

Parte II – ‘A vida do crime não é a vida do creme’: gênero e infração

14 – A equipe de saúde: as salas de atendimento técnico e a enfermagem

Simone Gonçalves de Assis
Patrícia Constantino

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ASSIS, SG., and CONSTANTINO, P. A equipe de saúde: as salas de atendimento técnico e a enfermagem. In: *Filhas do mundo: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001, pp. 227-240. ISBN 978-85-7541-323-4. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

14

A EQUIPE DE SAÚDE as salas de atendimento técnico e a enfermagem

Quando elas passam daquele pátio para dentro das salas, elas são mais boazinhas, elas perdem aquela impulsividade, agressividade, até porque elas têm uma relação boa comigo e com as outras técnicas. Elas têm um interesse próprio e estão menos influenciadas pelo grupo. Quando vêm sozinhas, elas ficam mais tranqüilas.

(Psicóloga)

Cada vez que uma adolescente deseja falar com algum técnico, precisa ser levada do pátio para as salas internas do módulo principal. É evidente a mudança de atitude da adolescente, que, isolada de seu grupo, expõe-se em ambiente impessoal e devassado. O espaço destinado às salas de atendimento é exíguo e compromete a qualidade da atenção, pois três assistentes sociais recebem as adolescentes e suas famílias em uma mesma sala, que é separada da sala da psicóloga por uma divisória baixa. Obviamente não há sigilo, o que dificulta o andamento das entrevistas.

A instituição conta com quatro assistentes sociais. O maior problema na execução de suas atividades é, segundo elas, a falta de um espaço onde o sigilo seja mantido. O trabalho com a família geralmente se restringe apenas à mãe e a alguns poucos contatos, por causa da falta de tempo e da urgência na elaboração dos relatórios técnicos a serem fornecidos ao juiz. Todas as informações obtidas são passadas, segundo elas, para o prontuário da jovem.

As meninas são divididas igualmente entre as quatro assistentes sociais. Caso uma retorne à instituição, continua sendo atendida pela mesma pessoa, o que, na opinião das profissionais, facilita o trabalho, pois o vínculo já foi estabelecido. Os atendimentos às adolescentes não têm data certa. Muitas se queixam de que há pouco acompanhamento.

O relato do serviço social, muitas vezes, é excessivamente repetitivo, e o atendimento parece muito burocrático. Em média, cada menina é atendida uma vez por semana, o que também depende da demanda feita por elas às profissionais.

As assistentes sociais têm oficialmente as seguintes atribuições: prestar atendimento à adolescente, utilizando técnicas de histórias de vida, assim como à família ou aos responsáveis; realizar visitas domiciliares; desenvolver estratégias de conscientização com as adolescentes reincidentes e as respectivas famílias; manter atualizados os prontuários sociais, tornando-os instrumentos de revitalização da metodologia de trabalho e fonte de pesquisa; confeccionar um cadastro com os recursos comunitários dos diversos municípios; encaminhar adolescentes e famílias aos recursos detectados no cadastro; atender às solicitações dos juizados, fornecendo sumários ou relatos descritivos; manter entrosamento sistemático com as comarcas afins, visando a acompanhar a adoção da sentença, sua execução e seus desdobramentos (ESD, 1998).

Na prática, agem providenciando documentos diversos, localizando famílias, autorizando visitas, propiciando o entrosamento da menina com a família e da menina com a instituição. Verificam também a situação processual da adolescente, encaminhando pareceres, o que pode interferir na reavaliação da medida pelo juiz. Nos atendimentos, buscam levar as meninas à reflexão sobre o seu comportamento na família, na instituição e na vida infracional e ajudá-las a traçar novos planos de vida.

Dependendo da postura de cada técnica, nota-se o seu grau de envolvimento com as adolescentes. As mais próximas são chamadas por elas para autorizar telefonemas e visitas e lembradas quando estão em apuros, o que ocorre quando se encontram no cubículo.

Apesar do esforço dessas profissionais, o tempo despendido nas numerosas atividades burocráticas contribui para o distanciamento da relação que estabelecem com as adolescentes. Foram raros os relatos de afeto das meninas pela sua assistente. Afirmam que filtram o que dizem para a técnica. A falta de privacidade e o receio pelo que pode ser acrescentado ao relatório remetido ao juiz fazem com que as meninas mantenham uma relação superficial. Na verdade, as internas buscam o serviço social mais para saber sobre o andamento de seu processo, ou informações sobre a família, do que para se orientar.

