

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Fabiana Lozano Gama

**A assistência em saúde mental às adolescentes em privação de liberdade
no Estado do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2017

Fabiana Lozano Gama

**A assistência em saúde mental às adolescentes em privação de liberdade
no Estado do Rio de Janeiro**

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: Políticas Públicas e Saúde.

Orientador: Nilson do Rosário Costa

Rio de Janeiro

2017

Ficha Catalográfica

Fabiana Lozano Gama

**A assistência de saúde mental às adolescentes em privação de liberdade
no Estado do Rio de Janeiro**

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: Políticas Públicas e Saúde.

Aprovada em: 04 de maio de 2017.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Christiane da Mota Zeitoune
Departamento Geral de Ações Socioeducativas/DEGASE

Prof. Dr. Paulo Roberto Fagundes da Silva
Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública

Prof. Dr. Nilson da Costa Rosário (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2017

À minha mãe Sandra Gama, minha guerreira, meu exemplo.
Longe dos olhos, mas perto do coração.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa, pela paciência, assertividade e delicadeza.

Aos Prof. Dr. Paulo Fagundes e Dra. Christiane Zeitoune por aceitarem fazer parte da banca de qualificação e defesa, pela disponibilidade e pelas sugestões sempre muito bem vindas.

Aos meus pais, José Lobo e Sandra Regina (*in memorian*) pela pessoa que sou.

Ao meu filho Gabriel, minha motivação.

Ao meu amor Ulisses Florio, pela compreensão da minha ausência em muitos momentos e pela ajuda nas nossas tarefas cotidianas.

A minha família representada pelos meus irmãos Sandro Gama e Sílvia Gama, pelo apoio.

À minha amiga e Profa. Dra. Silvia Cavancante, por ouvir minhas angústias e por me incentivar na área da pesquisa desde sempre.

Aos meus colegas de turma, Jorgiane Vilar, Joyker Gomes, Luciana Medeiros, Mariana Inácio, Nadia Revelo, Ranaila Lima, e Raphaella Postorivo, com quem dividi minhas dificuldades, com quem aprendi muito e pretendo levar pra minha vida.

Aos queridos Professores e Coordenadores da Área de Políticas Públicas e Saúde Dra. Vera Luzia e Dr. José Mendes pelas orientações nas aulas de Seminários Avançados.

À Profa. Dra. Deborah Uhr por ter me mostrado o caminho das pedras.

À Francileuda Brugger, minha diretora e querida amiga, por ter permitido bagunçar meus horários para o cumprimento de todas as etapas do Mestrado.

Aos meus colegas de trabalho do CAPS Ernesto Nazareth e do Conselho Tutelar de São Gonçalo pelo incentivo.

À equipe da Escola João Luiz Alves pelo acolhimento inicial no mundo socioeducativo e pelo aprendizado.

À equipe da Escola de Gestão do DEGASE pelas incansáveis tentativas para liberação da pesquisa junto ao Juizado da Infância e Juventude.

À direção e equipe técnica do CENSE Professor Antônio Carlos Gomes da Costa pela receptividade e acolhimento no momento da coleta dos dados.

Às adolescentes em privação de liberdade, sem as quais não seria possível a realização desta pesquisa.

RESUMO

Objetivo: O objetivo do artigo foi analisar a assistência de saúde mental às adolescentes privadas de liberdade em unidade socioeducativa (USE) do Estado do Rio de Janeiro com ênfase na análise da prescrição e consumo de psicofármacos. A hipótese que foi considerada é que a adoção de condutas centradas na medicação psiquiátrica pode estar associada à provisão de serviços em saúde mental exclusivamente no interior da USE a despeito das orientações normativas no sentido da descentralização e articulação com o Sistema Único de Saúde.

Metodologia: Estudo transversal com desenho de estudo de caso, do tipo quantitativo e qualitativo, com dados primários coletados em 35 prontuários por meio de um formulário estruturado, análise documental e entrevista com gestores.

Resultados: Constatou-se que 40% das adolescentes estavam em tratamento em saúde mental no momento da pesquisa. O uso de psicofármacos alcançava 17% das adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação a despeito de apenas 3% terem de diagnóstico de transtorno mental. A assistência em saúde da USE caracterizava-se pela verticalização comprovada pelo fato de 100% da assistência em saúde ser realizada exclusivamente pela equipe de saúde da própria SE, sem vinculação com serviços externos do SUS.

Discussão: Foi constatada uma baixa prevalência do uso de psicofármacos quando comparado ao padrão constatado pela literatura em unidades socioeducativas estaduais com o mesmo padrão verticalizado de serviços em saúde mental. Esta evidência pode ser associada à revisão dos protocolos clínicos e ao fortalecimento do manejo psicossocial em resposta ao uso excessivo de medicação observado em anos anteriores. A organização da saúde mental na USE com a oferta de equipe multidisciplinar exclusiva para os casos de saúde mental, o privilégio de ações psicossociais e a existência de um protocolo clínico que situa o atendimento psiquiátrico como o último recurso a ser utilizado são as explicações plausíveis para o resultado na USE. Ainda assim, esta dissertação chama atenção para o desafio institucional da exigência de articulação da assistência em saúde mental da USE com as diretrizes descentralizadoras da política pública de saúde.

Palavras-chave: Medicalização, Psicotrópico, Instituição Total, Medida Socioeducativa, Adolescentes.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this article was to analyze the mental health care of adolescents deprived of liberty in the socio-educational unit of the State of Rio de Janeiro, with emphasis on the analysis of the prescription and consumption of psychotropic drugs. The hypothesis that was considered is that the adoption of conduits focused on psychiatric medication may be associated to the provision of mental health services exclusively within the sócio-education unit in spite of the normative orientations towards the decentralization and articulation with the Unified Health System.

Methodology: A cross-sectional study with a case study design, of the quantitative and qualitative type, with primary data collected in 35 medical records through a structured form, documentary analysis and interview with manager.

Outcome: It was found that 40% of the adolescents were in mental health treatment at the time of the research. The use of psychotropic drugs reached 17% of adolescents deprived of liberty, despite the fact that only 3% had a diagnosis of mental disorder. Socio-education unit's health care was characterized by verticalization, evidenced by the fact that 100% of health care was exclusively performed by the health team of the unit, without linking with SUS – National Health System – external services.

Discussion: There was a low prevalence of psychotropic drugs when compared to the standard found in the literature in state socio-educational units with the same vertical pattern of mental health services. This evidence may be associated with the review of clinical protocols and the strengthening of psychosocial management in response to overuse of medication observed in previous years. The organization of mental health in sócio-education unit with the provision of exclusive multidisciplinary team for cases of mental health, the privilege of psychosocial actions and the existence of a clinical protocol that places psychiatric care as the last resource to be used are the plausible explanations for the result in sócio-education unit. Nevertheless, this dissertation draws attention to the institutional challenge of the articulation of sócio-education mental health care with the decentralizing directives of public health policy.

Key words: Medicalization, Psychotropic, Total Institution, Socio-educational Measure, Adolescents.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Distribuição de adolescentes em regime fechado. Brasil, 1999 – 2014.....	34
Gráfico 2 – Quantidade de adolescentes em MSE de internação no RJ e no Brasil no período de 2008 a 2014.....	36
Gráfico 3 – Tempo de internação e categoria do ato infracional no PACGC (n=35). Rio de Janeiro, Dezembro, 2016.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro comparativo entre o Código de Menores e o ECA.....	28
Quadro 2 – Principais marcos legais de 1822 a 2016.....	29
Quadro 3 – USE de internação e internação provisória (IP) do DEGASE e % de lotação. Rio de Janeiro, 2016.....	45
Quadro 4 – Atividades oferecidas pelo PACGC. Dezembro, 2016.....	55
Quadro 5 – Oficinas oferecidas pelo PACGC. Dezembro, 2016.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantitativo de unidades socioeducativas por 100 mil habitantes de 12 a 18 anos nas Unidades da Federação. Brasil, 2012.....	32
Tabela 2 - Adolescentes em medidas socioeducativas por 100 mil habitantes de 12 a 18 anos nas Unidades da Federação. Brasil, 2012.....	32
Tabela 3 – Ocupação das USE nas Unidades da Federação. Brasil, 2013.....	33
Tabela 4 – Carga horária mensal dos profissionais de nível superior per capita. PACGC, Dezembro, 2016.....	54
Tabela 5 – Características e tipo de ato infracional das adolescentes no PACGC (n=35). Rio de Janeiro, Dezembro, 2016.....	59
Tabela 6 – Características da assistência em saúde mental no PACGC (n=35). Rio de Janeiro, Dezembro, 2016.....	63
Tabela 7 – Uso de psicotrópico e tempo de internação das adolescentes em privação de liberdade no PACGC. Rio de Janeiro, Dezembro, 2016.....	63
Tabela 8 – Distribuição da quantidade e tipo de psicofármacos por adolescentes no PACGC. Rio de Janeiro, Dezembro, 2016.....	65
Tabela 9 – Tratamento em SM em USES para adolescentes do sexo feminino. Porto Alegre, 2014; Belo Horizonte, 2015; Rio de Janeiro, 2016.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CBIA	Centro Brasileiro da Infância e Juventude
CENSE	Centro Socioeducativo
CID	Código Internacional de Doença
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRIAAD	Centro de Recursos Integrados de Atendimento ao Adolescente
CSIRS	Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social
DEGASE	Departamento Geral de Ações Socioeducativas
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENS	Escola Nacional de Socioeducação
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FEBEM	Fundação Estadual do Bem Estar do Menor
FEEM	Fundação de Educação ao Menor
FIA	Fundação de Infância e Juventude
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IP	Internação Provisória
LRP	Lei da Reforma Psiquiátrica
MS	Ministério da Saúde
MSE	Medida Socioeducativa
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NSM	Núcleo de Saúde Mental
PACGC	Professor Antônio Carlos Gomes da Costa
PASE	Plano de Atendimento Socioeducativo
PIA	Plano Individual de Atendimento
PNAISARI	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória
PPI	Projeto Político Institucional
PPP	Projeto Político Pedagógico
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção Social
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SDH/PR	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
SGD	Sistema de Garantias de Direitos
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SM	Saúde Mental
SSE	Sistema Socioeducativo
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
USE	Unidade Socioeducativa

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 - AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL.....	23
CAPÍTULO 2 - SOCIEDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL.....	31
2.1 A SOCIOEDUCAÇÃO NO BRASIL E NO RIO DE JANEIRO	31
2.2 A SAÚDE MENTAL NO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO	37
CAPÍTULO 3 - O DEGASE E A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL...	43
3.1 O DEGASE E SUAS ATRIBUIÇÕES.....	43
3.2 A SAÚDE MENTAL NO DEGASE.....	46
CAPÍTULO 4 - O CENSE PROFESSOR ANTÔNIO CARLOS GOMES DA COSTA	52
CAPÍTULO 5 - A SAÚDE MENTAL DAS ADOLESCENTES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE NO RIO DE JANEIRO: RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
5.1 A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO PACGC.....	62
5.2 AGRESSÕES E AUTOLESÕES.....	66
5.3 SAÚDE MENTAL: ESTUDO DE CASOS COMPARADOS.....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	75
ANEXO A.....	84

INTRODUÇÃO

O objetivo desta dissertação é analisar a assistência de saúde mental aos adolescentes privados de liberdade em unidade socioeducativa (USE) do Estado do Rio de Janeiro com ênfase na prescrição e consumo de medicamentos psicotrópicos. Para tal, é descrita a assistência em saúde mental prestada as adolescentes privadas de liberdade, o perfil social das adolescentes, a prevalência dos diagnósticos psiquiátricos e o padrão de prescrição de medicamentos psiquiátricos, assim como a articulação da USE com a rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

As unidades socioeducativas brasileiras são administradas por governos regionais em um contexto de forte descentralização federativa da assistência à saúde no âmbito do SUS (ARRETCHE, 2010).

No Brasil, ao adolescente autor de atos infracionais, atos análogos a crimes ou contravenções penais conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente, é atribuído as Medidas Socioeducativas (MSE), sendo a internação em estabelecimento educacional a medida mais severa. Ao portador de transtorno mental, da mesma forma, a internação de longa permanência em hospital psiquiátrico foi a escolha predominante de tratamento por muitos anos (AMARANTE, 1995).

O processo de descentralização da provisão da saúde foi construído por meio da convergência de agenda entre os governos nacional e subnacionais de nossa federação. Essa convergência de agenda tornou-se possível em função da delegação de elevado espaço de decisão para os níveis de governo subnacionais (Estados e Municípios).

Almeida observa que a Constituição de 1988 traduziu o anseio por descentralização compartilhado pelas forças democráticas predominantes. Em 1988, a federação foi redesenhada em benefício dos estados e, sobretudo, dos municípios, alçados à condição de entes federativos “de fato” (ALMEIDA, 2005).

A redefinição de competências e atribuições na esfera social foi parte de um processo de transformação de um modelo de federação centralizada para um tipo de federalismo que embora, em tese, assemelhado ao do tipo cooperativo implicou em sucessivos conflitos e na ausência de formas reais e consolidadas de articulação de ações e coordenação entre as três esferas de governo.

A transformação das funções exercidas pelo governo federal determinou a ocorrência e normatização de processos de importância muito significativa na realocação de

competências e atribuições. Os estados e municípios tornaram-se responsáveis pela execução e gestão de políticas e programas definidos em nível federal (Idem).

Com o processo de redemocratização do país no início da década de 80, tanto os portadores de transtorno mental quanto a população infanto-juvenil foram também favorecidos por movimentos sociais e intelectuais que culminaram na elaboração de novas políticas públicas, num contexto de humanização dos direitos civis e sociais. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Lei 8069/90) e a Lei da Reforma Psiquiátrica (LRP, Lei 10.216/2001) que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, conforme Amarante (1995).

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (Amarante, 1995, p. 91).

O adolescente em conflito com a lei portador de transtorno mental se situa, então, entre o Direito e a Medicina e entra na agenda política desses dois campos de conhecimento.

Atualmente tanto a internação para o adolescente autor de ato infracional quanto para o portador de transtorno mental devem preencher os critérios estabelecidos em ambas as leis. Para o portador de transtorno mental, a LRP determina que a internação somente será indicada quando se esgotarem os recursos extra hospitalares, em especial o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) referência comunitária para a assistência em saúde mental em substituição ao modelo asilar de tratamento (BRASIL, 2002).

Para a internação de adolescentes em estabelecimento educacional, o ECA estabelece a brevidade, a excepcionalidade e o respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Deverá ser utilizada considerando a gravidade do ato infracional cometido mediante grave ameaça ou violência a pessoa, por reiteração no cometimento de outras infrações graves ou por descumprimento reiterado e injustificável da MSE anteriormente imposta. Em nenhuma hipótese deverá ser aplicada quando houver outra medida socioeducativa mais adequada.

Referente à saúde mental, o ECA, em seu artigo 112 § 3º determina que os “adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições”, no entanto, não indica o local adequado.

Já o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE, Lei 12.594/12) determina que o tratamento para o adolescente que apresente indícios de transtorno mental, de deficiência mental ou associadas deverá seguir as orientações dispostas na LRP, sendo assim, preferencialmente, nos dispositivos extra hospitalares do SUS.

As instituições prisionais e socioeducativas têm sido comumente abordadas na perspectiva das “instituições totais”. Goffman (1992) desenvolveu o conceito de Instituição Total aproximando diferentes funcionamentos de instituições e seus efeitos para os sujeitos. O autor inicia sua obra afirmando que toda instituição tende ao fechamento, umas mais que outras, por isso ele utiliza o termo “total” para simbolizar as barreiras com o mundo externo, proibições à saída, portas fechadas, muros altos, arames farpados, pântanos, fósseis, estruturas físicas que impedem o acesso ao mundo externo. Descrevendo cinco tipos de instituições totais, o autor pretende explorar as características comuns a todas elas. Dentre asilos, hospitais, fábricas e conventos, as prisões são as que mais interessam no presente estudo. O aspecto central das instituições totais é a ruptura das barreiras que separam as três esferas da vida como dormir, brincar e trabalhar que na sociedade moderna são realizadas em diferentes espaços, o que não ocorre nas instituições totais. Nela, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo espaço e sob uma única autoridade, as atividades diárias são realizadas em companhia de um grande número de pessoas, em horários determinados, reunidas num plano racional único que atende aos interesses da instituição (GOFFMAN, 1992).

As instituições totais têm como característica desenvolverem um processo de “mortificação do eu” que se inicia desde o momento em que o interno chega ao estabelecimento, ameaçando sua carreira moral. Estes “ataques ao eu” decorrem de quatro pontos: (i) do distanciamento da vida civil pela imposição de barreiras com o mundo externo; (ii) do enquadramento do interno pela imposição das regras de conduta; (iii) do despojamento de bens que o faz perder seu conjunto de identidade e segurança pessoal; (iv) da exposição contaminadora através de elaboração de um dossiê que viola a reserva de informação sobre o seu eu. Estes pontos podem ser traduzidos, na prática, pela perda do nome, humilhações verbais, agressões físicas, nudez compulsória, posições corporais humilhantes, negação de objetos pessoais, medo da perda da masculinidade, violação da reserva de informação, entre outros. Esse mecanismo causa o desequilíbrio do eu e a perturbação na relação usual entre indivíduo e seus atos uma vez que elimina as ações, a autonomia e a liberdade de ação do interno (Idem).

Tradicionalmente o tema da medicalização não esteve no centro das investigações das instituições prisionais e socioeducativas e ainda há uma grande lacuna acadêmica sobre o

componente farmacológico nessas instituições, incluindo o uso e o manejo de medicações, principalmente psicofármacos com a população institucionalizada.

Conrad descreve o termo como “um processo pelo qual problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doença e transtornos” (CONRAD, 2007, p. 5).

Os primeiros estudos sobre a medicalização tiveram como base o tema dos desvios comportamentais, porém outros autores observaram sua aplicabilidade em uma vasta gama de problemas humanos que ingressaram na jurisdição médica como o nascimento, a menopausa e o envelhecimento. Conrad argumenta ainda que a medicalização trata de um processo, isto é, a transformação de comportamentos que antes não pertenciam a jurisdição médica e passam a ser definidos como tal, é o processo de “se tornar médico” (Idem).

O autor define os graus da medicalização conforme algumas condições humanas, por exemplo, a morte, o nascimento e transtornos mentais severos são quase totalmente medicalizados; outras condições são parcialmente medicalizadas como a menopausa e a dependência química; e há ainda as condições que são minimamente medicalizadas como o abuso sexual. Além dos graus da medicalização, Conrad define suas dimensões: a elasticidade da categoria médica é uma das dimensões da medicalização, enquanto alguns médicos são mais prudentes e cuidadosos ao considerar a necessidade de medicar, outros incorporam cada vez mais comportamentos ou dificuldades como categorias médicas. Esta elasticidade tem relação direta com o ato de prescrever ou não medicamentos para determinada condição. Outra dimensão da medicalização consiste na bidirecionalidade, percorrendo caminhos opostos, tanto no sentido da medicalização, quanto no sentido da desmedicalização, caso de situações que antes eram consideradas transtornos e atualmente deixaram de ser, como o homossexualismo, a masturbação e mais recentemente o parto. Entretanto, a tendência é a expansão do alcance da medicina focando na intervenção médica individual ao invés de soluções coletivas ou sociais, expandindo o controle social do comportamento humano pela medicina (CONRAD, 2007).

Neste sentido, devido a complexidade do termo, alguns autores como Davis, 2006; Aronowitz, 2009; Kenneth, 2013; Rose, 2007 *apud* Zorzaneli, Ortega e Bezerra Júnior, 2014 defendem que a abrangência conceitual da medicalização tem como consequência a perda de sua utilidade como objeto de análise social devido a generalizações e afastamento do sentido original.

Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2014) apontam para necessidade da transitividade do termo, especificando os sentidos de sua utilização em contraposição a uma possível perda teórica para a análise social.

Conrad e Schneider (1992) afirmam que a apropriação dos comportamentos transgressivos pela psiquiatria promove o debate sobre a produção social da doença mental. Eles consideram que os desvios de comportamento, antes definidos como imoral, pecador ou criminosos, assumem o status de condição médica solicitando a reabilitação em substituição a punição. Como consequência, duas leituras conflitantes são produzidas: a positivista e a interacionista. A abordagem positivista busca as causas dos comportamentos transgressivos no aspecto físico ou psíquico do indivíduo em detrimento de análises sociais e culturais. Já a abordagem interacionista propõe a moral como socialmente construída em determinado contexto e tempo histórico. A moralidade, então, torna-se produto de interesses particulares e é proporcional aos que detém mais poder. Estas classificações, embora conflitantes, não são excludentes, e os elementos de ambas as abordagens são utilizadas nos melhores estudos sobre o tema.

Os autores afirmam que ao promover os comportamentos transgressivos ao estatuto de doença, perde-se a necessidade da responsabilização, pois a doença passa a justificar a transgressão, diminuindo, inclusive, o estigma associado aos desvios, como é o caso do alcoolismo e da hiperatividade em crianças, por exemplo (CONRAD & SCHNEIDER, 1992). O conceito de estigma, proposto por Goffman, é descrito como um processo inerente à interação social através da criação de categorias a partir de atributos comuns às pessoas em uma sociedade. As preconceções elaboradas pela maioria são transformadas em expectativas normativas. O estigma seria, portanto, aquele que desvia do padrão, do que o outro deveria ser (GOFFMAN, 1975).

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria [...], sendo, até, de uma espécie menos desejável [...]. Assim deixamos de considerá-la criatura comum e total, reduzindo-a a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande (GOFFMAN, 1975, p. 12).

