer dificuldade as pessoas fazem uma coisa daquele tamanho. Não sabia mais como dar conta da minha vida. Todo mundo me perseguindo...

Qual a sua idade e como foi isso pra você?

M1 22
anos 22anos. Foi muito ruim. Eu fiquei atrapalhado. Tudo era muito confuso. As pessoas me acusando...eu só queria morrer, aí acabava tudo

M2 17
anos 17 anos. Aconteceu tudo muito rápido. Eu achava que no outro dia ia pra escola. Daí quando eu cheguei aqui minha mãe já começou a chorar. Daí me deu um desespero, a vontade de sair correndo, de berrar. Mas tô aqui...não sei...(silêncio)

M3 21
anos 21 anos. Parecia que tudo que eu fazia era errado, que eu era ruim, que eu não prestava. As pessoas diziam que se eu me ocupasse com um trabalho eu não pensaria em besteiras. Que eu já era um homem e que só criança dava trabalho para os pais. Mas eu não fazia nada.

M4 18
anos 18 anos. Agora nem sei o que vai acontecer... tô triste, muito triste. Eu queria tá lá fora.

M5 22
anos 22anos. Eu sei que não tenho problema. Eu tento fazer as coisas... só que dá tudo errado pra mim.

Sobre a escola, o que gostaria de falar?

M1 22
anos Até na escola, os professores ficavam falando mal de mim, comecei a ficar com raiva também dos professores.

M2 17
anos Lá era normal. Eu ia... tinha meus amigos. Gostava de jogar futebol. Até eu sempre quis ser jogador. Tinha um professor que dizia que eu tinha jeito.

M3 21
anos Eu quase não ia pra escola. Eu até queria, mas como a escola as vezes chamava meus pais porque tinha materia que eu não prestava atenção eu comecei a ficar com vergonha e daí fui trabalhar e larguei a escola.

M4 18
anos Lá na escola, meus irmãos também iam. Como eu as vezes brigava com eles, os professores diziam que eu atrapalhava eles. No colégio diziam que eu era maluco. Parece que tinham medo. Eu ainda quero estudar, ser alguém na vida.

M5 22
anos Eu tinha problema na escola. Não ia bem nas matérias e rodei. Mudava de escola mas parece que todo mundo achava que eu tinha problema na cabeça. Eu saí do colégio algemado. Vim parar aqui na Colônia Sant'Ana, todo evacuado, com 13 anos. Eu passei por dificuldades aqui dentro, com 14..., 15... 16...17 anos sem condições, sofrendo muito e só de pensar, me dá um grande medo.

Você conversava sobre suas dificuldades na escola? Alguém ajudava você??

M1 22
anos Na infância eu não conseguia aprender com os professores, não sei qual era o problema que eu tinha, se era problema de visão, pode ter sido isso. Mas eu aprendi a ler porque meu pai me ensinou o alfabeto, aí aprendi na escola mais um pouco e aí foi pra frente. Mas tem professores que não são sinceros. Se os alunos caem na conversa dos professores aí eles começam a manipular, falar mal sobre algumas coisas. Aí o cara vai ficando mal.

M2 17
anos Só o professor que dizia que eu jogava bem futebol. As vezes a gente conversava. Daí era legal

M3 21
anos Eles só diziam que eu tinha que prestar mais atenção na aula e não atrapalhar os outros

M4 18
anos Não, eu era tímido. Eu não falava muito, eu sempre tive dificuldade...

M5 22
anos Os professores a gente não tem amizade de conversar, é só assunto da escola mesmo...

Como eram suas amizades?

M1 22
anos Amigos, amigos, pra dizer que eu tenho, não sei. Colegas eu tenho bastante, mas amigo, pra dizer que é amigo mesmo...

M2 17
anos Tinha os colegas do futebol. As vezes a gente conversava sobre futebol.

M3 21
anos Os amigos da escola? Não tinha muitos... Só conversava as vezes.