As assistentes sociais permanecem a maior parte do tempo na sala da equipe técnica, ou às vezes nos bancos à frente da instituição conversando com alguma das mães. Pouco freqüentam o pátio, onde as garotas passam a maior parte do tempo. Essas, por sua vez, freqüentemente solicitam atendimento pelas assistentes ou pela psicóloga com a intenção única de deixar o pátio por alguns momentos.

Os atendimentos oferecidos se orientam mais no sentido de apontar os erros das garotas, mostrando a maneira que consideram 'certa' de agir. Poucas se

dedicam a dar importância a ouvi-las e a valorizar suas experiências, seus afetos, buscando entender os motivos que as impedem de construir uma nova história.

O educandário tem três psicólogas. O atendimento psicológico também sofre com o problema de falta de espaço físico. A sala onde acontece a sessão é muito pequena, sem privacidade. Tudo que é falado em uma sala é ouvido com clareza no outro espaço.

Eu já falei vinte vezes que essa sala é o absurdo do mundo! Você está atendendo, aí do outro lado tem a mãe de um outro, ela não vai poder falar do crime dela. Você está atendendo e tem uma outra menina que é de um movimento contrário ao dela, uma de um comando e a outra do outro. Não tem condição. (Psicóloga)

As adolescentes são divididas entre as profissionais. Todas passam pelo menos uma vez pela psicologia. Apenas algumas que apresentam um comprometimento especial recebem atendimento continuado. Para lidar com o problema da superlotação da unidade, adota-se a seguinte atitude:

Eu privilegio alguma, não deixo de atender as outras, mas privilegio em nível de tratamento, aquelas que vêm fazendo tratamento, que têm demanda. Eu faço só um superficial, sem pegar muito aprofundamento, saber mais o histórico, saber como ela está, como é que foi no pátio com o relacionamento com as outras meninas. Aquelas meninas que eu sinto que têm uma demanda, aí realmente a gente se aprofunda. Aí eu vou fundo. (Psicóloga)

A psicologia tem as seguintes funções no plano de ação institucional: desenvolvimento de um trabalho com as adolescentes e suas famílias, visando à promoção social, usando uma orientação teórica com base na psicanálise, dentro de uma abordagem clínica, institucional e social; atendimento no momento de recepção e triagem; preparação e informação da adolescente em relação à dinâmica do relacionamento de grupo dentro da instituição; estudo de caso e elaboração de parecer psicológico para envio ao Juizado; atendimento individual ou em grupo de funcionários; atendimento em grupo com adolescentes para fins informativos sobre saúde física e psicológica; estudo de caso com a equipe interdisciplinar; contato com a comunidade, objetivando a promoção social da adolescente; realização de palestras com a equipe; participação de atividades recreativas, sociais e culturais; supervisão de grupos de estagiários de psicologia que atuam na instituição; promoção de reuniões de serviço de psicologia; elaboração de relatórios de avaliação; aplicação de testes psicológicos como recurso na elaboração de parecer técnico (ESD, 1998).

No cotidiano, a psicologia – juntamente com o serviço social – realiza uma triagem e identifica aquelas jovens que apresentam maior necessidade de

atendimento. Também é responsável pelo relatório. Uma profissional disse que não passa todas as informações que tem para o prontuário pois, segundo ela, estaria expondo a vida da adolescente. Algumas mães são também atendidas, mas isso não chega a se constituir rotina. A falta de tempo para reunião da equipe técnica é questionada, pois os casos não são discutidos em grupo.

Os pareceres psicológicos são muitas vezes elaborados com termos que privilegiam distúrbios de personalidade, tais como ‘fragilidade egóica’ ou ‘personalidade ambígua’. Paralelamente, assinalam os dados sociais obtidos da família ou da própria menina, que muitas vezes funcionam como provas da impossibilidade e da impotência para atuar diante dos problemas que a menina apresenta. Esses pareceres podem ainda dar margem a práticas repressivas, como manutenção do internamento, transferência institucional ou tratamento especial (Guilon apud Violante, 1983).

Uma das psicólogas tem uma dinâmica diferenciada de atuação, interagindo com os outros profissionais da instituição e freqüentando o pátio. Essa disposição é logo percebida pelas meninas, que mantêm com ela uma relação muito próxima. As demais profissionais de psicologia adotam uma postura similar à apontada em relação ao serviço social.

