



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Débora Stephanie Ribeiro

**Discursos das equipes de saúde mental das unidades de internação do DEGASE-RJ
sobre as demandas de atendimento e a articulação com a rede de saúde pública**

Rio de Janeiro
2017

Débora Stephanie Ribeiro

**Discursos das equipes de saúde mental das unidades de internação do DEGASE-RJ
sobre as demandas de atendimento e a articulação com a rede de saúde pública**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Violência e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Suely Ferreira Deslandes

Coorientadora: Prof.^a Dra. Fernanda Mendes Lages Ribeiro

Rio de Janeiro
2017

R484d Ribeiro, Débora Stephanie
Discursos das equipes de saúde mental das unidades de
internação do DEGASE-RJ sobre as demandas de atendimento e
a articulação com a rede de saúde pública. / Débora Stephanie
Ribeiro. -- 2017.
111 f.

Orientadora: Suely Ferreira Deslandes.
Coorientadora: Fernanda Mendes Lages Ribeiro.
Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Saúde Mental. 2. Comportamento do Adolescente.
3. Delinquência Juvenil. 4. Psiquiatria Legal. 5. Adolescente
Institucionalizado. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.2

Débora Stephanie Ribeiro

**Discursos das equipes de saúde mental das unidades de internação do DEGASE-RJ
sobre as demandas de atendimento e a articulação com a rede de saúde pública**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Violência e Saúde.

Aprovada em: 23 de março de 2017

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Ventura Couto
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Patrícia Constantino
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.^a Dr.^a Fernanda Mendes Lages Ribeiro (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.^a Dr.^a Suely Ferreira Deslandes (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2017

AGRADECIMENTOS

Nada seria possível sem o apoio, mesmo que de longe, da família e dos amigos queridos que sempre torceram por mim. Minha mãe, meu pai, meus irmãos, meu sobrinho, amigos mineiros, brasilienses (de nascimento e de coração), sem vocês não teria conseguido coragem, força e determinação para encarar minha terceira mudança de cidade e também uma nova área de conhecimento, diferente da graduação, mas que já fazia parte da minha vida de servidora no Ministério da Saúde. Muito obrigada!

Ao meu primeiro chefe aqui no Departamento de Gestão Hospitalar (DGH), Cao, que me ofereceu a oportunidade de trabalhar em sua assessoria e aprender muito com sua equipe experiente e acolhedora. Também preciso agradecer por ter permitido minhas ausências, principalmente no primeiro ano do mestrado, em que as disciplinas ocupavam uma grande parte da semana. Obrigada a toda a equipe do DGH e em especial a todos aqueles com quem tive o prazer de conviver de maneira mais próxima.

Ao Tyka e aos queridos amigos da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, pela paixão, determinação e humanidade mesmo na dureza da rotina da burocracia pública e por me contagiarem pela luta por uma sociedade mais inclusiva e livre.

Às minhas queridas orientadoras Suely e Fernanda, que tiveram sempre muita paciência e delicadeza nas discussões, críticas e sugestões. Foi um prazer e uma sorte enorme ter encontrado vocês em um ambiente que era completamente novo para mim. Eu não teria feito uma escolha melhor! Agradeço de coração!

Aos professores e a toda equipe da Escola Nacional de Saúde Pública, em especial do Claves, pelo conhecimento compartilhado, pela dedicação, pelo cuidado e pelo carinho em forma de sorrisos, cafés, bolinhos e outros quitutes. A alma mineira agradece. Sentirei saudades!

Aos amigos que o Rio de Janeiro me deu de presente e que se fizeram presentes. Aos queridos e corajosos da área de violência e saúde, aos amigos de outras áreas de concentração do mestrado, aos amigos do trabalho, aos amigos que vieram de Brasília (de outros carnavais) viver por aqui.

À Renatinha, minha irmã de alma e de coração, que me segurou no colo nos momentos mais duros, mas que também compartilhou comigo muitas alegrias nesses dois anos. Você vem comigo no coração, aonde quer que eu esteja.

À Polly, super doutora, que me ajudou com a leitura atenta dos artigos e com sugestões de textos para aprimorar as discussões.

Aos amigos que vieram de longe aqui me visitar e com os quais compartilhei muitos momentos especiais.

Ao Denis que me incentivou, me apoiou e dividiu a vida comigo enquanto foi possível.

À minha Mariazinha, companheira inseparável, dia e noite.

A todos que dividiram comigo momentos de alegria, amor, decepção, tristeza, reflexão – aprendemos e vivemos muito. Obrigada, obrigada, obrigada!

RESUMO

Esta dissertação é resultado de uma pesquisa de campo realizada entre os profissionais de saúde mental do sistema socioeducativo do Rio de Janeiro. O objetivo da pesquisa foi analisar como as demandas de saúde mental dos adolescentes que cumprem medida de internação são identificadas e atendidas pelas unidades de internação e pelo Sistema Único de Saúde - SUS, tendo como contexto o cotidiano das equipes de saúde mental das unidades e a rede de relações interinstitucionais com demais atores relevantes (Secretarias de Saúde, Departamento Geral de Ações Socioeducativas – Degase, Judiciário). Foi feito um estudo qualitativo por meio da realização de entrevistas individuais semiestruturadas com profissionais das equipes de saúde mental de duas unidades de internação e com profissionais da Coordenação de Saúde do Degase. Como método de análise, foi utilizada a análise de discurso crítica de Fairclough. Os resultados foram apresentados em dois artigos, que compõem esse material. No artigo “Discursos sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de internação no Rio de Janeiro” destaca-se que há concepções diferentes entre os profissionais sobre o que se constitui enquanto demanda de saúde mental, mas não há preponderância de um discurso. Identificou-se que os adolescentes têm poucas oportunidades no fluxo atual das unidades socioeducativas de vocalizar diretamente suas necessidades e estas aparecem geralmente intermediadas pelos técnicos de saúde. No artigo “Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo do Rio de Janeiro: relação entre as equipes das unidades e a rede”, é apontada a fragilidade da articulação entre os gestores do SUS e do sistema socioeducativo, impactando na rotina de trabalho das equipes de saúde mental das unidades socioeducativas. Além disso, há ainda questões estruturais como a falta de transporte e de agentes para acompanharem os adolescentes em atendimentos externos, e resistências dos profissionais tanto dentro quanto fora das unidades. Como consequência, há um isolamento tanto dos adolescentes quanto dos profissionais em relação às ações e políticas de saúde mental do território.

Palavras-chave: saúde mental, adolescente em conflito com a lei, sistema socioeducativo, análise de discurso

ABSTRACT

This thesis is the result of a field research carried out among the mental health professionals of the juvenile correctional centers in Rio de Janeiro. The objective of the research was to analyze how mental health demands of the adolescents who are interned in these centers are identified and attended by the correctional centers and by the public health system (called *Sistema Único de Saúde – SUS*), considering the routine of mental health professionals in these places and the relations between them and other relevant actors (such as Municipals' Departments of Health, the Department responsible for the correctional system in Rio de Janeiro, called *Degase*, and Justice). A qualitative study was carried out through semi-structured individual interviews with mental health professionals of two centers and with professionals from the Health Department of *Degase*. Fairclough's critical discourse analysis was used as a method of analysis. The results were presented in two articles, which compose this material. In the article "*Discursos sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de internação no Rio de Janeiro*" it is emphasized that there are different conceptions among professionals about what is considered a mental health demand, but there is no preponderance of one discourse. It was identified that youngsters have few opportunities in the correctional centers to directly vocalize their needs and these are usually intermediated by health professionals. In the article "*Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo do Rio de Janeiro: relação entre as equipes das unidades e a rede*", it is identified that there are problems in the process coordination between SUS and the correctional system, and they interfere in the routine of the mental health professionals in the educational centers. In addition, there are still structural issues such as lack of transportation and educational agents to go with the adolescents in external activities, and resistance of professionals who work inside and outside the centers. Therefore, adolescents and professionals are isolated from the public mental health policies.

Keywords: mental health, Young offenders, juvenile correctional centers, discourse analysis

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO: CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	9
2	JUSTIFICATIVA: RELEVÂNCIA DO TEMA	14
3	OBJETIVOS DE PESQUISA.....	17
4	MARCO TEÓRICO: CRIMINALIZAÇÃO DA POBREZA, SISTEMA DE JUSTIÇA JUVENIL E ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	18
4.1	SISTEMA DE JUSTIÇA MODERNO E A CRIMINALIZAÇÃO DA POBREZA	18
4.2	A PENALIZAÇÃO DOS DELITOS JUVENIS	24
4.3	REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO	28
5	METODOLOGIA: PERCURSO E ESCOLHAS	39
5.1	TIPO DE ESTUDO	39
5.2	O CAMPO E OS SUJEITOS DE ESTUDO	39
5.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	42
5.4	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	43
5.5	ASPECTOS ÉTICOS	45
6	RESULTADOS.....	46
6.1	CONTEXTO: AS UNIDADES, OS ENTREVISTADOS, O CAMPO.....	46
6.2	EQUIPES DE SAÚDE MENTAL: ORIGEM, PAPEL, PRÁTICAS.....	49
6.3	ARTIGOS	54
6.3.1	- Discursos sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de	

internação no Rio de Janeiro.....	54
6.3.2 - Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo do Rio de Janeiro: relação entre as equipes das unidade e a rede.....	73
7 REFLEXÕES DE SÍNTESE E CONCLUSÕES.....	91
8 REFERÊNCIAS	98
APÊNDICE 1 – ROTEIROS DE ENTREVISTA	102
APÊNDICE 2 – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	106

1 INTRODUÇÃO: CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O desenvolvimento deste estudo reflete a escolha por um tema que afeta um grupo social que é exposto a vulnerabilidades e modalidades distintas de violência: adolescentes, pobres, em sua maioria negros, em situação de privação de direitos, em cumprimento de medida socioeducativa, “presos” e com demandas de saúde mental. Os adolescentes que cumprem medidas socioeducativas de internação constituem uma parcela da população privada de direitos e que é originária majoritariamente das classes mais pobres.

Mesmo nos ambientes de privação de liberdade (e em todos os outros), a Constituição Federal prevê em seu artigo 227 que a criança, o adolescente e o jovem devem ter assegurados, com prioridade absoluta, seus direitos à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Esses direitos devem ser garantidos pela família, pela sociedade e pelo Estado, que também possuem a obrigação de proteger crianças, adolescentes e jovens da negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

A conquista do direito integral à saúde mental é um processo que se iniciou com o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Este movimento é recente na história e ainda incompleto. A luta pela inclusão social daqueles com questões de saúde mental permanece um desafio, mesmo após a edição da Lei n. 10.216, de 06 de Abril de 2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). A proposta de “cuidado” em saúde mental nos ambientes asilares, através de isolamento, técnicas morais e disciplinares, encontrada nos manicômios, não condiz com o modelo assistencial defendido e regulamentado pelo Ministério da Saúde.

Sabe-se que a Reforma Psiquiátrica não trata apenas da mudança do modelo de assistência em saúde mental, mas sim do resgate da cidadania e da garantia de direitos aos usuários, a fim de que possam, em um novo contexto e sob um novo olhar da sociedade, receberem tratamento e cuidado no ambiente comunitário em que vivem. Entretanto, no que se refere à saúde mental dos adolescentes do sistema socioeducativo, o fato de viverem em uma instituição fechada não pode impossibilitar a atenção à saúde em serviços de base territorial, existentes nas redes de atenção à saúde. Os obstáculos ao acesso representam outra penalização, para além da

privação do direito à liberdade. Cabe ressaltar que em um contexto de privação de liberdade e ainda de carência de cuidados, algumas questões de saúde mental podem se agravar, como suicídios, automutilações, piora de quadros psiquiátricos, etc (ASSIS; BARRETO, 2014).

É muito recente (ano de 2014) a pactuação entre as esferas do Sistema Único de Saúde (SUS) da atualização da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), assim como é recente a regulamentação por lei do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), que ocorreu em 2012. Conforme relatório da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, um dos principais avanços obtidos com a reformulação da PNAISARI em 2014 foi a inclusão da possibilidade de contratação de profissionais de saúde mental para as equipes de atenção básica para atendimento dos adolescentes em situação de privação de liberdade (BRASIL, 2015a).

Grande parte das unidades socioeducativas destinadas ao cumprimento de medidas de internação não possui espaço físico adequado para a realização de atividades e ações que possibilitem a real garantia de direitos aos adolescentes. Em relatório elaborado pelo Conselho Nacional do Ministério Público, feito a partir de vistorias em unidades de internação, constatou-se que unidades de 17 estados brasileiros apresentavam superlotação, o que compromete a realização de um atendimento socioeducativo em conformidade com as diretrizes legais (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2015).

Em 2006, foram realizadas inspeções em 22 estados e no Distrito Federal pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia. No Rio de Janeiro, foi visitada uma das unidades de internação provisória, o Instituto Padre Severino. Constatou-se que os alojamentos eram inadequados e se assemelhavam a celas. O cheiro era ruim e havia problemas na ventilação. Os adolescentes informaram que só deixavam o alojamento por 15 minutos ao longo do dia e que frequentemente eram agredidos com tapas, socos e castigos. Em relação às condições de saúde, existiam muitas queixas de sarna e dor de dente. A equipe de saúde relatou que os medicamentos eram insuficientes (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA; CONSELHO FEDERAL DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, 2006).

Também em relação ao atendimento de saúde, um levantamento da Secretaria de Direitos

Humanos da Presidência da República apontou que, conforme questionário respondido pelos órgãos gestores da política de socioeducação em 30 de Novembro de 2013, havia dificuldades na compreensão de que o atendimento à saúde dos adolescentes que estavam nas unidades de internação era uma responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Também foram identificados problemas de articulação entre as equipes e os serviços internos das unidades socioeducativas e as redes de atenção à saúde dos territórios. Esses problemas representam um obstáculo hoje para adesão dos estados à Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (BRASIL, 2015a).

Assim, há o reconhecimento dos órgãos gestores da política socioeducativa e da política de saúde sobre a necessidade de avanços no que tange ao cuidado e ao atendimento em saúde mental dos adolescentes que estão em unidades de internação. Os desafios colocados estão ainda longe de serem superados; uma aproximação com as equipes de saúde mental do sistema socioeducativo auxilia na compreensão de como as questões de saúde mental aparecem para os profissionais, como são analisadas e priorizadas, quais propostas de atendimento e encaminhamento existem, como ocorre a articulação com a rede de atores que atua no atendimento a esses adolescentes, quais as principais dificuldades, os limites e as potencialidades.

Houve, nos últimos anos, um crescimento do total de adolescentes que cumpre medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade. Mesmo com todos os problemas já conhecidos e identificados nas unidades socioeducativas que inviabilizam a proposta de socioeducação dos adolescentes e considerando que a medida de internação deveria ser adotada em caráter excepcional, há um aumento do uso dessa medida pelos juízes (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2014) (BRASIL, 2015a). E, nos últimos anos, tem crescido o apoio a projetos de lei como a emenda constitucional de redução da maioria penal. Um dos argumentos usados na defesa da redução da maioria é justamente que o sistema socioeducativo não pune de maneira eficaz, como se a possibilidade de restrição de liberdade prevista para os adolescentes não fosse suficiente para atender aos anseios “populares”.

Conforme o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2014, era mais frequente no país a participação dos jovens em atos violentos na condição de vítima e não enquanto autores.

Apenas 0,5% dos homicídios e tentativas de homicídio, por exemplo, tinha autoria de adolescentes. Pessoas com idade entre 16 e 18 anos eram responsáveis por apenas 0,9% de todos os crimes ocorridos no país (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2014). Mesmo assim, há uma sensação disseminada de impunidade e de necessidade de maior responsabilização dos adolescentes autores de atos infracionais. Também há uma discussão no Congresso Nacional em relação à possibilidade de aumento do período máximo de duração da medida de internação, para além dos atuais três anos. Isso representaria um inchaço do sistema socioeducativo e teria impacto importante na atenção à saúde mental desses adolescentes.

Para complementar, é relevante mencionar que nas vistorias realizadas pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) às unidades socioeducativas do país, cujas observações foram consolidadas em um relatório, foi identificada uma quantidade significativa de adolescentes com transtornos mentais. Segundo o CNMP (2015), em pelo menos 12,6% das unidades fiscalizadas havia adolescentes com transtornos graves. O Ministério Público recomendou que ocorresse, com urgência, encaminhamento desses adolescentes para tratamento adequado fora das unidades, em conformidade com as peculiaridades de cada caso. O relatório ressalta ainda que o Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem preferido em suas decisões a substituição da medida de internação por medida protetiva ou medida de semiliberdade nos casos em que os adolescentes apresentavam transtornos graves, e também há exigência do STJ de que tais adolescentes sejam submetidos a tratamento em local adequado.

Andrade et al (2011) identificam em pesquisa nas unidades socioeducativas do Rio de Janeiro com adolescentes do sexo feminino que a prevalência de transtornos psiquiátricos em adolescentes em privação de liberdade era maior do que na população da mesma idade. E, apesar da alta incidência de transtornos, apenas 6% dos adolescentes recebeu atendimento em saúde mental no período pesquisado. Esse dado aponta para deficiências na articulação entre as unidades socioeducativas e a rede externa de saúde mental, seja por resistência de ambas ou por problemas nos serviços existentes. O que é importante destacar é a existência de obstáculos de diversas naturezas no acesso à rede de atenção psicossocial do território (ANDRADE et al., 2011).

Considerando as questões desafiadoras para o Sistema Único de Saúde (SUS) associadas à

sobreposição de vulnerabilidades como ser adolescente com demandas de saúde mental e interno de um sistema socioeducativo com inúmeras dificuldades, esta pesquisa teve como objetivo analisar como esses adolescentes acessam as equipes de saúde mental das unidades de internação e como ocorre a articulação entre essas equipes, o SUS e os demais interlocutores que participam de alguma maneira desse atendimento – Poder Judiciário, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE) da Secretaria de Estado de Educação.

Esta pesquisa é parte de um projeto de pesquisa denominado “Estudo das Condições de Saúde e das barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde de Jovens em Conflito com a Lei Cumprindo Medidas Socioeducativas em Privação de Liberdade no ERJ”, coordenado pela Professora Simone Gonçalves de Assis e aprovado pelo Edital de Políticas Públicas e Modelos de Atenção, PMA 2015 – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A dissertação está organizada em oito seções. Após esta introdução, que compõe a seção 1, há na seção 2 as justificativas para realização da pesquisa que são de natureza pessoal, científica e social. Na seção 3 estão descritos os objetivos geral e específicos. Em seguida, na seção 4, é exposto o marco teórico de referência utilizado como base para a construção do projeto de pesquisa e também para análise dos resultados encontrados. A seção 5 descreve a metodologia adotada. Os resultados são apresentados na seção 6. Para sua apresentação foram redigidos dois artigos e, em ambos, se adotou como método a análise de discurso crítica de Fairclough (2001). No primeiro artigo, o tema principal é a análise dos enunciados discursivos dos profissionais de saúde mental sobre as demandas dos adolescentes que cumprem medida de internação. No segundo artigo o principal tema é a articulação entre as unidades socioeducativas e a Rede de Atenção Psicossocial para atendimento das demandas identificadas. Por fim, a seção 7 contém as considerações finais, seguidas das referências na seção 8. Há um apêndice nesse trabalho com os roteiros de entrevista utilizados na pesquisa de campo e outro com os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido assinados por todos os participantes.

2 JUSTIFICATIVA: RELEVÂNCIA DO TEMA

As justificativas para realização da pesquisa podem ser agrupadas em três grupos: pessoal, científica e social. Como justificativa pessoal, é possível mencionar que integrei a equipe da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, o que possibilitou que pudesse ter acesso à Política Nacional de Saúde Mental e ao modelo assistencial atualmente proposto. A atenção em saúde mental para a infância e a adolescência é um grande desafio já reconhecido como tal pelo Ministério da Saúde. A rede de Centros de Atenção Psicossocial voltados para o público infanto-juvenil – CAPSi – é ainda muito pequena: existiam, até dezembro de 2014, apenas 201 CAPSi habilitados pelo Ministério da Saúde em todo o país. No estado do Rio de Janeiro, havia até esse período 25 CAPSi habilitados (BRASIL, 2015b).

O tamanho da rede pode representar mais um desafio para os atendimentos em saúde mental dos adolescentes, especialmente daqueles que cumprem medida socioeducativa em unidades de privação de liberdade. Outro aspecto que complementa a justificativa dessa pesquisa é o intenso debate interno no Ministério da Saúde sobre a baixa adesão dos estados à Política de Atenção à Saúde Integral para os adolescentes do sistema socioeducativo. Há um reconhecimento de que existem dificuldades e problemas de diversas origens, e que os avanços têm sido lentos. Um estudo como este contribui para a identificação de alguns desafios na atenção à saúde mental desses adolescentes.

Uma tentativa de melhoria da atenção à saúde mental foi a pactuação da Portaria Nº 1.082, de 23 de Maio de 2014, com a reformulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). Uma das inovações, conforme já mencionado, é justamente a possibilidade de inclusão de profissionais de saúde mental na equipe de atenção básica de referência nos territórios em que existem unidades socioeducativas, o que demonstra a necessidade de melhoria da assistência em saúde mental nesses locais e a importância do tema para o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a pesquisa é importante para minha atuação profissional enquanto servidora do Ministério da Saúde.

Outra questão que chama a atenção e torna essa pesquisa relevante é o desafio inerente ao

cuidado em saúde mental em ambientes asilares. A garantia de liberdade é uma das diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, bem como o desenvolvimento de atividades no território, com a clara intenção de superar o modelo manicomial de isolamento social das pessoas com questões de saúde mental. O cumprimento de medida socioeducativa em ambiente institucionalizado e com privação de liberdade já é por si só um fator que pode agravar o adoecimento mental, ao mesmo tempo em que representa um enorme desafio para o cuidado em saúde mental tendo como referência o atual modelo assistencial.

Como justificativa científica, é possível verificar que há pouca produção de artigos, dissertações e teses sobre atendimento de questões de saúde mental no sistema socioeducativo. Para redigir um capítulo de livro do Departamento de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – Claves/Fiocruz foi feita uma busca em bases de saúde¹ dos textos sobre adolescentes em conflito com a lei, com diversas palavras-chave, para identificar o que foi publicado sobre o tema na última década.

Entre os 79 artigos encontrados na busca, há 20 artigos que tratam de algum tema relacionado à saúde mental. Desses 20 artigos, 15 são estudos epidemiológicos sobre prevalência de doenças ou uso de drogas, 1 artigo trata de saúde mental dos agentes socioeducativos, 2 artigos são sobre a avaliação de técnicas da psicologia usadas com adolescentes no sistema socioeducativo, 1 sobre psicologia do desenvolvimento e o último sobre análise de experiências de sofrimento.

Foram encontradas 80 teses e dissertações no período e entre elas há 16 que tratam de saúde mental. Entre as 16 teses e dissertações com temas associados à saúde mental, 1 delas busca verificar a associação entre situações vividas pelas mães dos adolescentes em conflito com a lei enquanto estavam grávidas e o comportamento “infrator” dos filhos – já que nesse período supostamente seria formado o “temperamento” desses indivíduos. Dois estudos tiveram como objetivo investigar o perfil dos adolescentes que cumpriam medida socioeducativa, identificando variáveis socioeconômicas e de saúde mental. Um estudo procurou pesquisar se a psicanálise winnicotiana poderia contribuir para o atendimento socioeducativo; e outro

¹ As bases consultadas foram: Lilacs, Portal de pesquisa BVS, Pubmed/Medline, Scopus, Web of Science (para artigos), e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, Portal de Teses e dissertações Saúde Pública - Brasil (para teses e dissertações). O recorte temporal foi 2001-2013 e o recorte territorial foi Brasil.

trabalho retratou o tratamento psicanalítico direcionado aos adolescentes em conflito com a lei. Quatro estudos tiveram como objetivo compreender o funcionamento e os espaços psíquicos dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Uma das pesquisas identificada apresentou um estudo psicanalítico sobre agressividade e adolescentes em conflito com a lei. Um estudo de psicologia sócio-histórica trabalhou os sentidos subjetivos de um jovem com histórico de conflito com a lei. Outra pesquisa tratou da atuação dos psicólogos em instituições educativas. Há uma tese sobre as decisões judiciais no campo da saúde mental, em relação aos adolescentes com processos nas Varas Especiais da Infância e da Juventude. Uma das pesquisas traz um estudo exploratório sobre sofrimento psíquico grave em unidades socioeducativas. Outro estudo investiga a associação entre uso de substâncias psicoativas e a saúde bucal de adolescentes em uma unidade socioeducativa. Por fim, há uma pesquisa sobre a tendência antissocial de meninas em um serviço de atenção psicossocial.

Assim, é notável a produção de poucos estudos sobre atendimento de saúde no sistema socioeducativo, e também sobre saúde mental, no período de uma década. Dessa forma, a pesquisa realizada pode contribuir para ampliar o debate sobre o tema no meio acadêmico.

Por fim, a justificativa social abrange a possibilidade de compreender melhor como se organiza o atendimento em saúde mental nas unidades socioeducativas de internação, identificando os desafios, as potencialidades e as reflexões sobre possibilidades de melhoria. A identificação e a análise de experiências de estruturação do atendimento em saúde mental no socioeducativo podem servir como referência para outras localidades também refletirem sobre suas realidades. Para o Ministério da Saúde, esse tipo de estudo pode auxiliar e oferecer subsídios para formulação de estratégias ou readequação de ações, considerando experiências práticas de implementação da política.

3 OBJETIVOS DE PESQUISA

3.1 Objetivo Geral

Analisar como as demandas de saúde mental dos adolescentes que cumprem medida de internação são identificadas e atendidas pelas unidades de internação e pelo SUS, tendo como contexto o cotidiano das equipes de saúde mental das unidades e a rede de relações interinstitucionais com demais atores relevantes (como Judiciário, Secretarias de Saúde, Departamento Geral de Ações Socioeducativas da Secretaria de Estado de Educação).