A inovação trazida por Conrad (2007) ao tema da medicalização se refere a seu processo irregular e excluído do território médico. Ele afirma que o processo da medicalização é variável, anômalo e desigual, variando em relação aos diferentes grupos etários e de gênero, por exemplo, mulheres e crianças são mais medicalizáveis. Tal apropriação sofreria a influência de agentes não médicos como as indústrias farmacêuticas, as

associações de pacientes, a propaganda e a divulgação científica. Além disso, a irregularidade da medicalização estaria também relacionada a processos de desmedicalização como apontado anteriormente. Ademais, a medicalização como um processo irregular tende a incluir novas condições que passam a ser eletivas para a medicalização, como é o caso do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade que antes se aplicava apenas a crianças, sobretudo meninos e atualmente considera adultos e meninas, além de o medicamento para este transtorno ser amplamente utilizado para o aumento da performance cognitiva, ou seja, o uso de medicamentos psicotrópicos na ausência da doença.

Historicamente estudos sobre a medicalização preocuparam-se em evidenciar o crescente uso do discurso médico para se apropriar de problemas sociais, econômicos e culturais, prática que tem como consequência a culpabilização do indivíduo, deslocando o foco para aspectos subjetivos do sujeito e inculcando nele a ideia do dever de assumir maior responsabilidade por sua saúde (GAUDENZI & ORTEGA, 2012).

Em artigos mais recentes, autores tem focado a atenção para o componente farmacêutico da medicalização o que se tem chamado de farmacêuticalização ou farmacologização (BELL & FIGERT, 2012; KENNETH, 2013).

A farmacêuticalização é o “termo dado para o processo pelo qual condições sociais, comportamentais e corporais são tratadas ou consideradas com necessidade de tratamento medicamentoso por médicos, pacientes ou ambos” (ABRAHAM, 2010, p. 776).

Como observado na medicalização, a farmacêuticalização é um processo em dois movimentos, um anterior e fora da jurisdição médica para posteriormente a transformação em condições envolvendo a necessidade de fármacos e necessariamente sua expansão.

Williams *et al* (2011) baseando-se na sociologia médica e nos estudos de tecnologia e ciência desenvolveram um conceito mais amplo sobre a farmacêuticalização. Para eles a farmacêuticalização é um processo dinâmico, complexo, heterogêneo e tecno-social que faz parte da construção em curso do regime farmacêutico. Inclui atividades socioeconômicas distintas e muitos atores como os médicos, pacientes, consumidores e principalmente as indústrias farmacêuticas que ampliam seu poder e alcance.

Diferentemente dos sociólogos que se preocupam em estudar o poder das grandes indústrias farmacêuticas e suas consequências, os antropologistas se preocupam em estudar a dinâmica do processo da farmacêuticalização, menos visível aos estudos sociológicos. Para eles, tal processo está diretamente relacionado à saúde pública, como uma estratégia que contribui para a criação de uma nova ferramenta democrática, aproximando os cidadãos de seus direitos e melhorando a saúde da população (BELL & FIGERT, 2012).

Por exemplo, Biehl aponta o caso da distribuição de fármacos para o tratamento da AIDS no Brasil como um processo de ampliação de acesso ao tratamento medicamentoso para a doença (BIEHL, 2008). Neste sentido, os antropólogos introduziram o conceito de “farmaceuticalização da saúde pública” para definir o acesso livre aos produtos farmacêuticos da população com menos poder de consumo, compreendido como garantia de direitos e ampliação da cidadania.

Assim, os processos de medicalização e farmaceuticalização tendem a ser interpretados de formas distintas e contrapostas tanto positivamente, quando se refere ao exercício da cidadania, seja através da doença, quanto negativamente, quando utilizados como controle social, estabelecendo normas de conduta.

Cabe chamar atenção ainda que a produção intelectual sobre instituição total e medicalização tem característica predominantemente estrutural-funcional por minimizar o contexto onde esses processos são instituídos e mesmo contestados. Cabe destacar as pressões legais e organizacionais para a submissão das instituições totais e suas práticas às diretrizes democratizantes na assistência de populações institucionalizadas (COSTA, 2006; SALES, 2007). No contexto brasileiro, as pressões institucionais têm afetado especialmente os mecanismos de governança da custódia de populações institucionalizadas, incentivando a cooperação dos governos regionais que controlam as USES como os dispositivos comunitários de assistência à saúde mental sob o governo dos Municípios (COSTA *et al*, 2011).

Tradicionalmente, as estruturas de governança têm sido estudadas pela teoria dos custos de transação e podem ser do tipo verticalizado ou horizontal. Entende-se por custo de transação o quanto os gestores públicos estão dispostos a compartilhar com terceiros o governo das suas organizações.

Na experiência de custódia dos adolescentes no Brasil, quando o gestor tem garantias de que os parceiros irão suprir suas necessidades eles adotam o mecanismo horizontal e estabelecem parcerias com outras esferas do governo na utilização de recursos humanos e materiais. Porém, quando não há garantias de cooperação, a opção será o uso mecanismo verticalizado das ações, privilegiando recursos humanos e materiais internos. Neste sentido, a opção do mecanismo de governança dos gestores traduz não somente os custos das transações com os quais desejam investir como também no nível de confiança que os gestores depositam em terceiros para seus propósitos (COSTA & SILVA, 2017).

O I Levantamento Nacional dos Serviços de Saúde Mental no Atendimento aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades Socioeducativas,

resultado de uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) em 2008, analisou 87% (236) das USEs de internação no Brasil. Foi verificado que todas ofereciam serviços de atenção em saúde mental aos adolescentes, tanto em dispositivos internos quanto externos. Em 33,5% das USEs, os serviços de saúde mental eram oferecidos intramuros, ou seja, no interior das USEs, o que está em desacordo com o conceito de incompletude institucional preconizado pelo ECA e pelo SINASE que prevê a utilização dos recursos comunitários para o atendimento aos adolescentes em privação de liberdade, privilegiando recursos externos. Em 25% das USEs a assistência à saúde mental era realizada utilizando recursos externos, nos CAPS, como preconiza a Reforma Psiquiátrica.

A alta prevalência da utilização de recursos internos pode estar relacionada com a escassez de serviços de saúde mental para a população adolescente no SUS, como aponta Vicentin (2011), ao afirmar a existência de um hiato entre as políticas de saúde mental para infância e adolescência nos três níveis de governo e a implantação dessa política. Como respostas têm-se: a medicalização às problemáticas da rebeldia, das delinquências e do consumo de drogas e, como causas, a insuficiência de dispositivos da reforma psiquiátrica como os CAPS e a falta de serviços de saúde mental na Atenção Básica em Saúde.

O Levantamento citado também mostrou a prática das intervenções realizadas pelos serviços de saúde mental. Verificou-se a regularidade do acompanhamento psiquiátrico regular com prescrição de psicotrópicos e a prática de métodos de contenção e isolamento para o manejo de problemas considerados como de saúde mental. Como consequência dessas práticas, destaca-se a alta proporção de prescrição de medicamentos psiquiátricos dessa população, chegando a 80% dos adolescentes em alguns estados, apontando um possível quadro de contenção química (BRASIL, 2008).

De acordo com estas evidências, a presente dissertação tem como pressuposto que a adoção de condutas medicalizantes pode estar associada à provisão de serviços em saúde mental exclusivamente no interior da USE a despeito das orientações contempladas pelas novas orientações institucionais no âmbito do SINASE. Neste sentido, o padrão da organização da assistência em saúde mental e a alta prevalência do uso de psicofármacos justificam a investigação nos dispositivos disciplinares, que podem operar como *instituição total*, voltados para os adolescentes do país.

Desenho do estudo

A dissertação foi beneficiada pelo desenho proposto pela pesquisa *Diagnóstico Situacional da Atenção em Saúde Mental nas Unidades Socioeducativas Brasileiras* iniciada em 2014 do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. Na pesquisa citada, foram analisadas USEs de dois municípios: Porto Alegre e Belo Horizonte.

Esta dissertação descreve os resultados de uma pesquisa transversal com desenho de estudo de caso. O desenho de estudo de caso permite compreender a realidade a ser estudada num contexto específico (YIN, 2003). Possibilita ainda a descrição de variáveis condicionantes da capacidade institucional das USEs para prover assistência em saúde mental aos adolescentes privados de liberdade e pode promover a formulação de questões gerais para orientar o exame de cada caso (KING *et al*, 1994). As variáveis coletadas em cada caso devem ser as mesmas para seja possível a comparação sistemática dos dados (YIN, 2003).

A pesquisa constitui-se em estudo misto com informações quantitativas e qualitativas. A produção das informações primárias se deu através da utilização de um formulário estruturado, o mesmo utilizado nos estudos de caso de Belo Horizonte e Porto Alegre e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ, para a coleta de dados nos prontuários das adolescentes. O instrumento foi organizado em seis categorias: 1. Identificação e dados gerais; 2. Cuidado em saúde mental; 3. Detalhamento da prescrição de medicação psicoativa; 4. Histórico progresso relativo à saúde mental; 5. Informações institucionais; 6. Características gerais do registro das ações em saúde. O instrumento utilizado está disponível no anexo A.

Além da produção primária de dados, também foi realizada a análise documental emitida pela USE estudada e entrevista com o gestor do Departamento Geral de Ações Socioeducativas. Aberbach e Rockman (2002) descrevem os critérios para pesquisa qualitativa com gestores, considerados informantes-chaves: ter participação na formação da política pública e ter conhecimento para discutir o tema, critérios preenchidos, pois a entrevistada assumia o cargo de gestora de saúde do DEGASE. A entrevistada concordou em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A utilização de diferentes fontes para coleta de dados visou ampliar a validação da análise. As variáveis coletadas e os parâmetros estatísticos seguiram a pesquisa original de

forma a serem válidas para o estudo de caso comparado, porém suas análises foram independentes.

O estudo apresentou as seguintes etapas metodológicas: 1. revisão da literatura com os temas do regime de custódia dos adolescentes e saúde mental (estudos nacionais e internacionais anteriores, marcos legais e marcos teóricos); 2. apresentação do projeto ao DEGASE para autorização da pesquisa e autorização judicial; submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa ENSP/FIOCRUZ; 3. pesquisa de campo: coleta de dados nos prontuários, aprazamentos e documentos internos; 4. tabulação e descrição de dados por meio do SPSS; 5. análise de informações documentais; 6. entrevista com gestor; 7. análise da entrevista.

O estudo foi realizado no Centro Socioeducativo Professor Antônio Carlos Gomes da Costa (CENSE PACGC), localizado no bairro do Galeão no município do Rio de Janeiro que atende adolescentes do sexo feminino entre 12 e 21 anos, oriundos de todo o estado do Rio de Janeiro e com capacidade para 16 adolescentes. A coleta dos dados nos prontuários foi realizada nos dias 12 e 13 de dezembro de 2016 e neste período 37 adolescentes estavam em cumprimento de MSE de internação no PACGC, sendo coletados dados da população. No entanto, para se cumprir os parâmetros estatísticos exigidos para cálculos de correlação de variáveis, foram considerados 35 prontuários (n=35, amostra de 95%, tolerância de 4%).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ através do parecer 1.564.930, pela Escola de Gestão Socioeducativa Paulo Freire (DEGASE) e pelo sistema judiciário.

A dissertação está organizada em cinco capítulos. No Capítulo 1, faço um percurso histórico sobre as políticas públicas para crianças e adolescentes no Brasil, ressaltando as principais diferenças entre as políticas atuais, as leis menoristas e os locais destinados a internação de crianças e adolescentes no Rio de Janeiro. No Capítulo 2, descrevo sobre os objetivos da socioeducação, fazendo um panorama do Rio de Janeiro e do Brasil e apresento a revisão literária com as principais referências nacionais e internacionais sobre o tema. No Capítulo 3, discorro sobre o Departamento de Ações Socioeducativas e a organização da Saúde Mental. No capítulo 4, apresento o CENSE Professor Antônio Carlos Gomes da Costa, local onde o estudo foi realizado, a organização da USE e as ações em saúde mental propostas. No Capítulo 5, apresento os resultados e discussão acerca do diagnóstico situacional da saúde mental das adolescentes em privação de liberdade no RJ, fazendo uma comparação com os resultados dos municípios de Porto Alegre e Belo Horizonte no que se refere as características sociais, a condição de saúde mental e o uso de psicofármacos.

CAPÍTULO 1 – AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL

Os termos “menor”, “criança” e “adolescente” não são categorias sociais de uso institucional inofensivo: foram construídas ao longo da trajetória histórica, social e jurídica da sociedade brasileira, principalmente nos séculos XIX e XX. É importante considerar que o termo “menor” é, antes de tudo, uma categoria classificatória utilizada para nomear o indivíduo com menos de 18 anos. A categoria tem efeitos discursivos muito mais amplos. Reflete a classificação da infância e juventude na sociedade e influencia o discurso social até os dias atuais, sendo comumente utilizado para os indivíduos abandonados, delinquentes, pobres e infratores.

As primeiras referências ao termo “menor” se remetem à época Imperial, quando o discurso, predominantemente higienista, era justificado pela necessidade de se manter as ruas limpas, ou seja, afastar dos olhos das elites as crianças potencialmente perigosas.

A categoria “menor” se destinou a identificação da população pobre alcançada pelo Código de Menores (1927 e 1979). Em contrapartida, a categoria “criança” nomeava nas famílias burguesas, os “normais”, identificados como modelo a ser seguido. Ambas foram alvos de políticas públicas que regularizaram sua institucionalização e reconhecimento social (SANTOS, 2005). No período de 1927 a 1990 vigoraram duas leis para o público infanto-juvenil, os Códigos de Menores, inspirados na Doutrina da Situação Irregular.

Com efeito, o primeiro Código de Menor foi instituído pelo Decreto n. 17.943-A de 12/10/1927 e o segundo foi instituído pela Lei n. 6.697/79. A concepção dessas leis foram baseadas por fatos e acontecimentos históricos importantes como a Lei do Ventre Livre (1871), a Abolição da Escravatura (1888) e a Roda dos Expostos, dispositivo italiano, importado pelo Brasil no séc. XVIII e disponibilizado pelas Santa Casas de Misericórdia, com o objetivo de preservar e legitimar as famílias e o pátrio poder, eliminando qualquer visibilidade das relações extraconjugais.

A partir da Lei do Ventre Livre e principalmente após a Abolição da Escravatura, as ruas se tornaram mais perigosas. A família livre não foi preparada para o processo de industrialização e urbanização que a política econômica exigia. Como vigorava o Código Penal da época, a vadiagem era tipificada como crime.

No séc. XIX, a criminologia tinha como seu objeto de estudo o crime e no séc. XX, o criminoso. Esta alteração do objeto de estudo - do crime ao criminoso - é essencial para entendermos a postura social e conseqüentemente jurídica da época, onde crianças e

adolescentes poderiam ser identificados como potencialmente capazes de cometer um delito e serem apreendidos por atitude suspeita (SANTOS, 2005).

No período republicano, o discurso até então religioso, cedeu lugar ao discurso científico-filantrópico. Os teóricos do higienismo consideravam as ações praticadas pela igreja pouco científicas e propuseram uma atuação mais fundamentada tecnicamente. Apesar do ideal filantrópico e não mais caritativo, o objetivo principal continuava por afastar os menores das ruas (RIZZINI, 1995).

A política se dirigia aos menores em situação irregular admitindo quatro tipos (BRASIL, 1979):

- *Carentes*: menores em perigo moral em razão da manifesta incapacidade dos pais para mantê-los;
- *Abandonados*: menores provados de representação legal pela falta ou ausência dos pais ou responsáveis;
- *Inadaptados*: menores com graves desajuste familiar ou comunitário;
- *Infratores*: menores autores de infração penal

Partindo da ideia que o comportamento é um ato de adaptação ou inadaptação ao meio físico, esta ideologia aprofunda o ideal de funcionamento humano, principalmente infantil e juvenil, padronizando o que poderia ser considerado “normal” – adaptado, ou “anormal” – desviante. No texto legal, o termo utilizado era o “desvio de conduta” por “grave inadaptação familiar ou comunitária” (BRASIL, 1979).

O discurso principal para a profilaxia e terapia se fundamentava na educação. As medidas aplicadas perderam seu vínculo com o ato praticado pelos “menores em situação irregular”, pois a aplicação de medidas educativas era determinada mesmo sem a observância de qualquer ato infracional. Os saberes interdisciplinares tornaram-se essenciais para o Direito na medida em que forneceram fundamentações científicas para a tipificação da “conduta adequada”, do “ambiente saudável” e do “comportamento desviante” (RIZZINI, 1995).

Assim, para os menores em situação de risco pessoal e social, fossem ou não autores de atos infracionais, a aplicação das leis baseadas na Doutrina da Situação Irregular significava manter o ciclo perverso da institucionalização compulsória, caracterizada por cinco tipos: apreensão, triagem, rotulação, deportação e confinamento.

1. *Apreensão*: todo menor encontrado nas ruas em situação considerada de risco pessoal e social, independentemente de estar infringindo a lei, deveria ser apreendido e conduzido à presença da autoridade responsável, o juiz de menores;

2. *Triagem*: o juiz encaminhava o menor a um centro de triagem (observação), para que fosse elaborado o estudo social do caso, o exame médico e a elaboração do laudo psicopedagógico;

3. *Rotulação*: esses estudos terminavam, invariavelmente, com o enquadramento do menor em uma das subcategorias da situação irregular (carente, abandonado, inadaptado ou infrator), portanto, na sua rotulação;

4. *Deportação*: a decisão do juiz consistia em escolher a medida mais adequada para cada caso, independentemente da presença ou não do ato infracional. Sua escolha não comportava critério objetivo, nem direito de defesa. Como, na maioria dos estudos de caso, tratava-se de situação de fragilidade e vulnerabilidade socioeconômicos e morais, a decisão mais comum era o afastamento do menor de seu ambiente familiar e comunitário e dos vínculos afetivos socioculturais;

5. *Confinamento*: a medida de internação era aplicada indistintamente a menores carentes, abandonados, inadaptados e infratores, sendo para esses, o cumprimento em estabelecimentos especializados, dotados de maior contenção e segurança, instituindo uma rede de instituições totais para crianças e adolescentes, privando-os não somente sua liberdade, mas frequentemente, do respeito, da dignidade, da identidade e da integridade física, psicológica e moral (SANTOS, 2000).

Sob o ponto de vista organizacional, ao longo da transição do século XIX ao XX, no Estado do RJ duas instâncias foram responsáveis pela assistência às crianças pobres: o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro inaugurado em 1899 e o Patronato de Menores criado em 1906 (KUHLMANN, 1998). A década de 1930, entretanto, caracterizou-se pela expansão da participação do Executivo Federal na regulação da infância, após a separação dos Ministérios da Educação e Saúde. Em 1940 foi criado o Departamento Nacional da Criança, responsável por elaborar a política oficial direcionada à criança pelos 30 anos seguintes (MERISSE, 1996).

Em 1941 foi criado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) ampliando o espaço institucional no Executivo Federal para os discursos médicos, psicológicos e pedagógicos. O adolescente foi transferido definitivamente, do poder judiciário, já que se encontrava sob a tutela do juiz, para o poder executivo. Ao juiz coube a fiscalização, enquanto ao SAM coube a sistematização, o estudo social, o exame e o tratamento médico-psicossocial com o objetivo de orientar o poder público. A grande novidade desse órgão foi a incorporação institucional dos saberes psicológicos e do serviço social. Contudo, as situações de violência pouco haviam

mudado e desde a sua criação, o SAM já era palco de grandes barbáries contra os adolescentes (FALEIROS, 1995).

Em 1964 o SAM foi substituído pela FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, órgão executor da Política Nacional do Bem-Estar do Menor instituída pela Lei n. 4513/64, após um adolescente ter assassinado o filho do então Ministro da Justiça (FALEIROS, 1995). A FUNABEM tinha como objetivos formular e implantar a política nacional do bem-estar do menor, promover estudos sobre a problemática da infância para elaboração de propostas e coordenar, fiscalizar e orientar às instituições assistenciais (BRASIL, 1964).

Com a consolidação do golpe militar de abril de 1964, a questão da menoridade foi agenda da Política de Segurança Nacional e o Estado passou a adotar um conjunto de medidas para intervir na conduta antissocial do adolescente, entre elas o recolhimento pela polícia e encaminhamento à FUNABEM.

No governo dos estados foram criadas as FEBEMs - Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor (RODRIGUES & LIMA, 2003). No Estado da Guanabara, a FEBEM era vinculada a Secretaria de Estado e Serviço Social e tinha por finalidade formular e implantar os programas de atendimento aos menores em situação irregular para prevenir a marginalização e oferecer oportunidades de promoção social (BRASIL, 1967).

Em 1975, foi criada a Fundação Estadual de Educação do Menor (FEEM), vinculada à Secretaria de Educação tendo alterações em 1983, quando passou a ser vinculada à Secretaria de Estado de Promoção Social e em 1987, quando passou à Secretaria de Estado de Trabalho e Ação Social (FIA, BRASIL, 2016).

Em 1990, já no contexto da redemocratização, a FUNABEM foi substituída, no âmbito do Executivo Federal, pelo Centro Brasileiro da Infância e Adolescência (CBIA), primeira instituição que aboliu o termo “menor”, e que iniciou mudanças estruturais importantes. Dentre estas mudanças, instituiu a estadualização das unidades de custódia e a criação do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE) instituído pelo Decreto n. 18.493/93, órgão responsável pelas Medidas Socioeducativas.

A ruptura discursiva proposta pelo ECA, inspirado na Doutrina de Proteção Integral, propõe a abolição da categoria “menor” e universalização dos direitos das crianças, na tentativa de reduzir o estigma construído pelas leis menoristas. Dois pontos relevantes o diferencia das leis anteriores: a compreensão de que crianças e adolescentes são pessoas em desenvolvimento e sujeitos de direitos.