A precariedade das condições de trabalho a que as técnicas são submetidas deve contribuir para o seu esgotamento pessoal, pois vem somar-se ao ambiente no qual a história de violência é a tônica. Em meio à falta de espaço, de respeito aos atendimentos, dos prazos a que devem se ater para encaminhar os relatórios de caso aos juizes, elas parecem se virar como podem na instituição. Foram muito comuns os relatos das dificuldades que enfrentam.

A despeito disso tudo, a fala de uma das psicólogas é bastante otimista. Mostra como acredita na recuperação de algumas meninas como fruto de seu trabalho, especialmente quando consegue conciliar o atendimento da adolescente com o de seus familiares. Quando essa técnica consegue colocar mãe e filha juntas no atendimento, elas começam a falar da diferença, da falta de comunicação, da desarmonia:

As meninas têm a fantasia de que, se falarem alguma coisa com a mãe, vai acontecer uma coisa na vida delas. A gente vai quebrando devagar isso, sempre respeitando o tempo da menina e a possibilidade.

Entretanto, as dificuldades para se efetivar a relação com a família são quase intransponíveis, como se percebe na fala das diretoras.

Atualmente, são acompanhamentos individualizados no caso da família. Já tivemos uma vez. Momentaneamente foi parado, porque às vezes a gente

sente uma certa rejeição sobre isso. Aí começam a colocar vários empecilhos: é porque não têm tempo, é porque trabalham, é porque a situação financeira não dá pra ficar pagando passagem pra vir aqui, essas coisas todas. Nós estamos pretendendo voltar a fazer esse trabalho junto com a família, e o próprio Degase está com essa proposta de trabalhar também a família.

O que eu nunca tive muito significativo foi o trabalho com família dentro da instituição. A gente fazia trabalho esporádico com família que precisava de mais atenção. (...) O problema era conciliar vontade, mesmo, do técnico fazer o grupo de família, porque espaço físico, fazia embaixo da mangueira. Espaço físico não era problema.

Nos momentos do atendimento, o comportamento das meninas é totalmente diferente do que elas apresentam no dia-a-dia. Um agente comenta:

Não adianta. A pessoa pegou a menina, ficou meia hora com ela dentro da sala, lá ela é completamente diferente. O meio ambiente dela é aqui no pátio. É aqui e na rua. Aqui elas têm o grupo que fala a mesma linguagem delas.

Por essa razão, uma das psicólogas considera importante ir sempre ao pátio, observar a rotina e a realidade delas:

Sempre que eu posso eu vou ao pátio, dou uma olhada nelas, porque ali você vê exatamente como que é lá dentro do grupo. É interessantíssimo. Você vê aquela menina totalmente submissa ao grupo, vê a outra que é agressiva, que domina.

Essa postura é pouco freqüente na unidade, o que constitui motivo de queixa dos agentes e das próprias adolescentes.

Você tem dentro da instituição muros onde o serviço social, psicologia, serviço médico, enfermagem, parecem trabalhar separados das pessoas da faxina, das pessoas do coração do pátio, que são os agentes educacionais. Nunca vi, dificilmente eu vejo uma psicóloga, uma assistente social ou um médico chegar pra um profissional e falar assim: 'O que que você está achando do quadro da menina?'. (Educador)

Para a psicóloga entrevistada o trabalho é maior, pois, ao ouvir os agentes a respeito das meninas, também ouviu suas queixas e seus problemas:

Se houve um desentendimento com as meninas, eles vêm e falam. Eles assumem se perderam a paciência, que é natural, e a gente tenta entender isso.

Essa técnica vê como urgente a necessidade de amparo psicológico para muitos profissionais da unidade, por causa da grande insegurança que sentem no trabalho institucional. Tem clareza, porém, de que essa abordagem mais

ampliada e aproximada das jovens e dos agentes é muito difícil de ser levada adiante no contexto da instituição. No entanto, sua crítica sobre a burocratização e a fragmentação das práticas é fundamental.

A saída das jovens da unidade é um momento de ruptura, não havendo suporte afetivo para as meninas nessa ocasião. Não há encaminhamento para instituição pública que possa atender e dar suporte psicológico a essas jovens, mesmo após várias tentativas por parte do serviço de psicologia.