M4 18
anos Com os colegas da escola me dava bem. Me metia em confusão às vezes, mas nada muito sério...

M5 22
anos Só poucos. Quando eu fiquei com uma garota melhorou um pouco, mas depois... deu tudo errado.

Como foi para você o internamento?

M1 22
anos Simplesmente eles chamavam a viatura da polícia e me obrigavam a entrar para me levar. Se eu não entrasse, eles me botavam à força. Não tinha como não entrar. Daí foi que eu não gostei, né. Eu também não costumo tomar os remédios em casa, porque eu acho que não estou doente...doente são eles. Pra mim é eles que fizeram eu ficar agitado assim. Meu pai colocou eu a trabalhar desde pequeno e impediu que eu brincasse quando criança.

- M2 17 anos Sei lá...achei que podia ser bom pra mim ouvir gente que entende. Mas eu não sabia que era pra ficar. Eu fiquei bastante magoado porque, me enganaram, aqui parece uma prisão.
- M3 21 anos A minha mãe falava do meu irmão mais velho: “este é o único filho bom!”. A gente ouvia isso e dava um desânimo.
- M4 18 anos Eu falei com meus pais o que eu sentia, abri o jogo e falei o que sentia desde pequeno. Falei que ficava desesperado, falei que me sentia infeliz. No colégio diziam que eu era maluco. Aí eles me trouxeram pra cá.
- M5 22 anos Eu saí do colégio algemado. Vim parar aqui na Colônia Sant’Ana, todo evacuado, com 13 anos. Eu passei por dificuldades aqui dentro, com 14..., 15... 16...17 anos sem condições, sofrendo muito e só de pensar, me dá um grande medo...

Quais são teus sonhos?

- M1 22 anos Tenho sonho de arrumar uma pessoa pra mim, casar e ter filhos
- M2 17 anos Meu sonho era jogar futebol. Agora não sei. Acho que trabalhar em qualquer coisa.
- M3 21 anos Tenho um tio que disse que se eu me "comportar" ele arranja um trabalho pra mim. Ele vende umas coisas e daí posso ir com ele.
- M4 18 anos Quero seguir a coisa normal sabe, ter uma vida normal... Estudar e arranjar um emprego. Porque tu sabe né? O homem precisa trabalhar e aí quando casar tem que cuidar de tudo né? Também quero ter um menino, que vai ser esperto e se eu estudar vou poder ajudar ele.
- M5 22 anos Eu quero sair por esse mundo...ganhar uns trocados. Tô minha vida, minhas coisas. Acho que vou pra uma cidade bem longe. Ninguém vai me conhecer, posso arranjar um trabalho, assim, depois consegui comprar minhas coisas.

Sobre o que você gostaria de neste momento?

- M1 22 anos As pessoas falam, minha família, dizem que meu problema é cisma. Na escola uma professora falou e não sei se era comigo: “o que manda na pessoa é o caráter”. Não sei se queria falar que eu não tinha bom caráter, ou o quê. Eu não sei o que ela quis dizer. Aí uma outra professora, olhou pra mim e disse assim: “O partido do PT não é mais socialista. Ou é socialista ou capitalista, ou é, ou não é”. Então eu fiquei quieto, porque não fui eu quem falou.
- M2 17 anos Eu nem sei o que dizer. Isso aqui faz a gente ficar desanimado.
- M3 21 anos Pra falar a verdade, se me trouxerem pra cá de novo eu não sei o que vai ser, acho que daí eu nunca mais saio.
- M4 18 anos Eles acham que eu não sei. Todo mundo diz que quem vem pra cá depois não fica mais bom. Fica todo mundo olhando. Eu sei disso. Eu até tive um amigo que veio aqui também. Todo mundo ria dele. A mãe dele corria com uma vassoura atrás dele. Eu não quero isso pra mim...mas sei que vai todo mundo rir.
- M5 22 anos Só sei que quero sair daqui. Ir pra bem longe e não voltar mais.