3.2 Objetivos Específicos

1. Analisar como as equipes de saúde mental se organizam nas unidades socioeducativas de internação e como entendem e definem seu papel;
2. Analisar como as equipes de saúde mental identificam e lidam com as demandas em saúde mental nas unidades socioeducativas;
3. Analisar como as equipes de saúde mental retratam a relação das unidades socioeducativas com a rede de atenção psicossocial e com a atenção básica para atendimento às demandas de saúde mental dos adolescentes;
4. Analisar como as equipes de saúde mental retratam as relações entre a unidade socioeducativa e o Judiciário, as Secretarias de Saúde, o Departamento Geral de Ações Socioeducativas e outras entidades para atendimento às demandas de saúde mental dos adolescentes.

4 MARCO TEÓRICO: CRIMINALIZAÇÃO DA POBREZA, SISTEMA DE JUSTIÇA JUVENIL E ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

4.1 Sistema de Justiça Moderno e a Criminalização da Pobreza

A fim de buscar subsídios para melhor compreensão da constituição do sistema de justiça moderno, serão resgatados elementos da obra de Foucault (2013) que descrevem de maneira analítica como a sociedade dos castigos do corpo e suplícios, da Idade Média, se tornou a sociedade disciplinar da Era Moderna, tendo a prisão como principal tipo de pena e como o ápice da aplicação das disciplinas nos indivíduos. Nesse percurso, foi incorporada a análise de Wacquant (2012) que contribui para problematizar não apenas a prisão enquanto principal mecanismo de punição na sociedade atual, mas também para refletir sobre a função da prisão enquanto parte indissociável do Estado Neoliberal. O diálogo entre esses autores possibilita refletir sobre o sistema socioeducativo e sobre a medida socioeducativa de internação dos adolescentes, que espelham de maneira significativa a constituição do sistema de justiça e da justiça penal para os maiores de 18 anos. De maneira complementar, foi incorporada a teorização de Birman (2012) sobre como as formulações do Estado Penal por Wacquant vão além da concepção econômica de neoliberalismo, abrangendo as estratégias de culpabilização das parcelas pobres da população por seu estado de pobreza.

O suplício judiciário, ao longo da Idade Média, era um ritual político e uma das formas pelas quais o poder se manifestava. O castigo do condenado não significava apenas a penalização de um dano e a confirmação de um ideal de justiça; havia também a função de reafirmar o poder do soberano (FOUCAULT, 2013).

O cenário de punição característico da Idade Média, com a presença de fogueiras e de castigos corporais, foi aos poucos sendo extinto. A pena foi deixando de ser um “espetáculo” e se transformou cada vez mais em um procedimento administrativo do Estado. A punição se tornou a etapa mais oculta do processo penal - e não precisou mais ser exposta publicamente à sociedade para ser considerada efetiva.

Nos Códigos de Leis modernos (final de 1700 e início de 1800), houve a adoção de uma nova

visão e conceituação de lei e de crime; abrangendo novas justificativas para a punição. Uma das mudanças destacada por Foucault (2013) foi a redução e o posterior desaparecimento dos suplícios.

No sistema de justiça moderno, Foucault (2013) identificou que o julgamento não era mais apenas a apuração da “verdade” sobre o crime. Passaram a ser consideradas as circunstâncias do delito, sua origem, a motivação do autor, as características do indivíduo que contribuíram para sua ocorrência. O julgamento, portanto, não era apenas de cunho penal e voltado unicamente para o crime. Começou-se a julgar também a medida de culpa e de responsabilidade dos indivíduos que cometiam algum ato criminoso. Assim, ganharam força os saberes “técnicos” de um conjunto de profissionais que analisavam a culpabilidade do indivíduo - e se este estava em condições de “normalidade” quando cometeu o ato criminoso. Neste contexto, vale mencionar o status que a loucura teve historicamente no sistema de justiça.

A “comprovação” do estado de loucura seria suficiente, conforme previsto nos Códigos Modernos, para interromper o processo penal e afastar o Sistema de Justiça do ato ocorrido. Entretanto, os tribunais passaram a admitir um culpado que também fosse louco - quanto mais louco, menos culpado; mas ainda culpado. Neste caso, um culpado criminoso que deveria ser enclausurado e tratado, e não punido. A sentença passou a refletir julgamentos de “normalidade”, estabelecimento de causa e efeito entre o delito e a normalidade do acusado, bem como “previsões” sobre o comportamento e a periculosidade futura do acusado (FOUCAULT, 2013).

As instâncias judiciais ampliaram sua atuação e seu alcance para além da sentença final e do mero julgamento dos crimes. Neste sentido, o psiquiatra e os demais profissionais com saberes técnicos e específicos se tornaram “conselheiros” dos juízes em relação à punição, tendo a atribuição de avaliar a periculosidade dos sujeitos, de que forma era possível se proteger desses indivíduos e se deveriam ser reprimidos ou tratados (FOUCAULT, 2013).

Para Foucault (2013), o suplício foi se tornando cada vez mais intolerável na segunda metade do século XVIII. Inicialmente ganhou força o argumento de que o que justificava o fim dos suplícios era o respeito à “humanidade” dos indivíduos.

Foucault (2013) resgata uma análise histórica para apresentar fundamentos que contrariam a ideia dominante de que o apelo por mais “humanidade” das penas seria o principal elemento para justificar as mudanças no sistema de justiça. Para ele, já estava ocorrendo ao longo do século XVIII uma diminuição do rigor e dos suplícios nas penas. Os próprios crimes estavam menos violentos e as punições acompanharam esse movimento. Desde o fim do século XVII estava havendo uma redução dos crimes contra a vida e os crimes contra o patrimônio começaram a ser preponderantes.

Uma nova delinquência, que antes não era objeto da justiça de maneira incisiva, foi se tornando o grande foco. Isso ocorreu num contexto histórico de aumento de riquezas, ascensão da burguesia enquanto classe detentora de poder econômico, desenvolvimento produtivo, maior valorização das relações de propriedade, aumento da vigilância da população com o uso de técnicas e de mecanismos mais sofisticados.

Para Foucault (2013), havia a proposta de implantação de uma justiça mais inteligente, eficiente e vigilante do corpo social. O que os reformadores do sistema de justiça criticavam não era tanto o excesso de suplício nos castigos - estavam preocupados com a irregularidade da punição.

Em relação à tendência de redução dos suplícios, defendida por Foucault (2013), Wacquant (2012) apresenta o argumento de que o teatro da penalidade não deixou de existir; mas passou do Estado para a mídia comercial e para o campo político. A justiça criminal é tema de noticiários diários e seriados de entretenimento. Outra forma de suplício contemporâneo seria observada nas operações policiais nas áreas em que vivem as pessoas de baixa renda. Para Wacquant (2012), permanece o espetáculo dos castigos e dos suplícios, mas agora em uma nova modelagem. E não parece haver uma tendência de redução, muito menos de extinção de tais práticas.

Seguindo a análise de Foucault (2013), alguns delitos cometidos pelas camadas pobres da população eram tolerados pelo soberano, no período da Idade Média. Tais margens de tolerância eram muitas vezes vitais e as camadas populares estavam dispostas a se revoltarem para defendê-las. Camadas mais ricas se uniram às camadas populares contra as cobranças do fisco em alguns momentos da história. Entretanto, na segunda metade do século XVIII houve uma maior intolerância com os delitos, especialmente nas classes mais baixas. Com o

aumento da riqueza e o crescimento populacional, o alvo da justiça deixou de ser o direito e se tornou o bem, a propriedade privada. O roubo substituiu o contrabando e as lutas contra o fisco, se tornando o grande foco.

Com a ascensão da burguesia, esta passou a não tolerar qualquer margem de ilegalidades que violassem seus direitos de propriedade. Os investimentos burgueses em mercadorias e bens de produção demandavam intolerância sistemática a delitos que atentassem contra esses bens. A codificação das práticas ilícitas se tornou uma necessidade. Era necessário que os crimes fossem bem definidos e punidos com segurança. A certeza da punição se transformou em um elemento essencial ao sistema de justiça (FOUCAULT, 2013).

As leis que definiam os crimes e as penas deveriam ser extremamente claras, para que todos soubessem que condutas eram consideradas criminosas e quais as desvantagens de não seguir a lei. Além disso, não poderia haver expectativa de impunidade. O sistema deveria ser mais vigilante; e não mais severo e violento (FOUCAULT, 2013).

A prisão não foi a única possibilidade de pena prevista pelos reformadores do sistema de justiça. Aliás, ela era uma entre várias penas; e foi duramente criticada por grupos de reformadores, pois a consideravam sem especificidade em relação aos delitos, sem efeito sobre a sociedade, cara, etc. Apesar de todas essas ressalvas, a prisão se tornou a principal forma de pena na sociedade moderna (FOUCAULT, 2013).

Foucault (2013) conclui então que a prisão e a tecnologia de poder disciplinar a ela associada refletiram a mudança de proposta conceitual do sistema penal. Não se desejava mais “recuperar” o sujeito de direitos do pacto social, conforme defendido pelos reformadores, mas sim formar e moldar um sujeito de obediência de acordo com uma estrutura de poder.

Wacquant (2012) também aponta que a pena no Estado Neoliberal não tem como função a reforma do sujeito, mas sim a viabilização de projetos políticos de estado. A prisão enquanto pena preferencial representa para esse autor a possibilidade de neutralizar as populações pobres, antes contempladas pelas políticas de proteção social do Estado de Bem Estar Social. Com a progressiva redução dessas políticas sociais e com a flexibilização da proteção do trabalhador no mercado de trabalho, uma parcela significativa da população fica vulnerável e sem assistência do Estado. Para exercer controle dessa parcela desprotegida da sociedade e

para garantir a implantação do neoliberalismo, o Estado assume-se cada vez mais intolerante e encaminha as parcelas pobres da população às prisões superlotadas e sem perspectivas de reintegração social. E, assim, o projeto de Estado Neoliberal é sustentado e fortalecido – os “perigosos” são afastados e recolhidos em nome da garantia da segurança da sociedade (WACQUANT, 2012).

Com o advento da prisão enquanto mecanismo principal de punição, foi viabilizada a implantação da tecnologia disciplinar para controle dos “corpos” dos indivíduos, na visão de Foucault (2013). Os métodos de controle foram denominados de “disciplinas”; e a prisão se tornou a instituição disciplinar de referência pela possibilidade de implantar as técnicas disciplinares em todos os momentos da vida daqueles que nela cumpriam pena. Mesmo sendo conhecidas as falhas da prisão, a sociedade de maneira geral não consegue vislumbrar uma alternativa a este tipo de punição. A prisão deveria funcionar aplicando exaustivamente a disciplina. É a instituição disciplinar mais intensa e integral (FOUCAULT, 2013).

Neste aspecto há também divergência entre Foucault e Wacquant. Para Wacquant (2012), não são as técnicas disciplinares que encontram na prisão a instituição de máxima disciplina, possibilitando assim o crescimento do sistema carcerário como pena preferencial. Wacquant (2012) defende que a prisão contemporânea tem o objetivo de neutralizar determinadas populações, sem nenhum mecanismo disciplinar de “adestramento” – a proposta é armazenar indivíduos devidamente “selecionados”. Segundo ele, as técnicas disciplinares simplesmente não foram inseridas nas prisões atuais devido à superpopulação de presos, e também pela falta de recursos e pela indiferença das autoridades penais em relação ao suposto propósito de ressocialização.

A prisão colocou em evidência a figura do “delinquente”, que assume o lugar do indivíduo condenado. Em relação ao delinquente, o que importava não era o ato que cometeu para ser condenado, mas sim como se caracterizava e como se comportava ao longo de sua vida. A técnica punitiva tinha como foco a vida desse delinquente, mesmo antes de ocorrência do crime. A análise presente nos discursos penal e psiquiátrico refletia a avaliação da vida do indivíduo e de sua “afinidade” com o crime que cometeu. No saber penitenciário, era importante qualificar de forma “científica” o indivíduo enquanto delinquente (FOUCAULT, 2013).

A penalidade era uma forma de gerenciar ilegalidades, dando maior liberdade a alguns e nenhuma a outros. A prisão tornava alguns dóceis e não atingia outros. Dessa maneira, a penalidade não se direcionava a todas as ilegalidades, mas apenas fazia uma “diferenciação” entre essas ilegalidades, conforme o mecanismo existente de dominação social (FOUCAULT, 2013).

Sendo assim, a prisão não estaria fracassada, como aparentava estar. A prisão marcaria uma forma de ilegalidade, deixando fora do foco do sistema de justiça aquelas ilegalidades que se desejava tolerar. A prisão produziu a categoria dos delinquentes enquanto indivíduos patológicos. Na sociedade disciplinar, marcada pela defesa do encarceramento, o delinquente não estaria à margem ou fora da lei. Desde sempre, o delinquente esteve inserido na proposta legal e nos mecanismos de funcionamento da disciplina. O delinquente era produto da instituição disciplinar (FOUCAULT, 2013).

Essa função de “produzir delinquentes” e controlar através do encarceramento as parcelas pobres da sociedade é, de certa maneira, ressaltada por Wacquant (2012), com algumas diferenças significativas. Este autor defende que a penalização da pobreza é uma inovação institucional do Estado Neoliberal. Representa a regulação da classe proletária em um contexto de insegurança social, em que há uma redução do alcance das políticas sociais e um consequente aumento expressivo e contínuo do sistema prisional. O fortalecimento do Estado Penal ocorreu não por um crescimento da criminalidade, mas sim devido a reações das classes ricas às políticas sociais da década de 1960. O Estado Penal implementa políticas sociais seletivas, que possibilitam algum assistencialismo, mas não têm o mesmo alcance e proteção social das políticas do período de bem estar social. Essas políticas residuais de “bem estar” e a prisão sem função de ressocialização são as estratégias do Estado Neoliberal atual para lidar com o mesmo público, com o objetivo de neutralizar essa população pobre. A progressiva desregulamentação econômica e o decréscimo dos gastos sociais possibilitaram outro modelo de gestão da pobreza, tornando a prisão uma instituição seletiva para isolamento dos vulneráveis. A proposta de política prisional se mostra, assim, extremamente antidemocrática (WACQUANT, 2012).

A prisão estaria imersa em muitos dispositivos de poder e haveria uma inércia para sua transformação. Foucault (2013) argumentou que com o crescimento das redes disciplinares e suas interfaces com o sistema carcerário, o aparelho penal se tornaria mais medicalizado,

“psicologizado”, etc, e haveria perda de utilidade do papel da prisão enquanto elo do poder penal e do poder disciplinar. A especificidade da prisão em meio a tantos dispositivos de normalização que ganharam cada vez mais força perderia sua razão de ser.

Essa tendência de diminuição da necessidade de prisões, apontada por Foucault (2013), não corresponde ao que identifica Wacquant (2012). Este autor acredita que a “admissão” na prisão foi facilitada, o tempo de permanência na prisão foi aumentado e as solturas se tornaram mais restritas. Além disso, Wacquant não vê a prisão como um mecanismo geral de controle, mas sim como um controle seletivo e direcionado. As técnicas disciplinares não teriam se difundido em todo o tecido social, de forma ascendente, conforme previsto por Foucault. E o aumento das taxas de encarceramento reflete o progressivo uso da prisão enquanto principal mecanismo de pena.

4.2 A penalização dos delitos juvenis

Neste item, será realizado um diálogo entre as abordagens teóricas apresentadas por Foucault e Wacquant e o sistema socioeducativo brasileiro, ressaltando reflexões sobre em que medida o sistema socioeducativo vem cumprindo seu objetivo “oficial” de ressocialização ou, mais ainda, de “socioeducação”. A partir do que apontam esses dois autores e de outras informações mais descritivas sobre o sistema, será comentada a análise jurídica de Villas-Bôas (2012) sobre o “caráter punitivo-aflitivo” das medidas socioeducativas no atual quadro normativo brasileiro.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990, prevê a responsabilidade por atos infracionais cometidos por adolescentes de 12 a 18 anos. Antes dos 18 anos, são penalmente inimputáveis por quaisquer atos, mas podem ser condenados a cumprir medidas socioeducativas conforme legislação vigente. Em casos excepcionais, o ECA se aplica aos jovens com até 21 anos (BRASIL, 1990)

Há seis tipos de medidas socioeducativas previstas no ECA, além das medidas protetivas que também podem ser aplicadas. São elas: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, inserção em regime de semi-liberdade, internação em estabelecimento educacional (BRASIL, 1990).

A medida socioeducativa de internação é a mais restritiva e deve ser adotada observando-se os princípios da “brevidade”, “excepcionalidade” e “respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento”. Conforme o artigo 122 do ECA, a medida de internação só pode ser aplicada se a infração cometida tiver ocorrido mediante grave ameaça ou violência à pessoa, se houver reiteração no cometimento de outras infrações consideradas graves ou se o adolescente tiver descumprido reiteradamente e sem justificativa a medida que lhe foi imposta anteriormente (BRASIL, 1990).

De maneira análoga ao que ocorre no sistema prisional, vem aumentando a quantidade de adolescentes que cumprem a mais restritiva e dura medida socioeducativa em unidades de internação. No Brasil, conforme Relatório do Conselho Nacional do Ministério Público, em 2014 existiam 317 unidades de internação, com capacidade para 18.072 adolescentes. Em 2013 eram 314 unidades com capacidade para 17.501 adolescentes. O estado do Rio de Janeiro tinha 11 unidades de internação em 2014; e em 2013 havia 7 unidades. A capacidade era de 978 adolescentes em 2014; em 2013 eram 860 adolescentes nas unidades de internação. No estado, o crescimento foi de 13,7% da capacidade se comparados os anos de 2013 e 2014 (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2015).

Complementando os dados do Ministério Público, é interessante mencionar os resultados encontrados por um levantamento feito em 2013 pela Secretaria de Direitos Humanos (SDH), na época vinculada à Presidência da República. Neste estudo, aponta-se que o quantitativo de adolescentes em medida de internação apresenta tendência de crescimento desde 2008 (BRASIL, 2015a).

Considerando a ocupação das unidades socioeducativas de internação, o Relatório do Conselho do Ministério Público aponta que há problemas em todo o país no respeito ao parâmetro definido de no máximo 40 adolescentes por unidade. Entre as unidades visitadas pelos representantes do Conselho do Ministério Público no Rio de Janeiro, 100% em 2013 possuíam mais de 40 adolescentes; e em 2014 o percentual era de 81,8%. Em todo o país, o resultado em 2013 foi de 62,1% de unidades superlotadas; e em 2014 o valor foi de 63,3%. Entre as regiões do país, os melhores resultados foram encontrados no Norte, e os piores no Sudeste (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2015).

O perfil dos adolescentes que estão no sistema socioeducativo, mais especificamente nas

unidades de internação, é bem semelhante ao encontrado nas unidades prisionais. Entre as infrações que motivaram a adoção da medida, o levantamento da SDH mostra que em 2013 43% dos atos infracionais era análogo a roubo, 24,8% a tráfico de drogas e 9,23% a homicídio. Esses dados contemplam infrações cometidas por adolescentes em unidades de restrição e privação de liberdade em todo o país. Além disso, 96% dos adolescentes em restrição e privação de liberdade era do sexo masculino, 57% tinha entre 16 e 17 anos e 57% era de pardos e negros. Neste estudo, não há dados sobre a classe social dos jovens do sistema socioeducativo (BRASIL, 2015a). Entretanto, uma pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) apresenta informações sobre a renda dos adolescentes em unidades de internação, apontando que a maior parte deles é oriunda de famílias pobres, com rendimento mensal de menos de um até dois salários-mínimos vigentes em setembro e outubro de 2002 (SILVA; GUERESI, 2003).

Retomando o Relatório do Ministério Público, destacam-se, entre as conclusões, após apresentação de uma série de dados sobre a estrutura das unidades e o atendimento aos adolescentes:

Os dados apresentados até o momento revelam que nunca se assegurou no Brasil, na imensa maioria das unidades de internação, o tratamento individualizado indispensável à ressocialização do adolescente infrator. A superlotação nas unidades socioeducativas e a inadequação de suas instalações físicas, com condições insalubres e ausência de espaços físicos adequados para escolarização, lazer, profissionalização e saúde são inquestionáveis. Os dados colhidos são de grande preocupação e devem ser seriamente considerados na reformulação das unidades de internação. (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2015, pag 54-55)

Assim, é possível identificar que o propósito de ressocialização do adolescente não vem sendo atendido no sistema socioeducativo. Dessa forma, qual a finalidade atual dessas unidades de internação? E por que razão há um clamor pelo endurecimento das punições, ora defendendo-se a redução da maioridade penal, ora apoiando-se o aumento do tempo máximo de internação para além dos 3 anos previstos no ECA?

Villas-Bôas (2012) aponta que existe um reconhecimento, após a edição da Constituição de 1988 e do ECA, de que há “caráter punitivo-aflitivo” das sanções aplicadas aos adolescentes que cometem ato infracional. Existe um temor em aproximar o Direito Penal do sistema

socioeducativo, devido ao período de tutela vigente antes da edição do ECA. Defendia-se que as medidas socioeducativas tinham cunho educativo e pedagógico, não sendo justificável uma aproximação com as garantias penais (VILLAS-BÔAS, 2012).

Entretanto, Villas-Bôas (2012) argumenta que os adolescentes são muitas vezes submetidos a um tratamento mais rigoroso que o tratamento a que se submetem os adultos ao cometerem atos muitos semelhantes. Há uma desproporcionalidade quando se compara, por exemplo, a prisão preventiva para adultos com a internação provisória para os adolescentes. Existe a prática de determinação de internação provisória sem fixação de prazo certo e com justificativas vagas como “necessidade” ou “melhor interesse do adolescente”. Para Villas-Bôas (2012), há que se reconhecer que existe caráter repressivo nas medidas socioeducativas e, por essa razão, garantias do Direito Penal deveriam ser consideradas para proteção dos adolescentes. Se o Estado tem a prerrogativa de afetar a liberdade, maiores devem ser as garantias.

Considerando as informações disponíveis sobre o sistema socioeducativo brasileiro e as possíveis analogias entre esse sistema e o sistema prisional, especialmente em relação às medidas socioeducativas de internação, as abordagens de Foucault e de Wacquant são de grande utilidade. Nota-se um crescimento da adoção das medidas socioeducativas de internação pelos juízes. Diferente do sistema de adultos, em que a pena é prevista de acordo com o crime e seus qualificadores, no sistema socioeducativo o juiz é a autoridade que define que medida é mais adequada para cada adolescente. Há diretrizes previstas na legislação, como o caráter de excepcionalidade da medida de internação, contudo, em última instância, o juiz é quem toma a decisão, de maneira bastante discricionária. E, conforme apontam os estudos e as pesquisas mencionados, essa medida vem sendo cada vez mais adotada. E a tendência de aumento ocorre apesar das informações sobre as dificuldades de atendimento individual e de natureza ressocializadora nessas unidades.

Para concluir, merece destaque a importância dos atores extrajurídicos no sistema socioeducativo para “auxílio” à definição da medida mais adequada e da evolução de medida. Nos momentos de reavaliação da medida pelo Judiciário, a legislação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) institui a obrigatoriedade de apresentação pela direção do programa de atendimento de relatório da equipe técnica sobre a evolução do adolescente no cumprimento do Plano Individual de Atendimento (PIA) (BRASIL, 2012). Este plano

contém informações sobre a avaliação interdisciplinar do adolescente, a previsão de atividades de integração e formação, atividades com a família, ações de atenção à saúde, etc. Há um foco maior na evolução do comportamento do adolescente, a partir do que ele faz na unidade socioeducativa, independente da infração que deu origem à sua entrada no socioeducativo. Assim, a abordagem de Foucault (2013) sobre a relevância dos saberes “psi” no julgamento desses jovens também parece bastante apropriada. Os especialistas ocupam um lugar de poder, devido ao saber que detém, e fazem parte do arranjo disciplinar. Ainda hoje, no sistema penal, é exigido o exame de cessação de periculosidade para progressão de pena. Esses mesmos técnicos, tanto no sistema penal quanto no socioeducativo, são responsáveis também pela organização e articulação do acesso à rede de saúde intra e extra “muros”.

4.3 Reforma Psiquiátrica Brasileira e atenção à saúde mental no sistema socioeducativo

Neste item, será feito um resgate das mudanças que a Reforma Psiquiátrica Brasileira gerou na configuração da rede e da oferta de serviços de saúde mental no SUS. É importante caracterizar e mencionar as influências teóricas para questionamento do modelo anterior, de natureza manicomial. A proposta atual de atendimento em saúde mental pelo SUS tem como base e justificativa a crítica ao isolamento e à exclusão social dos marcados como “loucos”. O atual modelo de atenção em saúde mental propõe inclusão social, resgate da cidadania e mudança do imaginário sobre o louco, visto como perigoso e impossibilitado de conviver nos espaços coletivos. A partir desses elementos, serão destacados alguns aspectos legais sobre a assistência em saúde mental no sistema socioeducativo.

Muitos avanços ocorreram por meio das novas concepções e dos questionamentos propostos pelos movimentos atuantes na Reforma Psiquiátrica Brasileira. O manicômio como instituição representativa do saber psiquiátrico foi desconstruído, ao menos se considerado aquele formato de ausência de recursos assistenciais e de infraestrutura, enquanto local de violação de direitos e de violência. Um novo modelo assistencial foi proposto e vem sofrendo mudanças ao longo do tempo. Entretanto, há muito para se evoluir, principalmente no que se refere à inclusão social dos loucos, que, mesmo submetidos a cuidados diferenciados dos anteriores no campo da saúde, ainda são vistos como perigosos e incapazes de exercer a cidadania plena.

Amarante (2015, pag 19) define a Reforma Psiquiátrica como “um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo nos campos assistencial, cultural e conceitual”. Para ele, é necessário mudar a maneira como a sociedade se relaciona com o louco e com a doença mental.