Um bom número de adolescentes diz ter bom relacionamento com as técnicas, incluindo-se nesse grupo as jovens de melhor condição social. O ‘bom relacionamento’ parece significar essencialmente a capacidade delas de ‘escuta’ e a possibilidade de diálogo. Todavia, dois aspectos da realidade põem fim a várias tentativas de relacionamento: a desconfiança de que tudo que disser para a técnica irá para o relatório, prejudicando-a posteriormente, e a lentidão do andamento de seus processos na Justiça, fruto da falta de integração entre a unidade e a Vara da Infância e da Juventude. Ambas as situações dificultam sobremaneira a relação de confiança que muito poderia ajudar a adolescente.

A primeira questão acima é de difícil solução, pois a técnica tem compromisso com a Justiça. Deve, por função, informar os novos fatos que venha a conhecer sobre o ato infracional em questão, ao mesmo tempo efetuando um julgamento que priorize a proteção da jovem sob seus cuidados. Como já assinalado, as técnicas costumam não incluir nos relatórios tudo o que ouvem das garotas, atendo-se exclusivamente aos fatos que possam orientar o caso específico a que a interna esteja respondendo naquele momento. Para as jovens, a regra é desconfiar sempre, como demonstra Alba:

Ela pensa que eu confio, mas eu fico com pé atrás...A gente, no tráfico, aprende uma coisa: até que prove o contrário, todo mundo é alemão.

As técnicas acabam responsabilizadas por qualquer frustração em relação ao andamento do processo ou a problemas com as visitas das meninas, sendo por isso chamadas por algumas de ‘cobra cascavel’, ‘fofoqueira’ ou ‘chata’. São vários os momentos em que adolescentes as xingam, sugerindo com gestos um conluio da técnica com o juiz. Sabem que a maneira de obterem atenção é pelo grito “Daqui a pouco vou dar um *show* pra mim falar com ela” (Elena).

São comumente acusadas pelas meninas de não se envolverem suficientemente no seu caso, como diz Anita: “Eu vou trocar de assistente. Ela não corre atrás de nada pra mim ir embora. Só fica na dela, pega um desenho...”

Ao mesmo tempo que são questionadas pelas internas, não encontram eco no Judiciário, que não valoriza o trabalho por elas desenvolvido, como já ressaltado. Dessa forma, estão sempre numa posição incômoda de intermediárias que são responsabilizadas sem ter o poder de decisão.

Atendimento Médico

O educandário conta com um clínico geral, uma psiquiatra e um dentista, que trabalham na unidade, cada um, duas vezes por semana. O clínico geral e a psiquiatra fazem o atendimento na enfermaria. Os casos mais graves são encaminhados para atendimento nos hospitais da rede pública, sempre acompanhados pelo auxiliar de enfermagem e um agente de disciplina para garantir a segurança. O atendimento dentário é feito no Instituto Padre Severino ou na Escola João Luiz Alves, instituições vizinhas que fazem parte do complexo de atendimento a infratores.

Para o médico clínico ou obstetra e dentista, o plano de ação exige as seguintes atribuições (ESD, 1998): prestar atendimento clínico às adolescentes; realizar exames clínicos (bucal), prescrever medicamentos, elaborar laudos, redigir pareceres; encaminhar para a rede de saúde pública (os casos de emergência); acompanhar a jovem na instituição; participar de reuniões interdisciplinares e organizar palestras sobre prevenção e promoção da saúde.

Uma das grandes tarefas do clínico é atender a casos de gravidez das adolescentes internadas. A grande dificuldade institucional é saber onde colocar mãe e filho. Essa situação é tão comum na unidade que, em determinado momento da pesquisa, havia quatro jovens grávidas na instituição. Duas entrevistadas enfrentavam esses conflitos. Segundo a opinião da direção, quanto mais nova a grávida, maiores as dificuldades, pois elas expõem a barriga e o corpo sem atentarem para o cuidado com o bebê. Também se ligam afetivamente à criança em menor intensidade.

As grávidas que estão mais próximas aos 18 anos já têm uma visão diferente da gravidez. Elas já realmente se incorporam como mãe, vêem aquele neném como uma coisa boa, que é a mudança da vida delas, que elas querem uma vida melhor pro filho delas, querem mudar de vida pra dar uma condição melhor pro filho. Já aquela grávida que é mais novinha não tem nem conhecimento realmente do que é uma gravidez.