A compreensão que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos sociais, políticos e jurídicos está estabelecida no art. 4º. do ECA que reconhece o direito à vida, à saúde, à alimentação, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à convivência familiar e comunitária, explicitando cada um deles.

No projeto normativo do ECA, crianças e adolescentes têm direito de opinar e se expressar, em contestar critérios avaliativos escolares, de brincar, praticar esportes e se divertir, de ter defensor em processos por autoria de ato infracional e de ser ouvido em processos de guarda, por exemplo. Esses direitos podem ser reclamados por seus representantes e é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurá-los. Como afirma Santos, “o Estatuto choca-se com a prerrogativa da Situação Irregular, que discriminava parte da infância e juventude como objeto da sua intervenção, não os considerando como sujeitos de direito, mas como objetos” (SANTOS, 2005, p. 226).

O segundo ponto de ruptura entre o ECA e as leis anteriores é o reconhecimento que crianças e adolescentes são pessoas em fase especial de desenvolvimento, sobretudo no que se refere à vulnerabilidade infantil e à formação da subjetividade da identidade. O modelo de desenvolvimento infantil tem fundamento na possibilidade de categorização e mensuração das etapas do crescimento biológico que possibilitam a progressiva racionalização das crianças e o ápice da racionalidade na fase adulta (JAMES & PROUT, 1997). Neste sentido, o ECA apresenta dois eixos distintos e complementares. O primeiro eixo se refere ao campo do Direito e o segundo ao campo científico e normativo que utiliza a noção de desenvolvimento humano como seu objeto de investigação (MIRANDA JR., 2000).

Outra novidade da doutrina estatutária foi a eliminação dos rótulos observados nas leis anteriores “abandonado”, “carente”, “infrator” e sua substituição pelo termo “criança” e “adolescente”, na tentativa de eliminar o preconceito até então existente. Contudo, é necessário enfatizar que a simples alteração da nomenclatura não foi suficiente para desconstruir o que a história produziu por longos anos. “...a história das legislações brasileiras dirigidas à menoridade tradicionalmente se encarregou de criar diferenças entre o menor infrator e o jovem de classe média/alta que cometesse delitos, dando-lhes identificações e destinos singulares” (SANTOS, 2005, p. 227).

Contudo, o estigma continua presente, principalmente nas decisões judiciais referentes aos adolescentes em conflito com a lei. Basta revisar as estatísticas das aplicações de MSE na Comarca do Rio de Janeiro onde foi verificado que para o mesmo delito as MSE mais leves foram aplicadas em adolescentes moradores da Barra da Tijuca e Flamengo, enquanto as mais

severas (semiliberdade e internação) foram aplicadas aos adolescentes moradores da Rocinha e da Mangueira (CUNHA, 1998).

Estes dados interpelam as transformações reivindicadas pelo ECA: (i) a desjudicialização do atendimento para a população infanto-juvenil que transferiu grande parte da responsabilidade do âmbito judiciário para o âmbito social no que se refere à garantia dos direitos, incentivando a participação social na formulação de políticas públicas para a população infanto-juvenil, através dos Conselhos Tutelares e dos Conselhos de Direitos; (ii) a responsabilização de outros atores sociais como o Estado e a sociedade para a vulnerabilidade social de crianças e adolescentes; (iii) um novo paradigma social diante do cometimento de atos infracionais formulado pelas novas concepções socioeducativas e protetivas, diferentemente das ideias pedagógicas e punitivas anteriores (SANTOS, 2005).

No quadro abaixo apresento um resumo comparativo entre o Código de Menores (1979) e o ECA (1990) com as principais características e alterações.

Quadro 1 – Quadro comparativo entre o Código de Menores e o ECA.

Características	Código de Menor (1979)	ECA (1990)
Doutrina	Situação Irregular	Proteção Integral
Nomenclatura	Menor	Criança e adolescente
Instância	Judiciário	Executivo
Competência executive	União/Estados	Municípios/Estados (somente para MSE severas)
Concepção jurídica	Objeto de intervenção	Sujeito de direitos
Concepção social	Controle social	Desenvolvimento e proteção social
Objetivo	Prestar assistência para os menores em situação irregular	Garantir os direitos previstos em lei para todas as crianças e adolescentes
Atores	Juiz de Menor	Conselho Tutelar, Conselho de Direitos, SGD
Posição do magistrado	Decisão subjetiva baseada em suas concepções.	Garantida ampla defesa, e atuação do MP como revisor das decisões judiciais.
Vulnerabilidade	Abandonados, carentes e infratores sob a ordem judicial	Pessoas em risco pessoal e social sob a organização do SGD e adolescentes infratores sob a ordem judicial
Organização	Verticalizado/Hierárquico	Verticalizado/Hierárquico

		ou Rede
Poder decisório	Centralizado	Centralizado ou Cooperativo

Fonte: Elaboração própria.

Após a promulgação do ECA, observou-se a expansão de leis e portarias voltadas ao público infanto-juvenil. Para este trabalho, destaca-se o ano de 2006, período em que se iniciou a organização da execução das Medidas Socioeducativas através do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), promulgado somente em 2012. Outro marco importante foi a Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), promulgada inicialmente em 2004 e atualizada em 2010 e 2014. Essas normativas serão exploradas nos capítulos seguintes. No quadro abaixo, apresento uma síntese dos principais marcos legais e portarias voltadas ao público infanto-juvenil desde o Período Imperial até os dias atuais.

Quadro 2 – Principais marcos legais de 1822 a 2016.

Períodos	Principais Marcos Legais	Características
Império (1822 a 1889)	1830: Código Criminal do Império 1871: Lei do Ventre Livre 1888: Abolição da Escravatura	Infância trabalhadora, pobre; Assistência caritativa e filantrópica.
República Velha (1889 a 1930)	1890: Código Penal da República 1927: Código de Menores	Infância como objeto de controle do Estado; Estratégia médica-jurídica-assistencial; Doutrina da Situação Irregular.
Era Vargas (1930 a 1945)	1940: Departamento Nacional da Criança 1941: SAM	Avanços no serviço social de atendimento infantil; Organização da proteção à maternidade e à infância.
Período Democrático (1945 a 1964)	1946: Nova Constituição 1949: Serviço de Colocação Familiar 1957: Regulamentação da Adoção 1953: Criação dos Ministérios da Saúde e Educação 1959: Declaração Universal dos Direitos da Criança	Proibição do trabalho aos menores de 14 anos; Obrigatoriedade da assistência à maternidade, infância e juventude; Ações assistenciais, higienistas e repressivas; Valorização internacional da infância e juventude.
Ditadura Militar (1964 a 1985)	1964: FUNABEM 1967: Diminuição da idade penal para 16 anos 1968: Acordo entre o Fundo	Brasil signatário da Declaração Universal dos Direitos da Criança; Redirecionamento das políticas

	das Nações Unidas para Infância e o Brasil 1979: Código de Menores	sociais; Denúncias sobre o atendimento infanto-juvenil; Permanência da Doutrina da Situação Irregular.
Redemocratização (1985 a 2016)	1985: Regras de Beijing 1988: Constituição Federal 1990: ECA, Convenção sobre os Direitos das Crianças 1991: Criação do CONANDA 2004: PNAISARI 2006: Sistema de Garantia de Direitos e SINASE 2008: MSE em meio aberto pelo SUAS 2010: PNAISARI 2012: Promulgação do SINASE 2014: PNAISARI (atual) 2015: Resolução 177/15	Regras mínimas para a administração da justiça infanto-juvenil; Crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e em fase peculiar de desenvolvimento; Doutrina da Proteção Integral; Regulamentação do Sistema de Garantia de Direitos para infância e juventude; Municipalização das MSE de meio aberto; Regulamentação das MSE; Alinhamento dos cuidados em saúde no âmbito do SUS; Desmedicalização.

Fontes: PEREZ & PASSONE, 2010; Levantamento Anual SINASE, 2013.

Elaboração própria.

CAPÍTULO 2 – SOCIOEDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL

2.1 A SOCIOEDUCAÇÃO NO BRASIL E NO RIO DE JANEIRO

Os efeitos das novas diretrizes do ECA para os governos regionais foram surpreendentemente expressivos. No começo da década atual todos os Executivos estaduais informaram a existência de USES em seus territórios, sob a gestão de diferentes secretarias de governo. Na época as USES estavam distribuídas em cinco grandes áreas, sendo elas: Assistência Social e Cidadania (doze secretarias do total nacional), Justiça e Segurança Pública (sete secretarias do total nacional), Trabalho (quatro secretarias), Criança e Adolescente (duas secretarias), Educação e Paz (uma secretaria cada). Essa diversidade de vinculação institucional indica a intensidade da disputa normativa, inaugurada após a democratização, sobre as condições de custódia do adolescente em conflito com a lei (BRASIL, 2008).

A despeito da diversidade institucional na custódia da população adolescente, as MSE são aplicadas exclusivamente pela autoridade judiciária ao autor de ato infracional, entre elas a advertência, a obrigação de reparar o dano, a prestação de serviço à comunidade, a liberdade assistida, a inserção em regime de semiliberdade e a internação em estabelecimento educacional, conforme art.112 do ECA.

Ato infracional é qualquer conduta descrita como crime ou contravenção penal e para aplicação da MSE há que se considerar a capacidade do adolescente em cumprir as MSE, as circunstâncias e a gravidade do ato infracional.

Com relação a MSE de internação, o art. 121 do ECA orienta que constitui medida privativa de liberdade, sujeita aos princípios de brevidade e excepcionalidade, devendo ser reavaliada pela autoridade judiciária no máximo a cada seis meses, comportando o prazo máximo de três anos, com a liberação compulsória aos 21 anos de idade. Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individualizado e especializado, em local adequado às suas condições, conforme descrito neste mesmo artigo. Já o art. 125 afirma que “é dever do estado zelar pela integridade física e mental dos internos, cabendo-lhes adotar as medidas adequadas de contenção e segurança” (BRASIL, 1990).

Em 2014, encontravam-se em privação ou restrição de liberdade (internação, semiliberdade e internação provisória) 24.628 adolescentes. Nesse mesmo ano, o estado do RJ contava com 1.536 adolescentes em meio fechado.

A densidade da provisão das USES variava expressivamente entre as unidades regionais da federação. Como pode ser observada na Tabela 1, a média nacional de USES por 100.000 habitantes na faixa de 12 a 18 anos era de 2,2 em 2012. O coeficiente de variação era relativamente alto (69%), indicando falha no padrão nacional do investimento em infraestrutura para responder às exigências do ECA. O Estado com maior escala de provisão era o Acre (5,9 USES por 100 mil adolescentes). No polo oposto estava o Estado da Bahia (0,6 USES por 100 mil adolescentes). O Estado do Rio de Janeiro apresentava uma densidade de provisão de 1,3 por 100.000 adolescentes (bem abaixo da taxa nacional).

Tabela 1 - Quantitativo de unidades socioeducativas por 100 mil habitantes de 12 a 18 anos nas Unidades da Federação. Brasil, 2012.

Descritores	Densidade
Média do Brasil	2,2
Coeficiente de variação	69%
Maior taxa – Acre	5,9
Menor taxa – Bahia	0,6
Taxa do Rio de Janeiro	1,3

Fonte: Levantamento Nacional (2012) e Datasus.

Em 2012, a média nacional da taxa de encarceramento era de 100 adolescentes por 100 mil adolescentes na população. O Estado com maior taxa era o Acre 326 por 100 mil adolescentes em medida socioeducativa na faixa de 12 a 18 anos (2,5 vezes superior à taxa nacional). A menor taxa de encarceramento era a do Estado do Maranhão com apenas 9 adolescente custodiados por 100 mil adolescentes na população. Em 2012, o Estado do Rio de Janeiro apresentava uma taxa bastante inferior a média nacional de 63 adolescentes custodiados por 100 habitantes na faixa de 12 a 18 anos.

Tabela 2 - Adolescentes em medidas socioeducativas por 100 mil habitantes de 12 a 18 anos nas Unidades da Federação. Brasil, 2012.

Descritores	Taxas de encarceramento
Média do Brasil	100
Maior taxa – Acre	326
Menor taxa – Maranhão	9
Taxa do Rio de Janeiro	63

Fonte: Mapa do Encarceramento (2014).

A tabela 3 apresenta os resultados sobre a ocupação das USE brasileiras no ano de 2013. Observou-se que 61% das unidades funcionava em condição de ocupação superior a sua capacidade estrutural. A média de ocupação era de 138%. O Estado do Maranhão apresentou a maior proporção, operando com uma ocupação de 459% acima de sua capacidade, enquanto o Estado do Piauí operava com a ocupação de 13% representando a menor ocupação. O Estado do Rio de Janeiro operava com a ocupação de 100%. com capacidade estrutural para 860 adolescentes e 859 internos (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2012).

Quando observados os dados sobre quantitativo de USE por habitantes e percentual de encarceramento nos Estados, conclui-se que a disponibilidade de USE por UF não garante o funcionamento da USE dentro dos limites de sua capacidade. Por exemplo, o Estado do Acre, embora tenha apresentado a maior densidade de USE por 100.000 habitantes na faixa de 12 a 18 anos, operava com uma ocupação de 102%. Já o Estado da Bahia, embora tenha apresentado a menor densidade de USE por habitante, operava com a ocupação de 52%. O Estado do Maranhão apresentou resultados interessantes. Embora tenha apresentado a menor taxa de adolescentes em MSE por 100.000 habitantes na faixa de 12 a 17 anos, operava com uma superlotação de 459% (BRASIL, 2014 e CNMP, 2014). O funcionamento da USE além de sua capacidade física compromete severamente a qualidade do atendimento socioeducativo. O RJ, embora tenha apresentado uma densidade baixa, operava com 100% de sua capacidade.

**Tabela 3 – Ocupação das USE nas Unidades da Federação.
Brasil, 2013.**

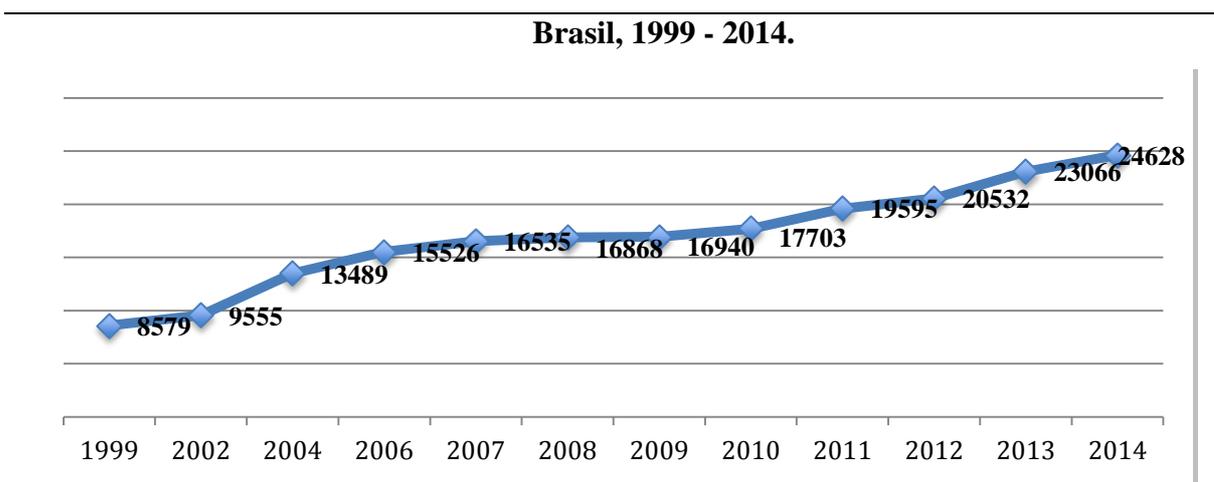
Descritores	Percentual
Média de ocupação	138
USE em condição de superlotação	61
Maior ocupação – Maranhão	459
Menor ocupação – Piauí	13
Ocupação do Rio de Janeiro	100

Fonte: Conselho Nacional do Ministério Público (2014).

As MSE de privação e restrição de liberdade no sistema socioeducativo cresceram de 8.579 para 24.628 entre 1999 a 2014, conforme apresentado no Gráfico 1. A variação no período foi de 187% (BRASIL, 2017).

Este crescimento em comparação ao encarceramento da população adulta no período de 2000 a 2014 foi de 167%. Em 2000 havia 207 presos para 100.000 habitantes acima de 18 anos, em 2014 a taxa de encarceramento cresceu para 418 presos por 100.000 habitantes acima de 18 anos (BRASIL, 2014b).

Gráfico 1 – Distribuição de adolescentes em regime fechado.



Fonte: Levantamento Anual SINASE 2011 e 2014. Elaboração própria.

Uma das explicações para o aumento exponencial do encarceramento no Brasil é a expressiva participação dos crimes de tráficos de drogas, com aumento significativo a partir de 2006 quando da promulgação da Lei n. 11.343/06 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Em 2006 eram 31.520 presos por tráfico de drogas no Brasil. Em junho de 2013, após um crescimento de 339%, a quantidade de presos era de 138.366 por tráfico de drogas. Nesse mesmo período apenas um crime obteve crescimento maior: o tráfico internacional de entorpecentes com aumento de 446% (OLIVEIRA & RIBEIRO, 2016).

Referente a população adolescente, no que tange ao tipo de ato infracional por Unidades da Federação, com exceção do Rio de Janeiro, todas as outras registraram o ato infracional análogo a roubo como a principal infração, seguido pelo tráfico de drogas e homicídio. Contrariando os dados nacionais, no Rio de Janeiro, o ato infracional análogo ao tráfico de drogas lidera esses registros, representando 47%, seguido pelo roubo que representou 30% dos atos infracionais praticados (BRASIL, 2014).

Neste sentido, embora o Estado do Rio de Janeiro contrarie os dados brasileiros sobre a tipificação dos atos infracionais em relação a população adolescente, quando comparado

com a população adulta, os dados se assemelham, sendo o tráfico de drogas ou seu análogo, o principal responsável pelo encarceramento de adultos e adolescentes.

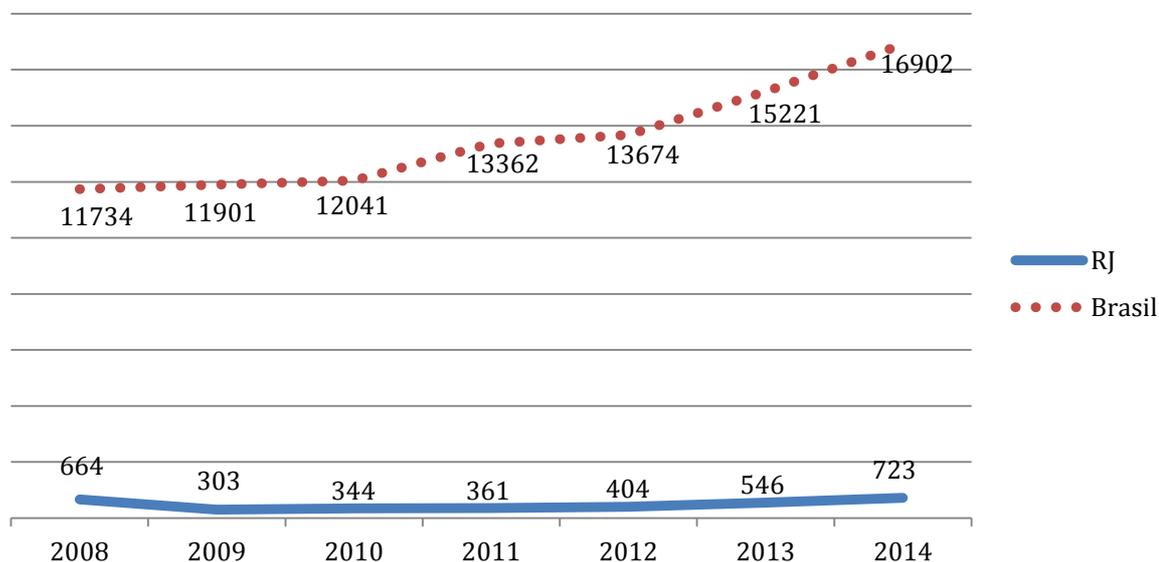
No que se refere apenas à MSE de internação, a mais severa dentre todas as MSE, analisando os dados do RJ e do Brasil, conforme o Levantamento Anual do SINASE de 2014, o estado do RJ representou, em média, 3% do total de internações do Brasil no período de 2008 a 2014.

No Brasil, conforme o Gráfico 2, a evolução das internações no sistema socioeducativo apresentou tendência ao crescimento no período entre 2008 a 2014 (44%), enquanto o RJ apresentou o crescimento de 8,9%. A partir de 2009, apesar da tendência crescente, pouco variaram as aplicações da MSE de internação no RJ, tendo um aumento significativo apenas de 2012 para 2013 (35%), três vezes maior ao crescimento nacional (11%).

No RJ, destaca-se o decréscimo considerável (-54%) de 2008 para 2009 dos adolescentes em internação e a retomada do crescimento nos anos seguintes. Segundo o Relatório Temático Megaeventos, Repressão e Privação de Liberdade do Rio de Janeiro, publicado pela Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, uma possível explicação para a interrupção da queda de internações e a volta do crescimento nos anos seguintes se refere ao anúncio do Rio de Janeiro como sede dos Jogos Olímpicos de 2016 ocorrido em 02 de outubro de 2009. Este fato teria gerado o reordenamento em diversas políticas públicas no município do Rio de Janeiro, inclusive na política criminal (ALERJ, 2014).