No período anterior à Constituição de 1988, a assistência psiquiátrica era prestada pelo Ministério da Saúde, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social e pelas Secretarias Estaduais de Saúde. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais ofertavam assistência às populações pobres, que não estavam inseridas na previdência social. As redes de assistência possuíam grandes hospitais psiquiátricos, com ausência importante de recursos técnicos e assistenciais; cumprindo a função de manicômio. O Ministério da Previdência e Assistência Social tinha como foco aqueles com acesso à previdência social e seus familiares. Esse Ministério não possuía rede própria e realizava contratação de serviços privados. Assim, houve um crescimento substantivo dos leitos privados – em 1941, eram 3.034 leitos psiquiátricos privados; e em 1978 eram 55.670 leitos. E os serviços privados tinham os mesmos problemas dos serviços públicos – carência de recursos materiais e assistenciais, bem como maus-tratos e violência. A psiquiatria foi bastante atrativa para o mercado privado justamente por não demandar infraestrutura e equipamentos de alto custo; qualquer enfermaria poderia se transformar facilmente em uma enfermaria de saúde mental (AMARANTE, 2015).

Após diversas reflexões sobre os “caminhos” percorridos na Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a identificação de alguns avanços e retrocessos, Amarante (2015) apresenta sua análise sobre as ações desenvolvidas especialmente pelo Ministério da Saúde. Antes de apresentar as principais críticas, segue o paralelo que ele faz entre a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária:

Por ter rompido com a racionalidade médica, o Movimento da Reforma Psiquiátrica conseguiu sair das malhas restritas das políticas oficiais, conseguiu construir situações no exterior do aparato oficial, conseguiu romper com o modelo assistencialista tradicional. Enquanto o Movimento da Reforma Sanitária continua reivindicando mais serviços, mais recursos humanos e mais tecnologias, o da Reforma Psiquiátrica quer redefini-los. (AMARANTE, 2015, pag 49)

Em dezembro de 2011 foi instituída por Portaria do Ministério da Saúde a Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS), voltada para “pessoas com sofrimento ou transtorno mental” e para pessoas com necessidades relacionadas ao uso de drogas no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as diretrizes de funcionamento dessa rede, é possível destacar: desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania e organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011).

A RAPS possui os seguintes componentes: atenção básica em saúde (unidade básica de saúde, equipe de consultório na rua, equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência), atenção psicossocial especializada (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS), atenção de urgência e emergência (SAMU, sala de estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, entre outros), atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Acolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial), atenção hospitalar (enfermaria especializada em Hospital Geral, serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas), estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos) e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

É possível observar que a RAPS prevê diversos pontos de atenção à saúde, de maneira que os usuários sejam assistidos em serviços de base territorial, sem que exista o asilo ou o isolamento dessas pessoas em locais análogos ao manicômio. A rede prevê a possibilidade de atenção hospitalar em Hospital Geral e não mais em hospital especializado (psiquiátrico) para os períodos de crise das pessoas com sofrimento ou transtorno mental. As internações devem ser de curto prazo, apenas enquanto durar a crise, para depois o usuário seguir seu projeto terapêutico singular nos demais pontos de atenção. A atenção básica também compõe a RAPS, o que é relevante para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado. A rede contempla ainda residências de caráter temporário ou transitório; e residências permanentes para ex moradores de hospitais psiquiátricos que não podem retornar às moradias de suas famílias (BRASIL, 2011).

Assim, por meio da RAPS, pretende-se reduzir a quantidade de leitos psiquiátricos no país através de um processo de desinstitucionalização das pessoas que vivem nos manicômios. A

proposta é a implantação de uma rede extrahospitalar, incluindo residências para aqueles que não conseguem retornar ao convívio de suas famílias por diversas razões e os CAPS, serviços específicos instituídos pela Rede de Atenção Psicossocial para atendimento às pessoas com questões de saúde mental graves e persistentes, em um território. São previstas equipes multiprofissionais para os CAPS para possibilitar a oferta de diversas estratégias de cuidado. Os CAPS são responsáveis, em conjunto com a Atenção Básica, pela ordenação do cuidado desses usuários, garantindo sempre a articulação entre a RAPS, as demais redes de atenção à saúde e as outras redes de serviços e proteção social. Outro ponto muito importante da desinstitucionalização são as intervenções realizadas em vários hospitais psiquiátricos, potencializando um processo de “desmonte” e fechamento dessas unidades.

Segundo Amarante (2015), algumas medidas adotadas pelo Ministério da Saúde não estão de acordo com a estratégia de desinstitucionalização defendida pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica. Entre elas, é possível destacar a possibilidade de financiamento e de credenciamento de serviços privados, o que reproduz uma lógica estritamente sanitária. Tais serviços não seriam espaços para ações em todo o território do qual fazem parte. Além disso, serviços privados são facilmente extintos se o lucro for ameaçado. Há uma crítica também à associação entre o conceito de desinstitucionalização e a desativação de leitos e hospitais psiquiátricos. Para Amarante (2015), a desinstitucionalização é um processo permanente em que novas formas de lidar com a loucura e o sofrimento humano são inventadas, representando assim algo contínuo e que não se extingue com o fechamento das instituições psiquiátricas. A crítica mais interessante e que representa um risco à Reforma é o processo se limitar apenas à mudança do modelo assistencial de saúde mental, sem que ocorram mudanças sociais, culturais e no imaginário da sociedade sobre a loucura (AMARANTE, 2015).

Considerando ambientes por definição asilares, como as prisões e as unidades socioeducativas de internação, os desafios são inúmeros. Quais os limites e as potencialidades para que as pessoas possam receber cuidados em saúde mental nesses locais? Qual o alcance da Reforma Psiquiátrica nessas instituições?

Um dos caminhos possíveis para refletir sobre como o Movimento de Reforma Psiquiátrica teve eco no sistema socioeducativo é a identificação das normas que regulamentam o modelo assistencial de saúde e de saúde mental nesse sistema, em especial as regras e diretrizes que

impactam a organização da assistência à saúde nas unidades de internação de adolescentes.

O primeiro marco normativo brasileiro pós Constituição Federal de 1988 que regulamenta os direitos e garantias das crianças e dos adolescentes é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8069, de 13 de Julho de 1990. As normas relativas à prática de ato infracional por adolescentes estão previstas no Título III do Estatuto, a partir do artigo 103 (BRASIL, 1990).

No art.112 § 3º há previsão normativa específica para os adolescentes portadores de “doença ou deficiência mental”. É estabelecido que estes deverão receber tratamento individual e especializado, em local adequado. No art. 125, é previsto que o Estado tem a obrigação de zelar pela integridade física e mental dos adolescentes, tendo como dever adotar medidas adequadas de contenção e segurança. No art. 150 e no art. 151 há previsão de que o Poder Judiciário poderá prever recursos para manter uma equipe interprofissional para fornecer subsídio técnico às decisões, através de laudos e também verbalmente, além de orientações, encaminhamentos, entre outros (BRASIL, 1990).

No ano de 2012 foi editada a Lei 12.594, instituindo e regulamentando o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - Sinase. A lei prevê como a Administração Pública, por seus mais diversos órgãos e agentes, deverá prestar o atendimento aos adolescentes autores de ato infracional. A União não pode ofertar programas próprios de atendimento aos adolescentes. A Secretaria de Direitos Humanos (SDH) da Presidência da República tem competência de gerir o Sistema Socioeducativo (BRASIL, 2012).

Os estados federados têm diversas responsabilidades previstas pelo Sinase. Entre elas, é possível ressaltar: desenvolvimento de programas para a execução de medidas socioeducativas de semiliberdade e de internação (as medidas de liberdade assistida são de responsabilidade do município); garantia de defesa técnica dos adolescentes suspeitos de ato infracional; cofinanciamento com os demais entes dos programas e ações para o atendimento inicial de adolescentes apreendidos e programas para adolescentes que cumprem medida de internação. É proibida a construção de unidades socioeducativas em espaços integrados a estabelecimentos prisionais (BRASIL, 2012).

O Capítulo V da Lei do Sinase regulamenta a atenção integral à saúde de adolescente em

cumprimento de medida socioeducativa. Duas diretrizes previstas podem ser destacadas: cuidados especiais em saúde mental e garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde de acordo com os marcos normativos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

A Seção II do Capítulo V é específica sobre o atendimento a adolescentes com “transtornos mentais e com dependência de álcool e substância psicoativa”. O adolescente que apresentar indícios de “transtorno mental, deficiência mental ou associadas”, deverá ser avaliado por equipe técnica multidisciplinar e multisetorial. A avaliação da equipe subsidiará a elaboração e execução da terapêutica a ser adotada; e estas informações serão incorporadas ao PIA do adolescente (BRASIL, 2012).

Em relação à atenção em saúde mental, é estabelecido que o juiz poderá, excepcionalmente, suspender a execução da medida socioeducativa, ouvidos o defensor e o Ministério Público, a fim de incluir o adolescente em programa de atenção integral à saúde mental que melhor atenda aos objetivos terapêuticos estabelecidos para o seu caso específico. Se for suspensa a execução da medida, o juiz designará um responsável por acompanhar e informar sobre a evolução do atendimento ao adolescente. A suspensão da execução da medida será avaliada, no mínimo, a cada 6 meses. O tratamento deverá observar o previsto na Lei 10.216/2001. O art 65 da lei do Sinase dá ao juiz a prerrogativa de propor interdição ou outras providências ao adolescente, enquanto o processo permanecer na jurisdição da infância e juventude (BRASIL, 2012).

As normativas que regulamentam a atenção à saúde mental para adolescentes em conflito com a lei muitas vezes utilizam a terminologia “transtornos mentais”, entretanto as regras e as diretrizes estabelecidas abrangem a saúde mental de uma maneira geral, sem restringir a apenas casos e diagnósticos de transtornos propriamente ditos. Todos aqueles em sofrimento psíquico intenso e com questões de saúde mental estão contemplados nas normas elencadas.

O Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo, previsto na legislação do Sinase, foi elaborado em 2013. Representa o esforço dos gestores federais em definir uma matriz de responsabilidades e os eixos de ação para implantação das regras e diretrizes previstas nas legislações que dispõem sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. A proposta é que o Plano Nacional dê subsídios para que os estados e municípios também construam seus planos. Além de oferecer elementos ao planejamento das ações, é importante

que o Plano Nacional oriente a elaboração do Plano Plurianual, da Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual. Dessa forma, as ações podem ser incorporadas aos instrumentos de planejamento orçamentário, possibilitando que haja previsão de recursos para execução do que for estabelecido no Plano Nacional.

Entre os princípios e as diretrizes do Plano Nacional, foram destacados aqueles que se relacionam mais diretamente com a saúde mental dos adolescentes do sistema socioeducativo. Um princípio importante é o que prevê o atendimento territorializado, regionalizado, com participação social e gestão democrática, intersetorialidade e responsabilização, por meio da integração operacional dos órgãos que compõem esse sistema (BRASIL, 2013A).

Entre as diretrizes, ressaltam-se:

- Humanizar as Unidades de Internação, garantindo a incolumidade, integridade física e mental e segurança do/a adolescente e dos profissionais que trabalham no interior das unidades socioeducativas;
- Garantir o acesso a programas de saúde integral;
- Garantir ao adolescente reavaliação e progressão da medida socioeducativa (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013).

As metas associadas mais diretamente à saúde dos adolescentes e de responsabilidade do Ministério da Saúde são:

- Incluir os Projetos Terapêuticos Singulares (TPS) dos Adolescentes nos PIA - prazo: 2014 a 2023;
- Organizar e qualificar a rede de atenção à saúde ampliando o acesso de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas a ações e serviços de saúde resolutivos, em tempo oportuno - prazo: 2014 a 2023;
- Qualificar as redes de atenção à saúde para o atendimento de adolescentes envolvidos com práticas de atos infracionais e com “transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas”, sem quaisquer discriminações, no caso de aplicação da medida protetiva do art. 101, inciso V, do ECA, cabendo à equipe de saúde eleger a modalidade do tratamento que atenda a demanda - prazo: 2014 a 2023;

- Articular ações específicas entre as políticas públicas voltadas à promoção da saúde mental dos adolescentes que pratiquem atos infracionais, especialmente para os adolescentes que estejam cumprindo medidas socioeducativas de internação ou semiliberdade - prazo: 2014 a 2023;
- Incentivar as escolas que atendem adolescentes cumprindo medidas socioeducativas a desenvolver ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento desses adolescentes - prazo: 2014 a 2023;
- Implantação da Notificação Compulsória nos serviços de saúde de referência às Unidades Socioeducativas - prazo: 2014 a 2023 (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013).

O Ministério da Saúde publicou em 2014 duas portarias sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), com as diretrizes, os objetivos e os elementos para organização da atenção à saúde dos adolescentes privados de liberdade. A Portaria Nº 1.082/2014 prevê regras para nortear as ações nos territórios que possuem unidades socioeducativas de internação. A Portaria Nº 1.083/2014 institui um incentivo financeiro para apoio aos estados e municípios que fazem a gestão das ações de saúde para esses adolescentes e que desejarem aderir à Política (BRASIL, 2014).

Duas diretrizes previstas na Portaria Nº 1.082/2014 são fundamentais. Uma delas é a reafirmação da responsabilidade sanitária da gestão de saúde nos Municípios que possuem unidades socioeducativas em seu território, ou seja, mesmo que a unidade socioeducativa seja para cumprimento de medidas de internação, o município é responsável pela gestão de saúde dos adolescentes que nelas estão. Outra diretriz importante é o reforço de que as unidades socioeducativas devem ser permeáveis à comunidade e ao controle social (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Entre os objetivos elencados pela política nacional, é relevante resgatar alguns deles:

- Estimular ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado dos adolescentes em conflito com a lei;
- Incentivar a articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares elaborados pelas equipes

de saúde aos Planos Individuais de Atendimento (PIA);

- Garantir ações de atenção psicossocial para adolescentes em conflito com a lei;
- Priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas;
- Promover a reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com “transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas” (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

A Portaria Nº 1.082/2014 prevê que a atenção integral aos adolescentes que cumprem medida socioeducativa em regime de internação deve ser organizada e estruturada nas redes de atenção à saúde, garantindo que as ações de promoção de saúde mental sejam desenvolvidas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) compartilhadas com outros pontos de atenção, quando necessário; que haja articulação com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para possibilitar avaliações psicossociais e realização de intervenções terapêuticas; e acesso a Serviço Hospitalar de Referência, em caso de necessidade (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

A atenção integral à saúde para os adolescentes em situação de privação de liberdade deve ser realizada, prioritariamente, na Atenção Básica. Assim, todas as unidades socioeducativas terão como referência uma equipe de saúde da atenção básica. Nos casos em que houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, a equipe de saúde da atenção básica de referência deverá se articular com a primeira para, de modo complementar, inserir os adolescentes na rede de atenção à saúde (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

A fim de que as equipes de atenção básica de referência para unidades socioeducativas possam organizar e estruturar a atenção em saúde mental, a Portaria Nº 1.082/2014 possibilita que essas equipes sejam acrescidas de profissionais de saúde mental, em quantidade proporcional à população de adolescentes da unidade socioeducativa do território. Há ainda a diretriz de que as equipes de atenção básica, sempre que possível, sejam multiprofissionais, compondo-se com pelo menos um psicólogo ou médico psiquiatra (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

A análise dos instrumentos normativos mencionados – ECA, Sinase e Portarias do Ministério da Saúde – aponta para o reconhecimento de que o direito à saúde e em especial à saúde

mental é uma questão relevante para aqueles responsáveis pela garantia do atendimento socioeducativo adequado.

Para Assis e Barreto (2014), as agendas relativas à juventude e à saúde mental devem se “comunicar” para possibilitar a garantia de direitos dessa parcela da sociedade. As diretrizes associadas à “doutrina de proteção integral” apontam para que os direitos individuais e sociais sejam garantidos através de ações com base comunitária, com participação das famílias e, prioritariamente, em liberdade. Conforme os autores, as instituições privativas de liberdade não têm possibilidade de promover direitos em plenitude sem apoiar-se em bases comunitárias (ASSIS; BARRETO, 2014).

Assis e Barreto (2014) afirmam que o adolescente com “transtorno mental” tem o direito de ser atendido na rede substitutiva de saúde, por meio de estratégias que considerem suas singularidades, mesmo em cumprimento de medida socioeducativa. Segundo esses autores, o direito à saúde mental é o único no campo da saúde destacado na lei que regulamenta o SINASE, tamanha sua relevância; e há previsão de preferência pelo tratamento em rede substitutiva e com intersetorialidade entre as equipes das unidades socioeducativas e de saúde externa, na rede de atenção.

Entretanto, é importante ressaltar a dificuldade em adotar práticas de atenção à saúde mental nos ambientes de privação de liberdade. Conforme Assis e Barreto (2014, pág 21), “esse é o maior nó que podemos encontrar na interface entre as políticas de atendimento socioeducativo e de saúde mental”. A liberdade faz parte das estratégias de cuidado, o que é uma consequência histórica das violações de direitos praticadas nos ambientes asilares dos manicômios. A ausência de liberdade representa um desafio constante.

Assis e Barreto (2014) apontam que outro desafio no sistema socioeducativo é a escuta diferenciada para as demandas de saúde mental em relação às demais demandas de saúde. É possível chegar a conclusões precipitadas avaliando meramente o comportamento do adolescente de maneira isolada. O diagnóstico de sofrimento psíquico não pode ser definido de maneira imediata e apressada; e após confirmado, é preciso que ocorra uma reflexão sobre os cuidados e a atenção à saúde mental oferecidos ao adolescente dentro de uma unidade socioeducativa. Também é importante a reflexão de que a estrutura e a própria instituição provocam sofrimento que depois pode se tornar uma demanda de saúde mental.

Em um ambiente sem liberdade, como a unidade socioeducativa de internação, há que serem considerados os princípios da “incompletude institucional” e do atual modelo de assistência em saúde mental. E não basta apenas a liberdade física do adolescente através da realização de atividades extramuros, é necessário reconhecer que o adolescente tem autonomia e é um sujeito “potente em suas singularidades” (ASSIS; BARRETO, 2014).

Para finalizar, Assis e Barreto (2014, pag 27) concluem que entre os aspectos de saúde associados ao sistema socioeducativo, a saúde mental “parece ser a face mais complexa (...), até porque, por vezes, seu exercício é equivocadamente garantido como meio de adequar o comportamento do jovem ao cumprimento da medida. Esse manejo caracteriza um desvio de conceito (...)”.

A partir dos desafios inerentes à garantia de cuidados integrais à saúde mental em ambientes com privação de liberdade, como as unidades socioeducativas de internação, das reflexões apontadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica no país e ainda tendo como referência a legislação vigente sobre o tema, foi realizado o trabalho de campo em unidades socioeducativas do Rio de Janeiro a fim de compreender de que maneira as demandas de saúde mental são identificadas e como são “tratadas” pelos atores institucionais responsáveis por pensar soluções para essas demandas.

5 METODOLOGIA: PERCURSO E ESCOLHAS

5.1 Tipo de estudo

A pesquisa realizada é um estudo qualitativo, de caráter exploratório. Minayo (2014, pag 57) define o método qualitativo como aquele mais aplicável ao estudo “da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”. A abordagem qualitativa possibilita o estudo de processos sociais pouco conhecidos de determinados grupos. Também auxilia na compreensão da lógica interna de um grupo social ou de um processo social (MINAYO, 2014).

O caráter exploratório da pesquisa se justifica por não existirem muitos estudos com a temática de atendimento em saúde mental no sistema socioeducativo. A finalidade foi criar uma aproximação reflexiva sobre um tema raramente abordado e sobre o qual existem poucas hipóteses “prontas”.

5.2 O Campo e os Sujeitos de Estudo

Para se ter uma ideia do escopo do sistema socioeducativo do Rio de Janeiro, estão sob gestão do estado todas as unidades de internação e de semiliberdade, com restrição ou privação de liberdade. O estado do Rio de Janeiro possui atualmente dezesseis unidades de semiliberdade e seis unidades de internação. Seguem listadas abaixo as unidades de internação:

N	Unidade Socioeducativa de Internação	Município em que se localiza	Funcionamento
1	Centro de Socioeducação Irmã Asunción de La Gándara Ustara	Volta Redonda	Internação provisória e internação de adolescentes do sexo masculino
2	Centro de Socioeducação Professora Marlene Henrique Alves	Campos dos Goytacazes	Acautelamento, internação provisória e internação de adolescentes do sexo masculino
3	Centro de Socioeducação Professor Antonio Carlos Gomes da Costa	Rio de Janeiro	Acautelamento, internação provisória e internação de adolescentes do sexo feminino

N	Unidade Socioeducativa de Internação	Município em que se localiza	Funcionamento
4	Escola João Luiz Alves (EJLA)	Rio de Janeiro	Internação de adolescentes do sexo masculino
5	Educandário Santo Expedito (ESE)	Rio de Janeiro	Internação de adolescentes do sexo masculino
6	Centro de Atendimento Intensivo Belford Roxo (CAI-Baixada)	Belford Roxo	Internação provisória e internação para adolescentes do sexo masculino

Com o objetivo de entender melhor qual a diferença de finalidade entre as unidades, é possível resgatar a descrição que Lopes (2015) faz do fluxo dos adolescentes no sistema socioeducativo do Rio de Janeiro. Ao serem apreendidos no município do Rio de Janeiro, os adolescentes vão para a Delegacia Especial da Criança e do Adolescente. De lá têm três caminhos possíveis: serem liberados, serem encaminhados ao Ministério Público ou ao Juizado responsável, ou serem encaminhados para uma unidade de atendimento inicial. No DEGASE, essa função de atendimento inicial é realizada pelas unidades com acatamento. No município do Rio de Janeiro, a unidade que realiza esse atendimento inicial é o Centro de Socioeducação Gelso de Carvalho Amaral, localizado na Ilha do Governador, considerado a “porta de entrada” do sistema socioeducativo. Lá os adolescentes podem permanecer pelo prazo máximo de 72 horas. Se for decidido que o adolescente não poderá aguardar o término de seu processo em liberdade, ele é encaminhado a uma unidade de internação provisória, onde pode permanecer pelo período máximo de 45 dias. Se a decisão judicial for pela adoção da medida de internação, o adolescente é encaminhado para uma das unidades de internação do estado (LOPES, 2015).

Foram escolhidas para a pesquisa duas unidades socioeducativas de internação, uma feminina e uma masculina. Como só há uma unidade para adolescentes do sexo feminino, o Centro de Socioeducação Professor Antonio Carlos Gomes da Costa, esta foi uma das escolhidas para realização da pesquisa de campo.

Esta unidade feminina era denominada anteriormente de Educandário Santos Dumont e é uma das mais antigas na estrutura do DEGASE. Conforme Lopes (2015), esta unidade tem capacidade para até 36 meninas e recebe adolescentes de todo o estado do Rio de Janeiro. Fica localizada na Ilha do Governador. Em Julho de 2016 estava com 70 adolescentes aproximadamente, entre internação e internação provisória.

Entre as unidades para adolescentes do sexo masculino, foi escolhida a Escola João Luiz Alves (EJLA). Esta unidade é destinada à internação de adolescentes do sexo masculino e, de acordo com Lopes (2015), tem capacidade para até 120 pessoas. Foi criada em 1928 e também se localiza na Ilha do Governador. Recebe adolescentes de todo o estado e em Julho de 2016 contava com 400 adolescentes aproximadamente.

Os sujeitos desse estudo são os membros da Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social (CSIRS) do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (Degase), órgão gestor das medidas socioeducativas de internação no Rio de Janeiro, e os profissionais das equipes de saúde mental das unidades socioeducativas de internação selecionadas.

Na Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social (CSIRS) do Degase, as ações de saúde mental identificadas são formuladas e estruturadas. Não existe no organograma formal do Degase uma área de saúde mental, entretanto há algumas pessoas na Coordenação que desempenham papéis específicos em relação à saúde mental.

Não há definição de uma equipe mínima de saúde mental para as unidades socioeducativas na legislação do Sinase (BRASIL, 2012). No artigo 12 está prevista a necessidade de que a equipe técnica do programa de atendimento socioeducativo tenha, no mínimo, profissionais das áreas de saúde, educação e assistência social, sem determinar o quantitativo de profissionais de cada área e de cada categoria. No artigo 62, a lei complementa que as entidades com adolescentes em privação de liberdade devem ter equipe mínima de profissionais de saúde em conformidade com as regras do Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação à saúde mental, o artigo 64 prevê que os adolescentes com indícios de “transtorno mental, deficiência mental ou associados”, devem ser avaliados por equipe técnica “multidisciplinar e multissetorial”. Também há previsão de que a composição e a atuação dessa equipe técnica deverão ser regulamentadas por normas do SUS.

Não há obrigatoriedade de as equipes de saúde mental serem compostas por um quantitativo mínimo de profissionais nas unidades socioeducativas de internação. O Ministério da Saúde prevê a possibilidade de acréscimo de profissionais de saúde mental nas equipes de atenção básica do território em que se localiza a unidade socioeducativa. Há uma oferta de incentivos financeiros para os municípios que aderirem às regras e às diretrizes previstas na portaria

(BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

No sistema socioeducativo do Rio de Janeiro, conforme pode ser verificado na Lei Estadual N. 4.802, de 29 de Junho de 2006, estão previstos no quadro de pessoal do DEGASE os seguintes profissionais de saúde: enfermeiro, enfermeiro do trabalho, farmacêutico, médico, médico psiquiatra, musicoterapeuta, nutricionista, odontólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional. Assim, é possível observar que há previsão de profissionais de saúde mental para as unidades socioeducativas – médico psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional (RIO DE JANEIRO, 2006).

Nas unidades socioeducativas de internação, existem dois tipos de equipe de atendimento, com profissionais de saúde mental: uma equipe técnica responsável pelo acompanhamento da medida socioeducativa dos adolescentes e de seus processos judiciais e uma equipe de saúde mental, que realiza os atendimentos em saúde mental dos adolescentes. Nas duas equipes há a presença de psicólogos. Apenas as equipes de saúde mental, que realizam os atendimentos, foram entrevistadas nas unidades escolhidas para a pesquisa.

Em cada uma das unidades socioeducativas havia três profissionais na equipe de saúde mental, totalizando seis pessoas nas duas unidades. Na Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social, foram entrevistadas três pessoas, totalizando nove entrevistas. As entrevistas ocorreram nos meses de Julho e Agosto de 2016. Entre os entrevistados, a maioria era de mulheres (8 dos 9), com formação em psicologia (4) e assistência social (2), principalmente. A faixa etária estimada de cinco deles é de 30 a 40 anos, e dos quatro restantes acima de 40 anos.