O encarceramento produz sentimentos de tristeza nas jovens grávidas. A instituição, por seu lado, está completamente despreparada para oferecer um

atendimento adequado para mãe e bebê. Esse problema existe em prisões de todo o mundo, que buscam alternativas para enfrentar a questão do bem-estar da criança e da mãe. Estudo americano (Chesney-Lind, 1997) mostra que o afastamento da mãe do núcleo familiar é contundente e desastroso: dois terços das presas adultas americanas (38 mil mulheres) têm filhos (58 mil crianças). Metade dessas mães nunca mais viu os filhos desde a prisão; outras os vêem raramente. Não telefonam, não se correspondem ou recebem notícias, embora fossem as responsáveis pela educação dos filhos antes de irem para a prisão. Essa ruptura dos laços familiares só é atenuada pela presença de algumas mães, que continuam dando suporte às filhas presas.

Na Inglaterra, há uma tentativa de se manter as crianças com suas mães em um presídio feminino (Heidensohn, 1995). O estado provê ajuda para os 'bebês encarcerados'. A experiência suscitou polêmica entre a sociedade, que alega ser a atmosfera institucional inapropriada para a educação infantil. Resultados demonstram que as mães presas desempenham melhor as atividades maternas, sendo receptivas às orientações que recebem.

A direção anterior do ESD tinha um antigo plano para atender as meninas e seus bebês após o parto. A diretora discorda das práticas de separação ou de abandono da jovem mãe adolescente e seu filho a seu próprio destino:

Desde 97 que eu tenho um projeto que está lançado em todos os lugares que você possa imaginar. Eu enviei esse projeto pra construção de uma unidade pra grávidas e puérperas. A menina já tá grávida e ela é jogada fora da Santos Dumont num momento em que ela mais precisa de apoio, que é ter junto o bebê. Ou a gente põe ela pra algum lugar junto com esse bebê ou a gente está fadado a ela ficar presa na Santos Dumont e o bebê ir pra 1ª Vara. Então eu prefiro que ela vá embora junto com o filho. Pelo menos a criança tem assistência materna, mas isso me incomoda porque passam a ser clientela de rua, dormindo embaixo de viadutos, em abrigos, e se cria um novo cidadão marginalizado também. Então, se a gente tivesse a construção dessa unidade, pelo menos a gente teria condições de ficar com o bebê e botar ela pra trabalhar e dar um início da vida dela de mãe.

Enquanto não se aproxima o momento do nascimento, a espera de uma nova vida faz com que a grávida seja bem tratada pelas colegas, que a auxiliam no enxoval, durante as oficinas de crochê e bordado. A unidade providencia o acompanhamento médico e o enfoque psicológico é dado pelas técnicas. A grande insegurança sobre o parto e o futuro consomem muita energia dessas jovens, que não têm amparo emocional no mundo exterior.

Um fato inédito na instituição ocorreu no segundo semestre de 1999, quando por determinação judicial o ESD foi obrigado a manter uma adolescente

com o filho recém-nascido. Este garoto e a mãe adolescente ocupam uma das salas do prédio principal, que já é ínfimo para atender às atividades burocráticas. Não se sabe o desenrolar desse caso, mas se questiona a inadequação do espaço do ESD para necessidades específicas.

As instabilidades emocionais naturais na gravidez passam a demandar mais atenção, a qual nem sempre é suprida, como demonstra a fala da direção:

Ela passou a gravidez dela toda aqui dentro. Ela chora muito, tá muito sensibilizada, eu converso com ela. Eu acho muito difícil. Eu acho que as adolescentes que tivessem grávidas não poderiam ficar junto, deveria ter um local separado pra elas. Poderia ser dentro da própria instituição, mas que a gente tivesse um local que pudesse para trabalhar mais com essa gravidez dela. Nós temos o pré-natal, nós fazemos o pré-natal com elas. O nosso médico consegue, no hospital, que elas tenham pré-natal. A gente leva os exames pra elas fazerem, procura incentivar a fazer o enxoval, nos cursos de ponto de cruz, de tricô e de crochê. Tendo verbas, a gente compra o material pra elas fazerem, senão os familiares trazem de casa. Eu acho que aqui dentro da instituição tinha que trabalhar somente com as grávidas, porque elas têm uma necessidade muito maior que as adolescentes que não estão grávidas, como a própria alimentação. Elas sentem mais fome. Elas sentem muito mais necessidade de ir ao banheiro. Toda hora tem que abrir o alojamento pra grávida ir ao banheiro, então alguns agentes não sentem o quanto isso é realmente necessário. Quando é agente masculino, talvez não entenda dessa necessidade.