Vale lembrar que no período de 2012 a 2016 o Rio de Janeiro sediou eventos de grande repercussão mundial. Em 2012 o RJ sediou a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20), em 2013 ocorreu a Jornada Mundial da Juventude, em 2014 a Copa Mundial, em 2016 os Jogos Olímpicos e Paraolímpicos. Eventos com repercussão internacional podem ter contribuído para o aumento significativo das apreensões e o consequente encarceramento. No período de 2011 a 2014 o quantitativo de apreensões de adolescentes no Rio de Janeiro cresceu cerca 138%, passando de 276 adolescentes em julho de 2011 para 658 em julho de 2014 (ALERJ, 2014).

Gráfico 2: Quantidade de adolescentes em MSE de internação no RJ e no Brasil no período de 2008 a 2014.



Fonte: Levantamento Anual SINASE, 2014. Elaboração própria.

A Resolução nº 67/2011 do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) estabeleceu a obrigatoriedade das USE de internação e semiliberdade serem inspecionadas pelos membros do Ministério Público com a periodicidade mínima bimestral. Os dados coletados nessas inspeções são encaminhados à Corregedoria da respectiva unidade do Ministério Público e, posteriormente ao CNMP. Em 2013, o CNMP publicou um documento com o resultado das inspeções dos anos de 2012 e 2013. Foram inspecionadas 287 (89,4%) USEs de internação e verificados aspectos relacionados ao cumprimento das MSE desde as instalações físicas de cada USE, gestão de recursos humanos, perfil do adolescente, atendimento sociofamiliar, articulação com a rede de apoio e o cumprimento das diretrizes técnicas estabelecidas no ECA e no SINASE. As USEs foram pontuadas em diferentes quesitos e ranqueadas.

Uma informação relevante se refere aos espaços apropriados para escolarização, profissionalização e atividades de esporte, cultura e lazer. Esses dados foram coletados, analisados e pontuados, porém a análise se deu por região dificultando a observação local. Destaca-se a baixa oferta de espaços para a prática de esporte, atividades culturais e de lazer em todas as regiões do Brasil, a exceção do Sudeste que apresentou índice positivo em 85% das USEs inspecionadas. No SINASE, a oferta dessas atividades são indicadas como

intervenções preventivas aos sentimentos de isolamento e solidão e a promoção da saúde física e mental (CONANDA, 1996).

Outro quesito verificado nas inspeções se referiram a separação dos adolescentes por idade, compleição física e gravidade do ato infracional praticado. O resultado também foi regionalizado. De maneira geral, todas as regiões apresentaram números proporcionais baixos em relação a esse quesito (abaixo de 50%). Observou-se que a relação entre o espaço físico da USE e a qualidade do atendimento socioeducativo é imediata. A precariedade da infraestrutura impacta diretamente na separação dos internos segundo os parâmetros trazidos pelo ECA e foi indicado como o principal motivo de rebeliões, somada a superlotações, também causada pela condição física insuficiente.

O documento do CNMP analisa ainda a condição da saúde mental dos adolescentes destacando inicialmente o preconizado no SINASE, indicando a LRP como a ordenadora da organização da saúde mental nas USEs e indicando os CAPS como local privilegiado para a atenção integral em saúde mental. Por ocasião das inspeções, verificou-se a existência de adolescentes com transtorno mental grave a justificar o tratamento fora da USE. Segundo informações dos gestores, 15% das USEs apontou adolescentes nestas condições, mais precisamente 99 adolescentes. A Resolução no Conselho Nacional de Justiça nº 165/12 veda o encaminhamento de adolescente em cumprimento de MSE para hospitais de custódia. Da mesma forma o Superior Tribunal de Justiça condena a presença de adolescentes com transtornos mentais graves no interior das USEs pela impossibilidade da ressocialização, sendo indicadas as MSE de Semiliberdade ou Liberdade Assistida para o tratamento em local adequado.

2.2 A SAÚDE MENTAL NO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO

O tema da saúde no sistema socioeducativo, apesar de sua relevância para a saúde pública, é marcado por lacunas e escassez de estudos. Os Levantamentos Anuais publicados pelo SINASE não contribuem para a compreensão da saúde dos adolescentes em MSE fechada, sobretudo, quando se trata da saúde mental. Geralmente os estudos nacionais e internacionais se limitam a descrever a prevalência dos transtornos mentais utilizando instrumentos padronizados em estudos transversais, traçando diagnósticos psiquiátricos. A limitação desses estudos podem produzir conclusões precipitadas e pouco úteis à compreensão dos desafios do tema para a política pública.

Estudos nacionais e internacionais verificaram alta prevalência dos transtornos mentais na adolescência privada de liberdade (VILARINS, 2014; MONTEIRO, 2012; PINHO, 2006; KARNIK *et al*, 2009; VERUGDENHIL *et al* (2004); TEPLIN *et al*, 2002).

Vilarins analisou a situação dos adolescentes em cumprimento de MSE de internação na Unidade de Internação Plano Piloto no Distrito Federal em 2010. À época 339 adolescentes cumpriam MSE de internação e 35 utilizavam medicamentos psicotrópicos. A metodologia utilizada foi um estudo transversal na população em uso de psicofármacos, representando 10% dos internos. Foi utilizado instrumento específico para coleta dos dados, entrevista semiestruturadas com uma das psicólogas da USE e a técnica de observação participante. A autora constatou maior prevalência no transtorno de conduta (47%) seguido pelo transtorno por uso de substâncias psicoativas (18%). O psicotrópico foi prescrito para 51% dos adolescentes apenas em consulta psiquiátrica no interior na USE e para 28% em consultas nos CAPS e emergência psiquiátrica. Nos demais casos (17%), os adolescentes receberam medicações psiquiátricas em ambos os locais, tanto interna, quanto externamente. Vilarins concluiu que a resposta às demandas em saúde mental desses adolescentes foi a medicalização, tanto por parte dos psiquiatras internos quanto pelo SUS. A autora conclui que a partir do uso de psicotrópicos, além da privação do corpo, os adolescentes tiveram que experimentar um processo de “encarceramento químico”, por meio do qual se buscou ajustar seu comportamento (VILARINS, 2014).

Monteiro, em estudo realizado na Escola João Luiz Alves, no Rio de Janeiro, com 87 dos 90 adolescentes em cumprimento de MSE de internação estima a prevalência de transtornos mentais e fatores associados. A autora utilizou o Composite International Diagnostic Interview (CIDI) e verificou que 70% dos adolescentes apresentaram algum tipo de transtorno, sendo os transtornos por uso de substâncias psicoativas, com exceção do álcool e nicotina, frequentes em 58% dos adolescentes entrevistados, apresentando maior prevalência (MONTEIRO, 2012).

Pinho *et al* analisou 290 adolescentes na Casa de Acolhimento ao Menor em 2003, USE destinada ao cumprimento de MSE de internação na Bahia. A metodologia foi um estudo transversal censitário com a utilização de um instrumento desenvolvido pela equipe do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental do Centro de Estudos e Pesquisas Juliano Moreira denominado Morbidade Psiquiátrica do Adolescente em Conflito com a Lei, além de um questionário para identificar dados demográficos. Observou-se que 75% dos adolescentes preencheram os critérios para transtornos psiquiátricos (CID 10), 39% de forma isolada e 36% em comorbidades. O transtorno de conduta foi o mais prevalente (15%), seguido pelo

retardo mental (7%) e transtorno por uso de substância psicoativa (5%). Os estados ansiosos e depressivos representaram 3,5% e a esquizofrenia 1,7%. Conclui-se que os dados sugerem procedimentos diagnósticos mais apurados na adolescência, utilizando instrumentos para triagem e encaminhamento terapêutico. Os autores afirmam a necessidade de tratamento médico e psicológico para o adolescente portador de enfermidade psiquiátrica cuja patologia tenha nexos com o delito (PINHO *et al.*, 2006). No entanto, não foi demonstrada a relação de causa e efeito entre o transtorno mental e o ato infracional.

Karnik *et al.* realizaram estudo sobre a prevalência de diagnósticos psiquiátricos com 790 adolescentes em privação de liberdade de ambos os sexos (F=140 e M=650) nos Estados Unidos nos anos de 1998 e 1999. O objetivo foi analisar a prevalência de transtornos mentais dos adolescentes em privação de liberdade após nove meses de encarceramento. Foi utilizada a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-IV) e constatado a prevalência de algum transtorno mental em 98% dos adolescentes. A prevalência de transtornos mentais foi maior nas adolescentes do sexo feminino (92%) comparado ao sexo masculino (88%) quando excluído os denominados “transtornos disruptivos”. O transtorno por uso de substâncias psicoativas foi o mais prevalente para ambos os sexos (86% masculino *versus* 84% feminino). Diferenças significantes foram encontradas entre os gêneros em muitos grupos de transtornos. As meninas ocuparam maiores taxas na maioria dos diagnósticos: transtornos de humor (8% masculino *versus* 29% feminino), transtornos de ansiedade (26% masculino *versus* 55% feminino) e transtornos depressivos (5% masculino *versus* 20% feminino). Meninos tiveram taxas maiores somente no uso abusivo de canabinóides (51% masculino *versus* 35% feminino). Os autores concluíram que mesmo após nove meses de encarceramento, os adolescentes apresentaram sintomas compatíveis com transtorno por uso de substâncias psicoativas (KARNIK, 2009).

Verugdenhil *et al.* estudou 204 adolescentes em privação de liberdade na Holanda com o objetivo de determinar a prevalência de transtornos mentais e investigar a influência da psicopatologia na detenção simples ou detenção com tratamento compulsório. A metodologia utilizada foi um estudo transversal com a utilização de um instrumento padronizado – Diagnostic Interview Schedule for Children – no período de 1998 a 1999. Como resultado, 90% dos adolescentes apresentou ao menos um transtorno psiquiátrico, sendo o transtorno de conduta o de maior prevalência (75%) seguido pelo transtorno por uso de substância psicoativa (55%) e sintomas psicóticos (34%). Após o controle das características sociais e demográficas e parâmetros de tratamento, a presença de um transtorno psiquiátrico não foi associada com a atribuição ao tratamento compulsório. Os autores concluíram que em

comparação com estudos norte americanos, foram encontradas baixas taxas de ansiedade e transtornos de humor provavelmente devido a maior oferta de serviços de saúde para adolescentes desfavorecidos com transtornos na Holanda (VERUGDENHIL, 2004).

Estudo realizado nos Estados Unidos por Teplin *et al* com 1.829 jovens de ambos os sexos teve como objetivo estimar a prevalência de transtornos mentais. Como resultado, 60% dos homens e 66% das mulheres preenchiam critérios para algum transtorno mental. Contudo, alertaram que alguns sintomas observados podem ter se manifestado como uma reação à privação de liberdade. Ainda assim, o estudo não demonstrou se o transtorno mental foi a causa da prática infracional, ou ao contrário, se a privação de liberdade foi a causa do transtorno mental. (TEPLIN, 2002).

Ainda que os critérios diagnósticos utilizados tenham sido extremamente abrangentes e arbitrários – sobretudo pelo uso do distúrbio de conduta e a utilização de substâncias psicoativas como indicativos de transtorno mental, a alta prevalência dos transtornos mentais verificada nesses estudos evidencia uma situação preocupante, especialmente diante da orientação à medicalização observada no Levantamento citado.

No Brasil, algumas normativas legais orientam o tema da saúde mental dos adolescentes em privação de liberdade. O ECA determina que as instituições públicas responsáveis pela execução das MSE devem zelar pelas condições mentais do adolescente, inclusive, cabendo-lhes adotar as medidas adequadas de contenção e segurança. O SINASE ratifica esta orientação e aponta a prestação dos cuidados especiais em saúde mental, incluindo os relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas como diretriz da atenção integral à saúde do adolescente internado (SINASE, 2012).

O artigo 86 do ECA preconiza a utilização de serviços comunitários para o atendimento aos adolescentes em privação de liberdade, privilegiando recursos externos e responsabilizando as políticas setoriais, definindo, assim, o conceito de incompletude institucional, que deve constituir-se em pactuações intersetoriais envolvendo as três esferas de governo. O governo central optou assim, por ações horizontais em assistência à saúde mental ao adolescente privado de liberdade, ações estas a serem pactuadas entre os governos estaduais e municipais (COSTA & SILVA, 2017). O SINASE, através de seu artigo 60, garante o acesso dos adolescentes a todos os níveis de atenção à saúde, por meio de guia de referência e contra referência, de acordo com as normas do SUS. O artigo 62 determina que USES para privação de liberdade deverão contar com uma equipe mínima de profissionais de saúde cuja composição esteja em conformidade com as normas de referência do SUS (SINASE, 2012).

Desta forma, embora os dispositivos socioeducativos não tenham participado das propostas da Reforma Psiquiátrica, o SINASE promoveu o alinhamento da assistência em saúde do adolescente privado de liberdade com as novas diretrizes da saúde mental. As orientações do SINASE em relação à saúde mental fazem consonância com a LRP que estabelece os direitos e a proteção das pessoas acometidas por transtorno mental e garante o direito de tratamento em serviços comunitários de saúde mental (COSTA & SILVA, 2017).

Diante dessas normativas, esse estudo compartilha com o pressuposto de que as ações desenvolvidas no campo da saúde mental podem contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada nas USE, sendo a organização da assistência em saúde mental da USE um indicativo de qualidade e adequação do sistema socioeducativo fechado, conforme sugere a Política de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei inaugurada em 2004 e atualizada em 2010 e 2014 (PNAISARI - Portaria 1082/2014), sobretudo nos contextos de privação de liberdade.

A PNAISARI se alinha às diretrizes da LRP no momento em que defende a atenção em saúde mental do adolescente em cumprimento de MSE nas três esferas de governo do SUS no que se refere à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, estimulando as ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde do SUS e das equipes socioeducativas.

A Portaria privilegia a Rede de Atenção à Saúde (RAS) com dispositivos da Atenção Básica e a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), preconiza o acesso à Atenção Especializada, Urgências e Emergências, optando pela horizontalidade e compartilhamento das ações a serem pactuadas no Plano Operativo.

Da mesma forma, a proposta da reforma psiquiátrica promoveu a descentralização das ações em saúde mental, ou seja, a transferência da capacidade fiscal e da responsabilidade pela implantação e gestão de políticas e programas do nível central para a gestão subnacional (COSTA *et al*, 2011).

Como constado pelo Levantamento, apenas 25% das USEs optaram pela gestão horizontal, compartilhando responsabilidades com instituições de base comunitária, no que se refere à saúde mental. Grande parte das USEs ainda mantém a verticalidade das ações, fortalecendo o fechamento das instituições. Neste sentido, permanece o antagonismo entre as normativas legais e sua aplicação (BRASIL, 2008).

O Plano Operativo proposto pelo PNAISARI tem por objetivo justamente estabelecer as diretrizes para a implantação e desenvolvimento das ações em saúde incorporando a

atenção básica, média e de alta complexidade e ainda descrever os compromissos de cada esfera de gestão (estadual e municipal) na provisão dos cuidados em saúde.

A ausência de enfoques que consideram a nova estrutura normativa abre a possibilidade para intervenções medicalizantes, na contramão das determinações legais. Por exemplo, Andrade *et al*, em estudo sobre a prevalência de transtornos psiquiátricos com adolescentes em cumprimento de liberdade assistida no município do Rio de Janeiro, verificaram a ocorrência de 41% a 77% englobando diversos transtornos mentais. Concluíram que a alta prevalência de transtorno mental observado no estudo recomenda tratamento psiquiátrico como parte da “prevenção da delinquência juvenil”. Para os autores, o tratamento psiquiátrico seria uma opção de prevenção porque nunca tinha sido disponibilizado para 93% da amostra (ANDRADE *et al*, 2011). Entende-se como tratamento psiquiátrico aquele realizado pelo profissional médico com a utilização de psicotrópicos na grande maioria das vezes.

Entretanto, a política em saúde mental atual apresenta recomendações diferenciadas que exigem a ampliação da reflexão sobre a assistência em saúde mental do adolescente. A Resolução n. 177/15 do CONANDA dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização, em especial no que concerne às questões de aprendizagem, comportamento e disciplina e recomenda protocolos clínicos que privilegiem alternativas não medicalizantes considerando aspectos pedagógicos, sociais, culturais, emocionais e étnicos que envolvam trabalhos com a família, profissionais e comunidade, através de abordagem multiprofissional e intersetorial, promovendo práticas de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2015).

Desta forma, considerando as normativas legais sobre o adolescente e especificamente sobre o adolescente em internação, há que se ter cautela quanto às intervenções em saúde mental.

O estudo de caso sobre o DEGASE deve necessariamente considerar estes parâmetros institucionais que delimitam o espaço normativo das políticas públicas para os adolescentes em conflito com a lei no Brasil.

CAPÍTULO 3 – O DEGASE E A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

3.1 O DEGASE E SUAS ATRIBUIÇÕES

O Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE), em funcionamento desde 1993, é um órgão do Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro, único do país vinculado institucionalmente à Secretaria Estadual de Educação, responsável pela execução das MSE fechadas (internação e semiliberdade).

Em 2008, no Estado do Rio de Janeiro, ocorreu a municipalização das MSE de meio aberto, a saber, a prestação de serviço comunitário e a liberdade assistida para as Secretarias Municipais de Desenvolvimento Social, sendo executadas nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social - CREAS.

Como preconiza o SINASE, o DEGASE, além de ser diretamente responsável pelas MSE de internação e semiliberdade, promove a formação continuada dos recursos humanos que atuam diretamente na socioeducação nas MSE de meio aberto, oferecendo cursos de capacitação aos CREAS, organizando seminários nacionais e internacionais e apoiando de forma geral, a execução dessas medidas.

No processo de municipalização, o DEGASE atuou diretamente junto aos CREAS capacitando a equipe técnica responsável. Neste sentido, o DEGASE tem a responsabilidade de promover a socioeducação no estado do Rio de Janeiro.

No período da criação do DEGASE, a absorção integral dos adolescentes atendidos pelo CBIA não foi compatível com as instalações físicas, fato que acarretou demandas específicas de atendimento. Em 2006, ocorreu a pactuação entre o Ministério Público e o governo do estado do RJ que teve como culminância o Termo de Ajustamento de Conduta, onde o executivo assumiria vários compromissos no sentido de ajustar o sistema de medidas socioeducativas aos pressupostos do ECA, dentre eles, a reorganização da divisão geográfica das unidades do DEGASE, a criação de novas unidades de internação, a garantia do ingresso ao Ensino Fundamental e Médio, a servir três refeições diárias em cada unidade, além de outros compromissos. Em 2007, com a alteração do governo estadual, foi possível reorganizar a estrutura do DEGASE com o objetivo de cumprir integralmente o termo citado. Ainda no início de 2007, o DEGASE foi vinculado à Secretaria Estadual de Educação e foi iniciada a “correção de rumo” através do planejamento estratégico, com a previsão de ciclos de estudos

para seus gestores, visando o alinhamento conceitual, estratégico e operacional do Sistema Socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro.

A adequação das unidades existentes, assim como a criação de novas unidades teve por objetivo a descentralização da internação. A nova filosofia de trabalho e a nova gestão fez surgir o Novo DEGASE (DEGASE, 2013). Nessa perspectiva foi construído o Projeto Pedagógico Institucional – PPI, que tem como função nortear as ações desenvolvidas pelo Departamento, como resultante de um processo de reordenamento institucional, que se resultou na elaboração do Plano de Atendimento Socioeducativo do Governo do Estado do Rio de Janeiro – PASE/RJ. O PASE definiu as mudanças de conteúdo, método e gestão requeridas pelo governo estadual com o objetivo de alinhar a execução das MSE aos objetivos e metas do SINASE (Idem).

O DEGASE tem por missão promover a socioeducação no Estado do Rio de Janeiro, favorecendo a formação de pessoas autônomas, cidadãos solidários e profissionais competentes, possibilitando a construção de projetos de vida e convivência familiar e comunitária (Idem).

Atualmente, o novo DEGASE possui oito unidades de internação e internação provisória e 16 Centros de Recursos Integrados de Atendimento ao Adolescente (CRIAAD) destinados à medida socioeducativa de semiliberdade. A Tabela 3 apresenta a capacidade e ocupação das USEs de internação, internação provisória e semiliberdade do DEGASE.

Observa-se que todas as USEs de internação operam com a ocupação superior a sua capacidade. A USE com maior superlotação está localizada em Belford Roxo que opera com 233% acima de sua capacidade estrutural (CAI BR). A USE com menor ocupação localiza-se em Bangu e opera com 117% acima de sua capacidade. Em relação as USEs de internação provisória, o CENSE Dom Bosco (antigo Padre Severino), localizado no complexo da Ilha do Governador apresenta a maior ocupação. Nota-se que os juízes das comarcas do interior internam mais adolescentes comparado aos juízes da capital. As USEs de semiliberdade apresentam melhores condições, com algumas operando com a ocupação inferior a sua capacidade, como é o caso de Niterói, Nilópolis (feminina), Macaé, Cabo Frio e Nova Friburgo (mista). As USEs de semiliberdade com maior ocupação estão localizadas em Bangu e Santa Cruz. A USE de internação feminina, única no Estado, opera com uma ocupação de 50% além de sua capacidade estrutural.

Quadro 3 – USE de internação e internação provisória (IP) do DEGASE e % de lotação. Rio de Janeiro, 2016.