5.3 Técnicas e instrumentos

As entrevistas seguiram o modelo semiestruturado, ou seja, havia um rol de perguntas previamente formuladas e também os entrevistados puderam falar de maneira mais aberta sobre os temas abordados. A entrevista é um método que possibilita obter informações “diretamente construídas no diálogo com o indivíduo entrevistado” e que abrangem a maneira como esse indivíduo reflete e percebe sua realidade (MINAYO, 2015). Por meio das entrevistas individuais, é possível identificar as ideias, as concepções sobre o papel do

profissional, as opiniões, as maneiras de pensar o trabalho e o seu contexto, entre outros aspectos.

No roteiro de entrevista foram abordados os seguintes temas: organização e atribuições das equipes de saúde mental nas unidades socioeducativas, principais demandas de saúde mental identificadas pelas equipes e a maneira que estas demandas são atendidas, articulação com as redes de atenção à saúde do território e com a atenção básica, acesso dos adolescentes aos serviços do SUS externos às unidades, papel da Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social do Degase no que se refere à saúde mental, interlocução com atores externos às unidades socioeducativas como o Judiciário e a Secretaria Municipal de Saúde, papel das equipes de saúde mental na reavaliação das medidas socioeducativas pelos juízes, ações de prevenção e promoção realizadas pelas equipes de saúde mental das unidades, dificuldades no atendimento às demandas de saúde mental e propostas de melhoria desse atendimento.

Os roteiros de entrevista estão no apêndice 1. Há pouca diferença entre os dois roteiros; sendo um direcionado às equipes das unidades socioeducativas e outro aos profissionais da Coordenação de Saúde do Degase.

5.4 Procedimentos de análise

Foi adotada a análise de discurso crítica na discussão dos resultados. Fairclough (2001) propõe uma abordagem do discurso que incorpora a análise linguística e o pensamento social e político. Esse autor considera que o uso da linguagem é uma forma de prática social e não resulta de mera escolha individual, sendo uma forma de agir e de representar o mundo.

O discurso é constituído socialmente e impacta na estrutura social, assim como sofre influência dessa mesma estrutura. “O discurso é uma prática, não apenas de representação do mundo, mas de significação do mundo” (FAIRCLOUGH, 2001, pag 91).

O método de análise de discurso de Fairclough (2001) tem como foco a concepção de discurso enquanto prática política e ideológica. Fairclough propõe um diagrama de análise que reúne três tradições analíticas de discurso: a linguística, representada pela análise textual; a macrosociológica, em que a prática social é relacionada às estruturas sociais e por fim a

microsociológica, que abrange a ideia da prática social como algo produzido pelas pessoas de forma ativa.

O diagrama de análise é, portanto, tridimensional sendo as dimensões assim propostas:

- Primeira dimensão: análise textual do discurso. É descritiva e considera vocabulário, gramática, coesão e estrutura social. O vocabulário trata das palavras de forma individual, a gramática abrange o arranjo das palavras em orações, a coesão consiste na ligação entre as orações e a estrutura social abrange outras propriedades como o planejamento e a “arquitetura” dos textos;
- Segunda dimensão: prática discursiva. É de natureza interpretativa e nela identifica-se a relação entre discurso e estrutura social. Neste aspecto, é adotada uma análise de como os textos (enquanto produções discursivas) são produzidos, interpretados, distribuídos e consumidos e em que contextos essas ações ocorrem. Nesta dimensão é incorporada a identificação de recursos de coerência do discurso. São analisadas as intertextualidades, ou seja, a menção direta a outros textos; e as interdiscursividades que incorporam elementos de outros discursos circulantes;
- Terceira dimensão: prática social. É uma dimensão interpretativa, assim como a segunda, e consiste em analisar as relações de poder e as ideologias que constituem o discurso. As ideologias são concebidas como formas de compreensão do mundo e que contribuem para manter ou estabelecer relações de dominação. "Quando são encontradas práticas discursivas contrastantes em um domínio particular ou instituição, há probabilidade de que parte desse contraste seja ideológica" (FAIRCLOUGH, 2001, pag 117).

É possível notar que a proposta foi desenvolver uma análise das entrevistas considerando-as discursos sobre a realidade associados a um ethos e a um determinado conjunto de rotinas profissionais e visões de mundo a partir do olhar do local ocupado pelos profissionais de saúde mental no sistema socioeducativo do Rio de Janeiro. Assim, o objetivo foi analisar, a partir das falas e respostas dadas às questões do roteiro de entrevista, que elementos textuais indicam determinadas intencionalidades e os posicionamentos, bem como de que maneira os discursos se relacionam com a estrutura social e estão imbuídos de relações de poder e ideologias que impactam na representação da realidade por esses profissionais e em sua ação social nesta mesma realidade.

5.5 Aspectos éticos

É importante ressaltar que esse estudo faz parte de uma pesquisa mais abrangente, denominada “Estudo das Condições de Saúde e das barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde de Jovens em Conflito com a Lei Cumprindo Medidas Socioeducativas em Privação de Liberdade no ERJ”. Esta pesquisa é coordenada pela Professora Simone Gonçalves de Assis e foi aprovada pelo Edital de Políticas Públicas e Modelos de Atenção, PMA 2015 – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O projeto de pesquisa mais amplo foi autorizado pelo Comitê de Ética da ENSP e pela Escola Socioeducativa do Degase.

O projeto que deu origem a este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética da ENSP como um subprojeto da pesquisa mencionada acima e foi aprovado em 10 de Julho de 2016 por meio do parecer 1.630.187.

Foi feito um termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE, assinado por todos que participaram da pesquisa nas entrevistas (apêndice 2). Serão neste trabalho preservadas as identidades e a confidencialidade dos entrevistados.

6 RESULTADOS

6.1 Contexto: as unidades, os entrevistados, o campo

A Escola de Gestão Socioeducativa Professor Paulo Freire (ESGSE) do Degase, responsável pela autorização de pesquisas nas unidades socioeducativas, fez a análise do projeto “Estudo das Condições de Saúde e das barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde de Jovens em Conflito com a Lei Cumprindo Medidas Socioeducativas em Privação de Liberdade no ERJ”, além do subprojeto que deu origem a este estudo aqui apresentado.

Para que esta pesquisadora tivesse acesso às unidades socioeducativas e à Coordenação de Saúde do Degase, a Escola Socioeducativa disponibilizou uma carta de autorização específica, nominal e com validade até Dezembro de 2016. Nesta carta estavam listadas as unidades em que a pesquisadora poderia ter acesso e havia a previsão clara de que só entrevistaria os profissionais de saúde nesses locais. Como no recorte do estudo para o mestrado não haveria contato com os adolescentes, após aprovação pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública, bastava apenas essa autorização do Degase para realização da pesquisa de campo.

Os interlocutores da Escola Socioeducativa, ao entrarem em contato para informar que a carta de autorização estava pronta, solicitaram que os primeiros entrevistados fossem os profissionais que trabalham na Coordenação de Saúde do Degase para que estes pudessem contextualizar a atual situação vivenciada pelas unidades e pelo estado do Rio de Janeiro – superlotação das unidades, insuficiência de recursos, crises, entre outras dificuldades. A preocupação era que tais questões fossem consideradas na análise dos dados coletados.

O acesso à Coordenação de Saúde do Degase foi tranquilo e rapidamente foi possível agendar as entrevistas. Foram realizadas três entrevistas com profissionais da Coordenação de Saúde que desenvolviam em seu cotidiano ações relativas à saúde mental, bem como articulação com as equipes de saúde mental das unidades socioeducativas. Não há uma área formal dentro da Coordenação de Saúde para a saúde mental, entretanto alguns profissionais se ocupam mais desse tema no dia a dia.

Foi sugerido por um dos profissionais da Coordenação de Saúde que as entrevistas nas unidades fossem agendadas diretamente com os entrevistados, a fim de que se definisse uma data compatível com a agenda deles de atendimento e de outros compromissos na unidade. Além disso, os profissionais das unidades têm sua jornada de trabalho organizada de maneira distinta, então geralmente estão nas unidades duas ou três vezes por semana dependendo da carga horária. Por fim, foi informado que os diretores poderiam ser comunicados da realização das entrevistas pelos próprios entrevistados, pois não teriam disponibilidade para conversarem antes com a pesquisadora.

Os agendamentos ocorreram por telefone diretamente com os profissionais a serem entrevistados, em dias e horários mais adequados para eles. Em uma das unidades, no primeiro dia de entrevista, uma pessoa da equipe da unidade, que não seria entrevistada, questionou minha presença e pediu cópia da carta de autorização para mostrar ao diretor. Depois ela ficou mais tranquila e nos demais dias de entrevista nessa unidade tudo transcorreu tranquilamente. Na outra unidade em que ocorreram entrevistas foi difícil agendar a primeira delas, mas depois, as demais foram facilmente marcadas.

Quando fiz os agendamentos por telefone e no momento inicial das entrevistas, me apresentei como aluna do mestrado de saúde pública da ENSP/Fiocruz e mostrei a todos as autorizações – do Degase e do Comitê de Ética. Também informei que era integrante da equipe da Fiocruz que desenvolvia concomitantemente a pesquisa “Estudo das Condições de Saúde e das barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde de Jovens em Conflito com a Lei Cumprindo Medidas Socioeducativas em Privação de Liberdade no ERJ”. Alguns entrevistados solicitaram mais informações sobre minha trajetória profissional. Em geral, os entrevistados pareciam acostumados a receberem pesquisadores e todos agradeceram por ter agendado previamente a entrevista (parece que a maioria dos entrevistadores não agenda, apenas vai até a unidade e pede para falar com o entrevistado). Apenas um dos entrevistados, ao questionar sobre o local em que eu trabalhava, se mostrou extremamente defensivo, como se houvesse a intenção de defender a existência das equipes de saúde mental nas unidades perante o Ministério da Saúde (órgão em que atuo). Esse entrevistado reforçou durante vários momentos que a presença das equipes de saúde mental não significa ir contra os preceitos da Reforma Psiquiátrica e que o trabalho delas é significativo para o sistema socioeducativo.

No total ocorreram nove entrevistas. Entre os entrevistados, a maioria é de psicólogos

(quatro). Há entre os profissionais também assistente social, musicoterapeuta, psiquiatra e terapeuta ocupacional. O sexo feminino é o mais recorrente entre os integrantes das equipes de saúde mental – oito pessoas entrevistadas eram mulheres. Os profissionais são em sua maioria jovens com até quarenta anos de idade (estimativa). Apenas um dos entrevistados não autorizou a gravação da entrevista porque relatou já ter tido problemas com pesquisadores anteriores que publicaram informações que não foram ditas nas entrevistas. Com exceção dessa entrevista que não pôde ser gravada, as demais ocorreram em um clima bastante favorável, ameno e colaborativo. Os entrevistados foram receptivos.

Todas as entrevistas ocorreram no local de trabalho dos entrevistados. Na Coordenação de Saúde, a sala da coordenadora foi utilizada para as entrevistas. Nas unidades, uma das salas de atendimento usada pelas equipes de saúde mental também foi disponibilizada. A duração das entrevistas variou muito, sendo a mais curta de 16 minutos aproximadamente e a mais extensa de 150 minutos. A duração média foi de 47 minutos, mas a maior parte das entrevistas durou até 50 minutos (apenas duas duraram mais que isso). As entrevistas de maior duração ocorreram entre os profissionais da Coordenação de Saúde.

Nos dias em que estive nas unidades socioeducativas, vi poucos adolescentes. Na unidade feminina, o portão de acesso mais próximo à sala dos profissionais de saúde mental fica próximo à entrada da área e não é preciso atravessar o pátio ou outras áreas de convivência dos adolescentes. Em um dos dias de entrevistas havia visitas, então tive um contato breve apenas com os familiares enquanto aguardava o entrevistado. Na unidade masculina, o acesso à sala de atendimento da saúde mental ficava no primeiro piso da unidade e os alojamentos ficavam em outras áreas. Assim, pude ver poucos adolescentes e conhecer poucos espaços da unidade, já que ia direto à sala disponibilizada para as entrevistas.

Todas as entrevistas foram feitas e transcritas pela pesquisadora responsável por este estudo. Nas transcrições, foi usado o programa “Express Scribe Transcription” que desacelera as falas a fim de facilitar a digitação. Após conclusão das transcrições, os áudios foram novamente ouvidos na íntegra para conferência dos textos digitados e revisão. Os textos foram então lidos repetidas vezes a fim de identificar discursos que mais se destacavam, temas abordados com frequência, elementos que seriam importantes para a análise. O material transcrito foi organizado pelas perguntas do roteiro de entrevista, tanto pela ordem em que as respostas apareciam após cada pergunta, quanto por temas abordados que faziam referência a cada

pergunta, mesmo que aparecessem em outras partes da entrevista. Assim, foi possível identificar aqueles temas e discursos mais abordados e que se destacavam nas entrevistas.

6.2 Equipes de saúde mental: origem, papel, práticas

Quando o atual quadro de gestores do Degase assumiu os cargos de direção e de coordenação existentes, já havia diagnósticos sobre as condições de saúde nas unidades socioeducativas. Eram apontadas como fragilidades a inexistência de fluxo e de rotina, oferta direcionada apenas a demandas espontâneas, centralização das ações nos médicos das unidades, entre outras. Outros levantamentos internos foram realizados por meio de visitas a todas as unidades socioeducativas, incluindo as de semiliberdade (entrevistas 1 e 2).

Conforme relatos dos entrevistados da Coordenação de Saúde, houve aproximação com a Secretaria de Estado de Saúde e também com as áreas de saúde das Secretarias Municipais de Saúde nos locais em que existiam unidades de internação. Foram realizadas diversas reuniões de articulação para pactuação dos fluxos entre as unidades e as redes de atenção à saúde, principalmente ao longo do ano de 2015. De acordo com os entrevistados, alguns municípios foram mais receptivos e logo se comprometeram com as ações necessárias para acesso dos adolescentes à rede, como Volta Redonda. Com outros a negociação foi mais difícil, como Campos.

Então aí eu aproveitei esse momento de aproximação da Secretaria Estadual de Saúde pra que a gente então, então, começássemos a, é, é, pactuar ações, fazer reuniões com os municípios até esse momento aonde nós tínhamos unidades de internação, tá. (Entrevista 1)

Em Volta Redonda até se conseguiu já mais aquela equipe de dar suporte, de referência no município já tá constituída, já tem lá financiada por essa verba né, o psicólogo e o psiquiatra. (Entrevista 3)

(...) alguns já foram mais receptivos. Como eu falei Volta Redonda é um município que já tava sensibilizado, já entendia, então aconteceu muito rápido, a gente já sentou ali, já pactuamos as ações, já escrevemos, enfim, toda a equipe envolvida, é... então foi, é um município que teve facilidade. Campos um município muito difícil. Niterói, nem conseguimos sensibilizar Niterói, né, mas avançamos em Macaé,

avançamos em Teresópolis. Em Nova Friburgo também não conseguimos nada. Nova Iguaçu, muitas dificuldades, mas conseguimos em Nilópolis, você veja, um município pobre, mas conseguiu aderir né. (Entrevista 1).

Foi realizado um concurso público no Degase em 2011 e os novos gestores receberam vários profissionais dessa seleção a partir de 2012, incluindo os profissionais de saúde mental. A entrada dessas pessoas possibilitou uma reestruturação do trabalho e uma nova alocação de equipes nas unidades socioeducativas.

Em 2013 foi realizado o primeiro seminário interno do Degase sobre saúde mental, álcool e outras drogas, em que as equipes que trabalhavam nas unidades foram convidadas a apresentarem suas experiências. Nesse momento foi problematizado o alto índice de medicalização dos adolescentes na época. Identificou-se que o psiquiatra era o primeiro da linha de cuidado e havia uma tendência a medicalizar. Vilarins também identificou em pesquisa uma tendência à medicalização dos adolescentes diagnosticados com transtornos mentais em uma unidade de internação do Distrito Federal por serem considerados perigosos, enquanto resposta preferencial às demandas que chegavam ao psiquiatra da unidade (VILARINS, 2014a).

A partir da constatação da alta medicalização foram desenvolvidas ações por meio de mudanças na linha de cuidado e na lógica de trabalho das equipes. Foram intensificadas também as ações de educação, esporte e lazer nas unidades, vistas como estratégicas para a não medicalização em massa desses adolescentes. A intersetorialidade no cuidado dos adolescentes é uma diretriz para o CAPSi e para a rede ampliada de atenção, a fim de diversificar as respostas ofertadas às questões de saúde mental sob gestão de áreas que tradicionalmente desenvolvem ações para esse público, como assistência social e educação. A articulação dos recursos existentes, tendo um objetivo comum, possibilita a colaboração entre setores que funcionam normalmente isolados (COUTO; DELGADO, 2016). Tais elementos são apontados como estratégicos para a rede ampliada no território, mas é possível identificar que conforme relatos dos entrevistados também foram considerados nas intervenções para redução dos níveis de medicalização.

Também foram ofertadas aos profissionais capacitações promovidas pela Coordenação de Saúde que poderiam ser utilizadas como requisitos de promoções de carreira. O investimento

em formação das equipes também é uma estratégia dos serviços de saúde mental do território, especialmente por haver poucos profissionais no país qualificados para a prática de saúde mental da infância e da adolescência (VIEIRA; RAMOS; ROSÁRIO, 2016).

Uma coisa é a política, outra coisa é o que está sendo executado, outra coisa são, é aquilo que o profissional enfrenta no dia a dia e que só ele pode falar disso, né. Então promovemos (*o Seminário de Saúde Mental*) e foi fantástico. (Entrevista 1)

(...) viemos assim preparando o profissional, capacitando os profissionais com várias ações, depois posso dar a listagem de todos os cursos que a gente promoveu nesses últimos anos, é... voltados tanto pra área da saúde integral quanto saúde mental, e também de vigilância em saúde. (Entrevista 1)

E por que que a gente conseguiu atrair até o médico pra sala de aula? Porque paralelo a isso a gente tem também no nosso plano de cargos e salários que pra que a progressão saísse você precisava ter uma capacitação de x horas, x horas de capacitação. Aí com isso foi um facilitador. Porque aí, quer dizer, cada um na sua área, então a gente tem aqui um tema que me interessa, então veio fazer, então nossas aulas eram sempre lotadas, sempre lotadas. (Entrevista 1)

A partir da incorporação das equipes de saúde mental no fluxo de assistência, os psiquiatras passaram a atender os adolescentes encaminhados pelas equipes, geralmente quando havia necessidade de avaliação e definição sobre alguma medicação. Deixaram, assim, de serem acionados pelos diretores e outros profissionais enquanto primeiro recurso assistencial em saúde mental.

A decisão do Degase por alocar equipes de saúde mental nas unidades socioeducativas está relacionada com a insatisfação dos profissionais que atendiam os adolescentes nas unidades apenas para elaborar relatórios para o Judiciário. Além disso, um dos entrevistados afirma que há reconhecimento por parte das equipes de que o confinamento produz sofrimento psíquico. O encarceramento, segundo um dos entrevistados, o distanciamento da família e do convívio social são produtores de grande sofrimento. Propõe-se que essas equipes tenham “um olhar mais cuidadoso, uma escuta diferenciada” (entrevista 1). Soma-se a essas explicações a de que o território não consegue absorver toda a demanda dos adolescentes das unidades. Um dos entrevistados menciona que há uma tentativa, por meio das equipes, de implementar o “viés da promoção de saúde, da prevenção de agravos” (entrevista 3).

A Coordenação de Saúde entende que a existência das equipes de saúde mental nas unidades representa “um espaço pra que ele, né, possa ter uma escuta, possa ter acolhimento, que a gente possa tá sensível a esse adolescente” (entrevista 1).

Outra visão sobre o papel das equipes de saúde mental é apresentada pelo entrevistado 2, que acredita que as equipes de saúde mental funcionam como mediadoras de conflitos na unidade, mesmo quando há questões que não são de saúde mental. Essa perspectiva é discutida em um dos artigos que será apresentado na próxima seção².

Então na realidade o que que a gente é, é, foi entendendo, né, que que a gente pactuou, nós teríamos um trabalho dentro da atenção básica, né, no Degase, a gente teria uma equipe de referência em saúde mental que alimenta a atenção básica, que alimenta um pouco a medida, nós manteríamos essas equipes na unidade, que são os grandes mediadores de conflito nas unidades. Hoje pensa se eu não tenho essa equipe, hoje a gente estaria numa situação muito complicada porque ela é a equipe que media o conflito, independente de ser do menino da saúde mental ou não, mas tem uma escuta diferenciada, tem um olhar diferenciado. (Entrevista 2)

A equipe de saúde mental é vista como a “chance que ele tem de ser visto, de ser identificado, entendeu, se poder tentar entender qual é o processo psíquico dele, saber se ele tem sofrimento psíquico agudo” (entrevista 2). Ou seja, as equipes representariam uma “oportunidade” e um meio de acesso a direitos para os adolescentes que cumprem medida de internação e possuem questões de saúde mental.

Então, é, é, a gente tá pegando meninos de rua muito graves. E quem trata desses meninos? Aonde é que ele vai parar? Tá no Degase, a chance que ele tem de ser visto, de ser identificado, entendeu, se poder tentar entender qual é o processo psíquico dele, saber se ele tem sofrimento psíquico agudo, se ele tá com uma doença crônica, se ele já, aqui que ele pára. (Entrevista 2)

Em relação às práticas das equipes, ou seja, o que desenvolvem enquanto ações rotineiras de trabalho, aponta-se que as equipes realizam “atendimento individual, atendimento de família e articulação com a rede” (entrevista 2). Além disso, a Coordenação de Saúde orienta que sejam

² Artigo “Discursos sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de internação no Rio de Janeiro”

realizados grupos nas unidades com os adolescentes. Também é orientado que as equipes se atentem para as possibilidades de suspensão da medida socioeducativa “se o adolescente tem uma questão clínica ou psíquica que seja, é, prioritária na vida dele; a gente entende que ele não pode ficar no Degase, que ele não tem como cumprir a medida” (entrevista 2).

Em relação à suspensão da medida, o entendimento é de que o Degase não é local de tratamento, apesar de existir “apoio terapêutico” para os adolescentes que precisam cumprir a medida e tem uma questão de saúde mental, mas com capacidade de compreensão da natureza da medida. Ao mesmo tempo, há casos em que o juiz não abre mão da medida principalmente se o adolescente “não tem família, situação de rua” – e nesse caso as equipes se organizam para possibilitarem um atendimento intensivo (entrevista 2). É histórico no país o estabelecimento de relações entre juventude, pobreza, violência e “delinquência”, de tal maneira que a presença de tais atributos justificariam por si só a adoção de estratégias de controle, contenção e segregação (ROSA; M. C., 2012) (TRASSI; MALVASSI, 2010). Há um apelo por mais punição, mais prisão e maior tempo de permanência nessas instituições – a imagem do jovem delinquente impulsiona respostas mais repressivas.

Sobre a articulação com a rede, que é analisada em um dos artigos³, um dos entrevistados ressalta que a equipe busca identificar se o adolescente já estava inserido na rede e, se sim, faz o contato para verificar a possibilidade de profissionais do serviço irem até a unidade de internação para continuarem acompanhando esses adolescentes.

A Coordenação de Saúde identifica que houve um grande investimento no “manejo psicossocial” e no diálogo, a fim de que os adolescentes pudessem ser acompanhados de perto. Nos depoimentos, o papel de mediador de conflitos atribuído a esses profissionais é retomado, relacionando com o manejo psicossocial:

Manejo psicossocial é o que ta fazendo a gente conseguir dar conta dessas unidades com 2 vezes e meia ou 3 vezes a sua capacidade. (Entrevista 2)

Um dos entrevistados apresenta uma outra perspectiva sobre o papel da equipe de saúde

³ Artigo “Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo do Rio de Janeiro: relação entre as equipes das unidades e a rede”

mental, indicando que auxilia a fortalecer laços e vínculos e a trabalhar o desejo de “continuar lá fora”, missões importantes e desafiadoras dos profissionais de saúde mental, que vão além da assistência direta à saúde e à saúde mental.

É... atende a família e assim, faz o máximo possível pra fazer com que esse adolescente continue mantendo esse contato com o território, sempre pensando de que ele vai receber em algum momento a progressão e que ele vai voltar pra casa. E, assim, fortalecer os laços que forem necessários fortalecer, trabalhar nele o desejo, o desejo de querer, se ele achou bom ter alguém com quem ele pudesse contar, conversar, que ele possa, assim, minimamente, é... manter um pouco esse fogo desse desejo de, de continuar lá fora. (Entrevista 7)

6.3 Artigos

Neste item serão apresentados os dois artigos com os principais resultados desta pesquisa. O primeiro artigo, denominado “**Discursos sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de internação no Rio de Janeiro**” traz as concepções discursivas dos profissionais de saúde mental sobre o que se constitui demanda de saúde mental para as equipes. O segundo artigo “**Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo do Rio de Janeiro: relação entre as equipes das unidades e a rede**” complementa o primeiro apontando de que maneira os profissionais percebem as relações estabelecidas com a Rede de Atenção Psicossocial para atendimento das questões que se constituem enquanto demandas para as equipes.

6.3.1 - Discursos sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de internação no Rio de Janeiro

Discursos sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de internação no Rio de Janeiro

Autoras:

Débora Stephanie Ribeiro

Fernanda Mendes Lages Ribeiro

Suely Ferreira Deslandes

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar as concepções discursivas do que é considerado demanda de saúde mental dos adolescentes cumprindo medida de internação nas unidades socioeducativas do Rio de Janeiro. Realizaram-se nove entrevistas com os profissionais de saúde mental do sistema socioeducativo e os resultados foram discutidos com o apoio da análise de discurso crítica de Fairclough. Foram identificados quatro grupos discursivos: o primeiro apresenta intertextualidade com o discurso psiquiátrico, o segundo com a reforma psiquiátrica, o terceiro com o discurso de determinantes sociais e o quarto com discursos institucionais de “mau” comportamento dos jovens. Conclui-se que as concepções são distintas entre os profissionais, mas não há hegemonia de um discurso. Os discursos se atravessam e se conectam especialmente na problematização dos determinantes sociais. Há sobrevalorização dos profissionais de saúde e de assistência enquanto vocalizadores das demandas. Os adolescentes têm poucas chances de expor diretamente suas necessidades e estas aparecem intermediadas pelos técnicos. Identificaram-se conflitos entre as equipes que atuam no fluxo assistencial nas demandas associadas ao “mau comportamento”, pois há encaminhamentos dissociados de questões de saúde mental.