A intensa mobilização afetiva que a gravidez dessas adolescentes provoca na equipe faz com que as tentativas de reinserção familiar sejam reiteradas. Quando elas fracassam, a negociação com o juiz é intensa, para encontrar um local para ambos (mãe e filho). Nada se sabe das trajetórias das jovens mães e de seus filhos depois que saem da unidade, pois são, freqüentemente, deixadas à sua própria sorte, carregando consigo mais um problema além dos muitos que já tinham.

O Lugar da Psiquiatria

Do atendimento psiquiátrico realizado no ESD, espera-se oficialmente o seguinte: avaliação psiquiátrica das adolescentes; discussão com a equipe interdisciplinar do plano de ação para cada uma delas; participação na elaboração de sumários interprofissionais ou pareceres psiquiátricos, quando solicitados; visita a outras instituições públicas e estabelecimento de convênios, para possível

fornecimento de recursos na área da saúde mental não disponíveis no Degase; contato com adolescentes e funcionários no pátio, para aliviar as tensões inevitáveis; palestras para os profissionais da escola; grupo operativo, de triagem e informativo ou para atendimentos individuais; participação nas reuniões da equipe; participação na formação e manutenção do Centro de Estudos do Degase

Na prática, a psiquiatra faz um revezamento de sala com os profissionais de enfermagem e atendimento clínico, sem a possibilidade de sigilo na consulta. Lida com adolescentes com distúrbios psicopatológicos, outras com problemas psicológicos, necessitando de psicoterapia; algumas dependendo de medicação e outras, ainda, dependentes químicas. É sempre chamada para discernir entre ‘questão de doença mental e questão de disciplina’. A psiquiatra entrevistada ressalta a sua importante função de tranquilizar a equipe:

O fato de ser adolescente, e de ser um adolescente que está perturbando, mexe muito com a equipe em si. Muitas vezes a equipe fica: ‘Realmente, não agüento mais!’ Eu já vivi várias situações de ‘essa menina precisa internar, precisa internar!’. Se você está ali podendo mostrar que pode ser de outra forma, eu acho isso uma coisa boa.

O problema mais freqüentemente apresentado pelas meninas é o transtorno de conduta, especialmente distúrbios da atenção por hiperatividade. O uso abusivo de drogas é também muito comum. A demanda para a psiquiatria é, portanto, grande, e muitas adolescentes tomam regularmente medicação controlada.

Tem várias meninas que me pedem medicação, até porque elas fazem uso abusivo de drogas. Então elas pedem quase como se fosse um substituto. Isso acontece. É uma coisa que com freqüência eu nego é medicar. Tem meninas que eu medico, que você vê que é uma situação que para elas é muito difícil lidar com a agressividade. Pode facilitar com que elas aproveitem os demais recursos da instituição.

Não é apenas o ESD que apresenta esses problemas. As prisões femininas em todo o mundo estão bastante familiarizadas com o atendimento psiquiátrico. São muitos os estudos que mostram a maior vulnerabilidade feminina nesse aspecto. Morris (1995) verificou que as taxas de tentativas de suicídio e de ferimentos decorrentes dessas tentativas foram duas vezes maiores em mulheres jovens presas do que aquelas constatadas entre jovens em faculdades. Teplin, Abram & McClelland (1996) constataram que as desordens mais comuns em presídios femininos são, em ordem decrescente: abuso ou dependência de droga, abuso ou dependência alcoólica, estresse pós-traumático e depressão crônica.

No ESD, os ansiolíticos para aplacar a insônia são procurados por várias garotas, já habituadas a seu uso por influência das mães. Elen dá um exemplo

diferente do oficialmente informado para a prescrição de medicação: “Quando a gente fica nervosa, a doutora dá remédio, manda para o Pedro II, e a gente só queria conversar”.

Na visão da psiquiatra, porém, há necessidade de outras áreas técnicas da unidade cooperarem para evitar a medicalização, tão solicitada pelas meninas. O desejo pela prescrição de medicamentos, encarados como substitutos das drogas que elas usavam antes de ingressar na unidade, foi também aventado por Pereira (1993). Esta médica conta uma tentativa de redução da medicalização por meio da distribuição de chá para facilitar o sono, ou de mais atividade esportiva para favorecer o descanso. Como esse respaldo em geral não existe, ela calcula que 12% das meninas estivessem sob medicação. Não há nenhum registro no prontuário técnico das meninas que possibilite dimensionar a extensão dessa prática ou o tipo de medicação administrada, o que reflete uma falha ou desinteresse na notificação de remédios. Expondo uma realidade antiga do ESD, Pereira (1993) fala da medicalização como uma espécie de ‘camisa-de-força química’, utilizada como mecanismo de controle disciplinar, servindo ao propósito de ‘docilizar’ as jovens ‘rebeldes’.

Na rotina da instituição, há manifestações nervosas das garotas que vão além de gritos e ameaças, culminando com lesões autodestrutivas, como os cortes da pele com caco de vidro e tentativas de enforcamento. Esses atos costumam ficar circunscritos a algumas internas, até que um desequilíbrio de forças da instituição provoque uma reação em cadeia que termine por envolver a maioria. Quando começam a surgir mais casos de automutilação, a direção e os funcionários entram em estado de alerta, lançando mão de todas as estratégias que imaginam para poder controlar os distúrbios.

Quando eu cheguei aqui na unidade, estava uma fase de todas estarem se cortando. Tudo que acontecia se cortavam. Eu chamei a que eu achava que era a mentora, conversei com ela, pedi muito que ela não fizesse isso. Comecei a sentir que as outras meninas estavam fazendo também porque eu estava dando mais atenção à que tinha se cortado muito e não às outras. Então outras também começaram a se cortar. Aí eu conversei com todas, expliquei, falei pra elas o quanto era perigoso o corte, porque agora nesse momento de repente o corte não ia infectar, não ia acontecer nada de tão sério, mas futuramente que os cacos de vidro que elas pegavam eram do chão, que tinha micróbios e tal, e futuramente até no momento que elas fossem ser mãe que isso poderia ser prejudicial à saúde delas. Parece incrível: todas pararam. (Diretora)

A tendência do sexo feminino a internalizar seus sentimentos, especialmente em situações que provoquem raiva, tem sido relatada como explicação para a somatização e a auto-agressão que as meninas cometem em situações-limite, como a

da internação. Swaffer & Hollins (1997) simbolizam o enclausuramento como espaço do nervosismo e da depressão, da revolta e da inutilidade, da dor de cabeça, da febre e do enjôo, da insônia, da saudade e da tristeza que acometem essas jovens mulheres.

Alessandra apresenta um perfil típico. Já fez tratamento psiquiátrico em duas ocasiões, pois tinha alucinações. Diz estar sob controle medicamentoso no ESD (no relato técnico, apenas se informa que usa medicação ansiolítica, em caso de necessidade). Apresenta episódios de somatização. Quando sente medo, tem tremor no corpo e aparecem manchas roxas em sua pele, sentindo que vai desmaiar. Quando sente raiva, fica muda e sem reação. Com a proximidade das outras garotas, passou a se cortar no ESD, postura que nunca apresentara.

As idéias de suicídio mostraram-se presentes nos diários, especialmente nos momentos de castigo, quando só lhes resta o amparo da figura divina.

Não sei por que a minha vontade é tão grande de se matar, se eu pudesse eu me mataria. Só de pensar que eu vou passar o meu aniversário aqui, dói até o meu coração. Para completar a minha tia me botou de castigo durante um mês. A cada dia que passa eu vou me revoltando mais ainda com esse mundo cheio de maldade e crueldade. Meu Deus, ampare o meu caminho e não deixe eu cair em tentações. Meu Deus pai, que o senhor tenha piedade de mim.

Ultimamente ando muito triste, angustiada pelos cantos, chorando como se minha vida não tivesse mais sentido, estou com medo de mim mesma, medo de cometer alguma besteira. Peço muito a Deus que me ajude neste momento difícil que estou passando. (Ingrid)

Uma das estratégias para lidar com problemas desse tipo é o encaminhamento ao Hospital Psiquiátrico Pedro II. Elen refere-se a esse fato: “Esse pessoal daqui, os agentes, as técnicas, é só a gente ficar nervosa que eles acham que a gente tá maluca”.

