



Universidade de Brasília  
Faculdade de Educação – FE  
Programa de Pós-Graduação em Educação – Modalidade Profissional  
Escola Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – ENDICA / Escola  
Nacional de Socioeducação - ENS

# O adoecimento mental em adolescentes e jovens privados de liberdade na cidade de Maceió

Ednaldo Ferreira da Silva Júnior

Brasília, 2022



Universidade de Brasília  
Faculdade de Educação – FE  
Programa de Pós-Graduação em Educação – Modalidade Profissional  
Escola Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – ENDICA / Escola  
Nacional de Socioeducação - ENS

# **O adoecimento mental em adolescentes e jovens privados de liberdade na cidade de Maceió**

**Ednaldo Ferreira da Silva Júnior**

Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Garantia dos Direitos e Política de Cuidados à Criança e ao Adolescente.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Bomfim Mariana

Brasília, 2022

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

SS586a Silva Júnior, Ednaldo Ferreira da  
O Adoecimento Mental em Adolescentes e Jovens Privados  
de Liberdade na Cidade de Maceió / Ednaldo Ferreira da  
Silva Júnior; orientador Fernando Bomfim Mariana. --  
Brasília, 2022.  
51 p.

Monografia (Especialização - Curso de Especialização em  
Garantia dos Direitos e Política de Cuidado à Criança e ao  
Adolescente) -- Universidade de Brasília, 2022.

1. Adoecimento Mental. 2. Adolescentes e Jovens. 3.  
Sinase. 4. Pnaisari. 5. Socioeducativo. I. Mariana,  
Fernando Bomfim, orient. II. Título.

Ednaldo Ferreira da Silva Júnior

O adoecimento mental em adolescentes e jovens  
privados de liberdade na cidade de Maceió

Trabalho de conclusão do Curso de  
Especialização em Garantia dos Direitos e  
Política de Cuidados à Criança e ao  
Adolescente.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Bomfim Mariana

Aprovado em: 04/03/2022

Banca Examinadora

Fernando Bomfim Mariana

Orientador

Fátima Ali Abdalah Abdel Cader Nascimento

Examinadora externa

A minha esposa, aos meus pais e aos meus amigos, que sempre acreditaram em mim.

A experiência mostrou-me que as pessoas têm, fundamentalmente, uma orientação positiva. Acabei por me convencer de que quanto mais um indivíduo é compreendido e aceito, maior tendência tem para abandonar as falsas defesas que empregou para enfrentar a vida, e para progredir num caminho construtivo.

(Carl Rogers)

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela dádiva da vida.

A minha família, por sempre ter sido meu porto seguro.

A minha esposa, por abrir mão do tempo que poderíamos ter passado juntos, para que eu pudesse me debruçar sobre este trabalho.

Aos meus amigos, por trazer leveza à minha vida.

Ao Prof. Dr. Fernando Bomfim Mariana, pelo apoio e motivação.

# Resumo

Estudar processos socioeducativos é considerar a totalidade do sujeito, entender sua individualidade, é compreender que tanto o período antecedente, como o próprio cumprimento da Medida de Internação, podem ser adoeecedores, afetando drasticamente a saúde mental. É nesse contexto que discorreremos sobre o Adoecimento Mental em adolescentes e jovens privados de liberdade na cidade de Maceió. O objetivo geral deste trabalho é, apresentar de forma clara a dificuldade de abordagem técnica e prática, frente ao adoecimento mental de adolescentes e jovens no âmbito socioeducativo de internação. A metodologia utilizada é fruto de levantamento bibliográfico, valendo-se de recursos obtidos em artigos científicos, livros, cartilhas, periódicos eletrônicos, e bases de dados online. Adotou-se pesquisa do tipo exploratória, permitindo amplitude de conhecimento referente as variáveis. Empregou-se a pesquisa descritiva, registrando e analisando características que se relacionam com o fenômeno, e com o intuito de atender a proposta discriminada no escopo da temática pautada, foi executado trabalho de campo, aplicando questionário eletrônico por meio da plataforma Google Forms. A elaboração de estudo direcionado para o adoecimento mental em adolescentes e jovens privados de liberdade, é uma tarefa nada simplificada, principalmente quando o foco do trabalho propõe delimitação geográfica no campo de estudo.

**Palavras – Chave:** Adoecimento Mental. Adolescentes e Jovens. Sinase. Pnaisari. Socioeducativo.



# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 A LUTA PELAS MUDANÇAS .....</b>	<b>10</b>
2.1 Da conquista de Direitos .....	12
2.2 Socioeducação .....	14
<b>3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA JOVENS E ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....</b>	<b>16</b>
3.1 Saúde Mental de Adolescentes e Jovens Privados de Liberdade .....	18
3.2 Esclarecendo Diferenças e Semelhanças na Execução das Funções .....	24
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>27</b>
4.1 Perfil Demográfico.....	28
4.2 Levantamento, Análise e Resultados .....	29
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>
<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....</b>	<b>45</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS.....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>47</b>

# 1 Introdução

Lançando breve olhar para o recente histórico da legislação infantojuvenil, em vigor há 31 anos, ainda é possível identificar um não desvencilhamento total do espectro fantasmagórico menorista, que ainda assola o modelo socioeducativo, resquício de uma lógica cruel, retributiva, opressora e adoecedora.

Considerando perspectiva temporal, à longevidade atribuída ao ECA parece ser sinônimo de consolidação e efetividade plena dos direitos, no entanto, múltiplos resquícios dos sistemas anteriormente adotados em solo brasileiro, ainda estão bastante presentes causando certa confusão, e não poucos constrangimentos, uma vez que parcela considerável dos operadores desta legislação não se debruçam para conhecê-la tal como deveria.

Por se tratar de pessoas que estão em conflito com a lei, se torna tarefa fácil converter a personalidade do indivíduo em números estatisticamente tabulados, isolando e suprimindo todas as variáveis que traduzem sua humanidade.

Na esteira desse entendimento, para além de uma compreensão analítica amparada teoricamente na letra da lei, se pretende fazer leituras e considerações relativas ao contexto sócio-histórico, reconhecendo a ampla gama de variedades e ações que constituem a identidade dessa pessoa.

Estudar processos socioeducativos é considerar a totalidade do sujeito, entender sua individualidade, é compreender que tanto o período antecedente, como o próprio cumprimento da Medida de Internação, podem ser adoecedores, afetando drasticamente a saúde mental.

Devido à dificuldade no acesso ao tratamento especializado e individualizado para adolescentes e jovens privados de liberdade que apresentaram quadro de adoecimento mental, estando inseridos em espaço físico que não dispõe de ambiente estrutural adequado para atender tal finalidade, e tendo ciência que por ocasião da identificação de sinais e sintomas, até a aplicação da abordagem e intervenção correta, pode ocorrer extensos agravos à saúde do indivíduo, é mediante tal configuração, que se pretende abordar tal temática, explorando de forma coerente, a morfologia do processo, os aspectos e dispositivos que servem para balizar coerentemente essas questões, oportunizando espaço ulterior, de

visibilidade e resolutividade da problemática, tanto na direção da saúde pública, como nos termos da lei.

É nesse contexto que discorreremos sobre o Adoecimento Mental em adolescentes e jovens privados de liberdade na cidade de Maceió. O objetivo geral deste trabalho é, apresentar de forma clara a dificuldade de abordagem técnica e prática, frente ao adoecimento mental de adolescentes e jovens no âmbito socioeducativo de internação. Como objetivos específicos se pretende, identificar elementos que são indicativos, ou potencializadores de adoecimento mental. Destacar a tratativa aplicada, e os devidos encaminhamentos para os setores responsáveis pelo cuidado e tratamento adequado para esse público. Propor estratégias de integração que tenham como foco o cuidado imediato, chamando atenção para a necessidade de olhar humanizado, livre de preconceitos e juízo de valores.

Buscando aplicar simples didática o trabalho será estruturado em cinco partes. A primeira é esta parte introdutória, com apresentação dos objetivos e justificativa do trabalho. A segunda explicitará cronologia referente as lutas sociais que precederam a formulação do Estatuto da Criança e do Adolescente, a conquista dos direitos, e a instituição da Socioeducação. Na terceira serão abordadas historicidade da saúde mental com desdobramentos da Reforma Psiquiátrica, e políticas de atenção à saúde para jovens em conflito com a lei, questões relacionadas a saúde mental, e as diferenças e semelhanças na operacionalização de funções técnicas. A quarta parte consistirá na metodologia abordada, com descrição de perfil demográfico, dos resultados e discussão. E em última instância será feita a conclusão.

## **2 A luta pelas mudanças**

A década de 80 consagrou-se como momento histórico na luta e conquista de direitos sociais direcionadas as crianças e adolescentes. Em cenário internacional marcos importantes foram implementados, culminando com a Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral da ONU<sup>1</sup>, datada em 20 de

---

<sup>1</sup> Organização das Nações Unidas. Organização internacional constituída por países que se reuniram voluntariamente para trabalhar pela paz e o desenvolvimento mundial.

novembro de 1989, sendo ratificada por 196 países, com exceção dos Estados Unidos.

É necessário entender que, a história brasileira antecedente à efetivação do ECA<sup>2</sup>, passou por uma construção marginalizante, que teve marco inicial com o processo de escravidão, somados à imigração, expansão comercial e industrial, crescimento da miserabilidade, evoluindo no início do século XX, para o envolvimento na embriaguez, roubos, furtos e desordem por parte dos menores<sup>3</sup>. (SILVA, 2011, p. 46).

Frente as mais distintas problemáticas que envolviam o público infantojuvenil, foram implementadas cronologicamente algumas políticas de assistências sociais, sendo previamente adotado o 1º Código de Menores conhecido na época como, Doutrina da Situação Irregular, instituído pelo Decreto nº 17.943 de 12/10/1927, o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), que em sua essência primeira, tinha o intento de elaborar pesquisas voltadas a área da infância e da juventude, assim como a ressocialização de jovens infratores. (BRANDÃO, 2005, p. 220). Mesmo tendo bases assistencialistas, Silva (2011, p. 48), afirma que o SAM perdeu seu objetivo e passou a ter destaque pela forma atroz de tratamento, repressão e coercitividade. Na década de 60, houve instituição da Fundação Nacional do Bem-estar do Menor (FUNABEM), instaurada pelo regime militar, tornando o SAM obsoleto, e nos anos 70 foi publicado novo Código de Menores, considerado ultrapassado ainda em sua publicação, pois de acordo com Silva (2011, p. 49), o novo Código persistia em adotar o formato da Situação Irregular, enquanto que a nível internacional já estava vigorando a Doutrina da Proteção Integral.