Palavras-chave: análise de discurso, saúde mental, medidas socioeducativas, adolescente em conflito com a lei.

Abstract

This article aims to analyze the discursive conceptions of what is considered mental health demand of the young offenders who are imprisoned in juvenile correctional centers in Rio de Janeiro. Nine interviews were conducted with the mental health professionals of these centers and the results were discussed with the support of Fairclough's critical discourse analysis. Four discursive groups were identified: the first presents intertextuality with the psychiatric discourse, the second with the Psychiatric Reform, the third with the discourse of social determinants, and the fourth with institutional discourses about adolescents' "bad" behavior. It is concluded that the conceptions are different between the professionals, but there is no hegemony of one discourse. The speeches are related and connected especially in the problematization of social determinants. There is an emphasis in health professionals and

social workers as vocalizers of demands. Adolescents have little chance of directly exposing their needs and the demands appear through the workers. Conflicts between the workers were identified concerning the "bad behavior" demands, because some of them are not related to mental health issues.

Keywords: discourse analysis, mental health, juvenile correctional centers, Young offenders.

Introdução

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê a aplicação de medidas socioeducativas a adolescentes em caso de ato infracional, conduta descrita como crime ou contravenção penal. Entre as medidas possíveis está a internação em estabelecimento educacional¹.

O Departamento Geral de Ações Socioeducativas (Degase) é o órgão do Poder Executivo que realiza a gestão do sistema socioeducativo do Rio de Janeiro e é responsável por todas as unidades de internação e de internação provisória do estado.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) propõe que a equipe de atenção básica do território que é referência para a unidade socioeducativa contrate profissionais de saúde mental, em quantidade que varie conforme o total de adolescentes que cumprem medida na região. Propõe-se que esses profissionais atuem na lógica de matriciamento, contribuindo para a articulação das equipes de saúde do sistema socioeducativo com os serviços da rede, facilitando o acesso dos adolescentes à atenção em saúde mental².

No Degase, a Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social (CSIRS) coordena a implantação da PNAISARI nas unidades socioeducativas. Nesse arranjo, estão previstas equipes de saúde mental para todas as unidades de internação do estado e pretende-se que desenvolvam ações de prevenção de agravos dentro das unidades, escuta subjetiva e articulação com a rede de saúde mental do território para acesso dos adolescentes aos serviços existentes³.

No entanto, as unidades de internação enfrentam diversas dificuldades, sobretudo relacionadas à superlotação. Tais condições inadequadas de funcionamento têm sido denunciadas pela imprensa⁴ e por entidades de defesa de direitos⁵.

O objetivo deste artigo é analisar a ótica de profissionais de saúde mental que atuam no sistema socioeducativo do Rio de Janeiro sobre as demandas de saúde mental dos adolescentes. Nesse sentido, demandas se distinguem de necessidades, sendo estas individuais e variando conforme a classe social, o território, entre outros aspectos⁶. As demandas existem para determinadas “ofertas” de saúde e de serviços de saúde. O ideal é que as ofertas de serviços estejam organizadas conforme as necessidades das pessoas. Entretanto, nem sempre as necessidades de saúde podem ser resolvidas por meio da oferta de serviços ou se refletem no que é de fato ofertado; e, para algumas necessidades não haverá a constituição de uma

demanda concreta ao sistema de saúde⁷.

Buscamos compreender como é construído discursivamente o reconhecimento do que seja uma demanda de saúde mental desses adolescentes que possa ser identificada, direcionada e atendida pelas equipes das unidades de internação.

Metodologia

O sistema socioeducativo do Rio de Janeiro possui seis unidades de internação. Os sujeitos da pesquisa foram profissionais das equipes de saúde mental de duas unidades (uma masculina e outra feminina) e da equipe da CSIRS. Foram realizadas 09 (nove) entrevistas semiestruturadas entre julho e agosto de 2016, reunindo 04 psicólogos, 2 assistentes sociais, 1 psiquiatra, 1 musicoterapeuta e 1 terapeuta ocupacional. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública pelo parecer 1.630.187.

A Análise de Discurso Crítica (ADC) foi o método empregado nesse estudo. Para Fairclough⁸ o discurso representa um modo de agir e de representar o mundo. São três os efeitos do discurso: contribui para a construção de identidades sociais, influencia a construção das relações sociais entre as pessoas e impacta na construção de “sistemas de conhecimento e crença”. Assim, a relação entre discurso e estrutura social é dialética – o discurso influencia e é influenciado pela realidade social.

Fairclough⁸ propõe um quadro tridimensional como referência para esta análise. A primeira dimensão constitui a análise textual do discurso, considerando quatro itens: vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual. Na segunda dimensão, denominada prática discursiva, é identificada a relação entre discurso e estrutura social. Neste aspecto, é proposta uma análise de como os textos (enquanto produções discursivas) são produzidos, interpretados, distribuídos e consumidos. Nesta dimensão há reflexão sobre a coerência do discurso e sobre a ação social realizada. Também são analisadas as intertextualidades, ou seja, os diálogos com outros textos; e as interdiscursividades. A terceira e última dimensão prevê a análise do discurso como prática social, o que contempla a identificação e a análise de relações de poder e de ideologias.

Os resultados foram analisados por temas e em cada um deles foram discutidos e destacados elementos textuais de coesão e gramática, bem como as formas de construção da realidade social pelos entrevistados e pelos grupos sociais que representam. A análise de coesão consiste em observar o modo de argumentação e de racionalidade, bem como as relações estabelecidas entre as orações.

Foi analisado o uso de recursos como modalidade (termos que indicam o grau de implicação com as afirmações feitas), interdiscursividade, lexicalização de palavras (múltiplos significados de um vocábulo), criação de palavras, nominalização (recursos textuais de transformação de uma condição temporária em uma propriedade; processos em objetos ou coisas), metáforas, uso de negações e de pressuposições, ironia e termos com sentido de polidez⁸.

Resultados e discussão

O contexto enunciativo: as equipes de saúde mental e de medida

Durante as entrevistas, foi possível compreender que existe um fluxo interno nas unidades para os encaminhamentos dos adolescentes para atendimento pelas equipes de saúde mental que denota certa desigualdade de poder para identificar e priorizar as demandas.

Em cada unidade existe a equipe de medida, ou equipe técnica, com psicólogo, pedagogo e assistente social, responsável pelo acompanhamento dos processos judiciais e pela elaboração dos relatórios para as audiências com os juízes. Essa equipe tem contato com todos os adolescentes e é a principal responsável por encaminhá-los às equipes de saúde mental.

As equipes de saúde mental são responsáveis pelos atendimentos individuais, das famílias, pela realização de grupos e articulação com a rede de atenção à saúde do território. As equipes são compostas por profissionais como psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e musicoterapeuta. Há médicos psiquiatras, mas eles não integram uma equipe, desenvolvendo um trabalho de matriciamento.

Concepção das demandas de saúde mental

“Então isso é bioquímica”: intertextualidade manifesta com o discurso psiquiátrico

O primeiro bloco discursivo apresentou forte intertextualidade com o discurso psiquiátrico e se caracteriza por associar as demandas de saúde mental às mudanças bioquímicas cerebrais durante a adolescência.

A construção dos argumentos desse discurso inicia com uma explicação sobre o que

significa a adolescência do “ponto de vista físico, do ponto de vista biológico”.

Na adolescência a gente já tem um outro fenômeno que é o da poda neuronal (...). Esse fenômeno da poda neuronal faz com que os neurotransmissores fiquem flutuando, fiquem flutuando. (Entrevista 2)

Apesar de repleto de léxicos técnicos, o sentido do enunciado é completado com expressões do mundo cotidiano (“flutuando”), como se verifica em outros estudos sobre os discursos científicos para fins didáticos⁹.

Reiterando o tom pedagógico, num esquema de perguntas e respostas, a relação entre explicação biológica e demandas de saúde mental é apresentada, reforçando sua coesão (uso do advérbio “então”, afirmando a ideia de conclusão):

Então o que que é essa flutuação dos neurotransmissores? São as alterações de humor. Então ela é própria do adolescente. (...). Então qual é o principal problema? As alterações de humor. (Entrevista 2)

As alterações de humor são, portanto, definidas como de origem biológica, naturais do processo de desenvolvimento do cérebro e de suas funções. Conforme a argumentação, tais alterações fazem com que o adolescente busque o equilíbrio para estabilizar o humor e para tal ele procura maneiras de produzir “endorfina e adrenalina”. Esses adolescentes são tidos como “límbicos”, “são emoção o tempo todo”, e com pouca capacidade de racionalização e planejamento.

Então por isso que se fala, ah não raciocina, vulnerabilidade biológica. (Entrevista 2)

Nesse curto trecho observa-se a invocação de uma percepção do senso comum (o adolescente não é capaz de raciocinar, pois age movido pelas emoções), com o uso do sujeito indeterminado no verbo falar. Em seguida, introduz-se o termo “vulnerabilidade biológica”, resgatando esse conceito, circulante no campo da saúde coletiva, para compreensão dos fenômenos saúde-doença. Há nesse momento uma aproximação entre o discurso da psiquiatria, o senso comum e o discurso da saúde coletiva.

Além das alterações de humor, são destacados também o déficit de atenção, a hiperatividade, os quadros depressivos pós internação e o transtorno de estresse pós-traumático.

Então eles vêm com quadros pseudoalucinatórios, é, manifestações fóbico-ansiosas (...). (Entrevista 2)

Todavia, para esse segundo grupo de demandas não há a mesma preocupação em contextualizar a origem das questões apresentadas. As falas têm uma natureza instrutiva que

demonstram expertise nesse campo de conhecimento.

Se por um lado a explicação de ancoragem psiquiátrica não faz discernimento de origem social, incluindo todos os adolescentes sob o mesmo padrão de “vulnerabilidade biológica”, entende que tais condições são acirradas pela falta de oportunidades sociais e pela inexistência de “supervisão” pelas famílias. Assim, a perspectiva biomédica não aparece estanque e é articulada a outros blocos discursivos. Esse tópico será melhor desenvolvido a seguir.

As “demandas de sofrimento”: intertextualidade com o discurso da reforma psiquiátrica

Foram identificadas referências ao discurso da reforma psiquiátrica em diversos momentos, enunciadas mesmo entre aqueles que não têm formação na área de saúde mental (assistentes sociais). As demandas de saúde mental são concebidas de duas maneiras: seja pela negação de diagnóstico de transtorno, mas com reconhecimento de um sofrimento mental intenso, seja pelo conjunto de queixas. Há uma preocupação em não rotular os adolescentes, em não os definir a partir de uma patologia, superando os estigmas da doença mental. Os enunciados ecoam os princípios do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil¹⁰.

Algumas características gramaticais são comuns nesse modelo de discurso, como o uso de modalizações. A modalidade facilita que temas considerados delicados ou conflituosos sejam explicitados⁸.

Quando é encaminhado pela equipe de medida, porque eles observam assim um certo sofrimento psíquico, assim, uma situação de angústia (...). (Entrevista 4)

(...) outra queixa comum deles é insônia. Insônia por vários motivos, um porque tá numa situação adversa mesmo, né, insônia pode ser um sintoma (...). (Entrevista 4)

No primeiro trecho, as palavras “um certo” e “situação” atenuam o sentido do que é inserido logo depois, assim como o termo “adversa” do segundo trecho. Destaca-se o uso dos vocábulos “queixa” e “sofrimento”, que substituem o uso de outros termos como patologia e doença^{10, 11}.

Em outros trechos é expressamente colocada a orientação de que não se deve efetuar diagnósticos de adolescentes:

Eu não trabalho com patologia, entendeu, até porque eu já não acreditava nisso (...), eu passei realmente a rechaçar qualquer tipo de ‘ah, é bipolar’, isso aí pra mim não interessa (...). (Entrevista 7)

Mas alguns transtornos (...), a gente não pode diagnosticar, né, são adolescentes, ainda estão em formação (...). (Entrevista 3)

Na primeira citação, o sujeito “eu” indica autoria. A forma como o entrevistado se coloca mostra segurança quanto à decisão pessoal de não realizar diagnósticos. Na segunda citação há um sentido distinto, de ordem, como se houvesse uma orientação de que não sejam feitos diagnósticos. Nessa última o sujeito é “a gente”, coletivo, indicando não apenas a opinião do entrevistado, mas uma possível prática comum e consensual.

Nas falas representativas desse grupo de discursos há um destaque para as demandas relacionadas à insônia, uso de drogas, sofrimento devido à internação e à privação de liberdade, angústia, ansiedade, sofrimento psíquico acompanhado ou não de transtorno mental. Tal percepção é consoante à pesquisa no Distrito Federal em 35 prontuários de adolescentes usuários de medicamentos psicotrópicos em uma unidade de internação que apontou como principais demandas de saúde mental: insônia, uso abusivo de drogas, ideação suicida, automutilação e depressão, nessa ordem¹².

A concepção mais ampliada do que seria demanda de saúde mental é representada a seguir:

Então seriam os meninos que estão num momento de crise. O que... que a gente tá falando de crise? Bem amplo mesmo (...), então, assim, não tem um critério super específico, né (...). (Entrevista 8)

Muitas vezes é uma dessas questões – o menino tá num nível de angústia muito grande, por alguma razão, e dentre essas razões o mais comum é meninos de primeira internação, é muito comum que fiquem muito mobilizados, e que é bom, né, saúde deles, faz com que eles fiquem mobilizados, porque aqui não é um lugar bacaninha que você vai ficar feliz de tá, né, nenhum adolescente. (Entrevista 8)

No primeiro trecho chama atenção a oposição entre ter e não ter um critério para definir o que significa a crise em saúde mental. A palavra “super” dá uma ideia de ironia ao se referir à especificidade do critério de classificação das crises.

Na segunda citação, há uma diferença no uso do termo “meninos” se referindo aos adolescentes que estão cumprindo medida socioeducativa e o termo “adolescente” para se referir à população em geral. Nessa última fala há a introdução de um elemento novo, em que o entrevistado reconhece que o sofrimento dos adolescentes quando vão para as unidades de internação é um sinal de saúde, já que a apatia é que seria vista com estranhamento. Esse novo elemento representa uma descontinuidade no discurso, uma vez que as queixas de sofrimento são retratadas como uma demanda, no sentido de um “problema” que é identificado e

acompanhado pelos técnicos e não como um sinal de saúde mental.

“Esses meninos vivem sem supervisão”, “eles não têm condição nenhuma de viver o mundo que eles vivem”: intertextualidade com o discurso de determinantes sociais

É possível identificar explicações das demandas de saúde mental associadas às condições socioeconômicas em que viviam os adolescentes antes da chegada à unidade. Esse discurso aparece relacionado aos anteriores.

As questões “naturais” de saúde mental na adolescência, apontadas pela referência discursiva da psiquiatria, são relacionadas à situação de pobreza dos adolescentes, bem como à falta de supervisão da família e à ausência de proteção social por meio de políticas públicas. Essa associação não é nova na literatura. Lugon¹³ sustenta que o diagnóstico enquanto processo inclui, além da dimensão biológica, o olhar sobre o contexto em que o adolescente vive, considerando que outros aspectos subjetivos e micro/macro políticos se inter-relacionam com o desenvolvimento do cérebro nessa etapa da vida.

Os termos grifados são usados para caracterizar a condição social em que se encontram os adolescentes pobres: “desamparo”, “sem supervisão”, supervisão “precária”. Na construção da argumentação, esses elementos de instabilidade apontam para o desfecho de que “adolescente sozinho não vai sobreviver” – expressão enfatizada com repetições no terceiro trecho.

Então isso, por isso que a nossa preocupação é com o desemprego, com o desemprego, tanto da saúde como das políticas públicas (...), das instituições. (Entrevista 2)

Mas esses meninos, eles vivem sem supervisão. Ou com uma supervisão que é precária das avós que não dão conta (...). (Entrevista 2)

Adolescente sozinho não vai sobreviver, não vai sobreviver, ele não tem como sobreviver. Não tem como sobreviver. (Entrevista 2)

É interessante destacar a ênfase de teor crítico dada ao “desemprego” do Estado (“da saúde” e “das políticas públicas”), personificado na ausência de políticas públicas. Também Wacquant¹⁴ verifica esse desemprego nos Estados Unidos com a redução das políticas de proteção social do Estado de Bem Estar Social e o aumento das políticas de cunho penal. Assim, no lugar de políticas de proteção e inclusão social, o Estado amplia sua capacidade de punir e de encarcerar, também os adolescentes pobres, principal público-alvo das medidas de internação, reafirmando a criminalização da pobreza.

As orações destacadas possuem diversos verbos no presente e são categóricas,

caracterizando um determinismo nas afirmações e nas associações feitas entre pobreza, falta de supervisão, abandono e a entrada do adolescente no sistema socioeducativo. O uso de conectivos como “então” também reforça a ideia de conclusão e de causalidade. Dessa forma, os adolescentes vivenciam, por um lado, as mudanças no cérebro características da fase da adolescência, e, caso sejam expostos ao desamparo, em diversos sentidos, acabam indo, como consequência lógica, para o sistema socioeducativo por não terem o aparato ideal necessário para lidarem com as alterações de humor e com as “emoções”.

Esse tipo de discurso pode trazer à tona a ideia de que só há uma trajetória possível para certo grupo de adolescentes com características pré-determinadas, que envolve a inserção no sistema socioeducativo enquanto destino muito provável.

Entre enunciados em que se predomina o discurso com forte intertextualidade ao ideário da reforma psiquiátrica, há menção às fragilidades das famílias dos adolescentes atendidos pelas equipes de saúde mental:

É, ou, por histórias familiares absolutamente complicadas, o que é quase uma... que é uma coisa que todos apresentam. Eu diria que a minoria absoluta vai ter uma família organizada e tal, né, uma história linear de família. (Entrevista 8)

A dificuldade, né, com relação também, assim, a gente percebe, né, principalmente também com relação às famílias, né. A gente também faz atendimento de família. Não é só questão física às vezes da distância, da questão econômica também às vezes de tá, de ter uma dificuldade concreta de tá vindo, às vezes por causa da distância, né, ou por conta da situação econômica precária, mas assim do relacionamento mesmo, né, das famílias. (Entrevista 4)

As famílias dos adolescentes são descritas como frágeis e desestruturadas, contribuindo para o agravamento de seu sofrimento quando entram para as unidades de internação. Na primeira citação, o termo “absolutamente” dá ênfase e certeza à expressão “histórias familiares complicadas”. O termo “minoria absoluta” também é usado com o mesmo objetivo. A oração “que é uma coisa que todos apresentam” também reforça a certeza quanto às famílias “complicadas”. A expressão “história linear” tem conotação moral e representa idealização de um tipo de família.

No segundo trecho destacado, o entrevistado argumenta que o relacionamento das famílias é a principal dificuldade, mais importante que a “questão econômica”. Há o uso de negações para reafirmar que o relacionamento é o grande problema – “não é só questão física”, “não é só (...) questão econômica”.

Os relatos dos entrevistados são feitos com base na grande quantidade de casos

atendidos ao longo do tempo e na experiência acumulada pelos profissionais. A associação entre pobreza, famílias desestruturadas e existência de demandas de saúde mental aparece nos enunciados. Essa forma de discurso ancora-se no conhecimento empírico dos jovens atendidos no sistema socioeducativo, todavia parece que ao realizar tais associações de maneira determinista, corre-se o risco de culpabilizar as famílias e absolver o Estado das responsabilidades de proteção. E, ainda, que tais associações sejam generalizadas, englobando todos adolescentes de famílias pobres.

Wacquant¹⁴ demonstra a seletividade do sistema de justiça, que direciona a contenção e o aprisionamento em massa aos pobres considerados “problemáticos”. Assim, as famílias pobres se tornam o foco, ao mesmo tempo em que são cada vez mais afetadas pela redução das políticas públicas de segurança social. Birman¹⁵, com base nos conceitos de Wacquant, analisa as consequências da insegurança social para as famílias pobres no Estado Penal capitalista. Essas famílias se sentem responsáveis por seu próprio sofrimento, desresponsabilizando o Estado por suas condições de vida.

Mau comportamento, adolescentes “problemáticos”

Em duas entrevistas foi possível identificar um bloco discursivo que associa problemas disciplinares a demandas de saúde mental. Adolescentes são encaminhados às equipes por apresentarem um comportamento considerado inadequado. Nem sempre possuem queixas de saúde mental e há uma expectativa de que a equipe consiga lidar com eles.

Esse tipo de demanda tem natureza disciplinar e a equipe acaba por atender a fim de tentar encontrar uma maneira de auxiliar em relação aos conflitos internos gerados na unidade.

(...) a crise não é necessariamente do menino, às vezes é da equipe que tem muitas dificuldades em atender aquele adolescente. (Entrevista 8)

Eu acho que tem casos de primeira internação, ou casos de vai e volta, vai e volta, vai e volta e de institucionalização mesmo, menino que sai e entra o tempo inteiro, que a equipe não sabe mais o que fazer; então é uma aposta que talvez uma escuta mais aprofundada, mais próxima, possa produzir algum efeito. (Entrevista 8)

É... enfim, eu acho que o que mais chega, é, garotos que dão problema. Aí você vai ver, na visão de quem dão problema? (Entrevista 7)

Numa casa superlotada, é fácil um garoto dar problema, entendeu. O que que é dar problema? O que que é dar problema numa unidade superlotada? É tirar a paz dos

funcionários (...) (Entrevista 7)

Nesses trechos destacados o que se percebe é que a demanda direcionada à equipe de saúde mental retrata a necessidade dos outros funcionários da unidade socioeducativa em encontrar alguma solução para os adolescentes com quem têm dificuldade de lidar, ou de controlar.

Alguns elementos textuais são usados para distintas ênfases. No primeiro e no segundo trechos percebe-se o uso de modalidade como “necessariamente” (antecedido por uma negação), “às vezes”, “talvez”, “algum”, de maneira a suavizar as pressuposições que apontam as equipes internas das unidades como responsáveis por definir os adolescentes que causam mais problemas e por isso devem ser encaminhados.

No segundo e no terceiro trechos os entrevistados deixam explícito que as afirmações são de caráter pessoal, ou seja, o sujeito “eu” e o uso do verbo “acho” indicam que a análise deles é uma opinião que não necessariamente é compartilhada por outros.

Na segunda citação a repetição da expressão “vai e volta” enfatiza que o entrevistado se refere aos adolescentes que já cumpriram outras medidas. Na terceira citação há o uso dos termos “o que mais chega” também com o objetivo de ênfase, para demonstrar a relevância dos encaminhamentos de “garotos que dão problema”.

Merece destaque também a expressão “tirar a paz” dos funcionários no último trecho mencionado. Nesse caso há o uso do recurso de lexicalização com a criação de novos usos para as palavras mais comumente usadas em outros sentidos⁸.

A superlotação é também destacada nas falas e é vista como causadora dos problemas apresentados pelos adolescentes.

Parte da construção identitária de “problemático”, que extrapola o comportamento indisciplinado (“garotos que dão problema”), apresenta-se em depoimento que aponta casos em que os próprios adolescentes se machucam a fim de serem atendidos pelas equipes de saúde mental.

(...) ah, agora a moda é se tacar fogo pra poder ser atendido, entendeu (...). Sabe, então... isso é um problema de saúde pública, é um problema de saúde mental, no sentido bem diferente do que as pessoas podem imaginar, entendeu. (Entrevista 7)

(...) agora tem umas demandas assim de suicídio, tentativa de suicídio, aí você vai ver a história, um garoto tentou, aí foi atendido, aí foi encaminhado não sei o que. Aí então uma enxurrada de tentativa de suicídio, entendeu, assim. (Entrevista 7)

No primeiro fragmento, observa-se a adoção de nominalização por meio da palavra “moda”, com a intenção de reduzir a complexidade do fato de que os adolescentes colocam

fogo no próprio corpo. O uso do termo “moda” dá a ideia de que o fenômeno não é tão grave por ser passageiro e por decorrer da imitação de comportamento.

No segundo fragmento destaca-se a ambiguidade do discurso, já que no início o entrevistado fala de “umas” demandas, como se fossem poucas, e em seguida insere a metáfora da “enxurrada” dando a ideia oposta, de que a quantidade de casos de tentativa de suicídio é muito grande. Parece existir um conflito para o próprio entrevistado ao lidar com tais situações.

Esses relatos apontam para a urgente necessidade de se rever as estratégias de acesso dos adolescentes às equipes. E, ainda, se refletir sobre qual a missão dessas equipes, qual o público a ser atendido e o que precisa ser priorizado. Em que medida as demandas de saúde mental são desencadeadas pelo próprio processo de institucionalização, pela própria medida de internação? O que significa a atitude dos adolescentes em se ferir para garantir acesso ao atendimento?

Nardi et al¹⁶ apresenta pesquisas que apontam para o crescimento do suicídio entre adolescentes que cometeram ou não ato infracional. Os resultados encontrados em uma unidade socioeducativa mostram um alto percentual de adolescentes que pensaram ou tentaram se matar. Essas e outras reflexões também já existem em pesquisas no sistema prisional adulto¹⁷.

Além disso, diferentes estratégias de “regulação” do acesso aos atendimentos de saúde são identificadas nessas instituições. Aqueles profissionais que fazem a intermediação entre o preso adulto e as equipes de saúde, normalmente os agentes, selecionam os casos que devem ser priorizados. Entre essas prioridades, normalmente as lesões físicas são vistas como merecedoras de maior atenção¹⁸.