Dessa forma, as portadoras de distúrbios de comportamento não tolerados na instituição são enviadas momentaneamente para outros fóruns. As ameaças e as atitudes ficam registradas nos diários das garotas:

Eles pensaram que eu tava louca e me mandaram pro Pedro II. Se eu me matasse aqui ia ser da responsabilidade deles. Eu fugi porque lá dentro, convivendo com os loucos, você acaba ficando mesmo. E lá não fica nenhum segurança com a gente. Eles mandam a gente pra lá para se livrar da gente mesmo, pra não dar mais problema pra eles.

A Taís tentou se matar, tava fazendo a maior zona na escola, aí quiseram se livrar dela. Tanto é que as meninas já descobriram isso e quando tão cansadas daqui fazem alguma coisa pra mandarem elas pra lá. Volta e meia vai uma pra lá, e de loucas não têm nada. (Elisabete)

Lima (1993), analisando o tema da transferência de crianças e adolescentes da Funabem para a Colônia Juliano Moreira, traz contribuições para se pensar o encaminhamento das adolescentes do ESD ao Pedro II. Revela que essa era uma forma encontrada pela Funabem para se eximir da responsabilidade pela adolescente, já que legalmente caberia a ela zelar por sua integridade física e mental. Assim, a transferência resolve temporariamente o problema da instituição, e não o do adolescente, abafando as deficiências institucionais. O autor argumenta ainda que os indivíduos que se rebelam contra a ordem instituída, que recebem mais castigos e punições, são considerados inadaptados, portadores de desvio de conduta, justificando a transferência para outra instituição segregativa.

Tais conclusões foram confirmadas no recente estudo de Bentes (1999), que fez um levantamento em todos os prontuários de adolescentes do sexo masculino internados na unidade de adolescentes do Pedro II entre 1994 e 1997. Dividiu os internos em dois grupos: com e sem mandado judicial. Dentre os primeiros, notou que eles têm tempo médio de permanência maior e apresentam com mais frequência o diagnóstico de distúrbio de comportamento, enquanto no outro grupo predominam as psicoses. Os adolescentes são novamente estigmatizados na unidade, que não deseja ter pacientes rebeldes e com comprometimento infracional. A autora termina por afirmar que o projeto assistencial da unidade de saúde não considera que crianças e adolescentes considerados ‘portadores’ de distúrbios de conduta se beneficiem da internação psiquiátrica.

Em relação ao tema, a psiquiatra do ESD assume a seguinte postura, diante da pressão que sofre e da responsabilidade que está sob suas mãos:

Eu evito realmente, o mais possível, mas em alguns momentos você percebe que está havendo alguma coisa que está muito gritante. Tinha uma menina que eu fiquei com medo, que ela já tinha feito uma tentativa de suicídio, e eu fiquei com medo que houvesse uma tentativa mais forte. Aí você tem que ver inclusive questões da casa, mesmo: se, por exemplo, estivermos próximos do fim de semana, vai ser difícil e tal.

Os cortes com caco de vidro, feitos especialmente nos braços mas ocasionalmente atingindo regiões mais nobres como o pescoço, são a resposta mais direta das jovens à falta de atenção dos funcionários às suas solicitações. O momento de solidão e desespero em que são punidas no cubículo é quando mais se ferem. Queixam-se de não ter ninguém para conversar a respeito de suas angústias,

o que as faz tomar atitudes extremas, de tentativa de enforcamento e de engolir caco de vidro, como fez Elisabete. Tais atos revelam-se como meios de chamarem a atenção para si. O apelo que fazem é respondido com o cubículo ou a internação no Pedro II, mostrando o quão impotente e incompetente se sente a unidade para lidar com esses casos de desespero e carência.

A falta de opções para encaminhamento ambulatorial também dificulta o trabalho psiquiátrico. A profissional do ESD diz que é mais fácil conseguir a internação da adolescente em hospital psiquiátrico, cuja resposta judicial é mais rápida, do que atendimento em centro de atendimento psicossocial.

Na instituição psiquiátrica, as jovens acabam por provocar problemas e tentar sistematicamente a fuga.

Do ponto de vista dos profissionais e dos demais pacientes do hospital, o receio caminha em direção oposta. Anseiam por seguranças que isolem o perigo representado pelos infratores que ali se internam (Bentes, 1999).