Unidades de internação e internação provisória					
Unidade	Perfil	Local	Ocupação	Capacidade real	Superlotação (%)
CENSE GCA	Masculino Recepção	Ilha do Governador	157	64	145
CENSE IALGU	Masculino Internação IP	Volta Redonda	164 32	60 30	173 6
CENSE PMHA	Masculino Internação IP	Campos de Goytacases	198 58	80	220
CENSE PACGC	Feminino Internação IP	Ilha do Governador	20 46	44	50
EJLA	Masculino Internação	Ilha do Governador	330	104	217
ESE	Masculino Internação	Bangu	479	220	117
CAI - BR	Masculino Internação	Belford Roxo	377	113	233
CENSE Dom Bosco	IP Capital IP Interior	Ilha do Governador	97 210	89 142	9 47
<i>Total USE de internação e IP</i>			<i>2168</i>	<i>892</i>	<i>143</i>
Unidades de semiliberdade					
Unidade	Perfil	Ocupação	Capacidade real	Superlotação (%)	
Penha	Masculina	57	32	78	
Bangu	Masculina	47	16	193	
Santa Cruz	Masculina	43	16	168	
Ilha do Governador	Masculina	33	32	3	
Niterói	Masculina	26	32	-18	
São Gonçalo	Masculina	35	32	9	
Nilópolis	Feminina	26	32	-18	
Nova Iguaçu	Masculina	48	32	50	
Volta Redonda	Masculina	31	28	10	
Campos	Masculina	48	32	50	
Macaé	Masculina	28	32	-12	
Barra Mansa	Masc. / Feminina	29/7	32	12	
Cabo Frio	Masculina	20	32	-37	
Nova Friburgo	Masc. / Feminina	13/4	36	-52	
Teresópolis	Masculina	22	12	8	

Duque de Caxias	Masculina	44	32	37
<i>Total USE de semiliberdade</i>		561	460	22

Fonte: CSINT/DEGASE, dados de referência de 28/09/2016. Elaboração própria.

3.2 A SAÚDE MENTAL NO DEGASE

Ao longo da história do DEGASE, a atenção em saúde nas USES foi marcada pela provisão de intervenções pontuais, campanhas sanitárias e ambiente inadequado à promoção de saúde dos adolescentes (ZEITOUNE, 2015).

No DEGASE, a Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social (CSIRS) é o setor responsável pela gestão em saúde dos adolescentes em cumprimento das MSE de internação e semiliberdade, além da internação provisória. Ela se organiza em divisões específicas: Divisão Biomédica, responsável pelas áreas médica, enfermagem, odontologia, nutrição e farmácia; Divisão de Psicologia, responsável pela área da psicologia; Divisão de Serviço Social, responsável pela área de serviço social e o Núcleo de Promoção à Saúde do Trabalhador, responsável pela saúde do trabalhador. A CSIRS está sob a gestão atual desde 2013.

Em relação ao acompanhamento dos adolescentes por técnicos, o DEGASE conta com dois grupos; a equipe técnica de acompanhamento de MSE e o Núcleo de Saúde Mental. A equipe de acompanhamento de MSE se subdivide em miniequipes e é formada por um psicólogo, um assistente social e um pedagogo. Tem como objetivo acompanhar os adolescentes em suas necessidades do cotidiano, organizar suas atividades, realizar as intervenções sobre o ato infracional praticado visando a responsabilização do adolescente, atender as famílias, esclarecer sobre sua situação processual, elaborar os relatórios técnicos e o Plano Individual de Atendimento que irão subsidiar as reavaliações judiciais.

Além das equipes de acompanhamento de MSE, em todas as USES de internação e internação provisória, atuam ainda as equipes de saúde mental compostas geralmente por psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, oficineiro e o psiquiatra de referência, formando o Núcleo de Saúde Mental (NSM). O NSM atua, neste formato, desde 2008, sem prejuízos de outras formas de organização de equipe exclusiva para o cuidado em saúde mental desde 1999. O NSM é responsável pelo acompanhamento terapêutico do adolescente e também participa da elaboração do PIA no que tange à saúde mental, porém não produz documentos para a reavaliação judicial, o que favorece a relação de confiança e os objetivos do tratamento psicossocial individualizado.

As ações em saúde mental realizadas pelos NSM se desenvolvem a partir do reconhecimento do sofrimento psíquico que a própria situação de privação de liberdade causa nos adolescentes, considerando o afastamento do convívio familiar e comunitário e as características mortificadoras das instituições fechadas que podem agravar as demandas em saúde mental. A proposta do NSM é oferecer uma escuta subjetiva, que possibilite o aparecimento do sujeito; desenvolver ações de prevenção de agravos em saúde mental aos adolescentes em sofrimento psíquico, inclusive àqueles com demandas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas e favorecer o acesso dos adolescentes à rede de serviços de atenção em saúde mental de base territorial (ZEITOUNE, 2015).

Os encaminhamentos dos adolescentes ao NSM são: 1) por determinação judicial, geralmente para os casos em que é considerado tratar-se de uso abusivo de substâncias psicoativas; 2) por indicação da Defensoria Pública, 3) pelos familiares ou responsáveis, 4) por indicação técnica, quando a equipe de acompanhamento de MSE percebe alguma indicação para avaliação e acompanhamento em saúde mental; ou por demanda espontânea; 5) por solicitação de outros atores do sistema sejam eles professores, agentes socioeducativos, direção ou outros adolescentes.

Desde 2007, o DEGASE vem buscando o alinhamento *conceitual, estratégico e operacional* a fim de ajustar as linhas de cuidado em relação à saúde integral do adolescente, principalmente a partir de 2012, após a consolidação do SINASE. Neste sentido, Zeitoune (2015) apresenta as principais estratégias para adequação do DEGASE às normativas legais a partir do SINASE em relação aos cuidados em saúde mental dos adolescentes.

Em 2012, a Secretaria Estadual de Saúde, através de sua área técnica de população privada de liberdade da Superintendência da Atenção Básica elaborou o “Relatório de Avaliação dos Serviços de Saúde das Unidades de Internação e Internação Provisória do DEGASE” e apresentou, dentre outros pontos, o seguinte diagnóstico: (i) ausência de protocolos e fluxos de atendimento para o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde; (ii) ausência de ações educativas continuadas de promoção e prevenção; (iii) ausência de notificação regular das doenças de notificação compulsória; (iv) equipes de Saúde Mental fragmentada.

Ao longo de 2013, com o objetivo de descentralizar as ações em saúde, foram realizadas várias reuniões entre a Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios onde existem USE de internação no estado do RJ. Além disso, com o objetivo de sistematizar os cuidados de cada área técnica foram elaboradas as Diretrizes para a Prática da Psicologia no Sistema Socioeducativo e as Diretrizes para a Prática do Serviço Social no

Sistema Socioeducativo, através das respectivas Divisões. Ainda em 2013, foi implantado o Plano de Atendimento Individual nas USES com a publicação da Portaria DEGASE n. 154.

Em outubro de 2013, o DEGASE organizou o I Seminário Interno de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas para que as equipes de saúde mental apresentassem suas ações. O encontro evidenciou o uso excessivo de psicofármacos pelos adolescentes e a missão de rever os protocolos clínicos em saúde mental, fortalecendo o manejo psicossocial. Desse modo, os fluxos dos atendimentos em saúde mental foram alterados e o psiquiatra, antes no ponto inicial da linha de cuidado, passou a ser o último (Idem).

Ainda em 2013, a CSIRS elaborou um documento sobre os cuidados em saúde mental dos adolescentes em privação de liberdade que foi distribuído para as USES com o objetivo de orientar as equipes técnicas. Especificamente sobre o uso de psicofármacos, as orientações institucionais objetivam: (a) a redução de psicotrópicos como abordagem inicial ou principal no manejo dos problemas psicossociais, (b) a extinção do uso de medicamentos injetáveis, sendo utilizados apenas para os atendimentos de emergência por unidade de socorro móvel ou unidade hospitalar, (c) a redução de prescrição de tranquilizantes, em especial os que causam dependência, (d) a ampliação da potencialidade dos recursos terapêuticos e pedagógicos, (e) a definição do elenco de medicamentos adequados ao perfil epidemiológico dos adolescentes, (f) a garantia do atendimento humanizado e adequado da crise, utilizando preferencialmente os serviços de emergência, quando da necessidade de contenção e segurança, (g) o acompanhamento contínuo do adolescente em sofrimento psíquico, avaliando e intervindo no caso em que a medida judicial em curso não seja adequada no momento, (h) a fomentação da interlocução com a rede de serviços em saúde mental nos diversos níveis de hierarquia do SUS e (i) a promoção de encontros ampliados das equipes utilizando o matriciamento, a interconsulta, a articulação com os serviços locais e a promoção do uso racional de medicamentos através do estabelecimento de critérios clínicos e interdisciplinar (DEGASE, 2013a).

A intervenção farmacológica deveria ser dirigida ao transtorno primário (psicoses) ou aos sintomas incapacitantes associados, no caso de comportamentos de risco, agressividade e impulsividade, sendo reservada apenas aos casos moderados e graves e nunca isolada do manejo psicossocial que será sempre o mais indicado. Para a prescrição medicamentosa há que considerar ainda os riscos de abuso, o uso inadequado e a possibilidade de continuidade quando da progressão da MSE. Deverá ser realizada preferencialmente por monoterapia e fármacos conhecidos, que produzem os menores efeitos colaterais, a menor dose eficaz, pelo menor tempo possível e que sejam fornecidos pelo SUS. O DEGASE conta ainda com um

protocolo de manejo psicossocial e farmacológico para os transtornos mais prevalentes nas unidades de internação e internação provisória, indicando quais as medidas a serem tomadas pelas equipes de referência e qual medicamento a ser prescrito, assim como suas formas combinadas (DEGASE, 2013a).

Em 2014, a partir da formulação do PNAISARI, a CSRIS realizou um levantamento da Atenção Integral à Saúde do Adolescente nas USES com o objetivo de identificar as rotinas dos processos de trabalho em saúde, redes de serviços, dificuldades e potencialidades das equipes, visando ainda apresentar a nova Portaria. Foi realizado então, um diagnóstico da situação sanitária das USES e os principais agravos em saúde dos adolescentes.

Para a implantação do PNAISARI, buscou-se o fortalecimento das redes intersetoriais de proteção dos direitos da criança e do adolescente. Foram realizados grupos operativos com os adolescentes para a identificação de suas demandas em saúde possibilitando a escuta ampliada.

Ainda em 2014, foi criado um Grupo de Trabalho com os profissionais de saúde do DEGASE (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e farmacêuticos) com o objetivo de elaborar e sistematizar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas em Saúde Mental na Adolescência”. Este documento apresenta os referenciais técnicos e orienta os profissionais nos cuidados em saúde mental, destacando o manejo psicossocial como o trabalho mais relevante a ser desenvolvido. Desse trabalho resultou a redução do uso de psicofármacos pelos adolescentes em privação de liberdade (ZEITOUNE, 2015).

Em 2015 esse material foi reunido nos cadernos “Linha de Cuidado em Saúde do Adolescente”, dentre eles o “Caderno Linha de Cuidados em Saúde Mental e o Adolescente em Conflito com a Lei”.

No campo da saúde mental, em 2015, destacou-se a ampliação das equipes do NSM, o monitoramento dos casos graves, as ações de educação continuada e a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial dos municípios. Além disso, as reuniões intersetoriais continuam sendo realizadas com o objetivo de pactuar ações e fluxos que culminaram na assinatura dos planos operativos municipais em sete municípios: Volta Redonda, Nilópolis, Belford Roxo, Duque de Caxias, Macaé, São Gonçalo, Teresópolis (Idem).

Ainda nesta perspectiva, o documento elaborado pelo DEGASE em 2015 e intitulado Linha de Cuidados em Saúde Mental e o Adolescente em Conflito com a Lei tem por objetivo orientar os profissionais das USES no desenvolvimento e articulação das ações em saúde mental no DEGASE na interface com a Rede de Atenção Psicossocial, o Sistema de Garantia de Direitos e as demais políticas públicas na perspectiva da linha de cuidado.

A Linha de Cuidado tem como diretrizes o acolhimento, o vínculo e a responsabilização. A Linha de Cuidado em Saúde Mental é estruturada a partir do projeto terapêutico de cada adolescente em sofrimento psíquico operando em suas necessidades e não na oferta de serviços e considera os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. A articulação entre a saúde mental e a atenção básica deve ter como princípios a territorialização, a organização da atenção à saúde mental em rede, a intersetorialidade, a reabilitação psicossocial; a multiprofissionalidade/ interdisciplinaridade, a desinstitucionalização, a promoção da cidadania e autonomia dos adolescentes e familiares (DEGASE, 2015).

O fluxo para o acompanhamento pelo NSM se inicia a partir do acolhimento inicial que pode ser realizado por qualquer profissional da equipe de acompanhamento de MSE. As queixas mais comuns são: dificuldades para dormir, ver coisas, nervosismo e agitação. O profissional da equipe de acompanhamento da MSE avalia as situações de risco conforme a história de vida do adolescente, define um tempo para observação e conclui ser demanda para o NSM ou não.

Caso seja encaminhado para o NSM, o profissional de saúde mental realiza a avaliação inicial, organiza o projeto terapêutico e inicia a linha de cuidado. O projeto terapêutico deve ser elaborado e pactuado com a participação do adolescente e sua família, fortalecendo assim o vínculo do adolescente ao seu acompanhamento socioeducativo.

A Linha de Cuidado pode incluir atendimentos individuais e em grupo, realização e organização de grupos temáticos, oficinas terapêuticas, grupos de prevenção, grupos de familiares/responsáveis e atividades externas com os adolescentes. As ações da Linha de Cuidado inclui ainda a participação em reuniões de equipe, estudos de casos, participação nos Fóruns de Saúde Mental/álcool e drogas dos territórios, bem como outros eventos de interesse para o aprimoramento do trabalho. As equipes devem estabelecer o fluxo para o desligamento do adolescente através de estudo de caso, contatos e encaminhamentos necessários à rede de atenção básica que irá receber o adolescente, dando continuidade ao acompanhamento.

O documento define a constituição das equipes de saúde mental que devem ser compostas por assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas eicineiros. Outro ponto fundamental e mencionado pelo documento é a ambiência para o trabalho terapêutico que deve ter o espaço físico apropriado para atendimentos individuais e atividades em grupo, resguardando o sigilo dos atendimentos.

Os fluxos e protocolos dos casos de saúde mental também foram definidos. A avaliação psicossocial deverá ser realizada por uma equipe mínima com um profissional de saúde

mental que irá sinalizar o comprometimento funcional e um assistente social que irá realizar a avaliação sociofamiliar do adolescente (DEGASE, 2015).

O manejo psicossocial deve considerar o histórico do sofrimento psíquico ou transtorno mental, a gravidade da síndrome de abstinência, história de convulsões, história familiar para transtorno mental, tratamento prévio, ideação suicida e curso do pensamento. As ações da linha de cuidado, o manejo psicossocial, a elaboração do projeto terapêutico e a inserção do adolescente nas atividades pedagógicas, de cultura e lazer devem ter preferência em relação ao tratamento medicamentoso. Contudo, alguns casos são eletivos para avaliação psiquiátrica, como agitação psicomotora, convulsões, desorganização psicótica, síndrome de abstinência moderada ou grave, ideações suicidas e necessidade de diagnóstico para o melhor manejo psicossocial, além da resposta insatisfatória ao manejo psicossocial (Idem).

Os casos de crise convulsiva, crise destrutiva, agitação psicomotora, crise de ansiedade grave, anorexia grave ou catatonia devem ser encaminhados para emergência psiquiátrica ou leito de crise em hospital geral através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Os casos de psicose ou outros transtornos mentais graves devem ser compartilhados com o CAPSi e os casos graves de dependência química devem ser encaminhados para os CAPS AD (Idem).

No caso de progressão de MSE ou transferência a equipe de saúde mental deve entrar em contato com a equipe que receberá o adolescente para realizar os devidos encaminhamentos.

As equipes técnicas deverão estar atentas para a incapacidade de o adolescente cumprir a MSE nos casos de comprometimento mental ou cognitivo grave, necessidade de apoio para as atividades da vida diária, incapacidade de convívio coletivo, atos infracionais leves decorrentes da compulsão a adicção, piora do quadro psiquiátrico com a privação de liberdade, necessidade de vigilância e cuidado contínuo. Nestes casos, a equipe de acompanhamento de MSE deverá elaborar parecer técnico fundamentado e a psiquiatra deverá elaborar laudo médico para serem encaminhados ao judiciário de modo a tentar reverter a medida socioeducativa em medida protetiva de tratamento (Idem).

Por fim, o documento, em consonância com a PNAISARI elenca os indicadores de avaliação de qualidade na atenção em saúde mental: quantidade de casos de suicídios, quantidade de casos encaminhados à RAPS e quantidades de adolescentes em uso de psicofármacos (DEGASE, 2015).

CAPÍTULO 4 – O CENSE PROFESSOR ANTÔNIO CARLOS GOMES DA COSTA

O atual PACGC, antigo Educandário Santos Dumont, é destinado à execução da medida socioeducativa de internação e internação provisória para adolescentes do sexo feminino autoras de atos infracionais e é o único dispositivo do Estado do RJ para população adolescente. Tem capacidade para 16 adolescentes em MSE de internação e 32 para internação provisória, sendo quatro por alojamento.

Como já mencionado, o SINASE prevê a construção do Projeto Político Pedagógico das USES que tem por objetivo explicitar as ações socioeducativas desenvolvidas por cada Unidade. O PPP do PACGC, em sua versão mais recente apresenta sua missão, visão, valores, diretrizes e metas.

Tem como objetivo geral orientar e alinhar a prática socioeducativa às normativas legais e como objetivos específicos: executar e acompanhar as adolescentes em cumprimento de internação e internação provisória, através de atendimentos individuais, em grupo e familiares; garantir o acesso às oportunidades de superação de sua situação de vulnerabilidade e exclusão; favorecer a construção da autonomia da adolescente, reorganizar sua trajetória, a ressignificar seus valores éticos e morais; viabilizar o acesso às atividades pedagógicas e profissionalizantes; promover o protagonismo juvenil, criando bases para o aperfeiçoamento das potencialidades das adolescentes; desenvolver estratégias para sensibilizar a adolescente quanto à educação formal; facilitar a reaproximação da adolescente com sua família, auxiliando no fortalecimento ou resgate dos vínculos afetivos; articular junto à rede socioassistencial a possibilidade econômica para o deslocamento das famílias para que participem do processo socioeducativo das adolescentes; estabelecer maior interação com os operadores do Direito de modo a dialogar sobre os desdobramentos processuais das adolescentes (CENSE PACGC, 2016).

O acolhimento inicial da adolescente é realizado pela equipe de agentes socioeducativos e segue o fluxo abaixo, conforme PPP:

1. Informação sobre as normas institucionais, direitos e deveres;
2. Recolhimento dos pertences e anotação em livro próprio;
3. Encaminhamento para banho e verificação de possíveis lesões ou ferimentos registrados em livro próprio;
4. Entrega de roupas limpas e objetos de higiene pessoal;
5. Encaminhamento para realização da refeição conforme o horário;
6. Avaliação da condição de saúde geral pela equipe de enfermagem;

7. Encaminhamento ao alojamento;
8. Encaminhamento de sua documentação à Secretaria Técnica;
9. Encaminhamento para a equipe técnica de referência.

A proposta metodológica do PACGC considera a complexidade da realidade da adolescente, tentando criar novos referenciais e outras possibilidades que não seja a prática de atos infracionais. Para tal, a adolescente deve ser acolhida de forma personalizada e participar na elaboração de sua proposta de atendimento e na composição de seu Plano Individual de Atendimento. Acredita-se que ao revelar sua verdade, a adolescente poderá construir um saber sobre a sua relação com o ato infracional e a função que este desempenha em sua vida. Logo, articula-se o saber da equipe com o saber da adolescente de modo a criar ações que possibilitem a ampliação dos vínculos afetivos e sociais, a elevação da autoestima, o estímulo ao autocuidado e a construção de uma autoimagem positiva (Idem).

Desta forma, os atendimentos técnicos são vistos como uma ferramenta fundamental ao trabalho socioeducativo e são realizados nas áreas de Psicologia, Pedagogia e Serviço Social, além das áreas da saúde clínica e mental (Idem).

A equipe técnica do PACGC atua com 11 profissionais técnicos distribuídos conforme os seguintes cargos: assistentes sociais (4), psicólogos (4), pedagogos (2), terapeuta ocupacional (1), além da coordenadora técnica que tem a formação em Serviço Social e de um agente socioeducativo para auxiliar a equipe. Essa equipe se subdivide: a equipe de acompanhamento de MSE e a equipe de saúde mental (NSM). A equipe de acompanhamento de MSE se subdivide em três miniequipes e cada uma conta com um psicólogo, um assistente social e um pedagogo que são responsáveis pelo acompanhamento de referência¹ para elaboração do Plano Individual de Atendimento e pela elaboração dos relatórios técnicos que irão subsidiar a reavaliação judicial. As adolescentes são distribuídas de forma que cada uma esteja referenciada a uma das equipes de acompanhamento de MSE. Preferencialmente, o técnico de referência realiza a entrevista inicial, verificando as primeiras necessidades da adolescente, realizando as primeiras orientações e informando-a sobre sua condição processual. São as equipes de acompanhamento de MSE que participam das audiências, quando solicitado pelo juiz e acompanham suas demandas processuais.

O NSM é formado por um assistente social, um psicólogo e o terapeuta ocupacional. Além disso, um psicólogo e um assistente social atuam na internação provisória. O PACGC também oferece cuidados à saúde bucal e clínica, além do acompanhamento psiquiátrico. A

¹ Equipe multiprofissional que tem a responsabilidade de acompanhar a adolescente e sua família de forma longitudinal, ou seja, enquanto ela estiver em cumprimento da MSE, facilitando os objetivos da socioeducação.

Tabela 4 apresenta a carga horária mensal de cada categoria profissional e a quantidade de adolescentes no momento da coleta de dados, sendo 37 adolescentes na internação, quatro em internação-sanção e 22 na internação provisória, totalizando 63 adolescentes.