Os estudos apontam para a relevância das ideações e tentativas de suicídio entre adolescentes. Todavia evidencia-se a força das demandas constituídas pelos profissionais das equipes de medida em detrimento do que é expresso pelos próprios adolescentes como necessidade, já que conseguem ser visibilizados apenas quando provocam as lesões no corpo.

O uso abusivo de drogas e as demandas de saúde mental decorrentes

Em todas as entrevistas o uso de drogas aparece como uma demanda frequente de saúde mental, porém os discursos sobre a temática se alternam. Ora a droga é vista como uma solução encontrada pelos adolescentes para lidar com as “alterações fisiológicas de humor”, ora não é reconhecida a dependência química, ora o uso abusivo é visto como a principal

demanda. Também é mencionado o “moralismo” dos profissionais da equipe de medida quando realizam alguns encaminhamentos de adolescentes por relatos de uso eventual de drogas. Vale destacar que todos os entrevistados informam que na unidade não é permitido o uso de qualquer droga, legal ou ilegal. Está implícito que a grande questão é o uso abusivo antes da medida.

O discurso com referência à psiquiatria aponta que a droga é o principal estabilizador de humor.

Então eu acho que são as alterações de humor (...), porque elas são precursoras dos problemas relacionados ao uso de álcool e drogas. (Entrevista 2)

A marca desse discurso é o uso de pressuposições com alto grau de certeza, verbos no presente do indicativo, sujeitos determinados – “fatos”. O conectivo “então” é também bastante utilizado, ligando orações e dando a ideia de conclusão assertiva (após argumentação).

Conforme os enunciados referentes a esse discurso, os adolescentes pobres não possuem outros meios para estabilizar o humor (atividades escolares, culturais, esportivas) e usam a droga para lidar com tais alterações.

A mesma organização de argumentos é usada para explicar as brigas causadas pelos adolescentes que cumprem medida de internação:

Então é o que a gente fala, não deu atividade pode saber que de noite vai ter confusão, vai ter briga, eles vão ter que produzir adrenalina de alguma forma. (Entrevista 2)

Dessa maneira, esses adolescentes precisariam ter a oferta de atividades que funcionariam como alternativas à droga para “produção de adrenalina” e estabilização do humor.

Em outras entrevistas há apenas a indicação de que o uso de drogas é muito relevante entre o conjunto de demandas de saúde mental. No segundo trecho, o entrevistado insere em seu discurso um dado estatístico para dar objetividade e maior grau de certeza em sua afirmação sobre o uso de maconha.

(...) o que mais chama a minha atenção, né, do Núcleo, é o uso abusivo de drogas, né. (Entrevista 5)

99% do sistema é usuário de maconha, tanto os meninos quanto as meninas. Então se for considerar isso dentro de um CID, fica difícil, entendeu. Mas assim chega demanda de álcool e drogas (...). (Entrevista 6)

A modalidade de discurso com intertextualidade à reforma psiquiátrica defende que não é adequado dizer que o adolescente tem dependência química, sendo considerado apenas como usuário. Seus argumentos são introduzidos de maneira cuidadosa, com termos como “maioria”, “não se pode dizer”, dando um sentido atenuante.

Muitos que faziam mais sistematicamente uso de drogas, é, não vão usar droga aqui. Vão ter dificuldade pra dormir. Embora, assim, a maioria dos casos não seja; não se pode dizer, seja dependência química. São usuários (...). (Entrevista 3)

O encaminhamento dos adolescentes é problematizado nessa modalidade de discurso que identifica haver julgamentos morais prévios dado que um relato de uso eventual de droga pode ser considerado demanda prioritária. No trecho abaixo, há o uso do diminutivo “cervejinha” para contrapor com a afirmação anterior de um funcionário sobre o alcoolismo de um adolescente.

(...) já aconteceu de encaminharem pra, tem muita moralidade, muita moralização, entendeu, que acompanha na história do percurso das institucionalizações, né. ‘O garoto ele tem problema com alcoolismo’, olha só, ‘alcoolismo’. Tá, aí chamei o garoto pra atender, ele tomava uma cervejinha com o pai no fim de semana. (Entrevista 7)

A problematização do diagnóstico de dependência química em cada caso é apontada como uma necessidade por estudos da área a fim de não rotular os adolescentes e de evitar que qualquer consumo de droga seja considerado patológico^{19,20}.

Pesquisa feita entre escolares de todo o país identificou que 27,3% faziam uso regular de álcool, 8,6% de drogas ilícitas e 6,3% de tabaco²¹. Nardi et al¹⁶ identificou que 70% dos adolescentes de uma unidade de internação faziam uso de drogas. O uso prejudicial de drogas está presente, ainda que de forma desproporcional, entre adolescentes que cumprem ou não medidas socioeducativas, e, apesar de priorizado em algumas políticas públicas, há resistência também dos CAPSi em lidar com os casos e discuti-los²².

O sistema de justiça é também demandante de relatórios sobre uso abusivo de drogas e sobre o suporte possível para esses adolescentes enquanto cumprem medida no sistema socioeducativo, reforçando a priorização dada ao tema.

Considerações Finais

Discursos variados sobre o que configura uma demanda em saúde mental estão presentes e são invocados pelos profissionais em distintos momentos, apontando para a

convivência entre as múltiplas concepções, experiências profissionais e orientações disciplinares distintas, sem haver hegemonia de um discurso.

As diferenças entre as concepções de saúde mental desenham perfis de atendimento e sofrem interferência de valores e formações científicas particulares. E o que “chega” para as equipes atenderem varia conforme as percepções dos profissionais. Há ainda influências externas à equipe de saúde mental na constituição de algumas demandas.

Destaca-se a ausência de outros profissionais na identificação de demandas, como os agentes socioeducativos, que cotidianamente estão em contato com os adolescentes e seriam interlocutores importantes para as equipes de saúde mental, especialmente em relação a adolescentes “invisíveis” no fluxo atual de encaminhamentos.

O uso de drogas pelos adolescentes é reconhecido como demanda relevante, ora de maneira mais determinista (uma das poucas maneiras de lidar com as alterações de humor do adolescente pobre), ora é atenuado como condição transitória durante essa fase da vida. Comparando as distintas concepções do uso de drogas, é possível perceber que tais discursos apresentam elementos que poderiam ser considerados em reflexões da equipe: frequência do uso de drogas pelos adolescentes antes da internação, circunstâncias e objetivos em que ocorria o uso, existência ou não de uso abusivo e avaliação de parâmetros utilizados para identificação dos casos prioritários.

Os blocos discursivos aparecem inter-relacionados e nos enunciados as concepções das demandas de saúde mental não aparecem isoladamente. As divisões feitas neste artigo têm um fim didático e identifica-se a problematização das demandas, considerando elementos do contexto socioeconômico e familiar. Entretanto, há maior ênfase na desestruturação das famílias que no desamparo do Estado em relação a esses adolescentes e seus familiares.

Há conflitos na relação entre as equipes de medida e as equipes de saúde mental. Especialmente no discurso sobre mau comportamento, há indicação de inadequação da priorização feita pelas equipes de medida quando não sabem como lidar com os adolescentes “problemáticos” e os direcionam às equipes de saúde mental. Nestes casos, as demandas são desses que encaminham e não dos adolescentes propriamente.

Ainda sobre esse bloco discursivo, tais enunciados, incluindo as ideações suicidas e automutilações, aparecem com maior ênfase entre os entrevistados da unidade masculina, mas um dos entrevistados da unidade feminina menciona que é comum que as adolescentes se cortem. É considerado por ele um comportamento frequente, entretanto não há destaque nos enunciados dessa demanda enquanto questão prioritária.

Chama a atenção os relatos sobre o pouco acesso direto dos adolescentes às equipes de

saúde mental para apresentarem suas próprias demandas e a forma como isso é atenuado nos discursos, principalmente entre os entrevistados da unidade masculina. Um dos entrevistados da unidade feminina menciona que ultimamente a equipe não tem atendido demandas espontâneas e que a circulação da equipe na unidade possibilita a identificação das necessidades. As demandas espontâneas acabam não sendo priorizadas no fluxo interno das unidades. A vocalização das necessidades dos adolescentes é feita quase sempre por intermediação dos agentes institucionais, segundo suas lógicas e capitais de poder. Nesse sentido, pode haver um distanciamento entre as necessidades individuais e particulares desses adolescentes e o que é moldado enquanto demanda para as equipes de saúde mental.

Referências

1. Brasil, Congresso Nacional. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n. 8.069, de 13 de Julho de 1990. 1990. http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/Leis/L8069Compilado.htm.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.082, de 23 de Maio de 2014. 2014. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html.
3. Trindade L. Saúde Mental. In: Abdalla J de FS, Veloso BR, Vargens PW, eds. *Dicionário Do Sistema Socioeducativo Do Estado Do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Novo Degase; 2016:373.
4. Globo. Unidades do Degase no RJ têm superlotação, doenças e mofo. *GI*. <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2016/09/unidades-do-degase-no-rj-tem-superlotacao-doencas-e-mofo.html>. Published September 28, 2016.
5. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil. Direitos Humanos - um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei. 2006:126. http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/08/Direitos_Humanos_um_retrato_das_unidades_de_internacao_de_adolescentes_em_conflito_com_a_lei.pdf.
6. Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2007;11(23):605-618. doi:10.1590/S1414-32832007000300014.
7. Pinheiro R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA de, eds. *Os Sentidos Da Integralidade Na Atenção E No Cuidado À Saúde*. Rio de

- Janeiro: IMS ABRASCO; 2006:184.
8. Fairclough N. *Discurso E Mudança Social*. Brasília: Universidade de Brasília; 2001. <http://books.google.it/books?id=sKCIPgAACAAJ>.
 9. Bellini M, Frasson PC. Ciências e seu ensino: o que dizem os cientistas e os livros didáticos sobre o HIV/AIDS? *Ciência Educ*. 2006;12(3):261-274. doi:10.1590/S1516-73132006000300002.
 10. Amarante P. *Teoria E Crítica Em Saúde Mental: Textos Seleccionados*. 1a ed. São Paulo: Zagodoni; 2015.
 11. Amarante P. *Saúde Mental E Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
 12. Vilarins NPG. Adolescents with mental disorders while serving time and being subjected to socio-educative measures TT - Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(3):891-898. doi:10.1590/1413-81232014193.13042013.
 13. Lugon R. Breves reflexões e paradoxos sobre a psiquiatria nos CAPSi. In: Lauridsen-Ribeiro E, Lykouropoulos CB, eds. *O Capsi E O Desafio Da Gestão Em Rede*. 1st ed. São Paulo: Hucitec; 2016:280.
 14. Wacquant L. Forjando o estado neoliberal: trabalho social, regime prisional e insegurança social. In: Batista VM, Lamarão S, eds. *Loic Wacquant E a Questão Penal No Capitalismo Neoliberal*. Rio de Janeiro: Renavam; 2012:320.
 15. Birman J. Responsabilidade moral e criminalização na formação social neoliberal. In: Batista VM, Lamarão S, eds. *Loic Wacquant E a Questão Penal No Capitalismo Neoliberal*. Rio de Janeiro: Renavam; 2012:320.
 16. Nardi FL, Jahn GM, Dell'Aglio DD. Perfil de adolescentes em privação de liberdade: eventos estressores, uso de drogas e expectativas de futuro. *Psicol em Rev*. 2014;20(1):116-137.
 17. Watson R, Stimpson A, Hostick T. Prison health care: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2004;41(2):119-128. doi:10.1016/S0020-7489(03)00128-7.
 18. Diuana V, Lhuilier D, Sánchez AR, et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(8):1887-1896. doi:10.1590/S0102-311X2008000800017.
 19. Joia JH, Oliveira A de, Vicentim MCG. O que as trajetórias de atenção a crianças e adolescentes que fazem uso de drogas nos ensinam sobre o cuidado em rede? In: Lauridsen-Ribeiro E, Lykouropoulos CB, eds. *O Capsi E O Desafio Da Gestão Em Rede*. 1st ed. São Paulo: Hucitec; 2016:280.

20. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática Coordenação-Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas. *Atenção Psicossocial a Crianças E Adolescentes No SUS: Tecendo Redes Para Garantir Direitos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf.
21. Malta DC, Porto DL, Melo FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Lessa BH. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14 Suppl 1(1):166-177. doi:10.1590/S1415-790X2011000500017.
22. Lauridsen-Ribeiro E, Arrigoni R, Leal BMML. A Chegada ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI). In: Lauridsen-Ribeiro E, Lauridsen-Ribeiro CB, eds. *O Capsi E O Desafio Da Gestão Em Rede*. 1st ed. São Paulo: Hucitec; 2016:280.

6.3.2 - Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo do Rio de Janeiro: relação entre as equipes das unidades e a rede

Autoras:

Débora Stephanie Ribeiro

Fernanda Mendes Lages Ribeiro

Suely Ferreira Deslandes

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar como os profissionais das equipes de saúde mental do sistema socioeducativo do Rio de Janeiro percebem as relações estabelecidas com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atenção às questões de saúde mental dos adolescentes que cumprem medida de internação. Realizaram-se nove entrevistas com profissionais de saúde mental do sistema e os resultados foram apresentados tendo como referência a análise de discurso crítica de Fairclough. Os resultados foram organizados em três partes: relação entre as equipes de saúde mental e a rede, dificuldades das equipes das unidades e dos serviços da rede e perspectivas e propostas. Pela lógica de construção dos argumentos identificados

percebeu-se que a fragilidade dos pactos entre os gestores do SUS e do sistema socioeducativo impacta o cotidiano das ações de saúde mental desenvolvidas pelas equipes das unidades. Esse cenário associa-se a outros problemas estruturais, como a falta de transporte e a indisponibilidade de agentes para acompanharem os adolescentes nos atendimentos externos, e às resistências dos profissionais tanto dentro quanto fora das unidades. Evidencia-se haver um isolamento tanto dos adolescentes quanto dos profissionais em relação às ações e políticas de saúde mental do território.

Palavras-chave: saúde mental, serviços de saúde mental, adolescente institucionalizado, análise de discurso.

Keywords: mental health, mental health services, institutionalized adolescent, discourse analysis.

Introdução

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) é regulamentada pelo Ministério da Saúde. Na portaria, é possível compreender o modelo considerado “ideal” para atenção à saúde dos adolescentes: a ser realizado na atenção básica, prioritariamente e, se houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, a equipe de atenção básica do território de referência se articulará com ela para inserir os adolescentes nas redes de atenção à saúde, de modo complementar¹.

Em relação à saúde mental, a política propõe que a equipe de atenção básica do território, referência para a unidade socioeducativa, seja acrescida de profissionais de saúde mental em quantidade que varia conforme o total de adolescentes que cumprem medida. Esses profissionais devem ser cadastrados como integrantes da equipe de atenção básica de referência e poderão ou não ser de Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF¹.

Propõe-se que esses profissionais de saúde mental atuem na lógica de matriciamento, assim, o foco não é que eles realizem atendimento individual, ambulatorial ou façam relatórios.

Por matriciamento entende-se: i) discussão de casos clínicos; ii) participação na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, integrado ao PIA; iii) atendimento psicossocial conjunto com outros profissionais da unidade socioeducativa e da rede intersetorial; iv) colaboração nas intervenções terapêuticas da equipe de Atenção Básica de referência e de outros serviços de saúde necessários; v) agenciamento dos casos de saúde mental na rede, de modo a garantir a atenção integral à saúde; vi) realização de visitas domiciliares conjuntas¹

Esse modelo regulamentado pelo Ministério da Saúde e pactuado nas instâncias decisórias do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe que a instância federativa responsável pela atenção integral à saúde dos adolescentes faça adesão à PNAISARI. Entretanto, essa adesão não é uma realidade na maior parte dos municípios do Rio de Janeiro, inclusive na capital, mesmo possuindo a maior quantidade de unidades de internação do estado.

No sistema socioeducativo do Rio de Janeiro há equipes de saúde mental nas unidades de internação vinculadas ao Departamento Geral de Ações Socioeducativas (Degase). Elas desempenham ações de atenção à saúde mental, atendimentos individuais, familiares e grupais dentro das unidades socioeducativas de internação. Esses profissionais também realizam o contato com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pactuação do acesso dos adolescentes à rede.

A RAPS é voltada para “pessoas com sofrimento ou transtorno mental” ou com necessidades relacionadas ao uso de drogas. Os componentes da rede são: atenção básica, atenção psicossocial especializada (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS), atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial².

O CAPS é um dos componentes da RAPS e se constitui como um serviço ambulatorial de atenção diária. O CAPSi, voltado para crianças e adolescentes, tem como funções a assistência direta àqueles com sofrimento psíquico e a organização da rede de saúde mental no território, o que inclui supervisão e capacitação das equipes de atenção básica³. O CAPS AD é voltado para aquelas pessoas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas.

Assim, tendo como referência esses e outros elementos relativos à organização do cuidado e dos serviços de saúde mental infantojuvenis, propõe-se analisar os discursos dos profissionais das equipes de saúde mental das unidades de internação do Degase acerca das relações estabelecidas entre essas equipes e os CAPS, e o impacto nas rotinas do socioeducativo.

Metodologia

No sistema socioeducativo do estado do Rio de Janeiro há seis unidades de internação. Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais das equipes de saúde mental de duas unidades (uma masculina e outra feminina) e da equipe da Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social (CSIRS) do Degase. Foram realizadas 09 (nove) entrevistas semiestruturadas entre Julho e Agosto de 2016 com os seguintes profissionais: 4 psicólogos, 2 assistentes sociais, 1 psiquiatra, 1 musicoterapeuta, 1 terapeuta ocupacional.

Optou-se pela Análise de Discurso Crítica (ADC) para conduzir esse estudo. Segundo Fairclough⁴ o discurso evidencia formas de ação e de representação do mundo. Como efeitos do discurso, ele destaca a construção de identidades sociais, das relações sociais e de conhecimento. Ao mesmo tempo em que o discurso influencia a estrutura social, também é influenciado por ela. A ADC foi escolhida como método porque o discurso revela concepções e valores socioculturais que traduzem a realidade de um modo particular, além de ser permeado por concepções ideológicas que reproduzem, justificam ou questionam essa realidade. Os discursos contêm ações sociais implícitas⁴.

Fairclough⁴ apresenta uma proposta analítica baseada na concepção tridimensional de discurso. A primeira dimensão é a análise textual e linguística. A segunda é a prática discursiva, em que são analisados os processos de produção textual e o contexto social em que os textos são produzidos e distribuídos. Nesta dimensão analisa-se a coerência do discurso e a ação social decorrente, bem como intertextualidades manifestas e interdiscursividades. Na terceira dimensão o discurso é visto como prática social e propõe-se a análise das relações de poder e das ideologias presentes enquanto formas de construção da realidade.

Os resultados foram organizados didaticamente por temas e em cada um foram ressaltados os elementos textuais que serviram de ponto de partida para a análise de coerência e de coesão. Foram observadas as escolhas da estrutura de argumentação, a racionalidade dos enunciados, além das relações estabelecidas entre as orações.

Destacamos o uso de recursos como modalidade (termos que indicam o grau de assertividade das afirmativas), interdiscursividade, lexicalização de palavras (significados variados de um termo), criação de palavras, nominalização (recursos textuais de transformação de uma condição temporária em uma propriedade; processos em objetos ou coisas), metáforas, uso de negações e de pressuposições, ironia e polidez⁴.

As transcrições das entrevistas gravadas mantiveram a expressão fiel do português

falado (sem correções gramaticais) a fim de preservar as nuances semânticas. As entrevistas foram numeradas e reorganizadas por perguntas e temas do roteiro.

Este estudo seguiu todos os preceitos éticos de uma pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública pelo parecer 1.630.187 de 10 de Julho de 2016.

Contexto Enunciativo

É recente a existência da Coordenação de Saúde na estrutura do Degase, formalizada em 2008, na mesma época em que o Degase passou a se vincular à Secretaria de Educação. No fim de 2011, foi feito um concurso público para 500 vagas para servidores efetivos e quase todos os integrantes das equipes de saúde mental foram admitidos a partir desse ano. Havia cargos específicos para a área de saúde mental, como terapeuta ocupacional e musicoterapeuta⁵.

Esses profissionais de saúde mental, admitidos há poucos anos, implantaram, em conjunto com a Coordenação, uma nova proposta de atenção à saúde mental nas unidades. Antes dessas equipes, havia apenas a equipe de medida, responsável pelos relatórios e pareceres usados nas audiências do Judiciário. O foco era o acompanhamento dos processos.

O Degase foi tema de algumas denúncias que destacavam as condições inadequadas de infraestrutura e a superlotação nas unidades tanto em 2016 quanto em períodos anteriores^{6,7}.

Nas duas unidades de internação em que foram realizadas entrevistas, os profissionais relataram haver mais adolescentes que a quantidade de vagas existentes e mencionaram essa como uma das principais dificuldades para o desenvolvimento do trabalho. Em uma das unidades a equipe estava incompleta. As equipes trabalham 30 horas e os profissionais têm escalas semanais diversas, organizadas internamente em cada unidade.

Resultados e Discussão

Costura frágil: relação das equipes de saúde mental do socioeducativo com a rede de saúde mental

Do conjunto de enunciações discursivas sobre o tema emerge uma concepção majoritária de que há problemas nas relações entre as equipes das unidades socioeducativas e os serviços de saúde mental, principalmente os CAPS; e entre a Coordenação de Saúde do Degase e as Secretarias Municipais de Saúde.

A metáfora da “costura” é usada por um dos entrevistados para sintetizar aquilo que é visto como principal dificuldade:

[1] Claro que a gente tem que privilegiar o caso a caso, cada um é um, e isso a gente nunca vai abrir mão. Entretanto, falta ainda uma política que costure isso tudo. A gente tem a PNAISARI que chegou, mas ela ainda tá... engatinhando, né. (Entrevista 3)

[2] Então eu acho que esse alinhavo, né, pra que as coisas sejam mais fluidas (...). (Entrevista 3)

O termo “alinhavo” reforça a metáfora da costura para avaliar a gestão e a organização dos serviços de saúde mental no território e sua relação com as unidades. O sentido é de que as partes não estão devidamente conectadas e não há um alinhamento político que seja suficiente para garantir o acesso dos adolescentes à rede. Ou seja, quando há necessidade de encaminhamento para a rede, as equipes precisam repactuar, reforçar acordos anteriores mal “alinhavados”. Dessa maneira, é como se a cada novo acesso, todo o fluxo estivesse sendo novamente pactuado, rediscutido; o que gera dificuldades para as equipes do Degase. O termo “fluidas” é usado em um novo sentido para reforçar o desejo de uma ação sem rupturas, que corra sem obstáculos.

A falta de uma “costura” ou de uma “amarração” entre as decisões políticas e as ações cotidianas é vista como uma consequência da não adesão dos municípios à PNAISARI e também como uma ausência de responsabilização dos municípios pela saúde dos adolescentes que cumprem medida de internação. O termo “engatinhando” usado no trecho 1 em um sentido distinto do literal descreve como está a implantação da PNAISARI e traz a ideia de que as ações necessárias para alcance dos objetivos apenas foram iniciadas, faltando ainda muito para um cenário desejável e amadurecido.

[3] Nos outros municípios, assim, a gente consegue pactuar alguma coisa, mas formalizar mesmo, contratar esses profissionais com as equipes de referência, ainda tá muito incipiente. (Entrevista 3)

[4] Esse entendimento de que o adolescente que está numa unidade socioeducativa

ele é usuário daquele serviço também, sabe. Esse entendimento às vezes é difícil (...). (Entrevista 3)

É possível perceber o recurso da modalidade e o uso de expressões de polidez nessas falas em que os entrevistados fazem críticas à articulação com a rede e aos responsáveis pelos serviços de saúde. “Incipiente”, “alguma coisa”, “às vezes” são termos que amenizam o sentido do discurso crítico à baixa implantação das normativas preconizadas na PNAISARI e indicam tolerância cultural entre os hiatos do que é preconizado nas normas, diretrizes, e o que se traduz em ações. Nas falas seguintes de outros entrevistados as críticas aparecem mais diretas, como se fossem “dados” da realidade.

[5] O Rio de Janeiro já disse que não quer. (Entrevista 3)

[6] (...) os municípios não querem pactuar com o estado porque está falido e nem vão pactuar com o federal porque o governo federal não vai mais fazer o repasse da PNAISARI. (Entrevista 2)

Nos trechos 5 e 6 fica claro o posicionamento dos entrevistados sobre a falta de interesse dos municípios em aderir à PNAISARI. Para o entrevistado 2 isso se deve à falta de recursos financeiros tanto do estado quando do Ministério da Saúde. Os sujeitos dos verbos estão bem definidos e há pressuposições com verbos no indicativo. E a precária “costura” mencionada anteriormente como um problema parece refletir o desinteresse dos responsáveis pelas áreas de saúde dos municípios e do estado, bem como a incapacidade do Ministério da Saúde em garantir os repasses financeiros.

Concepções divergentes foram enunciadas nos depoimentos de dois entrevistados que avaliam a relação com a rede de saúde mental positivamente.

[7] (...) eu pouco faço contato com a rede, fica mais a passo de (*nome de outro entrevistado*) e (*nome de outro entrevistado*) (...). Mas assim é um contato muito próximo, é um contato que sempre as unidades tão dispostas a tá, é, contribuindo e participando (...). (Entrevista 5)

[8] Todos os meninos que passam pela gente, a gente já tenta fazer esse contato com a rede de saúde mental, né, com os CAPSi e normalmente a gente tem bons retornos. (Entrevista 6)

É possível destacar no fragmento 7 a contradição dos argumentos, pois o entrevistado diz que faz pouco contato com a rede, mas relata que considera o contato próximo, avaliando os serviços como disponíveis. O uso do advérbio “sempre” reforça a avaliação positiva do entrevistado em relação ao contato com a rede que não é feito diretamente por ele, mas por outros membros da equipe de trabalho.