Como fruto de uma série de articulações fomentadas pela sociedade civil, contando com a participação direta de crianças e adolescentes, como por exemplo, o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMNR)<sup>4</sup> e a Comissão Nacional Criança e Constituinte, é que esse público ganhou visibilidade. Silva (2011, p. 51) afirma que, os debates promovidos abriram margem para a formulação das

---

<sup>2</sup> Estatuto da Criança e do Adolescente, lei 8.069/1990. Conjunto de normas de ordem jurídica, que visam o direito e a proteção integral à criança e ao adolescente mediante a efetivação de políticas públicas e sociais (BRASIL, 1990).

<sup>3</sup> O termo “menor” foi abolido com a instituição da nova legislação infantojuvenil, atual Estatuto da Criança e do Adolescente.

<sup>4</sup> O movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, MNMNR, é uma Organização Não Governamental, sem fins econômicos, popular, autônoma, fundada em 1985. Sendo constituída por redes de colaboradores.

emendas Criança Constituinte e Criança Prioridade Nacional, que contaram com assinaturas expressivas de 1.400.000 crianças e adolescentes, e 200.000 adultos.

O Brasil passou a incorporar uma política ligada as tendências e tratados internacionais, que acabou por impulsionar uma drástica mudança em termos de legislação, que logo sofreu transição do então Código de Menores, para Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Outrora concebidos como ameaças à ordem pública, no fundamento da doutrina menorista, como pontuou Rizzini (2002. p. 19), agora, mediante todas as mudanças conquistadas as duras penas, e amparada no hiperprincípio geral do direito, denominado princípio da prioridade absoluta, houve a efetivação de crianças e adolescentes desfrutando de plenos direitos no universo da cidadania. (SÊDA, 1995).

## 2.1 Da Conquista de Direitos

A promulgação da Constituição Federal de 1988, a formulação do Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, dentro dos parâmetros vigentes à Doutrina da Proteção Integral, e a instituição do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)<sup>5</sup>, efetivado pela Resolução 119/2006 do CONANDA<sup>6</sup>, que recebeu aprovação nos parâmetros da lei, em 18 de janeiro de 2012 (Lei Federal nº 12.594), foi basilar em território brasileiro, para dispensar as crianças e adolescentes tratamento mais humanizado. (SANTOS; MEANDRO, 2017, p. 107).

Em seu marco situacional, o SINASE versa que:

A mudança de paradigma e a consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) ampliaram o compromisso e a responsabilidade do Estado e da Sociedade Civil por soluções eficientes, eficazes e efetivas para o sistema socioeducativo e asseguram aos adolescentes que infracionaram oportunidade de desenvolvimento e uma autêntica experiência de reconstrução de seu projeto de vida. Dessa forma, esses direitos estabelecidos em lei devem repercutir diretamente na materialização de políticas públicas e sociais que incluam o adolescente em conflito com a lei. (BRASIL, 2006, p. 17).

---

<sup>5</sup>Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. Regulamenta a execução de medidas socioeducativas destinadas a adolescentes que pratique ato infracional.

<sup>6</sup> Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. É a instância máxima de formulação, deliberação e controle das políticas públicas para a infância e a adolescência na esfera federal. Foi criado pela Lei nº 8.242 de 12 de outubro de 1991.

Observando o art. 4º do ECA, fica clara a reprodução quase que fidedigna do texto disposto no art. 227 da Constituição Pátria, estabelecendo distintos princípios protetivos e fundamentais. Para Rossato, Lépure e Cunha (2011), os referidos artigos pautam uma hierarquização de responsabilidades, tendo na ponta da linha a família, lidando diretamente com a integridade física e psíquica. A participação da sociedade ocupa a segunda instância, voltada as questões relacionadas a coletividade e integração social, e o Estado, no delineamento, criação e efetivação de políticas de cuidado.

Em breve acepção ao conjunto de leis supramencionadas, se faz necessário explicitar de forma contundente o princípio da Dignidade Humana, fruto da normatização da Declaração Universal da ONU de 1948, art. 1º. “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Dotados de razão e consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”. (ONU, 1948).

Para Silva (1998, p. 92) o princípio da Dignidade Humana possui status compatível a um valor supremo, sobrepujando os demais, ao tempo que atrai todos os direitos fundamentais para os indivíduos. Foi justamente respeitando e adequando-se a esses princípios, que o Brasil aderiu ao processo de redemocratização, se reinserindo na seara internacional de amparo aos direitos humanos, permitindo a ratificação de tratados internacionais relevantes, conseqüente fortalecimento democrático e o próprio reforçamento dos direitos fundamentais já adquiridos. (SILVA, 2011, p. 50).

Para além do que já fora postulado até o momento, se faz necessário sublinhar que, considerando todos os avanços concretos, o Código de Menor, à época, foi instrumento transitório necessário, para a criação do ECA, pois foi a partir dele que houve a possibilidade da criação de novos textos dentro da esfera jurídica, para efetivação de tratamento mais igualitário (BRANDÃO, 2005, p. 227).

Com nova base doutrinária em vigor, decorrente das mudanças na lei, o termo “menor” foi eliminado, pois em sua essência, fazia referência as crianças e adolescentes provenientes da camada mais excluída da sociedade, sendo a substituição da nomenclatura um ato de transformação, suprimindo o viés discriminatório, assim sendo:

[...] o Estado brasileiro não pode se eximir, seja por uma legislação internacional acolhida internamente, seja pelos próprios ditames

constitucionais, de assistir esses sujeitos de direitos que se encontram em situação de desproteção. (SILVA, 2011, p. 53).

## 2.2 Socioeducação

Ainda que a configuração do Sistema Socioeducativo tenha vasta dimensão, este trabalho não possui o intento de abordá-lo amplamente, para tanto, nesta seção, será elencada apenas breve descrição contextualizando a dinâmica da socioeducação.

A conceituação própria que designa a socioeducação, teve sua concepção básica, simultaneamente a confecção do ECA, quando fora abordada questão pertinente a elaboração das medidas socioeducativas. Por se tratar de termo não usual à época, não há indicações de formulações teóricas ou explicativas sobre tal conceito que conste no Estatuto, somente a forma adjetiva pautada em expressões pontuais como, programa socioeducativo e medida socioeducativa. (PAES, 2008).

O ECA está dividido em dois livros. A divisão é primordial para trazer luz a compreensão. O primeiro dispõe de questões gerais, dos direitos fundamentais da pessoa em desenvolvimento, como a lei deve ser entendida e o alcance dos direitos por ela elencadas. O segundo faz menção as normas gerais que regem a política de enfrentamento, às situações que envolvem violação ou ameaça dos direitos das crianças e dos adolescentes. É justamente no cerne do segundo, como descreve Maraschin e Raniere (2011), que as ações do estado de forma interventiva são estabelecidas e aplicadas, mediante autoria comprovada de atos infracionais por adolescentes, denominadas medidas socioeducativas.

Com o intuito de enfatizar a essência pedagógica da nova política pública direcionada aos adolescentes em conflito com a lei, tecendo simultaneamente críticas diretas aos então obsoletos códigos de menores, Antônio Carlos Gomes da Costa<sup>7</sup>, utilizou o termo socioeducação, mediante inspiração do Poema Pedagógico de Makarenko<sup>8</sup>. (RANIERE, 2014). É diante desse contexto que a socioeducação tem sua gênese.

---

<sup>7</sup> Pedagogo e um dos principais colaboradores e defensores do Estatuto da Criança e do Adolescente. Autor de diversos livros e artigos em prol da defesa dos direitos do público infanto-juvenil. Foi um dos redatores do ECA, atuando junto ao Congresso Nacional para sua aprovação.

<sup>8</sup> É uma obra literária e biográfica. Foi escrita como uma trilogia pelo pedagogo ucraniano Anton Semionovich Makarenko, onde trata do período em que dirigiu a colônia Górkki, uma instituição responsável pela educação, reabilitação e reintegração social de jovens soviéticos marginalizados.

Assim sendo, a socioeducação surgiu carregando a responsabilidade imanente do caráter educativo das medidas, e trazendo um rompimento com o modo coercitivo, punitivo e corretivo que era prevalente até então. Como entendido nesse contexto, socioeducação foi pensada em sua origem para situar-se eminentemente no território da educação social, com fundamento na efetivação dos direitos humanos, trazendo abertura da emancipação e autonomia do sujeito.

Considerando o que fora posto até agora, se faz necessário mencionar a lei do SINASE, pois é por intermédio dela que se dá o conjunto de regramentos e princípios de natureza administrativa, financeira, jurídica, política, pedagógica e de saúde, normatizando desde a apuração de atos infracionais, até a execução da medida socioeducativa. (BRASIL, 2006).

Como afirma Santos e Menandro (2017, p. 108), é através do SINASE que ocorre a instrumentalização das medidas previstas no ECA, que por sua vez, são aplicadas diretamente por um juiz, quando determinados adolescentes cometem atos infracionais. As medidas socioeducativas, são basicamente divididas assim: Privativas de Liberdade (Semiliberdade<sup>9</sup> e Internação<sup>10</sup>), e não Privativas de liberdade Advertência<sup>11</sup>, Obrigação de Reparação de Danos<sup>12</sup>, Prestação de Serviços à Comunidade<sup>13</sup> e Liberdade Assistida<sup>14</sup>).

Dada a devida conceituação, fica claro o entendimento que, as medidas socioeducativas atuam no âmbito da responsabilização direta dos adolescentes, considerando acima de tudo, sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. A gestão de Unidades e ações pedagógicas no atendimento, devem ser prioritárias, focalizando no respeito à singularidade do adolescente e participação educativa, tendo a representatividade das equipes de trabalho das Unidades. É necessário

---

<sup>9</sup> Pode ser determinado desde o início, ou como forma de transição para o meio aberto, possibilitada a realização de atividades externas, independentemente de autorização judicial.

<sup>10</sup> Sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Não comporta prazo determinado, devendo ser sua manutenção reavaliada, mediante decisão fundamentada, no máximo a cada seis meses.

<sup>11</sup> Consiste em admoestação verbal, que é reduzida a termo e assinada.

<sup>12</sup> Diante de ato infracional com reflexos patrimoniais, a autoridade poderá determinar, se for o caso, que seja restituída a coisa, promoção de ressarcimento do dano, ou, compensar o prejuízo da vítima.

<sup>13</sup> Realização de tarefas de interesse geral, por período não excedente a seis meses, junto a entidades assistenciais, hospitais, escolas e outros trabalhos congêneres, sem prejuízos à frequência escolar.

<sup>14</sup> É adota sempre que se afigura a medida mais adequada para o fim de acompanhar, auxiliar e orientar o adolescente. É fixada pelo prazo mínimo de seis meses, podendo ser prorrogada a qualquer tempo, revogada ou substituída por outra medida, ouvido o orientador, o ministério público e o defensor.



externalizar que a eficiência das ações desenvolvidas, é assegurada por meio de um projeto político-pedagógico previamente estabelecido. O que se vê diante de tais fatores, é que, indubitavelmente, a disciplina não é a finalidade do processo de socioeducação. (CFP, 2010).

Em suma, a política de atendimento socioeducativo balizada pelo SINASE, possui condicionantes para atuação intersetorial com outras políticas de garantias de direitos, articulando-se com o poder judiciário e a mobilização social, sempre harmonizada com a Proteção Integral, dita Sistema de Garantia de Direitos (SGD), atuando como um subsistema, articulado com outros subsistemas dentro de políticas de referência como, Justiça, Segurança Pública, Educação, Assistência Social e Saúde. (BRASIL, 2006).

### **3 Políticas de atenção à saúde para jovens em conflito com a lei**

Depois de explicitar panorama com elementos fundamentais para entendimento do funcionamento Institucional, e as principais diretrizes em termos de lei que regulamentam esta política pública em esfera nacional, os próximos pontos tratados, irão abordar de forma central, temática relativa à atenção em saúde, direcionadas para adolescentes e jovens que cumprem medida socioeducativa de internação.

A saúde da população socioeducativa, desde os primórdios, quando da homologação do ECA, ainda na década de noventa, passou a receber olhar singularizado, basta breve leitura do art. 112 § 3<sup>o</sup><sup>15</sup> do Estatuto, que reafirma o disposto no art. 11 sobre “acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente”, sendo ambos os textos concordantes com o que está aventado nos arts. 196<sup>16</sup> e 227<sup>17</sup> da Constituição Federal. Logicamente que no

---

<sup>15</sup> “Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições”.

<sup>16</sup> “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

<sup>17</sup> “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e

decorrer dos anos, com a implementação de novas portarias, leis e políticas, a atenção especializada voltada a esse público fora ampliada, estampando diretrizes bastante específicas, ao tempo em que referendou compreensão, de que, os adolescentes estão privados de liberdade e não dos seus direitos, principalmente à saúde.

Com a implementação do SINASE, houve sacramentação das questões pertinentes à saúde, pois o texto do art. 8º, referente ao Plano de Atendimento Socioeducativo, dispõe sobre a obrigatoriedade na provisão de ações articuladas na área de saúde. Além disso, tomando como base os incisos do art. 60, soma-se uma série de diretrizes, que segue uma previsão de atenção e cuidado em múltiplas esferas, desde a estruturação das unidades de internação conforme as normas de referência do SUS e do SINASE, visando o atendimento das necessidades de Atenção Básica, como capacitação das equipes de saúde atuantes nas unidades de referência voltadas as especificidades dessa público, inclusão de dados de saúde dessa população nos Sistemas de informações do SUS e no Sistema de Informações sobre Atendimento Socioeducativo, ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva, oferta de serviços voltadas à promoção, proteção, prevenção de agravos e doenças, garantia no acesso a todos os níveis de atenção no âmbito da saúde, utilizando referência e contrarreferência, conforme normatização do SUS, e garantindo cuidados especiais no quesito saúde mental, agregando inclusive, oferta do cuidado relacionada ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas. (BRASIL, 2012).

Em 23 de maio de 2014, foi publicada a portaria de número 1.082, redefinindo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória (PNAISARI), mas incluindo também o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto. Essa política surgiu com o intento de articular e integrar os serviços de saúde dentro dos princípios do SUS e do SINASE (BRASIL, 2014).

A PNAISARI constituiu um novo paradigma de atenção à saúde. A implementação dessa política, possibilitou adotar a perspectiva do indivíduo como um todo, corroborando com a OMS, que definiu saúde como “um estado de

---

comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”, incluindo suas condições de vida, dificuldade familiar, contexto de violência interpessoal e institucional, questões socioeconômicas e outros fatores, denominados, determinantes sociais. (BRASIL, 2021, p. 5). Além da organização dos serviços de saúde dentro dos princípios elencados no SINASE, a PNAISARI tem como objetivo, ampliar ações e serviços de saúde, articular os Projetos Terapêuticos Singulares, que são elaborados pelas equipes de saúde aos Planos Individuais de Atendimento (PIA)<sup>18</sup>, promover a garantia do acesso aos cuidados em saúde a população socioeducativa, extenuando qualquer tipo de constrangimento no tratamento, ofertando atenção psicossocial, redução de danos decorrentes do consumo irrestrito de álcool e outras drogas, e por último, promover reinserção social dos adolescentes com transtornos mentais.(BRASIL, 2014).

### **3.1 Saúde Mental de Adolescentes e Jovens Privados de Liberdade**

Quando observamos o modelo atual de saúde mental no Brasil, se torna quase imperceptível, que em período não tão distante, as formas pelas quais eram conduzidas as ações de saúde, distanciavam-se totalmente das práticas de cuidado humanizadas, com desdobramentos que configuravam tradição asilar, segregação e marginalização da pessoa que tinha transtorno mental. Portanto, compreendendo que, embora tenha ocorrido avanços significativos, algumas marcas indeléveis, respingos de uma construção com repercussões e dimensões incalculáveis, ainda podem ser identificadas nos mais diversos espaços. É por esse motivo, que se fará alusão a breve histórico construtivo e transicional do modelo de atenção à saúde tal como conhecemos hoje.

Sob a influência do alienismo<sup>19</sup> francês, foi fundado no Rio de Janeiro, ainda no século XIX, O Hospício Dom Pedro II, posteriormente renomeado de Hospício Nacional de Alienados. A datação desse evento foi crucial para a construção de inúmeros asilos e manicômios em todo território brasileiro, consolidando um tipo de tratamento restritivo no espaço fechado institucionalizado, sob a égide da internação prolongada, com foco atencional na doença e não na pessoa, estabelecendo

---

<sup>18</sup> É um instrumento de previsão, registro e gestão das atividades a serem desenvolvidas com o adolescente. A elaboração fica sob a responsabilidade da equipe técnica do respectivo programa de atendimento, com a participação efetiva do adolescente e de sua família.

<sup>19</sup> Surgiu na França, na virada do século XVIII para o XIX, como a primeira especialidade médica, no campo da clínica geral e da cirurgia, articulando prática clínica destinada a loucura, constituindo o alienismo como uma disciplina.

formato de controle que se direcionava para eliminação dos sintomas que causavam a desordem psíquica, utilizando grande variação de recursos considerados corretivos, tais como, uso excessivo de medicamentos, estimulações elétricas (eletroconvulsoterapia)<sup>20</sup>, procedimentos cirúrgicos, entre outros. (GUIMARÃES et al., 2013).

Com o intuito de suprimir ditas anormalidades, à lobotomia e a leucotomia cerebral, duas técnicas promissoras da psiquiatria mundial à época, começaram a ser amplamente utilizadas no Brasil no início do século XX. Também denominadas de psicocirurgias, consistiam em desligar os lobos frontais direito e esquerdo de todo o encéfalo, com o propósito de modificar comportamentos e doenças mentais. Além de se tratar de procedimentos extremamente perigosos e invasivos, do ponto de vista técnico, não existia consenso sobre a efetividade interventiva, nem sobre sua eficiência no tratamento de doenças mentais, sendo agregado a esses fatores, inúmeras complicações delas decorrentes, como inflamação das meninges, hemorragias cranianas, infecções, sequelas na motricidade, e altas taxas de óbitos. Mesmo com todas as adversidades, a psicocirurgia foi utilizada no Brasil, por cerca de vinte longos anos, passando a cair em desuso na década de cinquenta, com a introdução dos psicofármacos, que tão logo ganhou predileção no tratamento das patologias. (MASIERO, 2003).

Para além da utilização das camisas de forças, do emprego de estimulação elétrica em forma de punição, clausura, estigmatização da loucura e outros meios desumanos e cruéis travestidos de tratamento, a inserção do uso de fármacos e sua prescrição, embora fosse uma opção substitutiva com resultados positivos, passou rapidamente a ser administrada de forma indiscriminada. De acordo com Amarante (2007), a utilização medicamentosa de forma desnecessária, atrelada à incorporação de aspectos sociais, econômicos e ligados a condição existencial humana, passa a representar fenômeno denominado, medicamentação. Este fenômeno ganha maior evidência na área da saúde mental, com indicação excessiva de medicamentos direcionados para o sofrimento mental, reduzindo o trato terapêutico a psicofármacos. (SANTOS, 2009).

Entretanto, o ano de 1978, iniciou o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, luta que se deu através da pluralização de

---

<sup>20</sup> Método que utiliza o estímulo elétrico para gerar uma convulsão que constitui o elemento terapêutico.

participantes, denunciando de forma veemente a mercantilização da loucura, o modelo hospitalocêntrico e a prática de violências nos manicômios. A visibilidade desse público ganhou corpo, e por volta de nove anos depois, surgiu o primeiro CAPS no país, sendo porta de entrada para efetivação de uma rede de cuidados substitutivos dos hospitais psiquiátricos, como foi a implementação dos Núcleos de Atenção Psicossocial, no município de Santos, que tinham funcionalidade de 24 horas. A ocorrência de tais eventos, potencializou a percepção, de que a Reforma Psiquiátrica tinha possibilidade de ser executada. (BRASIL, 2005).

Uma série de fatores culminaram para redirecionar a forma de cuidado dispensado para as pessoas com transtornos mentais. Cronologicamente, e com o intuito de compactar a especificação da transição ocorrida, citaremos as principais conquistas obtidas: “Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, propondo regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, e paralelamente a extinção dos manicômios no país”. “É criado o SUS – Sistema único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos Conselhos Comunitários de Saúde”. “Movimentos sociais conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental”. “Assinatura da declaração de Caracas pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos”. “Promulgação da lei 10.216 e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que constitui política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica”. (BRASIL, 2005).

É preciso compreender que as conquistas foram paulatinas, e com a promulgação das normas, todos os cidadãos, independente de classe social, orientação sexual e faixa etária, se tornaram detentores do usufruto das redes de atenção, e da obtenção de cuidados humanizados direcionados à saúde mental. No entanto, é preciso ter ciência, que apesar da efetivação da lei, o processo de desinstitucionalização e reintegração de pessoas com transtornos mentais graves, vem sendo trabalhado pelo SUS com empenho nos últimos anos. (BRASIL, 2005).

Uma vez introduzidas questões relativas ao processo histórico da saúde mental no Brasil, mesmo que de forma compacta, voltemos a discorrer sobre as pautas dedicadas a saúde mental de adolescentes privados de liberdade.

Há de se entender que, de forma similar a história recente dos egressos da manicomialização, pejorativamente taxados como loucos, existe ampla e acentuada depreciação dirigida de forma estigmatizante à adolescentes e jovens privados de liberdade na atualidade, tanto nos quesitos voltados à prática de atos infracionais, como nas questões relacionadas ao adoecimento físico e mental, ocorrendo não poucas vezes, negação de assistência à saúde em detrimento da prática delituosa anterior, e por outro lado, como aponta o levantamento nacional da atenção em saúde mental aos adolescentes privados de liberdade, há prescrição medicamentosa indiscriminada como forma de controle à problemática da dependência de drogas, da delinquência e rebeldia, associados a prática de contenção e isolamento (BRASIL, 2008).

De acordo com Santos (2005) a doutrina em vigor aplicada aos direitos dos adolescentes e jovens, possibilitou a eliminação de diversos rótulos estigmatizantes que figuravam nas leis anteriores, no entanto, a simples mudança de terminologias, não adquiriu força suficiente para destituir, o que historicamente fora produzido por duradouros anos.

Para Goffman (1988) inúmeros tipos de discriminações são cometidos, quando se supõe uma humanidade incompleta e defeituosa, reduzindo determinados indivíduos aos seus traços estigmatizados, podendo gerar sofrimentos sociopsíquicos intensos.

É perceptível a organização das diretrizes específicas e atuais, preconizadas no SINASE e na PNAISARI, indicando de forma bastante clara, a necessidade de subordinação da assistência à saúde mental de adolescentes e jovens às proposições da Reforma Psiquiátrica, atribuindo inclusive o conceito de saúde ampliada, sendo esta abordada em seus vários aspectos, mas também, dando ênfase ao atendimento e cuidado de adolescentes com transtorno mental. (BRASIL, 2021, p. 5).

Em leitura mais pormenorizada do art. 64 da Lei do SINASE, fica bastante evidente o trato que deve ser dispensado a um adolescente que apresente indícios de transtorno mental ou associados, indo de competente avaliação técnica multidisciplinar e multissetorial, até incorporação de todos os requisitos previstos na Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001<sup>21</sup>, como acesso ao melhor tratamento de saúde,

---

<sup>21</sup> Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

que atenda às suas necessidades, tratamento em ambiente terapêutico mediante à abordagens menos invasivas possíveis, e direito à presença de um profissional de medicina em qualquer tempo, com o fim de discorrer sobre a necessidade ou não de hospitalização involuntária. (BRASIL, 2001).

Ainda que o propósito deste trabalho não seja apresentar a implementação das políticas fidedignamente em ordem cronológica, fica bem evidente a existência de uma disposição e organização direcionada em diversas políticas de saúde, independente da sua datação, que dialogam entre si, e reafirmam inúmeras diretrizes voltadas à promoção e prevenção, até processos de inserção em serviços de saúde especializados e bastante delimitados. Essa compreensão se torna indiscutível, por exemplo, diante da implementação da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011<sup>22</sup>, que mais uma vez versa sobre o desenvolvimento da lógica do cuidado de pessoas com transtornos mentais, da oferta de atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, assim como promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde. Ainda, dentro do mesmo escopo, cabe sublinhar dois objetivos imanentes à Rede de Atenção Psicossocial, que complementam esta discussão: “a reabilitação e reinserção das pessoas com transtornos mentais”, e “a produção e oferta de informações direcionadas aos direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e serviços disponíveis na rede”. (BRASIL, 2011 lei 3.088).

Para garantir de forma plena a efetivação do acesso, é primordial que haja articulação direta entre gestão estadual e municipal, na implementação de ações de saúde. Quando de sua competência, o município deve garantir o cuidado, já o estado, deve garantir a atenção nas médias e alta complexidades. Se a gestão municipal em saúde tiver uma unidade socioeducativa (de meio aberto ou fechado) em seu território, esta deverá assumir as ações em saúde, definindo equipe de atenção primária à saúde, independente da adesão do Estado. A legislação em vigor, esclarece que:

[...] o adolescente acautelado na unidade socioeducativa do município torna-se munici-pe, sendo assim considerado no censo demográfico do IBGE, e passa a ser responsabilidade do município em questão, independente do seu local de origem. (BRASIL, 2021, p. 8).

---

<sup>22</sup> Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com o instrutivo PNAISARI, para atender essa população, as unidades socioeducativas devem ter como referência uma equipe de Atenção Primária à Saúde, ofertando cuidado prioritário, dentro dos princípios da equidade, integralidade e universalidade. Caso ocorra detecção de casos mais agravados, encaminhamentos para a rede de média e alta complexidade devem ser realizados, mediante os parâmetros do SUS, tendo em vista evitar hospitalizações indevidas. (BRASIL, 2021, p. 11). É necessário, no entanto, prever, elaborado conjunto de ações no âmbito da saúde mental, que atenda os diversos estágios do percurso do socioeducando, considerando de antemão, que o fato em si de estar em reclusão, produz alteração comportamental, e é fator suficiente para sofrimento mental.

No momento inicial do cumprimento de medidas socioeducativas, ainda na internação provisória, considerada porta de entrada, podem e devem ser identificados diversos sinais e sintomas relacionados a saúde mental, por isso, ainda nesta fase, se faz necessário, execução de avaliação psicossocial, com vistas a identificação de possíveis indícios de sofrimento psíquico nas suas múltiplas sintomatologias. Dentro do viés epidemiológico, resta constatado que, considerável demanda relacionada ao adoecimento mental, é produto direto da utilização de álcool e outras drogas, nesses casos, avaliação clínica é de extrema importância, para identificação de quadros agudos de abstinência e fissura. Sendo estes últimos apresentados, deve ser realizada articulação com os CAPS, ou hospital geral de referência. (BRASIL, 2021. p. 13).

De forma elaborada, o instrutivo PNAISARI descreve visão abrangente na organização de ações:

Avaliação psicossocial dos adolescentes que apresentam indícios de transtornos mentais e decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Grupos operativos com vistas à construção das demandas de saúde mental junto aos usuários e equipes do socioeducativo e inserção na rede de atenção psicossocial; Abordagem familiar dos adolescentes em situação de privação de liberdade dentro e fora da unidade; Fomento a discussões sobre a medicalização dos problemas de saúde mental no sistema socioeducativo; Desconstrução de mitos e sensibilização de técnicos e agentes socioeducativos sobre transtornos mentais, automutilação e ideações suicidas. Orientações a agentes socioeducativos sobre protocolos e procedimentos em situações de tentativa de suicídio ou lesões autoprovocadas. Incentivo a intervenções e discussões sobre a dinâmica institucional para a produção de saúde mental no sistema socioeducativo; Contribuição nas discussões sobre a desinstitucionalização de adolescentes com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2021, p. 13).



A implementação *ipsis litteris* de tais condutas no contexto socioeducativo, permitiriam a minimização de vários desencontros, ao passo que consolidaria um protocolo prático a ser seguido do ponto de visto técnico.

### **3.2 Esclarecendo Diferenças e Semelhanças na Execução de Funções**

Compreendendo que a elaboração de políticas públicas e legislações, quando pautadas, intentam na grande maioria das vezes, atender uma escala macroscópica institucional e populacional, temos ciência que algumas especificidades, geograficamente falando, acabam não sendo previstas, forçando determinadas instituições, de algum modo, a adotar medidas de funcionamento peculiares para um bom andamento, sem, contudo, ferir as regras em vigor.

Essas adequações, algumas vezes, acabam por produzir efeitos colaterais, e uma vez que os operadores técnicos das funções mais diversas, não recebem o devido esclarecimento quanto as especificações e limites de suas atribuições, seja em termos de legislação, portarias internas, ou da própria amplitude de sua função no ambiente de trabalho, sucessivos erros são cometidos, e podem como num efeito entropia descaracterizar seu fazer profissional.

Tal colocação acima discorrida, se faz fundamental, justamente pela reincidência na confusão de papéis em unidades socioeducativas. Portanto, a seguir, será abordada de forma sucinta, distinção na execução de atribuições dos componentes da equipe de referência da unidade socioeducativa, no âmbito institucional de Maceió.

Para obter clareza, é necessário aprioristicamente, entender a configuração prevista inicialmente no SINASE, e sobretudo, nesse caso, a título de exemplo, citaremos a composição mínima do quadro de pessoal na modalidade de atendimento em medida socioeducativa de internação, que foi assim prevista: “para atender até quarenta adolescentes na medida socioeducativa de internação, a equipe mínima deve ser composta por”, um diretor, um coordenador técnico, dois assistentes sociais, dois psicólogos, um pedagogo, um advogado, e outros profissionais necessários para desenvolvimento do trabalho. (BRASIL, 2006).

Na composição atual, no Estado de Alagoas, o Sistema Socioeducativo, denominado de Superintendência de Medidas Socioeducativas, sediada no município de Maceió, possui amplo quadro de pessoal, incluindo os mais diversos

segmentos profissionais necessários para execução de um trabalho qualitativo, como pedagogos, professores, assistentes sociais, psicólogos, advogados, dentistas, enfermeiros, psiquiatra, etc. Cada setor comporta os profissionais necessários para atender as respectivas demandas para o desenvolvimento de escolarização, esporte, lazer, cultura, saúde, profissionalização, administração e outros. (BRASIL, 2006).

A Superintendência de Medidas Socioeducativas comporta 13 unidades, dessas, duas são provisórias, uma semiliberdade, e uma feminina.

Cada uma dessas unidades é constituída por equipes técnicas de referência, que no modelo vigente tem como componentes: um advogado, um psicólogo, um assistente social e um educador social. Em algumas unidades, dada a especificidade necessária, as equipes possuem número maior de integrantes.

Para atender as demandas de forma homeostática, a Superintendência dispõe de sete educadores sociais, sete advogados, vinte e três psicólogos e vinte dois assistentes sociais. Do quantitativo de psicólogos e assistentes sociais, alguns estão lotados em setores como Pedagógico, Recursos Humanos, Unidade Básica de Saúde e Núcleo de Defensoria Pública.

Como visto, existe uma robusta quantidade de profissionais na Instituição, no entanto, mesmo tendo suas respectivas lotações em setores distintos, não é difícil identificar ambiguidades, relacionadas à atuação profissional. É justamente sobre esses desencontros notabilizados no cerne da equipe técnica de referência, que será tratado sequentemente.

Cotidianamente, a problemática, no tocante a confusão de papéis, não se estende às funções do Educador Social e do Advogado. Ambos desenvolvem funções bastante delimitadas e direcionadas. Quando se trata dos profissionais de Psicologia e Serviço Social, como afirma Freitas (2011), por vezes as atribuições são indistintas. Mas para Capitão (2008), assídua estudiosa da temática:

O exercício do profissional do Assistente Social na área socioeducativa, em sua contribuição na multidisciplinariedade, está no entendimento crítico da relação capital e trabalho e das manifestações da questão social. A busca da garantia dos direitos elencados no Estatuto da Criança e do Adolescente, não pode estar resumida ao cumprimento da medida, direitos relacionados ao contato com a família, a integridade física e emocional no decorrer do período da internação, mas também na reflexão acerca do envolvimento infracional e sua origem enquanto uma das manifestações da questão social, associada a outras manifestações como o desemprego, deficiência de acesso à habitação, saúde, transporte e renda propondo um atendimento do grupo familiar numa ação integrada com a rede de atendimento das

políticas sociais vislumbrando o retorno à comunidade e os meios de acesso à garantia de direitos. (CAPITÃO, 2008, p. 46).

Já à atuação dos Psicólogos no Âmbito da socioeducação também é bastante rico, e tanto este como os Assistentes Sociais, necessitam reconhecer a importância do trabalho multiprofissional, não abrindo precedentes para que haja confusão em suas respectivas áreas de atuações, já que de certa forma, atuam dentro de uma linha terapêutica e interventiva bastante parecidas. No formato atual, uma pessoa não esclarecida, confunde facilmente os papéis de ambos. Os próprios adolescentes e jovens acabam tratando os profissionais indiscriminadamente.

Analisando os quesitos postos até agora, vale considerar o que afirmou o Conselho Federal de Psicologia categoricamente, quanto a atuação da classe na socioeducação:

Ter o conhecimento específico, teórico e técnico, para o trabalho nessa área. Ter a disponibilidade para o trabalho multiprofissional e, portanto, dominar as habilidades pertinentes à interlocução com outras especialidades do conhecimento e das áreas profissionais. Considerar que a atuação do psicólogo, independentemente de sua filiação teórica e do uso de técnicas específicas, se situa no contexto da intervenção institucional – portanto, não se restringe a elaboração de relatórios e pareceres técnicos e busca, por meio de sua atuação na dinâmica institucional, garantir o direito à dignidade, considerando as peculiaridades da adolescência e da privação de liberdade. (CFP, 2010, p. 25, 26).

No campo de atuação dos Assistentes Sociais e Psicólogos em contexto socioeducativo, a prática profissional ganha status jurídico, podendo ser denominada Psicologia Jurídica, e no caso do Serviço Social, atendimento Sociojurídico. Nesse sentido, passa a ocorrer relação de complementariedade, com o conhecimento pertinente ao direito, mas como ciências autônomas que são, devem transcender as solicitações do jurídico.

O entendimento desses fatores é fundamental, pois a priori, os técnicos que trabalham nas unidades socioeducativas, não estão ligados diretamente ao setor de saúde, e esse é outro fator que reiteradas vezes acaba gerando confusão, embora nos pautemos no entendimento de que também promovemos saúde.

E é justamente por compreender que essa categoria de profissionais está na ponta da linha, atendendo adolescentes e jovens, e por conseguinte, coletando em primeira mão, dados pertinentes à saúde, já que a rotina diária permite detecção de alterações no funcionamento normal desse público, sendo possível identificar sinais e sintomas de diversas patologias, inclusive as de caráter psíquico, ainda em sua

fase mais inicial, é que se pautou a questão-problema deste trabalho: Qual forma de atenção e abordagem é dispensada nos casos de adoecimento em adolescentes e jovens que cumprem medida socioeducativa de internação?

## 4 Metodologia

O conteúdo discorrido no atual trabalho é fruto de levantamento bibliográfico em artigos científicos, livros, cartilhas, periódicos eletrônicos, e bases de dados online para acesso de publicações pretéritas, mediante fontes referendadas em materiais já produzidos, que permitiu coleta e interpretação dos dados posteriormente. Utilizou-se cartilha emitida pelo Conselho Federal de Psicologia, tratando sobre: referências técnicas para atuação de psicólogos no âmbito das medidas socioeducativas em unidades de internação. O Instrutivo para implantação e implementação da Pnaisari também foi consultado inúmeras vezes. Como base para referendar o contexto histórico, foi o utilizado o livro *Violência Sexual contra crianças e adolescentes e eficácia social dos direitos infanto-juvenis*. A obra de Erving Goffman, *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. O artigo: *Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000)*, e o livro de Paulo Duarte de Carvalho Amarante: *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Este material disposto encabeçam as principais temáticas aludidas no trabalho, somando-se aos materiais referendados na referência bibliográfica. De acordo com Fonseca (2002), qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Adotou-se pesquisa do tipo exploratória, permitindo amplitude de conhecimento referente as variáveis, pois esse tipo de estudo explora alternativas, diagnostica situações e possibilita ideias novas, trazendo vantagens quanto a condução em estágio inicial de pesquisas mais amplas, esclarecendo e definindo determinadas problemáticas, que poderão servir como esteio para a conclusão de futuros estudos. Empregou-se a pesquisa descritiva. Para Barros e Leheld (2007) o processo descritivo visa identificar, registrar e analisar características, fatores e as variáveis que se relacionam com o fenômeno. Foi utilizada a abordagem qualitativa, ensejando compreensão do fenômeno de forma mais aprofundada, e permitindo maior familiaridade do leitor com a temática abordada. Além disso, foi realizado trabalho de

campo, e com o intuito de atender a proposta discriminada no escopo da temática pautada, foi aplicado questionário eletrônico (que estará disponibilizado em anexo), por meio da plataforma Google Forms, através de link disponibilizado para uma amostra composta por 10 profissionais, sendo 5 Assistentes Sociais, e 5 Psicólogos. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram informados sobre a finalidade da pesquisa, do sigilo e da não obrigatoriedade da participação, sendo amparada nos princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, destinada a proteger os sujeitos nas pesquisas científicas. A aplicação ocorreu entre os dias 26 a 28 de janeiro de 2022. A amostra foi formada por profissionais que ocupam quadro técnico na Instituição, e, portanto, possuem familiaridade com a rotina de trabalho executada. O questionário eletrônico foi dividido em dois blocos específicos. O primeiro tratou de informações pertinentes ao perfil dos respondentes, sendo questões relacionadas a faixa etária, etnia, gênero, orientação sexual, religião e área de formação acadêmica. O segundo bloco foi constituído por 18 questões, dessas, 8 objetivas, e 10 subjetivas. Foram abordadas questões relativas à identificação de sinais e sintomas de adoecimento mental, medidas adotadas no tratamento de saúde, atenção intersetorial, e os principais indicadores ou potencializadores de adoecimento mental da população socioeducativa.

#### **4.1 Perfil Demográfico**

Com o propósito expresso de preservar a identidade e confidencialidade dos participantes, foi disponibilizada adoção de alguns estados brasileiros, em substituição aos verdadeiros nomes. Dos estados escolhidos, por razões óbvias, já que se trata de uma pesquisa em Instituição sediada no Estado de Alagoas, 8 participantes adotaram o pseudônimo de Alagoas, 1 Espírito Santo, e 1 São Paulo.

Dos entrevistados, a faixa etária com maior prevalência, foi entre 30 e 40 anos, correspondendo a 5 respondentes, de 40 a 50 anos, 4 respondentes, e apenas 1 respondente acima de 50 anos.

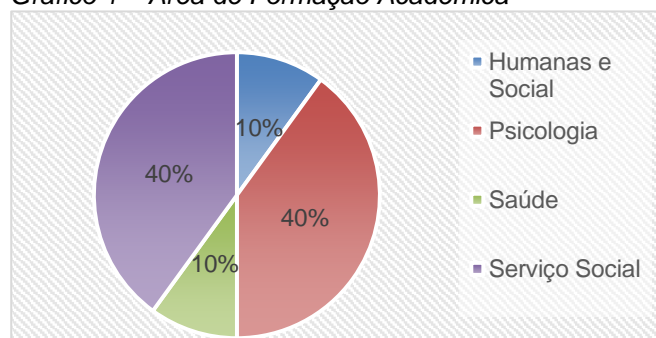
Perguntados sobre como se identificavam, no tocante à etnia, 5 se autodeclararam negros, 3 disseram a opção outra, e 2 responderam branco. No campo correspondente ao gênero, foram dispostas as opções, cisgênero, transgênero e não binário, obtendo 9 respondentes para cisgênero, e 1 para não

binário. Em relação a orientação sexual, foram empregadas as opções, heterossexual, homossexual, bissexual e outra. Desses, 8 se identificam como heterossexuais, 1 homossexual, e 1 marcou a opção, outra.

Um campo pertinente a orientação religiosa foi utilizada, sendo elencadas as opções, candomblé, umbanda, católica, evangélica e outra. Nas respostas, 7 afirmam ser católicos, 1 do candomblé, e 2 assinalaram, outra. É imperioso destacar, que o campo correspondente a orientação religiosa, se impõe fundamentalmente para obtenção perceptiva, de como conteúdos do campo da espiritualidade e da crença, podem influenciar a conduta e forma como se enxerga determinados fenômenos nas instituições.

A última questão pertinente a esse bloco, referiu-se à área de formação acadêmica. Embora a pergunta abordada tenha sido diretiva, houve variação de denominação em dois casos específicos. Onde esperava-se resposta direcionada à formação acadêmica, parece ter sido inferida área de atuação, como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 1 – Área de Formação Acadêmica



Fonte: Autoria própria

## 4.2 Levantamento, Análise e Resultado

Mediante fluxo de dados provenientes do questionário aplicado, os resultados e discussão seguirão linha sequencial, conforme disposto no instrumento, permitindo apresentar cada elemento coletado de forma escalonada e por ordem de importância.

### Há quanto tempo trabalha no Sistema Socioeducativo?

Na base das questões abordadas introdutoriamente, a primeira informação adquirida, é relativa ao período de atuação profissional no Sistema Socioeducativo. Dos entrevistados, nove atuam por tempo superior a cinco anos, e um, entre dois e cinco anos. Esse primeiro dado aponta de forma significativa, expertise da classe enquanto técnicos de referência em unidades socioeducativas, considerando que o quesito temporalidade permite ambientação, e de forma direta ou indireta, amplo contato com as normativas e dinâmicas institucionais.

### **Em qual Medida Socioeducativa em meio fechado você trabalha?**

Da totalidade de profissionais, seis atuam em medida de internação, dois em internação provisória, e dois em semiliberdade, sendo que, os resultados implicados permitem constatar recorte de informações pertinentes à todas as modalidades em meio fechado, levando a bom termo as singularidades que caracterizam cada uma delas.

### **Qual o seu entendimento / conceito sobre Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA)?**

A realização do questionamento comportando formato aberto, permitiu atribuição de multiplicidade de respostas. Genericamente ou em termos mais formalizados, nove respostas convergiram para a designação conceitual do SGDCA, e somente uma pessoa não atribui conceito, mas inferiu que atualmente está sendo colocado em prática.

Um dos respondentes classificou da seguinte forma: “É o sistema que atua para à garantia e articulação da assistência integral (saúde, educação, segurança, assistência social e outros) da criança e adolescente”.

Esta última colocação designa fidedignamente o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e Adolescente, que como se viu, por se tratar de um sistema, deve comportar articulação com outros subsistemas, alinhando-se ao modelo em rede de serviços interdependentes para atender crianças e os adolescentes nas mais diversas necessidades. Todavia, diante da colocação do respondente anterior, afirmando que o SGDCA está sendo praticado, emana interrogação contrastante, que se direciona a exequibilidade ou não, da integração na articulação dessas

políticas, principalmente quando se trata de público privado de liberdade, uma vez que a efetividade desses serviços, em grande escala, ocorre extramuros.

### **Qual o seu entendimento / conceito sobre o Princípio da Prioridade Absoluta?**

Na aquisição das respostas voltadas a prioridade absoluta, sete pessoas discorreram sobre definições sinônimas, coadunando com norma constitucional em vigor, que configura essencialmente a prática do melhor interesse. Das outras três, uma classificou prioridade absoluta como sendo equivalente ao princípio da dignidade humana, e os dois últimos respondentes não atribuíram conceito, e sim finalidade.

Ainda que a prioridade absoluta comporte grandioso acervo de classificações, um dos respondentes de forma diretiva, e sem qualquer prolixia pontuou: “total prioridade, ou seja, não é uma opção secundária”.

### **Tem familiaridade ou já ouviu falar da PNAISARI? Se a resposta for sim, compartilhe seu entendimento.**

Relacionado a PNAISARI, apenas um afirmou desconhecer totalmente. Dos outros nove, houve variações de respostas, mas todas gravitaram em torno dos elementos centrais que caracterizam está política, como: “atenção integral de adolescentes em conflito com a lei”, “programa que trabalha integralidade, dando ênfase na saúde primária, preventiva”, “política nacional de atenção integral a saúde de adolescentes em conflito com a lei, [...] ofertando serviços na atenção primária e quando necessário, utilizando média e alta complexidade”.

Cada um a seu modo, contribuiu com respostas distintas, porém, amparadas na perspectiva primeira, que deu corpo a esse paradigma.

O bloco formatado contendo as cinco primeiras questões, buscou trazer à baila, familiaridade dos respondentes com a legislação e princípios que cimentam e norteiam a prática profissional direcionadas à adolescentes e jovens em conflito com a lei, ao tempo em que, pretendeu compreender se esses elementos são comuns a todos os entes que responderam ao questionário.

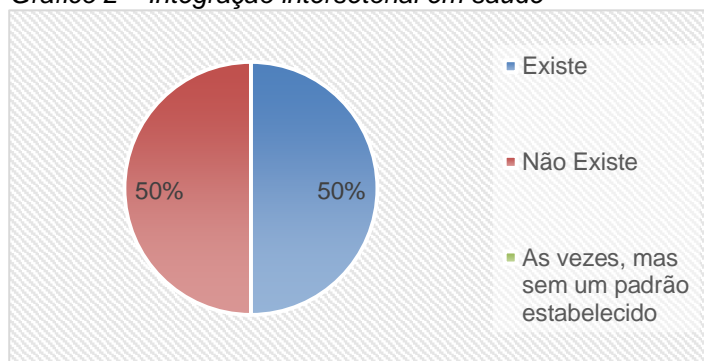


Dos dados disponibilizados até o momento, não seria inoportuno sublinhar que, houve fluxo regular nas repostas, apontando alguns requisitos minimamente necessários para exercer atividade profissional com a população socioeducativa.

### **Existe integração de atenção intersetorial, no sentido de promoção de saúde, prevenção de agravos, e recuperação de saúde?**

Quando se tratou de linha de cuidado em articulação com mais de um setor, no segmento de acompanhamento longitudinal, já que se trata de promoção, prevenção e recuperação, as opiniões ficaram divididas, conforme mostra o gráfico.

*Gráfico 2 – Integração intersetorial em saúde*



Fonte: Aatoria Própria

A divergência de opiniões apresentadas na abordagem desse quesito, acaba deixando evidente fragilidades na execução de ações em saúde, já que vasta demanda ocorre prioritariamente no ambiente externo, tendo em vista que, as instituições de proteção aos direitos de crianças e adolescentes, isoladamente não são completas, conforme versa o princípio da incompletude institucional.

### **Quando identificados sinais ou sintomas de adoecimento mental nos adolescentes, qual abordagem adotada?**

Nessa questão, houve variada gama de opiniões, sendo que, dessas, cinco apresentaram respostas compatíveis em seu eixo, e descreveram de forma semelhante, ação e postura inicial.

Dos que emitiram respostas direcionando outros elementos, ficou claro que a forma de abordagem elencada não destoa do contexto da saúde mental.

Apresentaremos algumas repostas de forma sequencial, com o propósito de possibilitar acesso as principais explicações: “Conversa reflexiva, orientações e encaminhamento com o psiquiatra”. “Psicoterapia e avaliação psiquiátrica”. “Iniciar sessões de psicoterapia conciliando com práticas de atividades físicas, cuidado com a alimentação, manutenção da boa higiene do sono, suporte social, etc”.

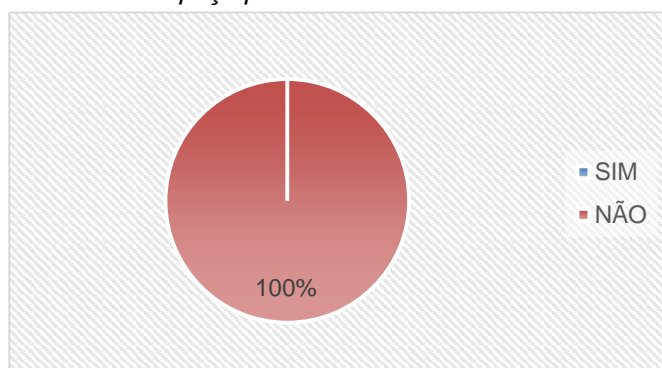
Da emissão de respostas mais similares: “Encaminhamento para avaliação e conduta da equipe de saúde. Suporte mais aproximado, dentro das necessidades do interno e possibilidades da equipe”. “Ao identificar algum sinal o Serviço Social encaminha para atendimento com psicólogo da unidade de internação, com isso, ocorre uma avaliação e se necessário este encaminha para psiquiatra e/ou para acompanhamento psicológico (terapia) na unidade de saúde”. “Realização de encaminhamento, porém existe uma deficiência na efetivação do tratamento”.

Como visto, os participantes teceram considerações que se enquadram direta ou indiretamente nos requisitos da saúde mental, o que se observa de forma pormenorizada, diante da concepção da abordagem dos respondentes, é o fato da não uniformidade de direcionamento, frente a mesma problemática.

### **Existe espaço adequado para o acolhimento e tratamento de adolescentes com Transtorno Mental?**

Como em evidência no gráfico abaixo, a totalidade dos respondentes concordaram que não existe um espaço que atenda as demandas de saúde voltadas para o público acometido de doença mental.

*Gráfico 3 – Espaço para tratamento*



Fonte: Autoria Própria

Os dados disponibilizados nesse item, reforçam mais uma vez a necessidade de ações de saúde que sejam padronizadas em conformidade com a intersectorialidade, atendendo sobretudo, o disposto no art. 112, § 3 do ECA: “Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual, em local adequado às suas condições”. (BRASIL, 1990).

**Quando ocorrem casos de adoecimento mental com sintomatologias agravadas, extrapolando o nível de complexidade demandado na Instituição, qual conduta adotada? Descreva.**

A respostas direcionadas ao quesito extrapolação do nível de complexidade, foram heterogêneas. Dos dez, quatro sinalizaram que os casos mais agravados devem ser encaminhados para atendimento em hospital psiquiátrico, dois responderam que em primeira instância deve ocorrer encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde que funciona nas dependências da Instituição, e esta, a posteriori, demandar para o devido serviço de saúde. Outros dois respondentes informaram que deve ser realizado encaminhamento para serviços especializados, sem, contudo, esclarecer quais são eles. Um discorreu sobre necessidade de buscar a rede atenção psicossocial externa, e o último afirmou que deve ser estabelecida articulação intersectorial, com inclusão do poder judiciário para um melhor atendimento ao adolescente e definições de assistência.

Considerando o que já fora partilhado ao longo do trabalho, as duas últimas assertivas acabam tendo maior alinhamento com o que exige as políticas de atenção à Saúde, leia-se SUS, PNAISARI, Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, e a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Diante dos demais apontamentos coletados, resta implícita a não disposição de conduta que seja comum aos profissionais.

**Para você a escuta das demandas dos adolescentes, o acolhimento de suas histórias, das condições de vida e das necessidades em saúde, faz parte da atenção integral? Justifique sua resposta.**

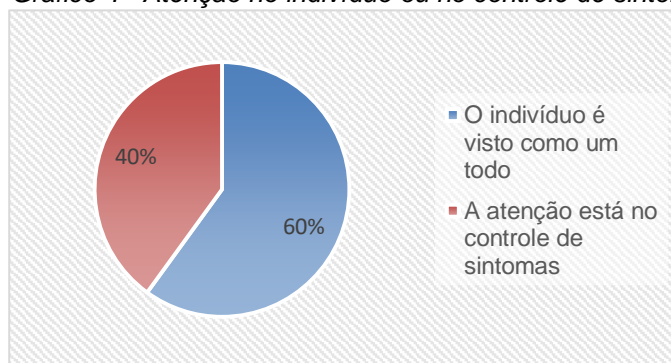
As respostas de todos os entrevistados foram concordantes. Elencaremos justificativa de dois respondentes para ampliar o entendimento: “Sim, o contexto

social, cultural, econômico e político afeta seu emocional e o processo pedagógico, com isso a escuta, o acolhimento e a empatia são fundamentais para a compreensão da realidade concreta do adolescente”. “Sim. É importante ter uma visão holística e compreender o indivíduo em sua totalidade”.

Considerar o indivíduo em todas as suas nuances, remete ao conceito de saúde ampliada, onde a saúde é contemplada em seus múltiplos aspectos, e não como ausência de doenças físicas e mentais, sendo inclusive essa, a definição de saúde pautada pela Organização Mundial de Saúde.

**Considerando a pergunta anterior, poderia afirmar que é adotada uma perspectiva de cuidado, enxergando o indivíduo como um todo, ou o foco atencional está voltado para o controle de sintomas aparentes?**

Gráfico 4 - Atenção no indivíduo ou no controle de sintomas



Fonte: Autoria Própria

Olhando para as considerações adotadas na questão anterior, e levando a termo o que se pontua no gráfico deste item, é possível sublinhar divergência nas informações, uma vez que ambas as assertivas são complementares. Todavia, há de se considerar, possível discrepância na interpretação dos enunciados, podendo os respondentes, ter assimilado a questão como direcionada ao setor de saúde, e não aos técnicos atuantes nas unidades socioeducativas.

**Diante do que foi tratado até o momento, você considera que as medidas adotadas para o tratamento de adolescentes que apresentam adoecimento mental, atendem os padrões exigidos pelo SINASE, SUS E PNAISARI?**

Embora as linhas de cuidados das respectivas políticas possuam coesão em seus termos, o emprego e articulação nem sempre fluem da forma como é prevista na letra da lei, uma vez que as articulações demandam interdependência com outros entes. As respostas implicadas nesse item acabam servindo como espelhamento para essas questões, é o que mostram os números. Dois respondentes afirmaram que as medidas adotadas atendem os padrões normativos de saúde, quatro disseram que atendem em parte, e quatro afirmaram que não atendem.

**Atualmente você acompanha algum socioeducando que faz uso de psicotrópicos por prescrição médica?**

Considerando amostra coletada, o que em termos percentuais, acaba por designar recorte da realidade, os números apontam para volumosa utilização de medicamentos. Sete dos entrevistados informaram que acompanham mais de um adolescente que faz uso de psicotrópico, outro respondente disse que acompanha apenas um, e dois afirmaram não acompanhar.

**Quantos socioeducandos com Transtorno Mental (diagnosticados), ou apresentando sintomatologia você acompanha?**

Dos dez entrevistados, apenas três responderam que não tem em suas unidades, adolescentes e jovens com transtornos mentais ou sintomatologias indicativas. Dos outros, três acompanham mais de um, e quatro tem em suas unidades pelo menos um.

Os números apresentados na seção anterior e nesta, são bastante robustos e significativos, levando em conta que dos vinte três Psicólogos, e vinte dois Assistentes Sociais, cinco de cada categoria responderam ao questionário aplicado, o que implica em índice elevado de adoecimento mental no ambiente socioeducativo.

**Mediante sua experiência, trabalhando com adolescentes e jovens privados de liberdade, consegue especificar quais são os principais indicativos, ou potencializadores do adoecimento mental? Se a resposta for sim, descreva.**

A coleta de informações relacionadas aos principais indicadores e potencializadores do adoecimento mental, comportou respostas como, desestruturação familiar, abandono por parte dos familiares no cumprimento da medida, dificuldade adaptativa ao contexto de internação, uso e abuso de substâncias psicoativas, pressão psicológica, ambiente estressor, entre outros.

A variação de respostas emitidas pelos profissionais, descreveu substancialmente, as múltiplas formas de adoecimento, já que se constitui tarefa impossível, definir causa única como potencializadora de patologias, principalmente quando se trata de doenças mentais. O contexto socioeconômico, as dificuldades familiares, os possíveis contextos de violência institucional e interpessoal, e até mesmo as estruturas de unidades socioeducativas insalubres, são determinantes sociais que influenciam ou maximizam o adoecimento. Por essa razão, se faz necessário pontuar mais uma vez que, atenção integral à saúde implica no acolhimento da história pessoal do indivíduo.

Aqui se faz necessário sublinhar, que sete dos respondentes, ao tecer comentários sobre a especificação dos potencializadores, além de apontarem outras circunstâncias, foram concordantes na indicação de relação causal, entre problemas no núcleo familiar e adoecimento mental. Apenas um respondente afirmou não saber especificar.

**Existe protocolo interno de saúde, quando da apresentação de sinais e sintomas de adoecimento mental, até a aplicação do tratamento necessário? Se a resposta for sim, poderia especificar o protocolo?**

Das respostas obtidas nessa seção, dois respondentes afirmaram que desconhecem a existência de protocolo, dois responderam que não existe, e quatro responderam que existe, no entanto, ao especificar, como requerido no enunciado, houve divergência de informações, não ficando claro como de fato se dá o protocolo.

A realização de reuniões pontuais, direcionadas para discussões de casos clínicos, no segmento da saúde mental, tendo como propósito a obtenção de subsídios para uma avaliação integral da situação dos adolescentes, talvez pudesse influenciar positivamente na minimização desses dissensos.

### **Qual a maior dificuldade na condução da abordagem técnica e prática, quando identificado casos de adoecimento mental?**

As respostas coletadas nesse campo, são bastante ramificadas. Para clara compreensão da colocação dos respondentes, mais uma vez listaremos algumas afirmativas, como segue: “Estrutura física”. “Falta de protocolos e assistência adequada para as necessidades”. “O não entendimento do que é adoecimento mental, que muitas vezes é confundida como "frescura, drogas e crime". “Profissional capacitado”. “Referência e contrarreferência dos casos. Existe apenas encaminhamentos para avaliação quando os adolescentes apresentam sintomas”.

Como visto, parece que cada profissional pontuou aquilo, que na esfera da particularidade, lhe causa maior desconforto, talvez, por esse motivo, e também pela aparente fragilidade, no tocante ao estabelecimento e realização de protocolos, é que os técnicos adotaram pontos divergentes e estabelecem como sabotadores na condução da abordagem.

### **Em sua opinião, o que poderia mudar, ou melhorar?**

O intuito desse último item, foi trazer à superfície, conteúdos que, de alguma maneira, se colocados em prática, podem ampliar a qualidade do cuidado e das ações em saúde mental.

Dar voz e visibilidade aqueles que estão na linha de frente, deveria ser rotina obrigatória nas instituições, pois são esses que se deparam cotidianamente com variadas problemáticas, que vão desde a falta de material humano, até a lotação em espaços arquitetônicos insalubres para a execução do seu trabalho.

Cada respondente ao exprimir opinião pessoal, fez listagem de ações que, diante da experiência em sua prática diária, uma vez implementadas, facilitaria a execução das atividades laborais. Com o propósito de ofertar uma amostra daquilo que consideraram fundamental, compartilharemos a seguir algumas colocações: “Ter parceria e articulação para um acompanhamento diferenciado”. “Estrutura específica”. “Definição de fluxo; Implantação de serviço especializado no diagnóstico e acompanhamento; protocolos de assistência que ofertem tratamento adequado e ambiente mais saudável”. “A existência de protocolos de atendimentos, aumento de números de profissionais e capacitações, articulação e

fortalecimento com a rede setorial, local específico e humanizado para atender a esse público, ações e capacitações com profissionais que atuam na linha de frente (agentes socioeducativos, fiscais e supervisores), projeto interdisciplinar, oficinas educativas e ocupacional”.

A simples leitura dos quesitos externalizados por esses profissionais, embora pareça se tratar de necessidades novas, são questões preteritamente já discutidas e garantidas, ou pelo menos deveriam ser, já que existem políticas públicas amparadas em leis que preveem o atendimento desses parâmetros. A descrição pautada pelos respondentes em diversos pontos, informando que a implementação do que opinaram ajudaria na fluidez do trabalho, estão alinhavadas com os objetivos e protocolos preconizados nas normativas de saúde específicas para o bom andamento do atendimento em saúde mental de adolescentes e jovens privados de liberdade.

## **5 CONCLUSÃO**

A compilação de perguntas dispostas no questionário, foi estrategicamente construída, como dispositivo capaz de sondar, ainda que minimamente, como ocorre a oferta de atenção e cuidado direcionadas para adolescentes e jovens que apresentam qualquer indício de adoecimento mental. Como se viu ao longo do trabalho, à conduta dos profissionais que trabalham nesse campo, é totalmente necessária para que haja efetivação desse direito, no entanto, para que as demandas se deem de forma qualitativa, os profissionais precisam seguir piamente os padrões normativos já designados em lei, e metodologias delimitadas quanto à forma de abordagem, na detecção de fatores ligados ao adoecimento mental, seja ainda na fase inicial, quando da semiologia dos transtornos mentais, até prevenção de agravos, tratamento e a recuperação da saúde propriamente dita. Ao estabelecer olhar cirúrgico na dissecação do questionário, foi possível observar multiplicidade de respostas, que embora enquadrem-se formalmente nos ditames da saúde mental, deixam implícito, o entendimento de não uniformidade na abordagem de problemáticas similares. A distinção de respostas relacionadas as condutas adotadas, obtiveram alta taxas discordantes, sugerindo não haver formulação



concreta de protocolo de saúde estabelecido para esse seguimento, e se existe, parece ser bastante tênue.

A fragilidade nos protocolos de saúde, acaba dimensionado déficit na condução dos profissionais, fator esse refletido na variada gama de respostas desconstruídas, seja na detecção de sintomas de adoecimento mental e na conduta adotada no encaminhando para setores competentes, seja na especificação dos principais indicadores de adoecimento mental mediante a experiência no campo de trabalho.

Para além dessas questões, restou o conhecimento que o índice de adolescentes e jovens que fazem utilização de psicotrópicos por prescrição médica, é bastante elevada, considerando que dos dez respondentes do questionário, somente dois não acompanham socioeducandos que fazem uso de medicamentos. Quando se tratou de quantificação de adolescentes e jovens diagnosticados ou apresentando sintomatologias, a média foi bastante similar, onde sete entrevistados afirmaram que acompanham um ou mais adolescentes. Todos os profissionais foram unânimes quanto a não existência de espaço adequado para o tratamento, e consideraram que para ofertar atenção integral é necessário o acolhimento da história de vida do indivíduo. Ainda assim, parte considerável reconheceu que o foco de atenção está no controle de sintomas aparentes, mesmo que a maioria reconheça que existe uma perspectiva de cuidado enxergando o indivíduo como um todo.

A elaboração de estudo direcionado para o adoecimento mental em adolescentes e jovens privados de liberdade, é uma tarefa nada simplificada, principalmente quando o foco do trabalho propõe delimitação geográfica no campo de estudo. Na esfera macroscópica, existe volumosa produção de trabalhos acadêmicos, todavia, há de se admitir, que devidas particularidades imanentes a cada estado brasileiro, acabam por escapar da vista daqueles que com esmero se dedicam ao universo da pesquisa. Diante de certas deficiências, principalmente no tocante a publicações de artigos na linha da temática proposta, seria impossível coleta de informações sem a utilização do estudo de campo, com aplicação de questionário como principal via recursal, para obtenção de informações previamente requeridas.

Ainda que bastante introdutório, e por se tratar de pesquisa exploratória, este trabalho abre um leque de possibilidades para outras frentes de estudos que

possuam temáticas similares, servindo-lhes como referência para uma construção teórica mais robusta, e dando ampla visibilidade ao adoecimento mental de adolescentes e jovens privados de liberdade, no meio científico, principalmente na cidade de Maceió.

Diante das considerações expedidas, parece existir um esforço hercúleo para sanar problemas no fluxo de acompanhamento, pois existem demandas que ultrapassam a esfera de competência desses profissionais. A própria efetividade de um tratamento adequado necessita de articulação extramuros, com redes de serviços intersetoriais, atendendo inclusive o princípio da incompletude institucional, e nesse sentido, parece existir uma falha sequencial sistêmica, que impossibilita continuidade dos serviços e infringi os princípios da prioridade absoluta e da proteção integral, que pautam inclusive sobre a precedência nos atendimentos.

Olhando para esses vieses que se desdobraram ao longo deste trabalho, consideramos que tanto a atenção quanto a abordagem empregada nos casos de adoecimento mental, se dão de forma fragmentada e fragilizada, com grandes possibilidades de agravamento da patologia, dupla estigmatização (pelo cometimento de ato infracional e pelo Transtorno Mental) e possível perda da autonomia.

## Referências

- AMARANTE PCD. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- BARROS; A. J. da S.; LEHFELD, N. A. de S. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- BRANDÃO, E. P. **Psicologia Jurídica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed Nau, 2005.
- BRASIL, Conselho (2006). Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - SINASE**. Brasília: Conanda, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**, Brasília, 2005.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). > Acesso em: 7 jan. 2022.
- BRASIL. Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012. **Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional**. Diário Oficial da União República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 jan. 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm)>. Acesso em: 24 jan. 2022.
- BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial da União República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)>. Acesso em: 20 dez. 2021.
- BRASIL. Lei nº 1.082, de 23 de maio de 2014. **Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade**. Diário Oficial da União 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 10.216, **Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001**. Diário Oficial da União.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Pnaisari: **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei**: instrutivo para a implantação e implementação da Pnaisari [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

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. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, 2011.

Disponível

em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 30 jan. 2022.

CAPITÃO, Lúcia Cristina Delgado. **Sócio-Educação em Xequê**: interfaces entre Justiça Restaurativa e democratização do atendimento a adolescentes privados de liberdade. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: 2008. Disponível em <<http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/401/1/400683.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para atuação de psicólogos no âmbito das medidas socioeducativas em unidades de internação**. Brasília: CFP, 2010.

**Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 7 jan. 2022.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FREITAS, Tias Pereira de. **Serviço Social e Medidas Socioeducativas**: o trabalho na perspectiva da garantia de direitos. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n.105, p. 30-49, jan. /mar.2011.

GOFFMAN E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC; 1988.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al. **Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem**. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2013, v. 22, n. 2, pp. 361-369. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200012>>. Epub 24 Jun 2013. ISSN 1980-265X. Acesso em: 11 fev. 2022.

MARASCHIN, C. & RANIERE, E. **Socioeducação e identidade**: onde se utiliza Foucault e Varela para pensar o SINASE. Revista Katálysis, 2011. p. 95-103.  
MASIERO, André Luís. **A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2003, v. 10, n. 2, pp. 549-572.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000200004>>. Epub 06 Jan 2004. ISSN 1678-4758. Acesso em: 11 fev. 2022

PAES, P. **O socioeducador**. In P. PAES, S. AMORIM & D. PEDROSSINA, D. (Org.). Formação continuada de socioeducadores. Campo Grande: Programa Escola de Conselhos, 2008. p. 81-97.

RANIERE, E. **A invenção das medidas socioeducativas**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2014.

RIZZINI, I. **A criança e a lei no Brasil: revisitando a história (1822-2000)**. UNICEF, 2002. Rio de Janeiro: USU, 2002.

ROSSATO, Luciano Alves; LÉPORE, Paula Eduardo; CUNHA, Rogério Sanches. **Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

SANTOS DVD. **Uso de psicotrópicos na Atenção Primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada** [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2009.

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.

SANTOS, M. N.; MENANDRO, M. C. S. **Atuação profissional junto aos adolescentes em medida socioeducativa de internação: Um estudo com psicólogos**. Interação em Psicologia (online), v. 21, p. 107-117, 2017.

SÊDA, Edson. **A Proteção Integral: Um Relato sobre o Cumprimento do Novo Direito da Criança e do Adolescente na América Latina**. Campinas: Edição Adês, 1995.

SILVA, José Afonso da. **A Dignidade da Pessoa Humana como Valor Supremo da Democracia**. Revista de Direito Administrativo. Rio de Janeiro, p. 92, abr./jun. de 1998.

SILVA, S. V. M. **Violência Sexual contra crianças e adolescentes e eficácia social dos direitos infanto-juvenis: subsídio à formulação de políticas públicas para o Município de Maceió**. 1. ed. Maceió: EDUFAL, 2011.

## **Lista de Ilustrações**

Gráfico 1 – Área de Formação Acadêmica

Gráfico 2 – Integração Intersetorial em Saúde

Gráfico 3 – Espaço para Tratamento

Gráfico 4 – Atenção no Indivíduo ou no Controle de Sintomas

## Lista de abreviaturas, siglas e símbolos

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
MNMMR	Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIA	Plano Individual de Atendimento
PNAISARI	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SGD	Sistema de Garantia de Direitos
SGDCA	Sistema de Garantia de Direitos da Criança e Adolescente
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## APÊNDICE A – Questionário para coleta de informações

E-mail

---

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO. Escola Nacional de Socioeducação - MMFDH e Universidade de Brasília (UnB). Especialização em Garantia de Direitos e Política de Cuidados à Criança e ao Adolescente. Você sendo convidada(o) a participar de uma pesquisa intitulada: O Adoecimento Mental em Adolescentes e Jovens Privados de Liberdade na Cidade de Maceió.

Para ser mantido o anonimato e o sigilo, solicitamos que adote um dos Estados brasileiros listados abaixo para ser o seu pseudônimo:

Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Pará, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Sul e São Paulo.

Conforme a lista escolha o estado que representará seu pseudônimo

---

Qual sua faixa etária?

- 18 a 30 anos
- 30 a 40 anos
- 40 a 50 anos
- + de 50 anos

Você se autodeclara de qual etnia?

- Branca
- Negra
- Indígena
- Outra

Você se considera pertencer a qual gênero?

- Cisgênero



Transgênero

Não Binário

Qual sua orientação sexual?

Heterossexual

Homossexual

Bissexual

Outra

Qual sua religião ou orientação religiosa?

Candomblé

Umbanda

Católica

Evangélica

Outra

Qual sua área de formação acadêmica?

---

1 - Há quanto tempo trabalha no Sistema Socioeducativo?

Menos de 1 ano

De 1 à 2 anos

De 2 à 5 anos

Mais de 5 anos

2 - Em qual Medida Socioeducativa em meio fechado você trabalha?

Internação Provisória

Internação

Semiliberdade

3 - Qual o seu entendimento / conceito sobre Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA)?

---

4 - Qual o seu entendimento / conceito sobre o Princípio da Prioridade Absoluta?

---

5 - Tem familiaridade ou já ouviu falar da PNAISARI? Se a resposta for sim, compartilhe seu entendimento.

---

6 - Existe integração de atenção intersetorial, no sentido de promoção de saúde, prevenção de agravos, e recuperação de saúde?

Existe

Não existe

Às vezes, mas sem um padrão preestabelecido

7 - Quando identificados sinais ou sintomas de adoecimento mental nos adolescentes, qual abordagem adotada?

---

8 - Existe espaço adequado para o acolhimento e tratamento de adolescentes com Transtorno Mental?

Sim

Não

9 - Quando ocorrem casos de adoecimento mental com sintomatologias agravadas, extrapolando o nível de complexidade demandado na Instituição, qual conduta adotada? Descreva.

---

10 - Para você a escuta das demandas dos adolescentes, o acolhimento de suas histórias, das condições de vida e das necessidades em saúde, faz parte da atenção integral? Justifique sua resposta.

---

11 - Considerando a pergunta anterior, poderia afirmar que é adotada uma perspectiva de cuidado, enxergando o indivíduo como um todo, ou o foco atencional está voltado para o controle de sintomas aparentes?

O indivíduo é visto como um todo

A atenção está no controle de sintomas

12 - Diante do que foi tratado até o momento, você considera que as medidas adotadas para o tratamento de adolescentes que apresentam adoecimento mental, atendem os padrões exigidos pelo SINASE, SUS E PNAISARI?

Atendem

Não atendem

Atendem em parte

13 - Atualmente você acompanha algum socioeducando que faz uso de psicotrópicos por prescrição médica?

Não

Acompanhamento 1

Acompanhamento mais de 1

14 - Quantos socioeducandos com Transtorno Mental (diagnosticados), ou apresentando sintomatologia você acompanha?

Não acompanhamento

Um

Mais de um

15 - Mediante sua experiência, trabalhando com adolescentes e jovens privados de liberdade, consegue especificar quais são os principais indicativos, ou potencializadores do adoecimento mental? Se a resposta for sim, descreva.

---

16 - Existe protocolo interno de saúde, quando da apresentação de sinais e sintomas de adoecimento mental, até a aplicação do tratamento necessário? Se a resposta for sim, poderia especificar o protocolo?

---

17 - Qual a maior dificuldade na condução da abordagem técnica e prática, quando identificado casos de adoecimento mental?

---

18 - Em sua opinião, o que poderia mudar, ou melhorar?

---