Tabela 4 – Carga horária mensal dos profissionais de nível superior per capita. PACGC, Dezembro, 2016.

Categoria profissional	Quantidade de profissionais	Horas/mensal	Horas/por adolescente mês
Assistente Social	4	102,86	1,633
Psicólogo	4	102,86	1,633
Pedagogo	2	128,57	2,041
Terapeuta Ocupacional	1	102,86	1,633
Odontólogo	1	85,71	1,361
Médico clínico	1	85,71	1,361
Médico Psiquiatra	1	17,14	0,30

Fonte: Planilhas internas do setor de Recursos Humanos, PACGC. Elaboração própria.

Como observado, os profissionais não médicos, principalmente psicólogos e assistentes sociais são maioria e apresentam maior quantidade por adolescente, o que indica maior investimento no DEGASE em intervenções não médicas. Observa-se também que a médica psiquiatra não está lotada no PACGC, porém atende as adolescentes semanalmente na USE em um turno (4 horas).

Quando verificado os dados da internação e dos profissionais que atuam nesta MSE, observa-se que os psicólogos (2) e assistentes sociais (2) da equipe de acompanhamento de MSE eram responsáveis pelo atendimento da metade das adolescentes em MSE de internação (19 adolescentes). Conforme a orientação inicial do SINASE, cada profissional (psicólogo ou assistente social) deveria ser referência para 20 adolescentes (BRASIL, 2006).

A categoria profissional com maior quantitativo efetivo no PACGC é o agente socioeducativo que atua em regime de plantão 24x72 horas. Desta forma são quatro plantões e em cada um atuam um coordenador, um subcoordenador, seis agentes socioeducativos masculinos e três femininos. Além desses, atuam 10 auxiliares socioeducativos com plantão de 12x36 horas, categoria incorporada no último concurso temporário no quadro profissional do DEGASE. Assim, na linha de frente, o PACGC atua com 21 socioeducadores durante o dia e 11 socioeducadores durante a noite. Na referência do SINASE (2006), e equipe mínima de socioeducadores é de um para cada cinco adolescentes durante o dia e um para cada 10 adolescentes durante a noite. No PACGC, no período da coleta de dados, a USE mantinha a

proporção de um socioeducador para cada três adolescentes durante o dia e um socioeducador para cada 6 adolescentes durante a noite, mantendo os critérios do SINASE.

Para as atribuições de retaguarda como Secretaria Técnica, Almoarifado, Departamento Pessoal, Transporte, Manutenção e outras, o PACGC atua com 15 agentes socioeducativos, três auxiliares administrativos, um agente de pessoal e um digitador. A direção da USE é composta por dois diretores com carga horária de 40 horas cada um. No total, o PACGC conta com 125 profissionais, sendo 2 funcionários/adolescente.

Considerando os objetivos e as metas do PPP, o PACGC/DEGASE investe em atividades profissionalizantes, culturais e expressivas de modo a oferecer novas oportunidades as adolescentes e promover a organização do cotidiano de cada uma contemplando suas peculiaridades e interesses. O Quadro 4 apresenta as atividades oferecidas pelo PACGC às adolescentes.

Quadro 4 – Atividades oferecidas pelo PACGC. Dezembro, 2016.

Responsável	Atividade	Local
Colégio Estadual Luiza Mahin	Educação formal Projetos pedagógicos	Interno
Equipe técnica MSE	Acompanhamento de MSE Atendimentos individuais, em grupo e familiares	Interno
Núcleo de Saúde Mental	Atendimento terapêutico Atendimentos individuais, em grupo e familiares Oficinas terapêuticas Rodas de Conversa	Interno
Equipe de Saúde	Atendimento médico ambulatorial Campanhas de vacinação Prevenção em saúde Saúde bucal Procedimentos de enfermagem	Interno
Agentes socioeducativos	Recepção e acolhimento Segurança e garantia de direitos Acompanhamentos externos	Interno e externo
Proderj	Curso de Informática	Externo (CECAP)
Fundação Mokiti Okada	Confecção de arranjos florais	Externo (CECAP)
Detran/DEGASE	Documentação civil	Externo (Direção Geral)
IPAB	Curso Banho e Tosa	Externo

		(CECAP)
Entidades religiosas	Assistência religiosa	Interno
TV DEGASE	Curso audiovisual	Externo (CECAP)
TV DEGASE	Curso de fotografia	Externo (CECAP)
Grupo Narcóticos Anônimos	Drogadição	Interno
Casa Futuro Agora	Pizzaiolo	Externo (CECAP)
CECEL	Roda de conversa	Externo (CECAP)
EnglishWorks	Curso de Inglês	Externo (CECAP)
Instituto Solidarietà Comunitária	Despertar das vocações	Externo (CECAP)

Fonte: Documentos internos do PACGC (Dezembro, 2016). Elaboração própria.

A organização das atividades para as adolescentes conta com uma variedade de oficinas e cursos. O Centro de Capacitação Profissional do DEGASE (CECAP), localizado próximo ao PACGC, organiza os cursos de capacitação oferecidos a todas as USES do RJ. Nele se concentra a maioria dos cursos oferecidos e as USES fisicamente mais próximas são beneficiadas por conta da logística operacional ser mais simples. Os cursos são sugeridos anualmente pelas pedagogas das USES após verificarem os interesses dos adolescentes. Em dezembro de 2016, sete cursos de capacitação haviam sido oferecidos pelo CECAP (informática, arranjos florais, banho e tosa de animais domésticos, audiovisual, fotografia, pizzaiolo e inglês), além de duas atividades complementares (rodas de conversa e despertar das vocações).

Além das atividades acima oferecidas, o PACGC organiza oficinas internas em vários temas de modo a ampliar o repertório de habilidades e interesses das adolescentes, organizado semanalmente, conforme o quadro abaixo.

Quadro 5 – Oficinas oferecidas pelo PACGC. Dezembro, 2016.

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã				
Of. Violão Of. Cartas Roda de conversa (SM)	Of. LEGO Of. Jogos Of. Biscuit Of. Leitura Of. Artes	Of. Biscuit	Of. Desenho Of. Violão Of. Biscuit	Of. Leitura Of. Horta Of. Madeira

Tarde				
Of. Cartas	Of. LEGO	Of. Desenho	Of. Violão	Of. Leitura
Of. LEGO	Of. Biscuit	Of. Biscuit	Of. Biscuit	Of. Horta
Roda de conversa (SM)	Of. Leitura Of. Artes	Of. Poesia		Of. Madeira

Fonte: Documentos internos do PACGC (Dezembro, 2016). Elaboração própria.

As oficinas são organizadas por servidores, voluntários, professores da Escola Estadual Luiza Mahin e equipe técnica. As atividades são realizadas no contra turno escolar, pois a educação formal é obrigatória. Destaca-se a Oficina de LEGO, oferecida pela Escola Estadual Luiza Mahin. A parceria entre o DEGASE e o LEGO Education iniciou em 2008 em uma oficina que une as peças de LEGO com a robótica e produção de filmes de animação. A oficina já ganhou vários prêmios nacionais e internacionais e já participou de concursos na Dinamarca.

A grande oferta de cursos e oficinas oferecidas pelo PACGC/DEGASE no período estudado, além de outras atividades como a assistência religiosa, a participação em grupos de ajuda mútua para dependentes químicos e a emissão da documentação civil constituem-se como serviços importantes na ressocialização dos adolescentes. Estas atividades, sob a óptica da saúde mental, podem servir como intervenções psicossociais, funcionam terapeuticamente e promovem ações de geração de renda, com o recebimento de bolsas de estudo em alguns casos.

CAPÍTULO 5 – A SAÚDE MENTAL DAS ADOLESCENTES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE NO RIO DE JANEIRO: RESULTADOS E DISCUSSÃO

São raros os estudos exclusivos sobre a prática infracional cometida por meninas. Nos relatórios ou mapas nacionais, em geral, não se analisa as variáveis por gênero, dificultando a compreensão das peculiaridades do envolvimento em atos infracionais pelas meninas e dificultando traçar um diagnóstico. A deficiência de análises sobre a população feminina pode ter contribuído para a invisibilidade de suas necessidades. As mulheres e meninas em privação de liberdade apresentam demandas e necessidades específicas, como a gestação, a maternidade e agravos como histórico de violência familiar e a feminização da pobreza, por exemplo. Assim, não é possível desprezar a distinção dos vínculos familiares estabelecidos pelas mulheres e sua forma de envolvimento com o crime quando comparados com a população masculina (GALINKIN *et al*, 2015).

Estudo longitudinal realizado em 2006 nos Estados Unidos concluiu que as teorias tradicionais, baseadas na população masculina, seja sobre a criminalização da pobreza ou a matriz histórica do patriarcado, são adequadas para a explicação do problema no contexto feminino, porém, ao considerar também as teorias feministas e colocá-las em análise pode ser ampliada a reflexão sobre o tema (CERNKOVICH *et al*, 2006).

No Brasil essa reflexão é de extrema importância. Em junho de 2014, o país contava com 579.781 pessoas custodiadas no Sistema Penitenciário, sendo 37.380 mulheres (6,4%). No período de 2000 a 2014, o aumento da população feminina foi de 567%, enquanto a masculina foi de 220%, refletindo a curva ascendente do encarceramento em de mulheres no Brasil (BRASIL, 2015).

No desenvolvimento deste estudo de caso foram analisados prontuários de 35 adolescentes que estavam em cumprimento de MSE de internação no PACGC. A capacidade estrutural da USE para internação é de 16 adolescentes e para internação provisória é de 32 adolescentes. O PACGC operava na internação com um nível de sobre ocupação de 231%.

Como mostra a Tabela 5, a cor das adolescentes no PACGC demonstrou distribuição uniforme. Das 35 adolescentes estudadas, 31% era de cor negra, 31% branca e 31% parda. Assim, os categorizados como não brancos constituíram a maioria da amostra (62%). Em 8% (3) dos prontuários esta variável não foi identificada. Dados semelhantes foram encontrados em nível nacional. No Levantamento do SINASE 2014, apesar desta variável não fazer distinção entre os gêneros, 57% era não brancos e 21% brancos. Destacou-se a falta de informação para esta classificação em 22%.

**Tabela 5 – Características e tipo de ato infracional das adolescentes no PACGC (n=35).
Rio de Janeiro, Dezembro, 2016.**

Descriptor	Total
Quantitativo de adolescentes	35
Identificadas como cor negra	11
<i>% Identificadas como cor negra</i>	<i>31%</i>
Média de Idade	16,5
Média do tempo de encarceramento (dias)	142
Mínimo do tempo de encarceramento (dias)	15
Máximo do tempo de encarceramento (dias)	381
Quantitativo de reincidentes	7
<i>% de reincidentes</i>	<i>19</i>
Quantitativo de Roubo no delito principal	10
<i>% do Roubo no delito principal</i>	<i>28</i>
Quantitativo do Tráfico como delito principal	9
<i>% do Tráfico como categoria principal</i>	<i>25</i>
Quantitativo de Latrocínio e Homicídio no delito principal	15
<i>% do Latrocínio e Homicídio como categoria principal</i>	<i>43</i>

Fonte: Dados coletados no PACGC em Dezembro de 2016. Elaboração própria.

A média de idade das adolescentes no PACGC foi de 16,5 anos. Os dados do RJ foram semelhantes aos encontrados em nível nacional onde 57% dos adolescentes tinham idade entre 16 e 17 anos. No Brasil, observou-se também um leve aumento na faixa etária entre 14 e 15 anos na variação de 2012-2014 (de 17% para 18%), o que indica a queda na idade dos adolescentes em cumprimento de MSE fechadas (BRASIL, 2014).

Em relação ao tempo de internação, a média foi de 142 dias. Considerando que a primeira reavaliação judicial se dá aos 180 dias, a maioria das adolescentes ainda não havia sido submetida à primeira reavaliação. Uma variável que pode influenciar no tempo da internação é a condição de reincidência que no caso estudado foi de 19%. Em 2012, o Conselho Nacional de Justiça publicou os dados relativos às visitas realizadas em 320 USES brasileiras. Segundo este documento, 39,7% dos adolescentes estava sob condição de reincidência na região Sudeste. Não foram encontrados dados sistematizados sobre a reincidência em âmbito nacional, sequer nos levantamentos anuais do SINASE. A ausência desse tipo de indicador sublinha a falta de informação sobre o cumprimento dos objetivos das MSE e da Socioeducação.

Estudo realizado no Distrito Federal analisou 284 adolescentes do sexo feminino em privação de liberdade no período de 2004 a 2011 relacionando a condição de reincidência e os

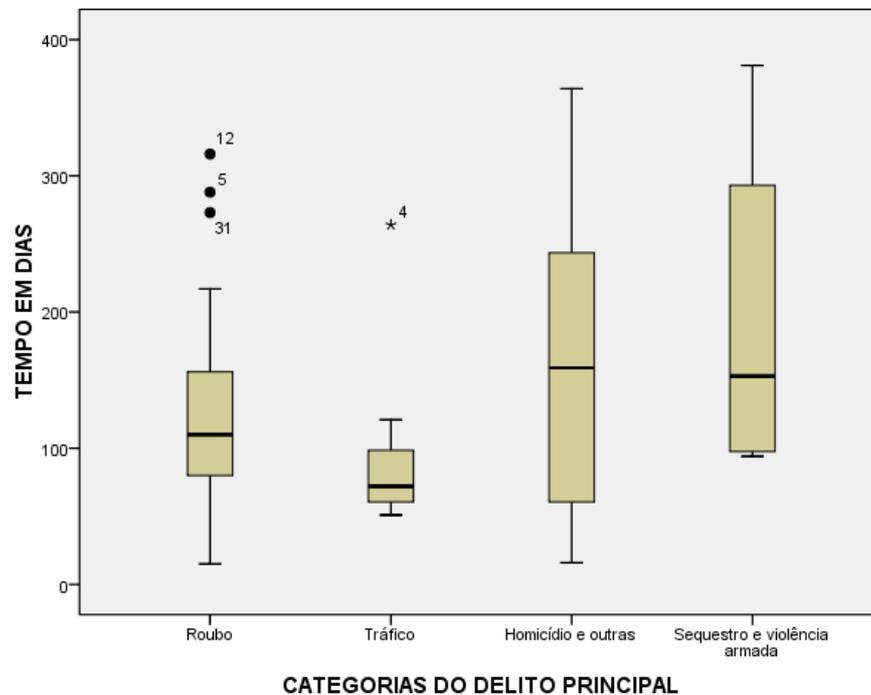
fatores de risco associados. Como resultado, os autores verificaram que a reincidência foi associada positivamente à idade (≥ 15 anos), ao uso de substâncias psicoativas e ao tipo de ato infracional (roubo). A reincidência foi negativamente associada à frequência escolar. Os autores sugeriram maior investimento na ressocialização e na prevenção secundária para adolescentes nas condições de risco (GALASSI *et al*, 2015).

Em relação ao tipo de ato infracional, cabe sublinhar que os considerados mais graves são os atos contra a vida: homicídio, latrocínio e roubos com violência. Atos mais leves como tráfico de drogas e receptação são considerados de menor poder ofensivo e por isso leves. Neste sentido, destaca-se a Súmula 492 do Supremo Tribunal de Justiça: “o ato infracional análogo ao tráfico de drogas, por si só, não conduz obrigatoriamente a imposição de medida socioeducativa de internação do adolescente”. (STJ, 2012). Como mencionado anteriormente, a MSE de internação é adequada quando se tratar de atos infracionais graves. No PACGC, o ato infracional de maior prevalência foi o análogo a roubo qualificado e homicídio (43%) seguido pelo roubo (28%) e tráfico de drogas (25%). Assim, observa-se que quase metade da amostra estava em condição de privação de liberdade como consequência de cometimento de atos infracionais graves. Os atos infracionais leves como o tráfico de drogas tiveram menor prevalência, porém ainda em desconformidade com a normativa legal. Analisando de forma mais detalhada, das adolescentes nestas condições, 45% estava em condição de reincidência pelo mesmo ato infracional (análogo a tráfico de drogas) e todas elas em tratamento de saúde mental. Porém a maioria (55%) estava em privação de liberdade por cometimento de ato infracional considerado leve e não apresentava condição de reincidência, o que está em desacordo com as normativas legais.

Em âmbito nacional, em 2010, os atos infracionais contra a vida representaram apenas 26% dos atos praticados pelos adolescentes em regime fechado, o que pode significar a aplicação de medidas mais severas para atos infracionais mais leves, em discordância com as orientações legais. Nos anos seguintes (2011, 2012, 2013 e 2014) a situação é ainda mais preocupante já que, em média, 13% dos adolescentes que cumpriam MSE fechada havia cometido ato infracional contra a vida, podendo inferir que a maior parte cometeu ato infracional leve (BRASIL, 2014).

Como mostra o Gráfico 3, no PGAGC a gravidade do ato infracional resultou em duração mais longa da internação.

**Gráfico 3 – Tempo de internação e categoria do ato infracional no PACGC (n=35).
Rio de Janeiro, Dezembro, 2016.**



Fonte: Dados coletados no PACGC em Dezembro de 2016. Elaboração própria.

O ato infracional análogo a roubo apresentou mediana em pouco mais de 100 dias. A caixa, representando 50% da amostra, permaneceu entre 80 e 150 dias aproximadamente e 75% teve tempo menor que 150 dias. Foram observados três casos atípicos (elementos 31, 5 e 12). Sobre eles, os elementos 5 e 31 estavam em condição de reincidência pelo mesmo ato infracional, sugerindo maior período de internação. O ato infracional análogo ao tráfico de drogas, considerado leve, apresentou o menor tempo de internação. Praticamente todas as adolescentes internadas por este motivo estavam a menos de 100 dias em privação de liberdade e 50% pouco mais de 50 dias. Nesta categoria foi observado um outlier (elemento 4), internada a 264 dias e em condição de reinternação.

Os atos infracionais considerados mais graves, como homicídio e violência armada apresentaram maior tempo de internação. No caso do homicídio, 50% dos casos estavam em privação de liberdade entre 50 e 250 dias, com mediana em aproximadamente 180 dias. As adolescentes situadas no quartil superior permaneceram internadas entre 250 e 370 dias aproximadamente. Os atos infracionais relacionados a sequestro e violência armada, como o latrocínio, por exemplo, ocuparam tempos maiores de encarceramento. O tempo mínimo foi

de aproximadamente 100 dias e o máximo de 381 dias. Metade da amostra permaneceu entre 100 e 300 dias aproximadamente, com mediana em 180 dias aproximadamente. Neste sentido, pode-se inferir que o tempo de internação possui correlação positiva com a gravidade do ato infracional praticado. Os outliers observados nos atos infracionais leves representaram casos de reincidência corroborando com a positividade da correlação entre reincidência e maiores períodos de internação.

Quanto à escolaridade no PACGC, 95% das adolescentes cursava o Ensino Fundamental e 5% estava em alfabetização. Com os resultados apresentados, observa-se uma grande defasagem idade-escolaridade (16,5 anos – Ensino Fundamental). Dados sobre o sistema socioeducativo do Distrito Federal apontaram que 8,6 frequentou o Ensino Médio, enquanto 0,3% frequentou o Ensino Superior (GALINKIN *et al*, 2015). Esses dados apontam para melhores perspectivas sobre a escolarização da população em privação de liberdade quando comparados aos dados do RJ.

5.1 A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO PACGC

Entende-se como tratamento em saúde mental (SM) qualquer intervenção prestada pelo NSM, seja ela medicamentosa ou não. Como vimos, o PACGC oferece várias intervenções psicossociais, como atendimento psicológico individual, grupo terapêutico e oficinas terapêuticas antes da adolescente ser encaminhada para avaliação psiquiátrica.

Como mostra a Tabela 6, das 35 adolescentes estudadas, 40% (14) estava submetida a algum tipo de tratamento em SM e 20% (7) utilizava algum tipo de medicamento psicofármaco durante a internação. Considerando apenas as adolescentes em tratamento em SM, a metade não utilizava medicamentos.

Neste sentido, no que se refere ao uso de psicofármacos, resultados como esses indicam que a organização da SM no PACGC está alinhada as principais políticas sobre as intervenções em saúde mental como a PNAISARI e a Resolução 177/15 já mencionadas anteriormente, pois privilegiam as alternativas não medicamentosas como as oficinas, os atendimentos individuais e em grupo.

Na Tabela 6 observa-se também que o PACGC não oferece tratamentos externos. Todas as adolescentes recebiam atenção em saúde mental no interior da USE. Esta evidência contribui para o fechamento institucional e coloca desafios para o PACGAC, que mantém a governança verticalizada da atenção em saúde mental a despeito das normativas legais.

Tabela 6 - Características da assistência em saúde mental no PACGC (n=35).

Rio de Janeiro, Dezembro, 2016.

Descritores	Frequência	%
Em tratamento de saúde mental	14	40
Tomando medicamento psicoativo atualmente	7	20
Com diagnóstico	3	9
Com PIA em saúde mental	10	28
Com anamnese	25	89
Em tratamento em serviços da própria USE	14	100
Em tratamento externo	0	0

Fonte: Dados coletados no PACGC em Dezembro de 2016. Elaboração própria.

Dentre as adolescentes em uso de psicofármacos (7), apenas uma havia cometido ato infracional considerado grave (análogo ao homicídio) e estava em privação de liberdade a 364 dias. As outras haviam cometido atos infracionais considerados leves como os análogos a tráfico de drogas (3) e roubo simples (3). Esses dados sugerem que a gravidade do ato infracional não está relacionada ao uso de psicofármacos, mas indicam que o uso de medicamento psicoativo está associado ao tempo de internação, como mostra a Tabela 7: quanto maior o tempo em privação de liberdade, maior é o uso de psicofármacos.

Tabela 7 – Uso de psicotrópico e tempo de internação das adolescentes em privação de liberdade no PACGC. Rio de Janeiro, Dezembro, 2016.

Uso de psicotrópicos	Frequência	Tempo médio em internação (dias)*
Não usava psicotrópicos	28	136
Usava psicotrópicos	7	203
Total	35	148

*Teste T, valor de p. <0,05.

Fonte: Dados coletados no PACGC em Dezembro de 2016. Elaboração própria.

Das sete adolescentes que utilizavam medicamentos, 70% estava internada a 258 dias, ou seja, receberam manutenção de MSE na primeira reavaliação judicial (aos 180 dias), independente da gravidade do ato infracional cometido, a despeito das normas legais. Outra variável que interfere nesta condição é a condição de reincidência que esteve presente em 67% das adolescentes em uso de psicofármacos.

Sobre a prevalência de transtornos mentais caracterizada pela formalização do diagnóstico, 9% (3) apresentou diagnóstico para transtorno mental (F10; F60.3; F91.9). Em comparação aos estudos sobre a prevalência de transtornos mentais em instituições fechadas

para adolescentes mencionados no segundo capítulo, o PACGC apresentou uma proporção residual. Monteiro (2012) verificou que 70% dos adolescentes apresentaram diagnósticos para transtornos mentais; Karnik *et al* (2009), 98% para a população feminina; Pinho *et al* (2006), 75%; Verugdenhil *et al* (2004), 90% e Teplin *et al* (2002), 66% para população feminina. Vale lembrar que a metodologia desses estudos contava com a utilização de instrumentos estruturados para a determinação do diagnóstico. Entretanto, a utilização de instrumentos tem limites para a confirmação da hipótese diagnóstica e deve recorrer a outros métodos como entrevistas e o acompanhamento longitudinal.

A fraca associação entre o diagnóstico formal e a prescrição medicamentosa pode sugerir a medicalização de comportamentos agressivos e impulsivos em detrimento de sinais e sintomas que sugerem transtornos primários como a esquizofrenia, quadros ansiosos e depressivos. Por outro lado, outra causa possível é a tentativa de diminuir o estigma acerca da lida com diagnósticos de transtornos mentais pelo judiciário e a preocupação com os prejuízos para os adolescentes, evitando a rotulação. Outra explicação possível seria a influência da psicanálise onde as categorias clássicas da psiquiatria perdem sua significação (FIGUEIREDO & MACHADO, 2000; ENTREVISTADA 1, 2017).

O Plano Individual de Atendimento constitui-se em um instrumento de previsão, registro e gestão das atividades a serem desenvolvidas com o adolescente em cumprimento de quaisquer MSE, garantindo um atendimento personalizado ao adolescente, representado um avanço na política protetiva da infância e juventude. O PIA é elaborado pela equipe técnica com a participação efetiva do adolescente e dos responsáveis num prazo de 45 dias da data da entrada do adolescente em MSE fechada ou 15 dias para as MSE abertas. No PIA deve constar minimamente os resultados da avaliação interdisciplinar, os objetivos declarados pelo adolescente, a previsão das atividades de reintegração social e capacitação profissional, as atividades de apoio aos responsáveis assim como sua participação no cumprimento das metas e as medidas específicas dos cuidados em saúde (BRASIL, 2012).

O PIA deve conter a designação do programa de atendimento mais adequado para o cumprimento da MSE, a definição das atividades internas e externas, individuais ou coletivas, das quais o adolescente poderá participar e ter fixado os prazos para o alcance das metas. (Idem). Entretanto, no RJ, a designação do programa mais adequado para o cumprimento da MSE e as atividades externas são determinadas pelo Judiciário. Todas as sentenças judiciais que internam os adolescentes mencionam a proibição de realizar atividades externas como padrão. Quando há necessidade, a USE deve solicitar, por escrito, a autorização judicial, o

que está em desconformidade com o art. 121 § 1º. do ECA, pois esta decisão é de responsabilidade técnica e não judicial (BRASIL, 1990).

No DEGASE, o PIA é um formulário estruturado que deve ser preenchido por todas as categorias técnicas e pelo NSM nos casos atendidos por ele. No PACGC, considerando as adolescentes em tratamento em saúde mental, 72% possuía o PIA. O Projeto Singular Terapêutico é descrito no PIA e enviado ao Judiciário. Conforme as orientações institucionais do DEGASE, o Projeto deveria estar descrito em formulário próprio no prontuário da adolescente (DEGASE, 2015). Porém, as orientações atuais sugerem que o Projeto Terapêutico seja descrito apenas no PIA, único documento que deve conter os objetivos terapêuticos (ENTREVISTADA 1, 2017).

Conforme o artigo 157 § 2º III do SINASE, a equipe poderá solicitar os resultados de acompanhamentos especializados anteriores. No caso do RJ, não foram identificados registros de acompanhamentos anteriores ou contatos realizados com as equipes assistentes, mesmo no caso das adolescentes que já estiveram em tratamento em SM anterior a MSE de internação.

O resultado sobre a utilização de psicofármacos apresentado na Tabela 8 indica que as condutas do PACGC estão em desacordo com as orientações institucionais e legais, ainda que a proporção da utilização seja residual na amostra estudada. Apenas duas adolescente estavam em uso de monofármaco em detrimento da maioria em uso combinado de medicamentos (5). A maior combinação medicamentosa observada foi o uso combinado de quatro tipos de medicamentos, verificado em uma adolescente (3%). Das outras adolescentes em uso de psicofármacos, 12% utilizava dois ou três tipos de psicofármacos.

Tabela 8 – Distribuição da quantidade e tipo de psicofármacos por adolescentes no PACGC. Rio de Janeiro, Dezembro, 2016.

Distribuição das medicações	Frequência	%
1 medicação	2	6
2 medicações	2	6
3 medicações	2	6
4 medicação	1	3
Sem uso de medicação	28	80
<i>Total</i>	35	100
Grupo de psicofármacos	Frequência	%
Ansiolítico	3	20
Antidepressivo	5	33
Anticolinérgico	4	25
Antipsicótico atípico	1	7

Estabilizador do humor	3	20
<i>Total</i>	<i>16</i>	<i>100</i>

Fonte: Dados coletados no PACGC em Dezembro de 2016. Elaboração própria.

O psicofármaco mais utilizado foi o antidepressivo observado em 33% das adolescentes em uso de medicamentos, seguido pelo anticolinérgico (25%), ansiolítico, e estabilizador do humor com proporção de 20% cada tipo. O antipsicótico atípico representou 7% e estava sendo utilizado por uma adolescente, no entanto, não lhe foi atribuído diagnóstico de psicose.

O uso de substâncias psicoativas (SPA) pelas adolescentes no PACGC parece ter relevância no estudo. A maioria fazia uso de alguma SPA antes da internação, observado em 71% (25/35) dos casos. Das adolescentes em tratamento em SM, 79% (11/14) mencionaram uso de SPA. A maioria das adolescentes utilizava um tipo de SPA, observado em 52% dos casos. Porém é relevante a prevalência do uso combinado de três ou mais SPA, representando 48% das adolescentes.

Referente a relação entre o uso de psicofármacos no PACGC e o uso de SPA anterior à MSE de internação, 17% (1/6) das adolescentes não utilizava SPA, 17% (1/6) utilizava dois tipos de SPA e 66% (4/6) utilizava o uso combinado de três ou mais SPA.

O uso de canabinoide foi o de maior prevalência, observado em 41% da amostra, seguida pelo uso de álcool e cocaína aspirada, observados em 18% dos casos cada. Os solventes foram observados em 16% e o uso de crack e alucinógenos foi residual, observados em 5% e 2% respectivamente.

Ainda referente às medicações, o estudo avaliou as variáveis medicação de emergência e medicação involuntária e não foram observados registros nos prontuários.

5.2 AGRESSÕES E AUTOLESÕES

O estudo avaliou as situações de agressões registradas nos prontuários: heteroagressão, autolesão e tentativa de suicídio.

Foi verificado que duas adolescentes provocaram autolesões. A primeira tentou se enforçar com lençol por duas vezes, contudo, no prontuário não foi registrado detalhes de sua intenção, somente a descrição do fato. Esta adolescente estava em tratamento de SM com uso de psicotrópico e havia registro de tratamento em CAPSi anterior a internação. A segunda se

cortou com pedaço de azulejo e foi levada para emergência clínica, porém nada mais foi registrado no prontuário.

Em relação às heteroagressões, 17% das adolescentes (6/35) apresentaram este comportamento entre pares, sendo que 83% (5/6) das adolescentes envolvidas em conflitos físicos com seus pares estavam em tratamento em SM e apenas uma estava em uso de psicofármacos.

Também foi registrada uma agressão sofrida por uma adolescente que teve como autoria um agente socioeducativo. Tal situação foi registrada em delegacia e o Registro de Ocorrência se encontrava no prontuário, sem informações complementares. Não foram registradas no Prontuário situações de isolamento ou contenção física, embora a contenção seja considerada como opção pela USE (ENTREVISTADA 1, 2017).

5.3 SAÚDE MENTAL: ESTUDO DE CASOS COMPARADOS

As variáveis analisadas permitiram a comparação com os dados da pesquisa fonte realizada em Porto Alegre e Belo Horizonte no período de 2014 e 2015 respectivamente, considerando apenas as USES femininas. Em Porto Alegre foram analisados 20 prontuários (amostra de 62%), em Belo Horizonte 42 prontuários (amostra de 82%) e no RJ a pesquisa foi realizada em 35 prontuários (amostra de 95%).

A Tabela 9 apresenta os dados em relação a saúde mental das adolescentes nos três municípios.

Tabela 9 – Tratamento em SM em USES para adolescentes do sexo feminino. Porto Alegre, 2014; Belo Horizonte, 2015; Rio de Janeiro, 2016.

Local	Adolescentes internadas	Tratamento em SM		Tratamento medicamentoso		Tratamento não medicamentoso	
		Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
POA	20	18	90	13	65	5	25
BH	42	27	64	19	45	8	19
RJ	35	14	40	7	20	7	20

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico situacional da atenção em SM nas USES brasileiras”. DCS/ENSP/FIOCRUZ, 2015. Fonte: Dados coletados no PACGC em Dezembro de 2016. Elaboração própria.

Em POA, 90% das adolescentes estava em tratamento em SM e 65% utilizava psicofármacos. Neste município, optou-se por uma gestão verticalizada na organização em SM, com a utilização de recursos predominantemente internos (72,5%). Outra característica importante é a presença maciça de psiquiatras contratados por cooperativas médicas nas USES e a avaliação psiquiátrica é uma das primeiras intervenções realizadas. Os psicólogos se dedicam apenas a gestão dos delitos no âmbito da ressocialização, oferecendo intervenções breves em relação ao projeto de vida da adolescente. Não oferecem terapias ou grupos, carecendo de alternativas de tratamento, restando apenas os recursos medicamentosos (COSTA & SILVA, 2017). A ausência de intervenção em SM não medicalizantes nas USES de Porto Alegre, além da escassez da oferta em serviços comunitários em saúde mental como nos CAPS (utilizado apenas por duas adolescentes) e dispositivos da atenção básica pode justificar o número elevado de adolescentes em uso de psicotrópicos. A relação positiva entre o tipo verticalizado de gestão e a alta prevalência do uso de psicoativos pode sugerir a forte propensão das equipes por enfrentar o comportamento violento com o uso da medicação psiquiátrica e assim atentar contra os direitos dos adolescentes no campo da saúde mental (ALLEN & RAVEN, 2013).

Em Belo Horizonte, 64% das adolescentes estava em tratamento em SM e 45% estava em uso de psicotrópico. A organização da SM em Belo Horizonte é bastante diferenciada em relação a Porto Alegre. O município optou por uma gestão horizontal e, desta forma, compartilhada nas intervenções em SM. Neste sentido, apenas 24% das adolescentes permaneceram em tratamento exclusivamente no interior da USE. A maioria das adolescentes (74%) estava em tratamento extramuros: ou somente em dispositivos externos (59%) ou de forma mista, intra e extramuros (15%). A Atenção Básica em Saúde tem participação importante no atendimento dos adolescentes (33%). Os CAPS e um dispositivo conveniado ao SUS também tiveram atuação nos cuidados em SM. Inicialmente, a análise desses dados permite concluir que a disponibilidade de recursos psicossociais extramuros possibilitou a redução do uso de psicotrópicos quando comparado ao caso de Porto Alegre. Contudo, a Atenção Primária em Saúde também é altamente medicalizante e atualmente é um dos maiores desafios para a saúde mental no Brasil. A tendência generalizada da psiquiatrização e farmacologização, mesmo na atenção básica, estabelece o tratamento medicamentoso como o principal ou único dispositivo para o sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007; BEZERRA, 1987; BIRMAN, 2000).

Desta forma, a PNAISARI, sob o aspecto do direcionamento do cuidado em saúde mental para os dispositivos comunitários primários ou especializados de saúde mental (na

APS ou nos CAPS), não garante a redução da prescrição de psicofármacos para os adolescentes em privação de liberdade.

No município do Rio de Janeiro, entretanto, não há oferta de tratamento para SM em dispositivos externos e os cuidados são prestados exclusivamente no interior do PACGC, pelo NSM como apontado anteriormente, reforçando a característica fechada da instituição. Os CAPS são acionados pontualmente para questões muito específicas. No momento da coleta de dados 100% das adolescentes fazia tratamento exclusivamente no interior da USE, indicando discordância com as orientações normativas. Porém, 20% das adolescentes estavam em uso de psicotrópicos, resultado residual quando comparado com os outros casos. Desta forma, não pode ser confirmada a correlação entre o tratamento fechado em SM e a medicalização no caso do Rio de Janeiro.

Neste sentido, destaca-se ainda a organização das ações em SM no PACGC sendo a avaliação psiquiátrica o último recurso a ser oferecido. Organização semelhante foi citada por Tenório (2000) na reorganização dos ambulatórios do Instituto de Psiquiatria (IPUB/UFRJ) quando optou-se estrategicamente pela retirada dos médicos psiquiatras dos acolhimentos iniciais, dando lugar a escuta ampliada por equipe multiprofissional. O autor propõe os termos “desmedicalizar” e “subjeter” para introduzir a ideia de que diante de um pedido de solução imediata, geralmente direcionado ao médico, na expectativa da cura, deve-se responder convidando o sujeito a se implicar naquilo que se queixa e convidá-lo a se interessar pela dimensão subjetiva daquilo que o acomete (TENÓRIO, 2000).

A característica encontrada no Rio de Janeiro, associada ao termo “subjeter” de Tenório (2000) possibilita introduzir as ideias de Vincentin (2006) sobre a psiquiatrização e a responsabilização dos adolescentes em conflito com a lei. Segundo a autora a psiquiatrização estigmatizante, ocasionada pela alta prevalência de diagnósticos em transtorno mental e o uso elevado de psicofármacos, pode influenciar o objetivo final da socioeducação: a responsabilização pelo ato infracional praticado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na introdução desta dissertação considerou-se a hipótese de que o modelo organizacional verticalizado das USES está associado à alta utilização de psicofármaco, ou seja, quanto maior a utilização de recursos internos para o tratamento em SM, maior medicalização, como observado por Costa & Silva (2017). As evidências deste estudo demonstram, entretanto, que a associação entre verticalização e alta utilização de medicação não é aplicável ao caso do Rio de Janeiro.

Constatou-se que a gestão dos cuidados em SM na unidade estudada é de governança verticalizada por utilizar recursos exclusivamente internos para os cuidados em saúde mental. Ainda assim, observou-se uma baixa proporção de adolescentes em uso de psicofármacos em comparação ao verificado em USES de Porto Alegre e mesmo de Belo Horizonte (Costa & Silva, 2017).

Como descrito nesta dissertação, as intervenções psicossociais do NSM/PACGC, como a psicoterapia individual/grupo, as oficinas terapêuticas e a influência de normas profissionais da clínica psicossocial contribuem para a redução da utilização de psicofármacos pelas adolescentes em privação de liberdade na unidade socioeducativa pesquisada.

É necessário também ressaltar que, no momento da pesquisa de campo, o DEGASE informava que provia às adolescentes custodiadas um conjunto amplo de atividades pedagógicas, culturais e de lazer. A avaliação da satisfação das adolescentes em privação de liberdade com essas atividades não foi realizada pela pesquisa. O possível efeito dessas atividades sobre a baixa utilização de psicofármacos exige investigação específica.

Destaca-se, ainda assim, que na organização das ações em SM no PACGC a avaliação psiquiátrica é o último recurso a ser oferecido. Segundo Vicentin (2006), a alta prevalência de diagnósticos em transtorno mental e o uso elevado de psicofármacos retiram de cena as múltiplas causalidades que estão em jogo na situação infracional, impedindo a leitura ampliada dos fenômenos sociais de exclusão e vulnerabilidade social que também são relevantes. Além disso, a rotulação causada pelo diagnóstico de transtorno mental pode favorecer a desresponsabilização do sujeito, dificultando a sua implicação diante de suas escolhas.

Desta forma o tema da responsabilização supõe um debate ampliado sobre as políticas protetivas para a infância e juventude em uma dupla dimensão: a responsabilidade social e a responsabilização individual, ou seja, a discussão de critérios para atribuição de

responsabilidade ao adolescente infrator proporciona a discussão simultânea sobre a responsabilidade institucional e social, dos gestores públicos (VINCENTIN, 2006).

Em 2012, o Ministério da Saúde publicou um documento sobre as normas e reflexões da PNAISARI. Este documento assume a não psicopatologização dos adolescentes envolvidos em atos infracionais, desenvolvendo o conceito de Saúde Mental Ampliada e Cuidado em Saúde Mental. O primeiro conceito considera que a despeito de esse sujeito manifestar um sofrimento psíquico específico, um ato antissocial ou um ato toxicômano, as manifestações devem ser entendidas como multideterminadas e não redutíveis a um processo mórbido único.

A ação em saúde mental é pautada pela não psicopatologização dos atos e dos estados humanos, sobretudo quando eles são relacionados com situações de determinação complexa e multifatorial. Em relação ao cuidado no campo da SM é proposto a articulação de diferentes saberes para a compreensão da complexidade da população de adolescentes em conflito com a lei. Dessa forma, propõe-se a integração entre diferentes setores como Justiça, Direitos Humanos, Assistência Social, Educação, Saúde, Trabalho, entre outros (BRASIL, 2012a).

As recentes orientações nacionais a respeito da organização em saúde mental na USE contradizem o modelo exclusivamente verticalizado encontrado no Rio de Janeiro. A organização verticalizada permite a decisão não consensual sobre as necessidades das pessoas sob a custódia do aparelho de Estado.

Para que sejam implantadas as novas diretrizes em relação aos cuidados em saúde mental nas USES é fundamental a organização de uma rede territorial que articule diversos dispositivos como CAPS, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Centros de Convivência e Cultura, projetos de geração de renda, entre outros (BRASIL, 2012a).

Costa & Silva (2017) chamam atenção para a complexa relação das USES com os sistemas de saúde em nível local dificultadas pelas barreiras estruturais, organizacionais e operacionais. Os autores assinalam a presença de barreiras estruturais e organizacionais no desenvolvimento desta agenda, entendendo-se por barreira qualquer tipo de impedimento ao cumprimento das normas legais.

A barreira estrutural refere-se à capacidade de provisão de serviços municipais como os CAPS e dispositivos da Atenção Primária em Saúde (APS). Porém, não é o que se observa no município do RJ no momento do desenvolvimento deste estudo. No que tange a cobertura da população pela APS, o município do Rio de Janeiro passou de 3,3% para 47,16 % entre 2009 e 2014 (FAGUNDES *et al*, 2016). Em 2015 a cobertura populacional pela APS foi de 55%, com projeção de 70% para 2016 (SORANZ *et al*, 2016).

Em relação aos CAPS, o município do Rio de Janeiro apresenta um índice de cobertura de 0,50 por 100.000 habitantes, considerado “bom” pelos parâmetros do Ministério da Saúde (muito bom acima de 0,70; bom entre 0,50 e 0,69; regular/baixo entre 0,35 a 0,49) com a meta de aumentar a cobertura para 0,64 por 100.000 habitantes nos próximos dois anos com a implantação de sete novos serviços, sendo quatro CAPS III e três CAPS II, AD ou infantil. Em relação ao atendimento ao público infanto-juvenil, o município do Rio de Janeiro conta com oito CAPSi que acompanham regularmente cerca de 2.000 crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes (FAGUNDES *et al*, 2016).

Desta forma, em relação à barreira estrutural, observou-se que não é a provisão insuficiente dos serviços que impede que o cuidado em saúde mental dos adolescentes seja realizado em meio aberto, em CAPS ou na APS. A Ilha do Governador, território onde é localizada a USE estudada conta com três CAPS para o atendimento da população estudada: um CAPSi, um CAPS AD e um CAPS II localizados a 13, sete e nove quilômetros respectivamente da USE. A Clínica da Família Assis Valente, dispositivo da APS responsável pelo território da USE se localiza a 600 metros do PACGC. Não foi observado o compartilhamento com nenhum desses dispositivos de SM na população estudada.

O que se observa é a dificuldade dos CAPS/APS do município do Rio de Janeiro em receber esta população, o que seria mais uma atribuição para essas equipes. O município do Rio de Janeiro, até 2016, não apresentou interesse em pactuar as ações em saúde como sugere a PNAISARI (ENTREVISTADA 1). Um exemplo positivo no estado do Rio de Janeiro da relação município e as unidades socioeducativas é o de Volta Redonda. Nesta cidade, o Plano Operativo Municipal já foi pactuado, viabilizando o atendimento nos dispositivos primários ou especializados externos, o matriciamento das equipes e a discussão de casos na USE (ENTREVISTADA 1).

A barreira organizacional está relacionada à organização territorial dos CAPS que tem a responsabilidade com uma população adscrita, desconsiderando outras pessoas em vulnerabilidade e que necessitam dos cuidados em saúde mental. No caso da população estudada, apenas 32% das adolescentes residia no município do RJ. Ademais, as atribuições dos CAPS como ordenador da Rede de Atenção Psicossocial são complexas. Aos CAPS cabem organizar as demandas em saúde mental, regular a porta de entrada da rede psicossocial, coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares em psiquiatria, matricular as equipes da Estratégia de Saúde da Família da APS e realizar o cadastro dos pacientes em uso de psicofármacos essenciais e especiais (COSTA, 2011). Cavalcanti *et al*, ao analisar 30 casos em três CAPS no município do RJ em 2006, concluíram que é inviável que

os profissionais dos CAPS sejam responsáveis, de forma satisfatória, tanto pelo atendimento no serviço quanto na comunidade e sugeriram a entrada de outros profissionais para auxiliar no cuidado do usuário na comunidade. Como consequência evidenciou-se a pouca integração dos CAPS com outros dispositivos sociais e de saúde (CAVALCANTI *et al*, 2009).

A barreira operacional aplica-se a necessidade de deslocamento dos adolescentes em cumprimento de MSE fechada para cumprir o Projeto Terapêutico Singular nos dispositivos do SUS. A logística para atender a esta demanda requer condições especiais de transporte, segurança e recursos humanos, elevando os custos de transação. Esta dificuldade pode contribuir para a opção governamental de continuar com as ações verticalizadas em saúde mental.

As barreiras mencionadas relativizam o pressuposto de que haveria uma orientação punitiva, inerente à governança verticalizada, dos gestores socioeducativos em relação aos adolescentes infratores (COSTA & SILVA, 2017).

No caso do Rio de Janeiro, diferentemente dos casos de Porto Alegre e Belo Horizonte, observou-se uma nova proposição em relação ao cuidado em saúde mental, embora em descumprimento às orientações legais. As barreiras operacionais foram as maiores dificuldades identificadas pela gestão para a efetiva articulação com a Rede de Atenção Psicossocial e a justificativa para permanecer com as ações em saúde mental verticalizadas. Os recursos externos e compartilhados são utilizados apenas para os casos de emergência ou casos graves de transtornos primários (ENTREVISTADA 1, 2017). O DEGASE propõe um acompanhamento longitudinal e sistemático por equipe exclusiva para a atenção em saúde mental e propõe oferecer várias atividades psicossociais com o objetivo de reduzir o uso de psicofármacos para o manejo do sofrimento psíquico causado pela privação de liberdade.

O DEGASE, embora tenha interesse em pactuar as ações em saúde com a efetivação do Plano Operativo Municipal no município do Rio de Janeiro, ainda manterá suas ações em saúde mental intramuros, acreditando que as dificuldades das equipes dos dispositivos comunitários e as barreiras operacionais não garantiriam o devido cuidado em saúde mental dos quais os adolescentes privados de liberdade necessitam, a saber, um acompanhamento sistemático e permanente. Porém outros arranjos poderiam ser pactuados caso o Rio de Janeiro aderisse à PNAISARI como ações de matriciamento e interconsulta, como observado em Volta Redonda.

O resultado obtido nessa dissertação em relação ao uso reduzido de psicotrópicos não pode ser aplicado às demais USES de internação do DEGASE. Ainda assim, a Coordenação de Saúde do DEGASE informa que acompanha mensalmente a quantidade de psicofármacos

dispensados através da farmacêutica do DEGASE em planilhas internas. Quando é observado o aumento na dispensação de medicamentos psiquiátricos em alguma USE, a Coordenação de Saúde é informada e imediatamente realiza as intervenções necessárias (ENTREVISTADA 1, 2017).

Concluindo, o estudo demonstrou que a unidade do DEGASE estudada responde adequadamente as diretrizes normativas para o uso de psicofármacos para a adolescência privada de liberdade, apresentando baixas proporções quando comparado ao observado na literatura em USE com governança verticalizada.

A organização da saúde mental na USE com a oferta de equipe multidisciplinar exclusiva para os casos de saúde mental, o privilégio de ações psicossociais e a existência de um protocolo clínico que situa o atendimento psiquiátrico como a última intervenção a ser oferecida são as explicações plausíveis para o resultado na USE. Ainda assim, esta dissertação chama atenção para a permanência do desafio institucional da exigência de articulação da assistência em saúde mental da USE com as diretrizes descentralizadoras da política pública de saúde do país.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, J. Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. **Sociology** 44(4):603-622, August 2010.

ALLEN, F; RAVEN, M. Two views on the DSM-5: the need for caution in diagnosing and treating mental disorders. **Am Fam Physician**. 2013 Oct 15;88(8):Online.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Relatório temático megaeventos, repressão e privação de liberdade no Rio de Janeiro**. ALERJ/ Mecanismo Estadual de prevenção e combate à tortura, 2014. Disponível em: <http://www.cressrj.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Relatorio-Tematico-Megaeventos-2014.pdf> . Acesso em 10 jan 2017.

ALMEIDA, Patty Fidelis. **O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa/RJ**. 2002. 137 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/almeidapfm.pdf> Acesso em 09 fev 2017.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Recentralizando a federação? **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba , n. 24, p. 29-40, June 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782005000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782005000100004>.

AMARANTE, P. D. de C., (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica na Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P. D de C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

ANDRADE, Renata Candido 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. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2179-2188, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 fev. 2016.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos?. **Dados**, Rio de Janeiro , v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582010000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Apr. 2017.

BARBETTA, P A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. Florianópolis: Editora UFSC, 2010.

BELL SE, FIGERT AE. Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: a commentary on Bell and Figert. **Social Science & Medicine**, Sep. 75(5):775-83, 2012.

BELL SE, FIGERT, AE. Starting to turn sideways to move forward in medicalization and pharmaceuticalization studies: a response to Williams et al. **Social Science & Medicine**, Sep. 75(5): 2131-2133, 2012.

BEZERRA, B., Jr. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In S. A. Tundis & N. R. Costa (Orgs.), **Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis, RJ: Abrasco/Vozes, 1987.

BIRMAN, J. (2000). **Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

BIEHL, J. **Will to live: AIDS therapies and the politics of survival**. Princeton: Princeton University Press, 2007.

BIEHL, J. Drugs for all: the future of global AIDS treatment. **Medical Anthropology**, v. 27, n. 2, p. 1-7, 2008.

BIEHL, João. Antropologia no campo da saúde global. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 17, n. 35, p. 227-256, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832011000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Apr. 2017.

BRASIL. Decreto 17.943 de 12 de outubro de 1927. **Código de Menores**.

BRASIL. Lei 6.697 de 10 de outubro de 1979. **Código de Menores**.

BRASIL. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**.

BRASIL. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001.

BRASIL. Portaria n ° 336, de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Direitos Humanos Presidência da República. **Levantamento Nacional da Atenção em Saúde Mental aos Adolescentes Privados de Liberdade e Sua Articulação com as Unidades Socioeducativas**, 2008.

BRASIL. **Levantamento Anual SINASE 2009**. Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ministério dos Direitos Humanos, 2010.

BRASIL. **Levantamento Anual SINASE 2010**. Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ministério dos Direitos Humanos, 2011.

BRASIL. **Levantamento Anual SINASE 2011**. Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ministério dos Direitos Humanos, 2012.

BRASIL. **Levantamento Anual SINASE 2012**. Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ministério dos Direitos Humanos, 2013.

BRASIL. **Levantamento Anual SINASE 2013**. Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ministério dos Direitos Humanos, 2015.

BRASIL. **Levantamento Anual SINASE 2014**. Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ministério dos Direitos Humanos, 2017.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Projeto Mulheres. **Mulheres Presas: dados gerais**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei: normas e reflexões** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Lei 12.594 de 18 de janeiro de 2012b. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo**.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução n. 165, de 16 de novembro de 2012c.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula 492 de 08 de agosto de 2012d. Disponível em <<http://www.stj.jus.br/SCON/SearchBRS?b=SUMU&livre=@docn=%22000000968%22>> Acesso em 09 abr 2017.

BRASIL. Secretaria Geral da Presidência da República. **Mapa do Encarceramento: os jovens do Brasil**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1082 de 23 de maio de 2014. **Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Projeto Mulheres. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN MULHERES**. Brasília: MJ, 2014b.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. **Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 844-846, May 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Fev. a.

CAVALCANTI, MT, DAHL CM, CARVALHO MCA, VALÊNCIA E. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial. **Rev Saude Publica** 2009; 43(Supl. 1):23-28.

CENTRO SOCIOEDUCATIVO PROFESSOR ANTONIO CARLOS GOMES DA COSTA. **Projeto Político Pedagógico 2016**. Rio de Janeiro: DEGASE, 2016.

CERNKOVICK, SA; DEINES, JA; GIORDANO, PC. In and out of crime: a life course perspective on girls' delinquency. In: HEIMER, K; CANDACE, K. (Org.). **Gender and crime: patterns of victimization and offending**. New York: New York University Press, 2006, p. 17-40.

CONRAD P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders.** Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.

CONRAD P, Schneider, J. **Deviance and medicalization: from badness to sickness.** Philadelphia: Temple University Press, 1992.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Panorama Nacional: a execução das medidas socioeducativas de internação.** Programa Justiça ao Jovem. Conselho Nacional de Justiça, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (Org). **Políticas de saúde mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas /** Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região - São Paulo: CRP SP, 2011.

COSTA, Antônio Carlos Gomes da. Natureza e Essência da Ação Socioeducativa. In: ILANUD; ABMP; SEDH; UNFPA (Orgs). **Justiça, Adolescente e Ato Infracional: socioeducação e responsabilização.** São Paulo: ILANUD, 2006. p. 449-467.

COSTA NR, SIQUEIRA SV, UHR D, SILVA PRF, MOLINARO AA. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.** 2011, vol.16, n.12, pp.4603-4614

COSTA, NR, SILVA, PRF. Jovens em conflito com a lei: Restrição de liberdade e psiquiatrização. In: RIBEIRO EA, PINHEIRO D, ESTEVES LCG (Org.), **Juventude em perspectiva: Múltiplos enfoques.** 1ed. Rio de Janeiro: Unirio/PROExC, 2014.

COSTA, Nilson do Rosário. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1389-1398, maio 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501389&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 fev. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.24842015>.

COSTA, NR; SILVA, PRF. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, 22 (5): 1467-1478, 2017.

CUNHA, José Ricardo. Processos Judiciais. In: ARANTES, Éster; CUNHA, José Ricardo; LUCENA, Marta Gomes. **Envolvimento de adolescentes com o uso e tráfico de drogas no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Eduerj, 2000.

DEGASE – Departamento Geral de Ações Socioeducativas. **Socioeducação; legislações, normativas e diretrizes nacionais e internacionais.** Departamento Geral de Ações Socioeducativas. Vol. 1 e 2. Rio de Janeiro: Novo DEGASE, 2013.

DEGASE – Departamento Geral de Ações Socioeducativas. Atenção à saúde mental do adolescente em conflito com a lei. Coordenação de Saúde Integral. Rio de Janeiro: DEGASE, 2013a.

DEGASE – Departamento Geral de Ações Socioeducativas. **Linha de Cuidados em Saúde**

Mental e o Adolescente em Conflito com a Lei: orientações para gestores e profissionais. Departamento Geral de Ações Socioeducativas. Rio de Janeiro: Novo DEGASE, 2015.

DESAI RA, GOULET JL, ROBBINS J, CHAPMAN JF, MIGDOLE SJ and HOGE MA. Mental Health Care in Juvenile Detention Facilities: A Review. **J Am Acad Psychiatry Law**, 2006; 34, p. 204–14.

ELIA, LUCIANO. **Diretrizes Norteadoras da Ação de Saúde Mental Envolvendo Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade e em Regime de Internação sob Medidas Socioeducativas.** In: Relatório Executivo da Oficina de Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à saúde de Adolescentes e Jovens: caminhos para a atenção aos adolescentes com transtornos mentais em medidas de internação e internação provisória. Disponível em: http://www.mppr.mp.br/cpca/dwnld/ca_relac_oficina.doc Acesso em 19 dez 2016

ENTREVISTADA 1. Gestor de Nível Central. Rio de Janeiro. 23 de março de 2017.

FAGUNDES JUNIOR, Hugo Marques; DESVIAT, Manuel; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1449-1460, maio 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501449&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 fev. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.00872016>.

FALEIROS, V. P. Infância e processo político no Brasil. In: PILOTTI, F.; RIZZINI, I. (Org.). **A Arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto Interamericano del Niño, 1995. p. 49-98.

FIGUEIREDO AC, MACHADO OMR. O Diagnóstico em Psicanálise: do fenômeno à estrutura. **Ágora** v. III n. 2 jul/dez 2000 p. 65-86.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** (R. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir.** Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 2001.

GALINKIN, AL; CAMARGO, CK; MARINHO, FC; SANTOS, SL. A adolescente em conflito com a lei: perspectivas teóricas tradicionais e feministas. In: Mendes, CLS; Julião, EF; Abdalla, JFS. **Diversidade, Violência e Direitos Humanos.** Rio de Janeiro: DEGASE, 2015

GALLASSI, Andrea Donatti et al . Factors associated with recidivism among adolescents girls in conflict with the law in an institution in Brasília, Federal District, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 12, p. 2569-2576, Dec. 2015 Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001402569&lng=en&nrm=iso>. Access 26 jan 2017.

GALLO, AE; WILLIAM, LCA. Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos fatores de risco para a conduta infracional. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 7, n. 1, p. 81-95, jun. 2005 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872005000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 abr. 2017.

GAMA, FL; SOARES, LML. Sobre a medicalização dos adolescentes em privação de liberdade no Rio de Janeiro. In: Mendes, CLS; Julião, EF; Abdalla, JFS. **Diversidade, Violência e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: DEGASE, 2015.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. **The statute of medicalization and the interpretations of Ivan Illich and Michel Foucault as conceptual tools for studying medicalization**. Interface. Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2016.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

GONÇALVES, Natália Pereira. **O transtorno da internação: o caso dos adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação**. 2011. 180 f. Dissertação de Mestrado em Política Social. Universidade de Brasília, UnB, Brasília, 2011. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9147/1/2011_NataliaPereiraGoncalves.pdf Acesso em 28 fev. 2016

ILANUD - Instituto Latino Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente. **Guia Teórico e Prático de Medidas Socioeducativas**. Brasília: UNICEF, 2004.

ILANUD - Instituto Latino Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente (Org.). **Justiça, adolescente e ato infracional: socioeducação e responsabilização**. Instituto Latinoamericano para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, Associação Brasileira de Magistrados e Promotores de Justiça da Infância e da Juventude, Brazil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, United Nations Population Fund. São Paulo: ILANUD, 2006.

KARNIK, SN; SOLLER, M; REDLICH, A; SILVERMAN, BA; KRAEMER, HC; HAAPANEN, R; STEINER, H. Prevalence of and Gender Differences in Psychiatric Disorders Among Juvenile Delinquents Incarcerated for Nine Months. **Psychiatr Serv.** 2009 Jun, 60(6):838-41.

KING G; KEOHANE RO, VERBA S. **Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research**. Princeton University Press, 1994.

KISSLER, Leo; HEIDEMANN, Francisco G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade?. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro , v. 40, n. 3, p. 479-499, June 2006 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000300008&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122006000300008>.

KUHLMANN JR., M. **Infância e educação infantil; uma abordagem histórica**. Porto Alegre: Mediação. 1998

MACHADO, K. Unidades Socioeducativas e Saúde Mental – Muito Longe da Reforma Psiquiátrica. **Radis Comunicação em Saúde** 2010. Nº 99: 15 -19; ENSP/FIOcruz. Rio de Janeiro, 2010.

MERISSE, A. **A Infância e seus lugares: um estudo sobre as concepções de Mães e Funcionárias de Creche**. Tese de Doutorado. São Paulo: IPUSP, 1996.

MIRANDA JR., Hélio Cardoso de Miranda. A pessoa em desenvolvimento: o discurso psicológico e as leis brasileiras para a infância e juventude. In: **Revista Brasileira de Direito de Família**, nº 6, Jul-Ago-Set, 2000.

MONTEIRO, E.M.S. **Prevalência de transtornos mentais em adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no município do Rio de Janeiro**. 2012. 121 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. IESC/UFRJ, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1362848819.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2016.

OCAMPOS, DL; VIEIRA, MM; ASSIS, PM. O fortalecimento da rede interinstitucional como estratégia para a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas no Distrito Federal. In: Mendes, CLS; Julião, EF; Abdalla, JFS. **Diversidade, Violência e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: DEGASE, 2015.

OLIVEIRA, A.C. Princípio da pessoa em desenvolvimento: fundamentos, aplicações e tradução intercultural. In: **Revista Direito e Práxis**, vol. 5, n. 9, 2014, pp. 60-83.

OLIVEIRA, Lucas; RIBEIRO, Luziana. A criminalização das drogas como motor do (super) encarceramento nacional: um olhar a partir dos direitos humanos. Trabalho apresentado no **IX SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS DA UFPB**, 2016.

Disponível em; <

www.ufpb.br/evento/liti/ocs/index.php/ixsidh/ixsidh/paper/download/4261/1582> Acesso em 9 Abr. 2017.

PEREZ, J.R.R; PASSONE, E.F. Políticas Sociais de Atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. In: **Cadernos de Pesquisa**, v.40, n.140, p. 649-673, maio/ago. 2010.

PINHO, S.R. et al. **Morbidade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a lei**. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 126-130, 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 fev. 2016 <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000200006>.

JAMES, A., & PROUT, A. **Constructing and reconstructing childhood: New directions in the sociological study of childhood.** Oxford: Routledge, 1997.

RIZZINI, I. Crianças e menores do pátrio poder ao pátrio dever: um histórico da legislação para a infância no Brasil (1830-1990) In: PILOTTI, F; RIZZINI, I. (Org.).

A Arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño, 1995. p.99-168.

RIZZINI, I. **A Criança e a lei no Brasil: revisitando a história (1822-2000).** Rio de Janeiro: Unicef, Cespi/USU, 2000.

RODRIGUES, F.S; LIMA, A.L.G. Um mapeamento das instituições de assistência à infância no Brasil nas décadas de 1880 a 1960. In: Jorge Ramos do Ó. (Org.) **Para uma história da reeducação e assistência a menores em Portugal e no Brasil dos séculos XIX e XX: discursos e instituições.** (Cadernos Prestige 15). 1a ed. Lisboa: Educa e Autores, 2003, v. 15, p. 71-123.

SALES, Mione A. **(In) visibilidade perversa: adolescentes infratores como metáfora da violência.** São Paulo, Cortez, 2007.

SANTOS, Marco Antônio. Criança e criminalidade no início do século. In PRIORE, Mary del. **Histórias das crianças no Brasil.** São Paulo: Contexto, 2000.

SANTOS, Erika Piedade da Silva. (Des)construindo a minoridade. In: GONÇALVES, H. S. & BRANDÃO, E. P. (orgs.). **Psicologia Jurídica no Brasil.** Rio de Janeiro: Nau, 2005 p. 205-248.

SORANZ, Daniel; PINTO, Luiz Felipe; PENNA, Gerson Oliveira. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, maio 2016 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501327&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 05 fev. 2017.

TENÓRIO, Fernando. Desmedicalizar e subjetivar: a especialidade da clínica da recepção. In: A Clínica da Recepção nos Dispositivos de Saúde Mental. Instituto de Psiquiatria. **Cadernos IPUB**, vol 17, p. 80-91, 2000.

VERMEIREN R.; JESPERS, I.; MOFFITT, T. Mental health problems in juvenile justice populations. **Child Adolescent Psychiatr Clin N Am** 15(2):333-351, 2006.

VERUGDENHIL, C; DORELEIJERS, TA; VERMEIREN, R; WOUTERS, LF; VAN DE BRINK, W. Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.** 2004 Jan;43(1):97-104.

VICENTIN, M.C.G. A Questão da Responsabilidade Penal Juvenil: notas para uma perspectiva ético-política. In ILANUD; ABMP; SEDH; UNFPA (orgs.). **Justiça adolescente e Ato Infracional: socioeducação e responsabilização.** São Paulo: ILANUD, 2006.

VICENTIN, M.C.G. **Políticas de saúde mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas.** In Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org.). Cadernos Temáticos 12. São Paulo: CRP SP, 2011. Disponível em: http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/cadernos_tematicos/12/frames/caderno_tematico_12.pdf Acesso em: 27 fev. 2016.

VIEIRA NETTO, Moysés Francisco; DESLANDES, Suely Ferreira. As Estratégias da Saúde da Família no enfrentamento das violências envolvendo adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1583-1596, maio 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501583&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 fev. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.145420>.

WASSERMAN, GA et al. **The voice DISC-IV with incarcerated male youths: prevalence of disorder.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 41(3):314-321, 2002.

WILLIAMS, S.J.; Martin, P.; Gabe, J. **The pharmaceuticalization of society? framework for analyses.** Sociology of Health & Illness, 33, 710-725.

YIN, R. K. **Case Study Research: Design and Methods.** London, Sage, 2003.

ZEITOUNE, CM. Gestão em saúde no sistema socioeducativo no Estado do Rio de Janeiro. In: Abdalla, JFS; Pereira, MBBA; Gonçalves, TMT (Org.). **Ações socioeducativas: estudos e pesquisas.** Rio de Janeiro: DEGASE, 2016.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JUNIOR, Benilton. **An overview of the variations surrounding the concept of medicalization between 1950 and 2010.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601859&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 fev. 2016