Já no fragmento 8 as afirmações são menos categóricas e o entrevistado relata que “tenta” fazer o contato com a rede e que “normalmente” os resultados são satisfatórios. Tais enunciados poderiam dar a impressão que em uma região do município funciona melhor a articulação entre a unidade socioeducativa e os serviços de saúde mental. Entretanto, esses mesmos entrevistados relatam dificuldades de transporte dos adolescentes, bem como a existência de poucos CAPS que realizam ações dentro das unidades socioeducativas. As falas deixam a impressão de que as solicitações de acesso dos jovens à rede ocorrem em raros momentos, mas quando é realizado o contato com o CAPS parece ser possível viabilizar a ida do adolescente ao serviço.

Cavalcanti et al⁸ ressalta que é um desafio das políticas sociais a superação da fragmentação das ações nos locais em que são implementadas. Os autores se referem tanto às dificuldades de interlocução entre setores governamentais distintos, como saúde e justiça, como também entre os órgãos de saúde dos três entes federados. As estruturas de gestão das políticas são particulares e distintas, podendo se tornar fechadas e focadas em seus próprios processos organizativos, dificultando o diálogo e a articulação em uma rede descentralizada. As diferentes agendas políticas dos entes também podem representar um obstáculo.

Precariedades, “resistência de mentalidade” e atendimento incerto após internação: Discursos sobre as dificuldades do Degase e dos serviços da rede

Os enunciados ressaltam uma ênfase discursiva nas dificuldades de infraestrutura, sobretudo a falta de transporte para garantir o acesso dos adolescentes e dos profissionais aos serviços da rede. Os relatos são unânimes em mencionar a pouca quantidade de carros disponíveis nas unidades e sua utilização prioritária para transportar os adolescentes às audiências.

[9] É como eu te falei, o nosso grande problema hoje chama-se mobilidade, tanto do adolescente para a rede quanto dos técnicos para a rede. (Entrevista 2)

[10] Mas assim eu já tomei conhecimento de alguns casos de que o adolescente frequentava o CAPS aqui de Madureira e conseguiram pactuar, mas aí era um caso muito específico. Mas não é uma prática, uma rotina daqui, até por conta dessa dificuldade de transporte mesmo (...). (Entrevista 4)

[11] Não temos um carro disponível. Ou a gente usa nossos recursos, ou quando em último caso a gente consegue o carro da unidade, mas é bem difícil porque é um

carro só pra atender tudo. (Entrevista 5)

[12] (...) a gente faz esse acompanhamento, é... mais via telefone porque a gente quase não tem carro, né, pra fazer essas idas. Geralmente quando a gente vai, a gente vai por conta própria mesmo, entendeu. (Entrevista 6)

[13] (...) o carro não existe, daí você tem que agendar, daí a Kombi quebra, é uma confusão (...). (Entrevista 8)

É possível perceber que as orações são construídas no indicativo, algumas vezes no presente, outras no passado, mas sempre ilustradas com fatos. Ou seja, os enunciados são categóricos ao afirmar que não há carro disponível para transportar os adolescentes para atendimentos externos de saúde. Há uso de negações, também nesse mesmo sentido categórico, como “não temos carro disponível”. A citação 12 é a única em que há uso de modalizadores como “quase” e “geralmente” para relativizar as afirmações. O uso de “nosso” no fragmento 9 dá a ideia de que a dificuldade com transporte é compartilhada por todas as unidades.

No trecho 13 é possível perceber ironia do entrevistado ao afirmar que o carro “não existe” e em seguida informar que é necessário “agendar”, o que reforça um sentido de contradição entre as orações. Em seguida, o entrevistado relata que o carro “quebra” e caracteriza esse processo como uma “confusão”. Assim, o carro que está na unidade para transporte dos adolescentes parece não estar disponível para as equipes de saúde, que não podem confiar nele enquanto um recurso realmente acessível quando necessitam.

O discurso acerca das precariedades ganha mais elementos empírico-narrativos com a menção ao baixo quantitativo de agentes socioeducativos em cada unidade. A legislação prevê a possibilidade de saída monitorada para tratamento de saúde⁹. Para viabilização do acesso à rede de saúde, é necessário que agentes acompanhem o adolescente. Em três entrevistas há menções que as unidades nunca estão com número adequado de agentes que possibilite o atendimento das solicitações da equipe de saúde mental.

[14] Então se não tem gasolina, com superlotação, os agentes ficam à mercê dos juízes pra fazer o quê? Audiência! Quem vai levar pra atendimento? (Entrevista 2)

[15] (...) desde que eu comecei a trabalhar aqui sempre tem problema com falta de agente. Assim, a gente nunca trabalhou com um número folgado, assim, de agente que a gente pudesse fazer tudo que a gente precisasse fazer (...). (Entrevista 7)

[16] Pra levar o menino no CAPSi você precisa ter um agente que vai acompanhar, por motivos de segurança. Não tem agente suficiente, tem 400 meninos na unidade, tá o caos (...). (Entrevista 8)

Conforme o trecho 14 a prioridade dos agentes e da instituição é cumprir as determinações judiciais e o transporte é usado, assim, para levar os adolescentes aos locais das audiências. Nesse trecho, a expressão “à mercê” é usada de forma irônica para caracterizar a posição subalterna dos agentes em relação aos juízes, já que os primeiros devem ficar totalmente disponíveis para as solicitações judiciais. Cavalcanti et al também mencionam a forte tendência no socioeducativo em priorizar os trâmites processuais em detrimento das “garantias” sociais, para as quais há um minimalismo⁸.

Os termos “sempre” e “nunca” no trecho 15 dão a ideia de certeza nas afirmações, bem como de continuidade ao longo do tempo dos problemas. No trecho 16 o entrevistado descreve a situação como um “caos” e resume em uma palavra a situação da unidade em relação ao transporte. Outras questões estruturais e institucionais estão presentes conforme vistorias realizadas no Degase, tais como violência, isolamento e precária atenção à saúde⁷.

Boas et al¹⁰ identificam alguns desafios para a assistência e a promoção da saúde do adolescente que cumpre medida de privação da liberdade. Entre eles destacam-se a fragmentação das ações de atendimento e as dificuldades de articulação com a rede de saúde. Fernandes et al¹¹ apontam a estigmatização dos adolescentes pelos profissionais de saúde como um problema para garantia do direito à saúde. Também identificam que os gestores e profissionais de saúde do município e do estado nem sempre se veem como responsáveis pelo atendimento aos adolescentes que estão cumprindo medida socioeducativa em seu território.

Vilas Boas¹² menciona que os profissionais de saúde que fazem os atendimentos dos adolescentes tanto dentro quanto fora das unidades de internação relatam sobrecarga de trabalho e condições precárias.

Além dos enunciados que reconhecem como barreiras ao trabalho a precariedade da infraestrutura, agrega-se outro forte elemento discursivo o que um dos entrevistados nomeia de “resistência de mentalidades”. Essa forma de nominalização sintetiza de maneira simplificadora as discriminações e os preconceitos tanto do Degase quanto de alguns serviços de saúde mental, os CAPS. Em relação ao Degase, os entrevistados relatam que o acesso à saúde não é visto por alguns profissionais do socioeducativo como um direito do adolescente. Na entrevista 8 há um recurso de interdiscursividade direta, utilizado para ilustrar e dar fidedignidade quando o entrevistado menciona que a afirmação “Ah, que saúde mental o quê, bandido não tem isso (...)” já foi ouvida no local em que trabalha.

Em relação aos CAPS, o mesmo entrevistado assume a narrativa biográfica e relata ter

encontrado resistência deste equipamento em atender um adolescente que cumpria medida socioeducativa, com o agravante de que o adolescente já era acompanhado pelo CAPSi antes da internação, ou seja, já era um usuário do serviço.

[17] Então eu liguei pro CAPSi (...). Ah, então, ele tá aqui. Como é que a gente faz pra levar ele aí? ‘Como assim levar ele aqui? Trazer ele aqui? Ele já não tá aí? E por que é que vocês querem trazer ele aqui?’ (Entrevista 8)

Os questionamentos seguidos usados nas orações demonstram a surpresa do entrevistado com a reação do profissional do CAPS. A interdiscursividade evidenciada na reprodução de diálogo pode ser um recurso também didático, com perguntas, respostas e entonações de defesa da interpretação do entrevistado sobre a situação relatada.

O preconceito em relação aos adolescentes que cumprem medida socioeducativa está presente tanto entre os profissionais do sistema de justiça quanto entre os profissionais da saúde. Conforme Vicentim e Gramkow¹³ profissionais da rede também precisam trabalhar as suas próprias resistências a fim de romper o distanciamento entre os adolescentes e os serviços, mais recorrente em relação aos adolescentes autores de ato infracional devido ao estigma da periculosidade.

Vilas Boas¹² identifica em uma pesquisa com profissionais de saúde nas unidades básicas que atendem adolescentes que cumprem medida de internação que há muitos relatos sobre a sensação de medo desses profissionais, o que pode acirrar as resistências. A autora aponta que entre as equipes de saúde das unidades socioeducativas, ao contrário, há uma sensação de segurança, principalmente devido à presença dos agentes socioeducativos.

A análise da produção discursiva dos profissionais de saúde mental permite inferir que há um inequívoco reconhecimento das dificuldades para viabilizar o acesso dos adolescentes à rede de saúde mental enquanto cumprem a medida, que a articulação com esta rede é pontual, à distância (por telefone) e com o objetivo de tentar que o adolescente acesse o serviço quando cumprir a medida de internação.

[18] Quando ele sair a gente encaminha, normalmente é assim que funciona. (Entrevista 8)

[19] (...) quando ele tiver perto de sair a gente liga pro CAPS, passa o caso, dá as orientações pro adolescente e pra família e pede pra levar. Dá certo? Dá, às vezes dá, às vezes não dá, mas aí né nada garante nada. (Entrevista 8)

A expressão usada pelo entrevistado no final do trecho 19 “nada garante nada” indica que há descrença e desânimo quanto ao fluxo atualmente estabelecido entre a unidade

socioeducativa e os serviços de saúde mental e quanto ao real início de tratamento no CAPS quando o adolescente sai da unidade. Também indica que não existe um processo de acompanhamento desses adolescentes depois que cumprem a medida e que há um tom de tristeza nos enunciados quanto a isso.

O fragmento discursivo abaixo aponta a sensação de frustração e resume a angústia dos profissionais das equipes de saúde mental quando realizam no cotidiano as tentativas de articular o acesso dos adolescentes à rede. O uso da expressão “cara na porta cem vezes” demonstra o sofrimento dos profissionais quando tentam acionar os CAPS e estes não viabilizam o acesso dos adolescentes aos cuidados em saúde mental no território.

[20] (...) as duas coisas são horríveis – você acreditar e dar com a cara na porta cem vezes e também deixar de acreditar, não sei o que é pior (...). (Entrevista 8)

A não adesão do município que possui a quase totalidade das unidades socioeducativas de internação à PNAISARI e a existência de pactos instáveis entre os gestores da saúde e do socioeducativo interferem de maneira significativa nas relações estabelecidas no cotidiano entre os profissionais das equipes de saúde mental do sistema socioeducativo e os profissionais que atuam nos CAPS.

Conforme previsto na PNAISARI, a equipe de atenção básica de referência para a unidade socioeducativa detém responsabilidade sanitária em relação aos adolescentes e coordena o cuidado nas redes de atenção à saúde¹. A responsabilidade sanitária não dependeria de adesão formal à PNAISARI, assim como o acesso ao cuidado e à rede de saúde mental. Ao mesmo tempo, de acordo com publicações da área, o CAPSi é o dispositivo para atendimento dos casos de maior gravidade e responsável por “agenciar e ordenar a demanda” de saúde mental de crianças e adolescentes em um território, abrangendo a articulação para além dos órgãos de saúde¹⁴. O que se observa nos enunciados dos entrevistados é que nem a atenção básica nem o CAPSi realizam interface com os profissionais das unidades socioeducativas, que acabam atuando de maneira isolada.

Outra questão que aparece nos enunciados é a internação dos adolescentes em entidades religiosas após o cumprimento da medida devido ao uso abusivo de drogas, mediante solicitação da família.

[21] Se eu tenho um menino que ele não tá em sofrimento psíquico agudo, mas ele tem comportamento compulsivo relacionado às drogas, que a família não dá conta, aí ele (*Judiciário*) quer internar. (Entrevista 2)

O que se percebe é a tutela dos adolescentes por uma nova instituição vista enquanto estratégia para protegê-los. É histórica no Brasil a institucionalização de adolescentes e a concepção do Estado como ente tutelar que controla essa população. Um dos desafios da Reforma Psiquiátrica no campo da saúde mental infantojuvenil é superar a desassistência e a ausência de cuidado características das ações segregadoras e totalizantes direcionadas a esse público, focadas em retirá-los do convívio comunitário¹⁵.

Perspectivas e propostas

Entre os enunciados dos profissionais sobre o trabalho que realizam e sua articulação no cotidiano com os CAPS, há uma variedade de conclusões e perspectivas futuras apontadas.

[22] (...) o olhar não pode ser que todo esse atendimento tem que ser externo, isso não.... Hoje se o meu atendimento é externo eu tô frito! (Entrevista 2)

No fragmento 22 acima observa-se o uso de duas negações seguidas, o segundo “não” para reforçar a posição do entrevistado de que o atendimento aos adolescentes precisa ser feito também dentro das unidades socioeducativas e não apenas na rede. A expressão “eu tô frito” resgata uma linguagem coloquial para expressar a opinião do entrevistado que vai de encontro ao que é preconizado na portaria da PNAISARI, que propõe o atendimento preferencialmente na rede e também a outros documentos divulgados pelo Ministério da Saúde^{1,16}.

[23] (...) desde que eu cheguei, pra mim é claríssima a necessidade de ter uma supervisão, sabe assim, alguém que venha dar supervisão para a equipe (...) Esse trabalho de ter alguém de fora que não tá envolvido diretamente e que possa ajudar a pensar o que a gente tá fazendo e dar uma direção pro trabalho (...). (Entrevista 8)

Esse entrevistado deixa claro que é o sujeito da proposta apresentada, já que usa o pronome “eu” e a expressão “pra mim” logo em seguida. Enfatiza sua ideia com o uso de superlativo no termo “claríssima”. O uso dessa expressão torna também a afirmação categórica. O termo “de fora” enfatiza a expectativa que o profissional responsável pela supervisão seja alguém que não vivencie o cotidiano do Degase e suas lógicas institucionais.

[24] (...) faz toda diferença você ter uma política de relações que funcione, né, se aproximar, se apresentar, criar boas relações com esses profissionais (...). (Entrevista 8).

[25] É, eu acho que tem certas vezes dificuldade da gente se reunir um pouco em equipe (...), até com os equipamentos fora também, né (...). (Entrevista 6).

No fragmento 24 o entrevistado propõe uma “política de relações” com os profissionais da rede de saúde mental como estratégia para reduzir as resistências. No trecho 25 outro entrevistado menciona a dificuldade em realizar reuniões com a equipe da unidade e com as equipes dos serviços. O tom dos enunciados é distinto, apesar de tratarem de temas semelhantes. “Boas relações” remete à política da boa vizinhança, à diplomacia e às relações políticas. No segundo trecho a ideia é realizar reuniões de equipe. Neste caso, o entrevistado usa de modalidade - “certas vezes”, “um pouco”- dando a ideia de que existem tentativas de realizar reuniões, mas raramente ocorrem. A expressão “até com” demonstra a dificuldade aparente em se aproximar dos profissionais dos CAPS, como se fosse algo possível, mas distante da realidade.

Barbosa et al¹⁷ identificam o trabalho em equipe como uma das principais características do CAPS. Também apontam a supervisão clínica-institucional como importante estratégia para a saúde da equipe, possibilitando “extrapolar o lugar solitário de especialista”. Assim, o modo proposto de funcionamento dos serviços de saúde mental no território parece ser usado como referência também pelos profissionais que estão nas equipes de saúde mental do sistema socioeducativo, tanto para analisarem e refletirem sobre o próprio trabalho, quanto para pensarem em estratégias futuras de melhoria.

[26] O serviço que tem no socioeducativo tem que ser reconhecido na RAPS. (...) não tem como não ser reconhecido, ele é um ponto de apoio da rede. (Entrevista 2)

Nesta citação o entrevistado dá um tom de inquestionabilidade com o uso da expressão “tem que ser” e com a repetição do “não”, reforçando a afirmação feita anteriormente. Os verbos estão no presente do indicativo e também contribuem para essa intenção. O entrevistado faz uma referência indireta à PNAISARI que preconiza que os profissionais de saúde das unidades socioeducativas devem ser registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁸. Todos os profissionais de saúde da unidade são cadastrados como “atenção básica”, incluindo aqueles da equipe de saúde mental. Em vários momentos da entrevista 2 é mencionado que a atenção básica no sistema socioeducativo é reconhecida pelo SUS enquanto um serviço de saúde, entretanto o mesmo não ocorreria para a saúde mental. Como já apontado, a PNAISARI apresenta uma perspectiva distinta, com a diretriz clara de que existam matriciadores na atenção básica para viabilização do acesso ao cuidado em saúde mental fora das unidades.

Considerações Finais

Entre as diretrizes da PNAISARI destaca-se a incompletude institucional das unidades socioeducativas. Preconiza-se que as unidades sejam abertas à comunidade em que se inserem e à organização territorial da assistência à saúde. É relevante o acesso a múltiplas instituições e ações desenvolvidas por instâncias distintas e comunitárias¹.

Outro aspecto da política nacional é o reforço do papel dos municípios como responsáveis sanitários pelos adolescentes que estão em unidades socioeducativas de seu território. Todavia, distanciando-se da lógica normativa, indo ao cotidiano das instituições, as relações entre os órgãos gestores das medidas socioeducativas de privação de liberdade (vinculados aos estados) e as Secretarias de Saúde municipais são marcadas por conflitos e dificuldades.

Cabe às Secretarias de Saúde a responsabilidade pela incorporação dos adolescentes em privação de liberdade na população de abrangência dos serviços territoriais, de tal maneira que contribuam para a garantia do direito desses jovens ao acesso à saúde em todos os níveis de complexidade, o que inclui a saúde mental. Sem o protagonismo das diversas áreas e instituições não é possível a inclusão dos adolescentes nas políticas públicas conforme preconizado pelo sistema de garantia de direitos.

Os enunciados privilegiam os CAPS como interlocutores preferenciais dos profissionais de saúde mental das unidades e outros pontos da RAPS não são destacados. Chama a atenção a ausência da atenção básica, que seria uma ponte entre as unidades socioeducativa e as redes de atenção à saúde. Os profissionais de saúde mental mencionaram que não faz parte do cotidiano o contato com a atenção básica do território. Entre os entrevistados das unidades socioeducativas, a Coordenação de Saúde do Degase também não é enfatizada como parceira na interlocução cotidiana com a RAPS.

Os discursos convergem no que se refere aos problemas estruturais do sistema socioeducativo que são constituídos como barreiras ao acesso à rede de saúde mental através dos CAPS. Há ambiguidades nos enunciados de reflexão sobre a relação com os CAPS – ora são destacadas as resistências pessoais dos profissionais das unidades e da rede, ora os serviços são vistos como disponíveis quando acionados. As perspectivas e as propostas elencadas apontam para caminhos divergentes – ora enfatizam a necessidade de melhoria e de fortalecimento da articulação com a rede territorial externa; ora o foco se volta ao esforço de

reconhecer as equipes internas de saúde mental como extensão da rede enquanto pontos de atenção dentro das unidades. Nesse sentido, o que há de comum é a concepção de que a integração com a RAPS é uma necessidade, mesmo que a assistência seja realizada nas unidades socioeducativas.

Raramente ocorre o acesso dos adolescentes a serviços de saúde externos à unidade; alguns profissionais disseram nunca terem visto isso acontecer, apenas “ouviram falar” que ocorreu no passado. Nesse sentido, a acessibilidade enquanto premissa na saúde mental é prejudicada, pois abrangeria superar a segregação e o isolamento, incorporando na lógica de atuação a diversificação de ofertas de maneira integrada e para além do setor saúde¹⁹. Os enunciados apontam para o isolamento tanto dos adolescentes quanto dos profissionais em relação às ações e políticas de saúde mental do território.

Agradecimentos

Ao Departamento Geral de Ações Socioeducativas – Degase que autorizou a realização da pesquisa nas unidades socioeducativas e aos profissionais entrevistados.

Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 1.082, de 23 de Maio de 2014. 2014. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 3.088 de 23 de Dezembro de 2011. 2011. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
3. Lykouropoulos CB, Péchy SHS. O que é um CAPSi? In: Lauridsen-Ribeiro E, Lykouropoulos CB, eds. *O Capsi E O Desafio Da Gestão Em Rede*. 1a ed. São Paulo: Hucitec; 2016:280.
4. Fairclough N. *Discurso E Mudança Social*. Brasília: Universidade de Brasília; 2001. <http://books.google.it/books?id=sKCIPgAACAAJ>.
5. Lopes ER de C. *A Política Socioeducativa E O DEGASE No Rio de Janeiro: Transição de Paradigma?* Jundiaí: Paco Editorial; 2015.
6. Globo. Unidades do Degase no RJ têm superlotação, doenças e mofo. *GI*.

- <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2016/09/unidades-do-degase-no-rj-tem-superlotacao-doencas-e-mofo.html>. Published September 28, 2016.
7. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil. Direitos Humanos - um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei. 2006:126. http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/08/Direitos_Humanos_um_retrato_das_unidades_de_internacao_de_adolescentes_em_conflito_com_a_lei.pdf.
 8. Cavalcanti PB, Dantas AC da S, Carvalho RN. 15. Contornos e sinergias entre a política de Saúde e o adolescente privado de liberdade: intersectorialidade como desafio. *Textos Context.* 2011;10(2):399-410. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewArticle/9346>.
 9. Brasil, Congresso Nacional. Lei n. 12.594 de 18 de Janeiro de 2012. 2012. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm.
 10. Boas C, Cunha C, Carvalho R. Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade. *Rev Med Minas Gerais.* 2010;20(2):225-233. <http://rmmg.org/artigo/detalhes/317>.
 11. Fernandes FMB, Ribeiro JM, Moreira MR. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional TT - The health of the adolescent deprived of freedom: a look at policies, laws, norms and its effects on institutio. *Saúde em Debate.* 2015;39(spe):120-131. doi:10.5935/0103-1104.2015S005119.
 12. Vilas Boas CC. A atenção à saúde do adolescente privado de liberdade em Belo Horizonte: impasses e desafios. 2014.
 13. Vicentim MCG, Grawkow G. Que desafios os adolescentes autores de ato infracional colocam ao SUS? Algumas notas para pensar as relações entre saúde mental, justiça e juventude. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, eds. *Atenção Em Saúde Mental Para Crianças E Adolescentes No SUS*. São Paulo: Hucitec; 2010:426.
 14. Couto MCV, Delgado PGG. Presença Viva da Saúde Mental no Território: Construção da Rede Pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: Lauridsen-Ribeiro E, Lykouropoulos CB, eds. *O Capsi E O Desafio Da Gestão Em Rede*. 1a ed. São Paulo: Hucitec; 2016:280.

15. Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e Adolescentes na Agenda Política da Saúde Mental Brasileira: Inclusão tardia, Desafios atuais. In: Magalhães AS, Arantes E, Jablonski B (in memoriam), eds. *Psicologia Clínica: A Clínica Ampliada*. Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2015:1-280.
16. Assis DAD, Barreto C. Saúde Mental na Infância e Adolescência: Atenção Psicossocial e o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). 2014:71.
17. Barbosa CL, Lykouropoulos CB, Mattos MM, Ventura M de F, Siebert M. O Desafio Cotidiano de Ser Equipe em um CAPSi. In: Lauridsen-Ribeiro E, Lykouropoulos CB, eds. *O Capsie O Desafio Da Gestão Em Rede*. 1a ed. São Paulo: Hucitec; 2016:280.
18. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria SAS Nº 973 de 29 de Setembro de 2014. 2014. <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/setembro2014/dia30/portaria973.pdf>.
19. Alves DS. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: Pinheiro R, Mattos RA de, eds. *Os Sentidos Da Integralidade Na Atenção E No Cuidado À Saúde*. 8th ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2009:184.

7 REFLEXÕES DE SÍNTESE E CONCLUSÕES

A medida socioeducativa de internação é a mais restritiva entre aquelas previstas pelo ECA, pressupondo-se que será adotada em casos extremos e não como regra. Ademais, a internação em unidade socioeducativa representa a privação de liberdade, a restrição do direito de ir e vir livremente no território. Entretanto, todos os demais direitos do adolescente devem ser preservados e garantidos pelo Estado, responsável principal por esses adolescentes especialmente enquanto cumprem a medida socioeducativa. Entre esses direitos está a saúde. E diversas normativas se propõem a regulamentar como se dará a garantia do acesso à saúde para esses adolescentes, desde a Constituição Federal, passando pelo ECA, a lei do Sinase, as portarias do Ministério da Saúde e os planos de atendimento socioeducativo federal, estaduais e municipais.

O cuidado em saúde mental de adolescentes que cumprem medida de internação parece ser contraditório à própria privação de liberdade por dever se constituir em um cuidado em liberdade, que vai além da assistência direta e clínica prestada pelos profissionais de saúde mental. Neste aspecto, devemos resgatar o aprendizado acumulado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e sua insistência pelo cuidado territorializado e comunitário.

Foi realizada uma pesquisa nas decisões judiciais de São Paulo referentes ao encaminhamento de adolescentes para tratamento em saúde mental devido ao uso de substâncias psicoativas. Os autores tinham como objetivo compreender se as decisões estavam alinhadas às diretrizes do modelo de atenção à saúde mental decorrente da Reforma Psiquiátrica ou se as decisões contrariavam a Reforma e mantinham a preferência por encaminhamentos a hospitais. Eles concluíram que mesmo quando a opção dos juízes era encaminhar os jovens para os CAPS, as decisões eram marcadas por contradições – não apenas devido ao limite claro de liberdade do adolescente, mas também devido à dimensão do território, já que é a partir dele que a rede se organiza. As decisões referentes a adolescentes que cumprem medida de internação representariam um impedimento a eles de se apropriarem “dos recursos e potenciais do território e de fortalecerem seus laços sociais”, uma vez que durante o período da medida estes residiam na unidade socioeducativa, não sendo ali o território ao qual se vinculavam. Para estes autores, o adolescente vive em um território precário enquanto cumpre a medida e quando acessa o tratamento no CAPS, este se limita a cuidados clínicos e ambulatoriais

(SOARES et al., 2017). Esse estudo e outros trazem à tona o enorme desafio do campo da saúde mental, já que ao mesmo tempo em que se busca ampliar o acesso de parcelas da população com necessidades relacionadas à saúde mental, repudia modelos de atenção à saúde centrados na restrição de liberdade. Dessa forma, as tentativas de inserção dos adolescentes que cumprem medidas de internação na rede de atenção psicossocial são sempre acompanhadas das dificuldades inerentes à própria lógica de funcionamento do sistema socioeducativo, que impõe restrições de liberdade e apresenta barreiras que parecem muitas vezes intransponíveis. A possibilidade atual de um adolescente acessar algo da rede além de atendimentos individuais e esporádicos nos CAPS é quase inexistente. Por outro lado, conforme já discutido anteriormente, os próprios serviços territoriais apresentam outras barreiras e se mostram pouco disponíveis para atuarem enquanto agentes facilitadores e intermediadores nesse processo.

Alves (2009) identifica a integralidade enquanto premissa da saúde mental, o que envolve não segregar e não isolar. A segregação impossibilita a convivência e o livre arbítrio, e o isolamento como instrumento terapêutico é associado ao paradigma manicomial. Negar o isolamento consiste também em admitir que o indivíduo e seus problemas são objetos de cuidado, e não apenas o seu diagnóstico (ALVES, 2009). Todavia, dentre esses adolescentes privados de liberdade no sistema socioeducativo, pode haver um quantitativo muito significativo de pessoas em sofrimento mental intenso, enquadrando-se no perfil dos CAPSi que abrangem o território em que esses jovens residem (mesmo que temporariamente enquanto estão nas unidades socioeducativas). Como foi apresentado no artigo “Discursos sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de internação no Rio de Janeiro”, existem diversos grupos de demandas de saúde mental identificados pelos profissionais que atendem os adolescentes. Inviabilizar o acesso de tais jovens à rede ampliada de cuidado em saúde mental por meio da vinculação ao CAPSi enquanto agenciador e ordenador das demandas do território, ou através da atenção básica em sua função de matriciadora, não parece ser a perspectiva ideal. Mesmo em uma situação provisória de privação de liberdade, o acesso ao que existe na rede ampliada e a continuidade do cuidado permanecem enquanto direitos. E, quando esse adolescente sai da unidade socioeducativa, almeja-se que ocorra a interlocução entre os integrantes da rede ampliada de suporte que são corresponsáveis por seu encaminhamento implicado no novo território.

Trazendo a reflexão de que idas pontuais e desarticuladas ao CAPSi não representam inclusão

real do adolescente na rede de cuidado, outras alternativas precisam ser consideradas sempre levando em conta as vulnerabilidades, as necessidades, os desejos e as condições de vida dos adolescentes com demandas de saúde mental nas unidades de internação. Os outros integrantes da rede de cuidado, além das próprias equipes de saúde mental das unidades socioeducativas, têm como papel rediscutir e reinventar possibilidades, indo além daquilo que há de ofertas nos serviços de saúde e considerando as ações intersetoriais. Contudo, apesar de a chegada ao CAPSi não ser garantia de acesso à rede de cuidado, pode ser vista como um primeiro e importante passo, principalmente a fim de que esses adolescentes se tornem visíveis e sejam incorporados nas rotinas e no planejamento dos serviços territoriais.

Sobre essa invisibilidade dos adolescentes nos serviços públicos, Fernandes et al (2015) aponta que:

Se os adolescentes em geral, costumeiramente, já sofrem uma condição de parcial invisibilidade do olhar dos profissionais de saúde nos serviços públicos, adolescentes em conflito com a lei e privados de liberdade são ainda mais invisíveis. Ou, por outro lado, a eles é conferida uma visibilidade pontual, extremamente negativa – regida pelo preconceito e pela discriminação, pelo fato de serem infratores, que só emerge quando da sua eventual necessidade de um atendimento em saúde, nos serviços da rede SUS (FERNANDES et al., 2015, pag 127)

Para que esses adolescentes, portanto, possam ser vistos e incorporados nos processos de trabalho dos serviços de saúde mental, há que ser feita uma aproximação entre os profissionais do sistema socioeducativo e dos CAPS, e entre esses e os adolescentes que cumprem medida. A responsabilidade pelo cuidado, ao ser compartilhada, possibilita a construção conjunta de alternativas que viabilizam a garantia do direito à saúde desses jovens.

Couto e Delgado (2016) identificam como função da atenção psicossocial não apenas cuidar e tratar, mas também inserir as crianças e os adolescentes no “tecido social”. Esses autores apresentam o conceito de rede ampliada de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes, que envolve a oferta de serviços enquanto aspecto estrutural e a “direcionalidade da ação do cuidado” enquanto aspecto dinâmico. A construção de redes, portanto, vai além da implantação de serviços e abrange as relações entre os diversos setores que atuam na assistência à infância e à adolescência e seu alinhamento para que sejam possíveis respostas adequadas à complexidade das demandas de saúde mental (COUTO;

DELGADO, 2016). Sendo assim, o CAPS e os demais serviços da rede ampliada têm como função incluir os adolescentes nessa rede, superando a histórica invisibilidade dessa parcela da população nas políticas públicas e possibilitando a constituição de novos vínculos sociais.

Em uma busca por experiências bem sucedidas no contexto socioeducativo, Costa (2005) identifica que o grande desafio, no caso dos psicólogos de unidades socioeducativas (o que pode ser ampliado para os demais profissionais que atuam no campo da saúde mental), é contribuir para que o adolescente fortaleça seus vínculos sociais e afetivos, construindo “novas relações, novos agenciamentos e conexões menos aprisionantes” (COSTA, 2005). O elo entre as unidades socioeducativas de internação e o CAPSi, enquanto primeiro ponto da rede ampliada de cuidados no território pode ser a equipe de saúde mental das unidades de internação, cuja atuação pressupõe interfaces com os demais pontos da rede ampliada.

A ligação entre as equipes das unidades socioeducativas e a rede ampliada, especialmente por meio dos CAPSi, também poderia auxiliar os profissionais do sistema socioeducativo na problematização dos casos, das concepções de demanda, dos fluxos e rotinas internos, das relações de poder, bem como na identificação conjunta de possibilidades de cuidado considerando ofertas mais amplas, para além do que os recursos institucionais internos permitem. Conforme apresentado no artigo “Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo do Rio de Janeiro: relação entre as equipes das unidades e a rede”, são desafios reconhecidos pelos profissionais a frouxa articulação entre as unidades e a rede e o isolamento tanto desses técnicos quanto dos adolescentes, o que gera descrença quanto à assistência em saúde mental para esses jovens.

Adotando como referência a análise de Wacquant (2012) sobre o Estado Penal, identifica-se um cenário de redução progressiva dos gastos sociais com o objetivo de proteção social dos cidadãos e um aumento das despesas com itens de segurança pública, reforçando o caráter repressivo do Estado mediante parcela da população. Não parece haver um indicativo de mudança nesse projeto político de estado, pelo contrário. Nesse sentido, ganha relevância a constituição de redes para viabilização da inclusão de jovens em conflito com a lei e com questões de saúde mental em políticas sociais sob gestão das diversas áreas.

Para Costa (2006), o princípio de incompletude institucional abrange integração permanente das unidades socioeducativas com outras organizações, governamentais e não

governamentais. Ademais, o objetivo da socioeducação é justamente preparar os adolescentes para o convívio social, respeitando as regras de convivência. Conviver é um aprendizado e pode fazer parte das estratégias de ações desenvolvidas para esses jovens.

O primeiro princípio destacado pelo Ministério da Saúde no documento da Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil é que o adolescente deve ser considerado como sujeito, responsável por sua demanda e com direito ao cuidado. O sujeito é singular, então cada demanda é particular e possui especificidades. Esse conceito de sujeito abrange também a vocalização direta das necessidades, ou seja, o adolescente é o vocalizador de suas demandas e a formulação de suas demandas por outros não substitui a sua própria voz (BRASIL et al., 2005).

Entretanto, chama a atenção a pouca prioridade dada aos adolescentes das unidades socioeducativas enquanto interlocutores diretos perante as equipes de saúde mental, de tal forma que a maior parte das demandas são reportadas por terceiros que incorporam em suas falas perspectivas e opiniões pessoais, valores morais, entre outros. Ou seja, eles não têm a oportunidade de serem protagonistas de suas demandas junto às equipes de saúde mental, e também não o fazem na RAPS, já que o acesso é limitado e pontual conforme discutido no artigo “Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo do Rio de Janeiro: relação entre as equipes das unidades e a rede”. A frágil articulação entre as necessidades do adolescente e as ofertas disponíveis geralmente desconsidera uma demanda imediata dele que consiste em ser aceito e compreendido, para “aceitar-se e compreender-se” (COSTA, 2006).

Refletindo sobre as limitações desse estudo, uma delas é justamente a ausência dos adolescentes e de seus relatos sobre suas demandas de saúde mental. O foco da pesquisa foi analisar a perspectiva dos profissionais de saúde mental, mas certamente a inserção dos adolescentes como sujeitos de um estudo mais extenso seria desejável e necessário. Infelizmente para uma pesquisa de mestrado o tempo gasto nos trâmites de autorização para acesso direto aos adolescentes é muito grande, o que prejudicaria o cumprimento dos prazos do programa de saúde pública.

Outra possibilidade para complementação da pesquisa aqui apresentada consistiria na inclusão dos demais profissionais do sistema socioeducativo que também estão em contato direto com os adolescentes em sua rotina de trabalho, como os agentes, os técnicos da equipe de medida,

os diretores, entre outros; bem como das equipes de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, principalmente dos CAPSi que atuam nas regiões em que se localizam as unidades socioeducativas. Essas outras perspectivas contribuiriam muito para o enriquecimento do estudo.

Acredita-se que os objetivos propostos nesse estudo foram alcançados, considerando o escopo planejado. Foi possível entender um pouco mais sobre como as equipes de saúde mental se organizam internamente, como visualizam seu papel e quais reflexões fazem em relação aos desafios que se apresentam na árdua tarefa de lidar com as questões de saúde mental de adolescentes em privação de liberdade, em conflito com a lei e atingidos por outras inúmeras vulnerabilidades. Foi possível identificar a lógica interna de funcionamento, o percurso das demandas até se tornarem elegíveis para essas equipes, as influências de outros atores na definição dessas demandas, as ausências de interlocutores importantes (como os próprios adolescentes, a atenção básica e os CAPSi) e ainda as possibilidades vislumbradas para aprimoramento e desenvolvimento do trabalho no sistema socioeducativo.

Nos dois artigos que apresentam os resultados da pesquisa buscou-se compreender a construção discursiva dos profissionais de saúde mental sobre como é identificada, priorizada, atendida e encaminhada uma demanda de saúde mental dos adolescentes que cumprem medida de internação. Foram identificadas distintas concepções sobre o que é uma demanda de saúde mental, conforme as intertextualidades e interdiscursividades com o discurso psiquiátrico, com o discurso da reforma psiquiátrica, com o discurso de determinantes sociais na saúde e com o discurso de mau comportamento. As concepções não se apresentaram de maneira estanque, mas sim inter-relacionadas, o que se evidencia especialmente nas demandas referentes ao uso abusivo de drogas. Não há prevalência de um discurso em relação aos demais. A identificação, a reflexão e a problematização das concepções discursivas sobre as demandas de saúde mental podem ser relevantes para as equipes de saúde mental e da Coordenação de Saúde do Degase discutirem o processo de trabalho, considerando os atuais parâmetros de cada equipe para priorização de demandas, o que é contemplado enquanto demanda e o que não chega para as equipes, quais os caminhos adotados para as demandas após serem identificadas, quem tem voz no atual fluxo de atendimento. Tais reflexões compartilhadas entre as equipes das unidades socioeducativas e entre elas e outros profissionais externos podem contribuir tanto para possíveis melhorias nas relações e nos processos internos do sistema socioeducativo, quanto na constituição de relações mais sólidas

entre o socioeducativo e os serviços externos.

A partir da identificação da existência de demandas de saúde mental nas unidades socioeducativas, buscou-se analisar como os profissionais de saúde mental percebem a relação com a Rede de Atenção Psicossocial, especialmente com os CAPS e com a atenção básica, para que os adolescentes tenham acesso à atenção integral em saúde. Identificou-se que há uma frágil articulação entre as unidades socioeducativas e o SUS, que aliada a problemas estruturais como a falta de transporte e de agentes para levarem os adolescentes aos serviços territoriais, dificulta e às vezes inviabiliza a inclusão deles nas ações e políticas de saúde mental do SUS. Também há o isolamento dos profissionais das unidades socioeducativas, que em seu cotidiano mantém relações pontuais com os serviços. Os profissionais entrevistados apontam reflexões e propostas que podem ser consideradas e discutidas em conjunto com a rede, como a aproximação, o contato e a melhoria das relações entre os profissionais, além da implantação de uma supervisão clínica-institucional com apoio de profissionais externos ao socioeducativo. A adesão formal do município e do estado do Rio de Janeiro à PNAISARI não é pré-requisito (apesar de ser importante) para a construção da rede de proteção social dos adolescentes, tendo como ponto de partida o acesso aos CAPS. O fortalecimento dos vínculos entre os profissionais de saúde mental, num primeiro momento, pode ser uma via para que a rede de proteção alcance os adolescentes que cumprem medida de internação.

8 REFERÊNCIAS

ALVES, D. S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. DE (Eds.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2009. p. 184.

AMARANTE, P. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados**. 1a. ed. São Paulo: Zagodoni, 2015.

ANDRADE, R. C. DE et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro (RJ, Brasil): estudo de gênero e relação com a gravidade do delito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2179–2188, abr. 2011.

ASSIS, D. A. D.; BARRETO, C. **Saúde Mental na Infância e Adolescência: Atenção Psicossocial e o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)**. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n. 8.069, de 13 de Julho de 1990**. Brasília. Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/Leis/L8069Compilado.htm>

BRASIL. **Lei n. 10216 de 6 de Abril de 2001**. Brasília. Diário Oficial da União, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>

BRASIL et al. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos_politica_saude_mental_infanto_juvenil.pdf>

BRASIL. **Portaria Nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011**. Brasília. Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>>

BRASIL. **Lei n. 12.594 de 18 de Janeiro de 2012**. Brasília. Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm>

BRASIL. **Levantamento SINASE 2013. Restrição e Privação de Liberdade**. Brasília. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2015a. Disponível em:

<<http://www.sdh.gov.br/noticias/pdf/levantamento-2013>>

BRASIL. **Saúde Mental em Dados 12**. Brasília. Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>>

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 1.082, de 23 de Maio de 2014**. Brasília.

Diário Oficial da União, 2014. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA; CONSELHO FEDERAL DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL.

Direitos Humanos - um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei. Brasília. CFP, 2006. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/08/Direitos_Humanos_um_retrato_das_unidades_de_internacao_de_adolescentes_em_conflito_com_a_lei.pdf>

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº 67/2011 : um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes**. Brasília. Conselho Nacional do Ministério Público, 2015.

Disponível em:

<http://www.cnmp.mp.br/portal/images/Um_Olhar_mais_Atento_09.06_WEB.pdf>

COSTA, A. C. G. DA. **Socioeducação: Estrutura e Funcionamento da Comunidade Educativa**. Brasília. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2006.

COSTA, C. R. B. S. F. DA. É possível construir novos caminhos? Da necessidade de ampliação do olhar na busca de experiências bem-sucedidas no contexto socioeducativo.

Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 5, n. 2, p. 79–95, 2005.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Presença Viva da Saúde Mental no Território: Construção da Rede Pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In:

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. (Eds.). **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. 1a. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 280.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Universidade de Brasília, 2001.

FERNANDES, F. M. B. et al. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 120–131, 2015.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2014**. São Paulo. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2014. Disponível em:

<http://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPCEAP/8o_anuario_brasileiro_de_seguranca_public>

a.pdf>

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 41. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

LOPES, E. R. DE C. **A Política Socioeducativa e o DEGASE no Rio de Janeiro: Transição de Paradigma?** Jundiaí: Paco Editorial, 2015.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. DE S. Trabalho de campo: Contexto de Observação, Interação e Descoberta. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. DE S. (Eds.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

RIO DE JANEIRO. **Lei n. 4.802 de 29 de Junho de 2006**. Rio de Janeiro. Assembléia Legislativa, 2006.

ROSA, M. D.; M. C., V. Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. **Psicologia Política**, v. 10, n. 19, p. 107–124, 2012.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo: Diretrizes e Eixos Operativos para o SINASE**. Brasília. Brasil, 2013. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/pdf/plano-nacional-de-atendimento-socioeducativo-diretrizes-e-eixos-operativos-para-o-sinase>>

SILVA, E. R. A.; GUERESI, S. **Texto para Discussão nº 979 Adolescentes em Conflito com a Lei: Situação do Atendimento Institucional no Brasil**. Brasília. IPEA, 2003. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0979.pdf>

SOARES, R. H. et al. Medidas judiciais atinentes à atenção em saúde mental de adolescentes em conflito com a lei. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p. 123–131, 2017.

TRASSI, M. DE L.; MALVASSI, P. A. **Violentamente Pacíficos: desconstruindo a associação juventude e violência**. São Paulo: Cortez, 2010.

VIEIRA, T. B.; RAMOS, F. A. DA C.; ROSÁRIO, M. C. DO. Processos Educativos em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. (Eds.). **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 280.

VILARINS, N. P. G. Adolescents with mental disorders while serving time and being subjected to socio-educative measures. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 891–898, 2014.

VILLAS-BÔAS, E. DA S. **Direito Penal e o Paradigma da Responsabilidade Juvenil**.

Salvador: EDUFBA, 2012.

WACQUANT, L. Forjando o estado neoliberal: trabalho social, regime prisional e insegurança social. In: BATISTA, V. M.; LAMARÃO, S. (Eds.). **Loic Wacquant e a questão penal no capitalismo neoliberal**. Rio de Janeiro: Renavam, 2012. p. 320.

APÊNDICE 1 – Roteiros de entrevista

Roteiro de entrevista com as equipes de saúde mental das unidades socioeducativas

- 1) Como a equipe de saúde mental se organiza na unidade socioeducativa? Como é a rotina de trabalho? Como ela é composta e quais as suas atribuições?
- 2) Quais as principais demandas de saúde mental identificadas?
- 3) Há diferenças entre as demandas de saúde mental apresentadas por meninos e meninas que estão em unidades socioeducativas?
- 4) Como são identificadas as questões de saúde mental na unidade socioeducativa? Qual o fluxo de atendimento?
- 5) Em que situações e como ocorre a articulação com a atenção básica para desenvolvimento de ações de saúde mental?
- 6) Em que situações e como ocorre a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial?
- 7) De que forma os adolescentes com demandas de saúde mental acessam outros serviços do SUS externos à unidade?
- 8) Qual o papel da Coordenação de Saúde Integral do DEGASE em relação às demandas de saúde mental identificadas pelas unidades socioeducativas?
- 9) Existem demandas relativas à saúde mental encaminhadas pelo Judiciário e por outros órgãos às equipes? Quais são? Como é o fluxo do atendimento a essas demandas?
- 10) A equipe de saúde mental e a unidade socioeducativa, de maneira geral, participam da reavaliação da medida socioeducativa realizada pelo Judiciário? De que maneira?

- 11) Quais as principais dificuldades encontradas para atendimento às demandas de saúde mental e quais são as sugestões de melhoria?

Roteiro de entrevista com os integrantes da Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social do Degase

- 1) Como a equipe da Coordenação se organiza? Qual o seu papel em relação à saúde mental?
- 2) Há na Coordenação alguma área responsável ou que atua mais diretamente no atendimento às demandas de saúde mental?
- 3) Como ocorre a interlocução entre a Coordenação e as equipes de saúde mental das unidades socioeducativas?
- 4) Em que situações a equipe da Coordenação participa do atendimento a demandas de saúde mental dos adolescentes que cumprem medida de internação?
- 5) Quais as principais demandas de saúde mental identificadas?
- 6) Há diferenças entre as demandas de saúde mental apresentadas por meninos e meninas que estão em unidades socioeducativas?
- 7) Em que situações e como ocorre a articulação com a atenção básica para desenvolvimento de ações de saúde mental?
- 8) Em que situações e como ocorre a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial?
- 9) De que forma os adolescentes com demandas de saúde mental acessam outros serviços do SUS externos à unidade?
- 10) Existem demandas relativas à saúde mental encaminhadas pelo Judiciário e por outros órgãos às equipes? Quais são? Como é o fluxo do atendimento a essas demandas?

- 11) A equipe de saúde mental e a unidade socioeducativa, de maneira geral, participam da reavaliação da medida socioeducativa realizada pelo Judiciário? De que maneira?

- 12) Quais as principais dificuldades encontradas para atendimento às demandas de saúde mental e quais são as sugestões de melhoria?

APÊNDICE 2 – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA – ENTREVISTA – EQUIPES DE SAÚDE MENTAL

“Saúde Mental no Sistema Socioeducativo do Rio de Janeiro”

Prezado/a Senhor(a),

Você está sendo convidado/a a participar da pesquisa *“Saúde Mental no Sistema Socioeducativo do Rio de Janeiro”*, desenvolvida por Débora Stephanie Ribeiro, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Suely Deslandes, cujo objetivo é analisar como as demandas de saúde mental dos adolescentes que cumprem medida de internação são identificadas e atendidas pelas unidades socioeducativas de internação e pelo SUS. Você foi selecionado/a porque é um dos integrantes da equipe de saúde mental de uma unidade socioeducativa de internação do Rio de Janeiro e acreditamos que pode contribuir para nossa pesquisa.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Não haverá coleta de exames e você não correrá riscos biológicos. Considera-se que a pesquisa trará riscos mínimos aos participantes. Não há riscos de identificação dos participantes, uma vez que a entrevista é anônima. Tais riscos serão minimizados uma vez que a entrevista será realizada em ambiente com privacidade. O benefício relacionado à sua participação é a possibilidade que você terá de apresentar suas opiniões, posições, dificuldades e sugestões sobre o atendimento das demandas de saúde mental dos adolescentes que cumprem medida de internação.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora e à equipe do projeto sobre o tema da pesquisa, com duração prevista de cerca

de uma hora. Sua entrevista será gravada, se você permitir. Códigos serão atribuídos a cada entrevistado/a para preservar o sigilo das informações e dessa forma, seu anonimato será mantido. Os dados serão analisados em conjunto e as informações pessoais serão omitidas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. As entrevistas gravadas serão transcritas e apenas a equipe de pesquisa terá acesso ao material gravado. Os dados coletados nesta pesquisa serão publicados na forma de relatório e artigos científicos. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos.

Este Termo é redigido em duas vias, sendo umas das vias para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pela pesquisadora responsável (ou pessoa por ela delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

Neste Termo de Consentimento há o telefone e o endereço eletrônico da pesquisadora e o participante poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação. Pedimos que você rubrique todas as páginas deste Termo e assine na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. O Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - CEP/ENSP se encontra à disposição para eventuais esclarecimentos. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br Telefone e fax: (21) 2598-2863. Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Térreo – Manginhos/RJ.

Débora Stephanie Ribeiro (pesquisadora do campo)

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável (inserção na ENSP/FIOCRUZ):

Tel: (61) 83001686 ou (21) 2146-1615

E-mail: debora.seds@gmail.com

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2016

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA – ENTREVISTA – INTEGRANTES DA COORDENAÇÃO DE SAÚDE INTEGRAL E REINSERÇÃO SOCIAL (CSIRS) DO DEGASE

“Saúde Mental no Sistema Socioeducativo do Rio de Janeiro”

Prezado/a Senhor(a),

Você está sendo convidado/a a participar da pesquisa *“Saúde Mental no Sistema Socioeducativo do Rio de Janeiro”*, desenvolvida por Débora Stephanie Ribeiro, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Suely Deslandes, cujo objetivo é analisar como as demandas de saúde mental dos adolescentes que cumprem medida de internação são identificadas e atendidas pelas unidades socioeducativas de internação e pelo SUS. Você foi selecionado/a porque é um dos integrantes da equipe da Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social do Degase e acreditamos que pode contribuir para nossa pesquisa.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Não haverá coleta de exames e você não correrá riscos biológicos. Considera-se que a pesquisa trará riscos mínimos aos participantes. Não há riscos de identificação dos participantes, uma vez que a entrevista é anônima. Tais riscos serão minimizados uma vez que a entrevista será realizada em ambiente com privacidade. O benefício relacionado à sua participação é a possibilidade que você terá de apresentar suas opiniões, posições, dificuldades e sugestões sobre o atendimento das demandas de saúde mental dos adolescentes que cumprem medida de internação.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora e à equipe do projeto sobre o tema da pesquisa, com duração prevista de cerca de uma hora. Sua entrevista será gravada, se você permitir. Códigos serão atribuídos a cada

entrevistado/a para preservar o sigilo das informações e dessa forma, seu anonimato será mantido. Os dados serão analisados em conjunto e as informações pessoais serão omitidas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. As entrevistas gravadas serão transcritas e apenas a equipe de pesquisa terá acesso ao material gravado. Os dados coletados nesta pesquisa serão publicados na forma de relatório e artigos científicos. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos.

Este Termo é redigido em duas vias, sendo umas das vias para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pela pesquisadora responsável (ou pessoa por ela delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

Neste Termo de Consentimento há o telefone e o endereço eletrônico da pesquisadora e o participante poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação. Pedimos que você rubrique todas as páginas deste Termo e assine na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. O Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - CEP/ENSP se encontra à disposição para eventuais esclarecimentos. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br Telefone e fax: (21) 2598-2863. Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Térreo – Manguinhos/RJ.

Débora Stephanie Ribeiro (pesquisadora do campo)

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável (inserção na ENSP/FIOCRUZ):

Tel: (61) 83001686 ou (21) 2146-1615

E-mail: debora.seds@gmail.com

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2016

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante: