

ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERDADE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Data de aceite: 18/01/2023

Leonardo Augusto Oliveira de Santana

Doutorando e Mestre em Educação e Contemporaneidade pelo Programa de Pós Graduação em Educação PPGeduc, Uneb.
Email: professorleonardo01@gmail.com.

Sueli Ribeiro Mota Souza

Pós-Doutorado na Università degli Studi di Firenze e professora titular do Departamento de Educação e do Programa de Pós Graduação em Educação PPGeduc, Uneb.
Email: sumota.uneb@gmail.

penal. O presente estudo tem o objetivo de abordar o trabalho desenvolvido no contexto socioeducativo dos adolescentes com transtorno mental, bem como elucidar a relação das práticas de saúde, como as políticas e metodologias construídas pelo sistema socioeducativo.

Para a consecução do estudo compreende-se a utilização da pesquisa bibliográfica feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Entende-se a pesquisa bibliográfica como um processo no qual o pesquisador tem “uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente”, pois realiza uma atividade de aproximações sucessivas da realidade, sendo que esta apresenta “uma carga histórica” e reflete posições frente à realidade (MINAYO, 1994, p.23).

1 | INTRODUÇÃO

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, de 1990 é considerado o instrumento normativo para a consolidação dos direitos da criança e do adolescente no Brasil, e também no que tange às medidas socioeducativas. No artigo 112 a referida lei, ECA, legislará sobre as medidas socioeducativas aplicadas ao adolescente que comete um ato infracional, compreendendo este como qualquer conduta análoga à crime ou contravenção

A Lei no 12.594, de 18 de janeiro de 2012 institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE é uma política pública que organiza e orienta a execução das Medidas Socioeducativas aplicadas a adolescentes aos quais é atribuída a prática de ato infracional, estabelecendo diretrizes para a responsabilização e o acompanhamento educativo e, a obrigatoriedade de garantir os direitos fundamentais dos adolescentes e, entre eles, está o direito a saúde. Ação sustentada nos princípios dos direitos humanos

O trabalho no campo da saúde nessa conjuntura deve ser articulada através de rede, utilizando os fluxos e parâmetros estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitando e garantia do adolescente no acesso aos seus direitos e o cuidado com a saúde. Para garantir a especificidade do trabalho com adolescentes privados de liberdade é estabelecida portaria nº 1082 que 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). Os objetivos dessa portaria, que estão em consonância com a PNAISARI, visam ampliar as articulações e garantir os serviços de saúde, promover ações de promoção e prevenção em saúde para a garantia da reinserção social do adolescente. Dessa forma, seguindo os fluxos de saúde, o trabalho do socioeducativo e as intervenções em saúde propostas serão construídas a cada caso, no objetivo de atender as singularidades da história de cada adolescente.

O sistema socioeducativo utiliza em sua prática a articulação com o SUS, conforme prevê o ECA e o SINASE. A Política Socioeducativa propõe que a integralidade em saúde seja trabalhada e fomentada nas medidas socioeducativas e ainda prevê que a articulação com a rede de saúde garanta a promoção da saúde, ações e prática educativa em saúde e ações de assistência em saúde frente a algum agravo em saúde.

A noção de saúde mental possui relação com as ações de promoção, prevenção e tratamento referentes ao melhoramento ou à manutenção ou à restauração da Saúde Mental de uma população. Tem correlação com dimensões legislativas, sociais, econômicas, culturais e políticas (SARACENO, 2001).

A saúde na medida socioeducativa pode-se tornar uma das formas de exercício da cidadania para o adolescente. O acesso ao direito, a inserção na rede, bem como a assistência propriamente dita, são construções em torno das quais as unidades socioeducativas necessitam orientar a sua prática em saúde (FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R, 2015, p. 123.)

É nessa possibilidade de articulação constante com a rede de saúde, e aqui incluímos a rede de saúde mental, que o trabalho será construído pelas equipes com os adolescentes no intuito de propiciar o acesso ao seu direito à saúde e garantir a responsabilização frente a atuação infracional.

Assim, é preciso considerar a condição de resposta dada pelo adolescente que precisa de um cuidado de saúde mental, tendo em vista a sua singularidade de cumprimento.

2 | REFORMA PSIQUIÁTRICA – ASPECTOS HISTÓRICOS

2.1 Transformações no contexto da saúde mental brasileira e a Dialogicidade com o Sistema Socioeducativo

Aqui, serão retratadas lutas e conquistas a partir das suas influências buscando as transformações além das práticas tradicionais. Os primeiros sinais de necessidades para Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) teve como estopim a “crise do DINSAM” – Divisão Nacional de Saúde Mental ocorreram no momento em que o país vivia seu processo de redemocratização no final da década de 70.

Os profissionais apresentaram insatisfações atreladas a uma série de questionamentos sobre a situação da saúde, através do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) regada de irregularidades - condições precárias de trabalho, ameaças, denúncias de estupros, causas de mortes desconhecidas.

Nesse mesmo período, nasce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no primeiro momento, denunciando o abandono e os atendimentos dispensados aos pacientes internados nos hospitais, além das precárias condições de trabalho para atuação dos profissionais da área (AMARANTE, 1996).

No início da década de 80, o cenário da Reforma psiquiátrica ganha um novo aliado, o movimento da reforma sanitária, impulsionado para inserir mudanças no Sistema Nacional de Saúde e efetivar a participação popular no setor da saúde. Entretanto, esse reconhecimento só foi possível na VIII Conferência Nacional de Saúde.

Em 1987, na realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), sugere novas formas de transformar o sistema de saúde mental. Nessa conferência, ressurgem associações de familiares e usuários, passando a ter um reconhecimento. Nesse mesmo encontro, findou a aliança com o movimento sanitarista, por considerar que o movimento tinha perdido o ponto crucial da luta.

Conforme ressalta Amarante (1996),

[...] o início da trajetória institucional da estratégia sanitarista é uma tentativa tímida de continuar fazendo reformas, sem trabalhar o âmago da questão, sem desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de atenção, de cuidados, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades. (p.93).

No mesmo ano, realizou-se o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental (Bauru, SP). Esse congresso é marcado pela ampliação das discussões, levando até as

últimas instancias, criticando o modelo oferecido pelo hospital psiquiátrico à população, lançando como lema “Por uma sociedade sem Manicômio”, onde propõe mudanças, não apenas nas ações para a saúde mental, mas alterações em toda conjuntura cultural, buscando uma nova abordagem de tratamento principalmente entre profissionais / pacientes.

O MSTM ganha uma nova nomenclatura, transforma-se no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, (MNLA) comemorado no dia 18 de maio, oriundo das lutas dos trabalhadores de saúde. “Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos a saúde, justiça e melhores condições de vida”. (MANIFESTO DE BAURU, 1987).

Transformado em movimento social (MNLA) foi capaz de articular, trazendo para o cenário político e social três segmentos historicamente distanciados- profissionais da saúde, usuários e familiares. Ainda no mesmo período, foi criado o primeiro (CAPS)- Centro de Atenção Psicossocial Professor Luís da Rocha Cerqueira, na cidade de Itapeva (SP) demonstrando de forma real que é possível a realização de novas modalidades extra-hospitalar. Essas inspirações são reflexos de experiências extraídas das comunidades terapêuticas e da psiquiatria italiana.

O cuidado psicossocial pretende tratar da pessoa em sua integralidade e em sua complexidade, considerando tanto a dimensão psíquica/ mental, como a dimensão social (relação com a família, com grupos sociais: na escola, no trabalho, no lazer. (AMARANTE, 2003, p.62).

Assim, foi proposta uma revisão na PL- Projeto de Lei Nº 3657/98 apresentado ao Congresso pelo Deputado Paulo Delgado em 1989 sugerindo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental, assim como, extinção dos manicômios a implantação de serviços substitutivos, dentre outros serviços. Assim, em 2001, foi aprovada e sancionada por parlamentares a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, ficando conhecido como lei da Reforma Psiquiátrica segundo a qual “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e direciona o modelo assistencial em saúde mental”.

A promulgação dessa Lei foi o resultado das lutas, por todos aqueles que, de alguma forma se sentiam responsabilizados pelas crueldades atreladas aos Hospitais Psiquiátricos, onde a única lei vigente era a força e a covardia.

Também foram abarcados outros instrumentos legais para ampliação e qualificação dos serviços, para corroborar com a reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental, registrarei de forma exemplificada as legislações mais relevantes para os serviços substitutivos.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) disponibiliza atendimento à população usuária com sofrimento psíquico e às famílias em várias perspectivas, no que tange o

fortalecimento dos vínculos familiares, da transformação social pelo acesso ao trabalho, exercício da cidadania com sujeitos de direitos.

A Lei da Reforma Psiquiátrica representa um marco para o atendimento em saúde mental no Brasil, pois a ênfase passa a ser a pessoa em sofrimento mental e não mais a instituição. A lei estabelece critérios mais rígidos para a internação e recomenda que o atendimento em saúde mental tenha como objetivo a reintegração social da pessoa em sofrimento mental

O sistema socioeducativo é primordialmente regido pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e permite um avanço no que diz respeito aos direitos e deveres das crianças e dos adolescentes. Anteriormente a promulgação do ECA o que havia era a Doutrina da Situação Irregular que não assegurava as crianças e aos adolescentes os seus direitos fundamentais, o Estado exercia uma assistência aos menores abandonados e delinquentes através de uma política higienista. Com a promulgação do ECA institui-se a doutrina da proteção integral e as crianças e adolescentes passam a ser considerados sujeitos de direitos e deveres que devem ser garantidos e protegidos pela família, sociedade e Estado, conforme está previsto no artigo 4 da lei.

Com a instituição do ECA muitos direitos das crianças e dos adolescentes foram consolidados e protegidos em lei, assim como os deveres daqueles que lhes protegem. Podemos elencar ainda que há a consolidação dos deveres dos próprios adolescentes, já que se tornam responsáveis em caso de atuação infracional. No que diz respeito à atuação infracional o ECA propõe seis medidas socioeducativas que tem o objetivo de responsabilizar os adolescentes, são elas: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional (BRASIL, 1990). Aqui trataremos da medida de internação, sendo esta prevista como medida última e que deve ser aplicada em sua excepcionalidade. O SINASE Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012 regulamenta a execução das medidas socioeducativas e traz em seu 1º artigo os principais objetivos das medidas:

I - a responsabilização do adolescente quanto às consequências lesivas do ato infracional, sempre que possível incentivando a sua reparação;

II - a integração social do adolescente e a garantia de seus direitos individuais e sociais, por meio do cumprimento de seu plano individual de atendimento; e

III - a desaprovação da conduta infracional, efetivando as disposições da sentença como parâmetro máximo de privação de liberdade ou restrição de direitos, observados os limites previstos em lei.

É importante aqui nos determos sobre a articulação desses três objetivos. Na obrigatoriedade de garantia dos direitos individuais dos adolescentes, as medidas

socioeducativas precisam fazer articulações com diferentes políticas visando à proteção integral. Vilas Boas, Cunha e Carvalho (2010) destacam que houve avanços nos paradigmas e referenciais na esfera do adolescente em conflito com a lei, saindo das práticas punitivas para a responsabilização, sendo o estatuto responsável por dar origem ao Direito Socioeducativo que protegerá o adolescente de imposição injusta de responsabilidades. Assim sendo, o ECA possibilitou a proteção do adolescente através da garantia dos seus direitos.

No ECA a saúde, assim como outros direitos fundamentais das crianças e adolescentes, deve ser protegida pela família, a sociedade e o estado, conforme exposto acima. Essas três instâncias são responsáveis por assegurar que o adolescente tenha acesso aos serviços e toda forma de assistência que o Sistema Único de Saúde (SUS) garante aos cidadãos. O Estatuto ainda trata do acolhimento da criança e do adolescente em diferentes serviços, buscando assegurar todos os seus direitos de forma integral. A saúde se insere em todos os momentos de atenção a este público, em trabalhos preventivos e educativos em saúde.

Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Destaca-se ainda que há medidas protetivas que asseguram o direito ao tratamento de saúde. As medidas protetivas, previstas no artigo 101 do ECA (BRASIL, 1990), trazem no campo da saúde a necessidade de assegurar o tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, seja em regime hospitalar ou ambulatorial. Há ainda uma especificação para a orientação do tratamento a alcoólatras e toxicômanos. Cabe aqui destacar que as medidas protetivas fazem a distinção no campo da saúde mental, pois nos outros artigos do Estatuto há menção a saúde sem nenhuma especificação, tratando-a na sua integralidade.

É importante mencionar também que o artigo 112 da referida lei faz duas importantes observações: no inciso VII o artigo coloca como uma das possibilidades de aplicação de medida socioeducativa qualquer uma das previstas no artigo 101 dos incisos I a VI, que se trata das medidas protetivas, são elas:

- I - encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;
- II - orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- III - matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;
- IV - inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família, da criança e do adolescente;

V - requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;

VI - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; (BRASIL, 1990).

Ainda no artigo 112, que trata das medidas socioeducativas, há menção de um tratamento diferenciado a adolescentes com doença ou deficiência mental, sendo estes tratados em locais especializados e adequados a sua condição.

Aqui já podemos perceber o fator de proteção do ECA, sustentado pelo SINASE, ao considerar o tratamento do adolescente com transtorno mental como algo que deve ser priorizado no trabalho. Acrescenta-se ainda que a privação de liberdade tem um caráter de excepcionalidade, sendo a medida de internação a última ser aplicada. O ECA por sua vez, ainda abre a possibilidade de não se aplicar uma medida socioeducativa caso seja identificada a necessidade de proteção do adolescente, sendo desse modo aplicada uma medida de proteção ao invés de uma medida socioeducativa. Tal lógica ainda é reforçada ao se propor um tratamento especializado para aqueles adolescentes que apresentem doença ou deficiência mental. Fica claro então, que no campo da saúde, e mais especificamente, da saúde mental o fator protetivo deve prevalecer, principalmente se considerarmos a lógica da reforma psiquiátrica que embasa nossas práticas atuais e que prevêem a desinstitucionalização das pessoas com sofrimento mental. Ou seja, o trabalho socioeducativo deve ter fatores protetivos em todos os âmbitos da saúde, garantindo ao adolescente a atenção integral e dando a estes condições de cumprimento de medida em suas dependências.

O SINASE constitui-se, por conseguinte, em instrumento indispensável para a efetivação do Estatuto que, em muitos aspectos, encontra-se estritamente no plano jurídico e político-conceitual, longe de alcançar os sujeitos de direitos: os adolescentes. Justifica-se a criação do SINASE devido ao grande interesse do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, da Secretaria Especial de Direitos Humanos e dos movimentos sociais de defesa da criança e do adolescente, pelo enfrentamento das situações de violência e violação de direitos que afetam os adolescentes autores de ato infracional, no âmbito do sistema socioeducativo (VILAS BOAS; CUNHA; CARVALHO, 2010, p.228).

O SINASE (BRASIL, 2012) está em consonância com o ECA no que diz respeito à atenção integral. Na lei do SINASE que regulamenta a execução das medidas está previsto em seus artigos 60 a 63 a atenção integral, pensando nos seus diferentes níveis: de promoção, proteção e prevenção dos agravos em saúde. Mas a lei ainda regulamenta a avaliação dos adolescentes com transtorno mental ao assegurar ao adolescente a avaliação do seu estado por uma equipe multidisciplinar, que deve seguir as normas do SUS. Essa avaliação subsidiará a terapêutica a ser adotada em cada caso e que deverá ser incluída no Plano Individual de Atendimento (PIA).

3 | ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERDADE

Quando pensamos na responsabilização de adolescentes que necessitam de um cuidado em saúde mental é preciso considerar a sua capacidade de cumprimento e a organização do sistema socioeducativo para trabalhar com a complexidade dos casos.

A capacidade de entendimento e de discernimento do ato é um importante fator na aplicação da medida socioeducativa de um adolescente. O autor Gallo (2007) constrói acerca dessa temática que quando a sanção passa do que é previsto pela tradição e pelo código escrito, os elementos psicológicos nos quais se decompõem a razão do ato tem peso no momento de aferir responsabilidade jurídica do sujeito. Quanto mais indeterminado seja o ato infracional, quanto menos discernível seja o juízo e a motivação que levou ao ato, mais probabilidade haverá de que esse juiz exima o sujeito de toda responsabilidade.

É preciso considerar a capacidade de resposta dos adolescentes para a condução do trabalho socioeducativo, tendo em vista que a responsabilização está associada a um processo que também é subjetivo. Além disso, é preciso considerar, de igual modo, as peculiaridades da adolescência, pois a transgressão é algo presente nesse período. Há a construção da autonomia, a reorganização da ligação com a referência familiar que leva o adolescente a procura de limites o que muitas vezes o leva a transgressão.

“As infrações podem surgir como estratégias de organizar o caos interior, vivido com medo. Este perigo interno é projetado em objetos externos precisos: os pais, professores, os policiais, ou outros vividos como representantes da autoridade.” (BENAVENTE, 2002, p. 638). Nesse ínterim o trabalho na medida de internação tem que estar atento a essas especificidades do cumprimento de medida dos adolescentes para o trabalho efetivo da responsabilização.

Segundo Vincentin, Assis e Joia (2015) do século XVIII ao século XX o discurso da psiquiatrização se fez presente junto com a mudança de concepção da criança que não é mais vista como um adulto em miniatura. Nesse momento é identificada a partir de comportamentos histéricos, débeis e perversos que são objetos de uma nova psiquiatria. Esse discurso da psiquiatrização passa a se fazer presente ante todo comportamento tido como anormal ou desviante e a ingressar nos domínios da educação, da justiça e do trabalho. Assim muda-se o poder sobre os corpos que “tornam-se objeto de operações políticas, de intervenções econômicas, de campanhas ideológicas de moralização e de escolarização, de uma intervenção calculada.” (VINCENTIN; ASSIS; JOIA, 2015, p. 26).

Foi muito ao lado da criança não louca que o discurso da psiquiatrização se fez presente através do binômio escola-hospital, sendo assim corporificada funções de governo das crianças e dos adolescentes com respaldo de Pinel e Morel, dando forma

a uma medicina que defende a ordem social, reclamando um poder ainda maior do que os dos juristas e higienistas. “Desde essa perspectiva histórica não é de se espantar que nos deparemos com a utilização dos temas da saúde mental na perspectiva da defesa social, quando as idéias de proteção e do direito a saúde se colocam como pretexto para o controle social de adolescentes.” (VINCENTIN; ASSIS; JOIA, 2015, p. 27).

Scisleski, Maraschin, Silva (2008) também discorrem sobre esse tema através de um estudo que aponta que há um grande número de internações psiquiátricas via determinação judicial. Essas internações estão ligadas mais para uma forma de punição e disciplinarização desses adolescentes do que propriamente um olhar voltado para o campo da saúde.

Em primeiro lugar, chama a atenção que a ordem judicial parece desempenhar um papel dúbio: se, por um lado, é um procedimento que se oferece como uma estratégia de acesso para jovens ao serviço de saúde, por outro, por vezes é utilizado como uma espécie de punição, no sentido de o encaminhamento servir como um recurso auxiliar à disciplinarização dos jovens, ou seja, permitindo um processo de docilização dos mesmos. Podemos também pensar em uma “hierarquia” na rede onde os serviços de saúde se subordinam às demandas judiciais (SCISLESKI; MARASCHIN; SILVA, 2008, p. 344).

A disciplinarização, as demandas judiciais e a sobreposição do discurso jurídico sobre o discurso da saúde criam um cenário de patologização do adolescente autor de ato infracional, afastando o olhar singularizado para as questões de saúde apresentadas pelos adolescentes. Nesse sentido a singularização do adolescente no cumprimento de medida não é observado e o trabalho de atenção à saúde e de responsabilização se torna comprometido.

Foucault (2002) considera que as prisões possuem mecanismos internos de repressão e punição que ultrapassam o castigo da “alma”, investindo na regulação do corpo do recluso pela coação estimulada por uma educação total, reguladora de todos os movimentos do corpo. Nesse sentido, além da privação da liberdade, elas executam uma transformação técnica dos indivíduos. A tecnologia política do corpo não é percebida nas instituições devido às diversas formas em que ela se cristaliza. Não sendo violenta ou explícita, é introduzida, segundo Foucault (2008), como uma “microfísica do poder”, que se posiciona entre as instituições e os próprios corpos. Visando atingir o ideal de “ortopedia social”, em que a permanente vigilância representa tática de eficácia, o autor localiza na prisão um dos espaços sociais apropriados para produzir o “corpo dócil”, economicamente produtivo, socialmente civilizado, politicamente disciplinado e culturalmente devotado à prática e às razões do Estado (p.30).

Essa disciplinarização, exercida em instituições como prisões, escolas, quartéis,

entre outras, envolve uma forma definida de individualização, irradiando influência fora do seu espaço fechado e condicionando o campo de possibilidades de outras ações. Especialmente à prisão compete, nesta função disciplinadora, a vigilância contínua dos indivíduos, a sua observação e exame constantes, despojando-os e transformando-os de acordo com o modelo de homem ideal estabelecido pela sociedade. Nesses grandes “espaços disciplinadores”, cada indivíduo possui o seu lugar e, em cada lugar, há um indivíduo, o que facilita uma vigilância constante, e tem como efeito uma “individualização normalizante” (FOUCAULT, 2002, p.169).

A psiquiatrização dos adolescentes têm tido apoio dos saberes psi, surgindo cada vez mais pedidos de tratamento para adolescentes com transtornos mentais.

A psiquiatrização dos adolescentes caminha na direção do paradigma emergente de gestão dos chamados indesejáveis e perigosos marcado pelo recurso cada vez maior ao encarceramento em detrimento do investimento em políticas sociais e na radicalização da política punitiva como resposta ao aumento da desigualdade social, da violência e da insegurança. E também a tendência à patologização de setores da juventude pobre, isto é, uma forma de “encobrir como doença mental determinados processos sociais que discriminam a pobreza e o desinvestimento da sociedade” em relação a esses jovens (VICENTIN; GRAMKOW; ROSA, 2010, p. 66).

As questões de saúde são perpassadas pela lógica da punição e mascaradas pelo discurso jurídico. Quando avaliamos as políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes, percebemos que são pouco especializadas, não têm uma rede que cubra a assistência a esse público de modo a garantir a particularidade do atendimento em saúde mental para crianças e adolescentes.

Para isso, é necessário problematizar as diretrizes terapêuticas atreladas a uma lógica individualista e ampliar o olhar e a ação para a complexa e muitas vezes restrita trama na qual esses jovens se inserem socialmente. Nesse aspecto, nenhuma instituição isoladamente é capaz de oferecer alternativas para que os jovens saiam desse “destino”: somente uma articulação coletiva entre diversos atores sociais e instituições que acompanhem esses jovens poderão criar outras alternativas a circuitos que configuram segregação e clausura. Trata-se de pensar no exercício clínico na sua dimensão ética e não moral, ou seja, não como lugar de controle, tutela ou disciplinarização da vida, mas como crítica de si mesmo que explicita uma atitude responsável e singular frente à própria existência (VICENTIN; GRAMKOW; ROSA, 2010, p. 68).

Há muito que se avançar no campo da saúde para que ela não se converta em mais um lócus de punição e perca o seu efeito terapêutico. Trabalhar para que o adolescente tenha seu direito à saúde garantido, bem como garantir as suas possibilidades de resposta frente ao ato infracional é o que possibilita a expressão singularidade da adolescência e a sua peculiaridade de desenvolvimento.

Nessa perspectiva de punição e não de tratamento a responsabilização do adolescente com transtorno mental fica comprometida por não haver espaço para a peculiaridade da resposta desse adolescente. Somente o olhar individualizador para o cumprimento da medida que possibilitará a abertura de um espaço que considere o adolescente com transtorno mental como um sujeito que necessita de cuidados de saúde para a construção do seu processo de responsabilização.

A Lei do SINASE estabelece, em seu art. 60, diretrizes para a garantia da atenção integral à saúde do adolescente em atendimento socioeducativo. Inicialmente, prevê a inclusão das ações de promoção da saúde nos planos de atendimento socioeducativo e o estabelecimento da intersetorialidade, em todas as esferas de governo (inciso I).

Essas diretrizes consubstanciam o Plano Individual de Atendimento – PIA, instrumento de planejamento e acompanhamento do cumprimento da medida socioeducativa, elaborado pela equipe de atendimento conjuntamente com o adolescente e sua família, deve conter, de acordo com o art. 54 da Lei do SINASE, no mínimo, 06 itens, entre eles um específico sobre saúde: “[...]VI - as medidas específicas de atenção à sua saúde.”. Isso mostra o papel fundamental atribuído pelo legislador à política de saúde no sistema nacional de atendimento socioeducativo.

O sofrimento mental e uso abusivo/problemático de álcool e outras drogas são dois grandes desafios durante o acompanhamento aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

3.1 Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de internação

Os adolescentes que fazem acompanhamento de saúde mental no sistema socioeducativo realizam-no dentro da Unidade socioeducativa, bem como na rede externa de saúde mental. Todas as unidades de internação acompanham adolescentes com transtorno mental. Os adolescentes que não têm diagnósticos representam um número elevado dos casos de saúde mental nas unidades.

Situações de sofrimento mental sem o devido acompanhamento e uso abusivo/problemático de álcool e outras drogas podem interferir diretamente no cumprimento da medida socioeducativa. São situações que devem ser acompanhadas atenta e cuidadosamente pela equipe de atendimento.

Os adolescentes que precisam de acompanhamento são encaminhados para a rede e são atendidos pelos profissionais da saúde sendo eles: médicos, psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras e terapeutas ocupacionais. Esse acompanhamento dos adolescentes também é realizado internamente nas unidades que fazem articulação com a rede externa.

A rede de saúde mental tem como premissa o trabalho especializado para o atendimento em saúde mental e que prima por uma perspectiva Antimanicomial. Essas

diretrizes estão postas para todos os serviços e podemos perceber no atendimento aos adolescentes do sistema socioeducativo e que atualmente está fundamentada na PNAISARI. Porém, ainda há irregularidades nesse atendimento com a falta de especialização de alguns profissionais da rede para o atendimento aos adolescentes, ou mesmo por não acontecer o atendimento em locais onde deveria.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso abusivo/problemático de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Importante mencionar o art. 4º da normativa do Ministério da Saúde, que estabelece os objetivos específicos da atenção psicossocial, do qual destacamos seguintes incisos:

[...] I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

[...] V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial.

Dos incisos acima, podemos destacar, ainda, ações que podem aprimorar a oferta de serviços e que se alinham a princípios, objetivos ou diretrizes de outras normativas e orientações técnicas: (a) priorização; (b) prevenção; (c) capacitação; (d) articulação intersetorial; (e) fluxos de atendimento.

Conforme a Portaria nº 3088/2011, a Rede de Atenção Psicossocial se organiza a partir dos pontos de atenção, conforme os níveis de complexidade do SUS (atenção primária, atenção secundária e terciária / alta complexidade)

Consideramos pertinente atentar para as disposições específicas da Lei do SINASE para o atendimento aos adolescentes com transtorno mental e/ou em uso abusivo/problemático de álcool e outras drogas. O art. 64 da lei inclui também adolescentes com deficiência mental e determina que esses adolescentes devam ser avaliados:

Art 64. O adolescente em cumprimento de medida socioeducativa que apresente indícios de transtorno mental, de deficiência mental, ou associadas, deverá ser avaliado por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial.

A concepção da Lei do SINASE demarca que o atendimento socioeducativo seja sempre de complementaridade entre instituições e entre profissionais de várias formações.

O mesmo art. 64, em seus parágrafos, prevê que, dependendo da avaliação da equipe multidisciplinar sobre a condução terapêutica, o juiz poderá suspender a execução da medida socioeducativa para que o adolescente seja submetido a tratamento integral.

Os encaminhamentos e tratamento dos adolescentes com transtorno mental que se encontram em cumprimento de medida são articulados com a rede de saúde mental, seguindo os princípios da não institucionalização e da minimização do tempo de privação de liberdade. A portaria nº 1.082 apresenta essa perspectiva quando estabelece ações para as equipes de saúde, nos anexos da portaria. No anexo I a portaria faz referência ao entendimento da privação como promotora de transtornos no campo da saúde mental e o trabalho deve minimizar os efeitos da institucionalização na saúde dos adolescentes. O trabalho do atendimento, da escuta, é visto como uma possibilidade de melhora na qualidade de vida deste adolescente e para sua saúde mental.

É importante frisar esse ponto de discussão, pois a lógica do tratamento em saúde mental é pela não institucionalização e, nesse sentido, o ECA e o SINASE propõem que haja uma avaliação desses casos para que os adolescentes possam ter o tratamento especializado e tenham a garantia da atenção integral em saúde. O SINASE aponta bem essa prerrogativa do trabalho ao dizer que é preciso “assegurar que os adolescentes com transtornos mentais não sejam confinados em alas ou espaços especiais, sendo o objetivo permanente do atendimento socioeducativo e das equipes de saúde a reinserção social destes adolescentes” (BRASIL, 2006, p. 61).

Portanto, casos de saúde mental e de uso abusivo/problemático de álcool e outras drogas demandam avaliação prévia e esforço conjunto dos profissionais da saúde, da assistência social, da educação e de outras políticas. Sempre que possível, a equipe deve implicar a família do adolescente na participação do tratamento, acolhendo as demandas que essa problemática traz nas relações entre seus membros.

3.2 Diagnóstico: fator para a condução do trabalho socioeducativo

No trabalho desenvolvido com adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, o primeiro contato é estabelecido quando o adolescente chega à unidade e, por isso, não se sabe inicialmente a condição desse sujeito. Nesse sentido, as questões de saúde mental podem aparecer logo no início do acolhimento ao adolescente, ou o decorrer da medida pode agravar o quadro de saúde. Essas questões representam um impacto no trabalho das unidades socioeducativas que têm que se adaptar para realizarem o acompanhamento do adolescente durante o cumprimento de medida socioeducativa de internação.

Diante desse contexto, é importante pensar a condução do trabalho socioeducativo

ligado a uma necessidade de se conhecer o quadro de saúde mental do adolescente. Esse delineamento de análise não parte somente da equipe que acompanha o adolescente, pois há também pedidos de análise do ministério público e do judiciário para serem realizadas avaliações no campo da saúde mental.

Os autores Vicentin, Assis e Joia (2015) apontam que esse discurso da psiquiatrização passa a se fazer presente ante todo comportamento tido como anormal ou desviante e a ingressar nos domínios da educação, da justiça e do trabalho. Assim muda-se o poder sobre os corpos que “tornam-se objeto de operações políticas, de intervenções econômicas, de campanhas ideológicas de moralização e de escolarização, de uma intervenção calculada.” (p. 26). Esse discurso se faz presente na análise dos adolescentes, pois há necessidade de se intervir no comportamento para a adequação as normas institucionais e conseqüentemente para o cumprimento de medida. Desse modo o que se apresenta é a dissonância no trabalho das medidas com a saúde mental.

Os desafios enfrentados no cotidiano da ação socioeducativa aparecem nas intervenções realizadas com os adolescentes e no trabalho de condução dos eixos da medida socioeducativa que se traduzem nos registros de comissões disciplinares diante de um comportamento que vai contra as normas da instituição. Percebe-se essas mesmas dificuldades nos relatórios circunstanciados, que relatam atitudes refratárias no cumprimento do adolescente, e nas poucas saídas do adolescente da unidade socioeducativa devido a inadequações de comportamentos. Diante disso, a aposta do trabalho se baseia em um laudo psiquiátrico para nortear as construções do adolescente no cumprimento de medida.

Essa lógica de avaliação e de apoio ao discurso psiquiátrico para dar respostas aos comportamentos inadequados dos adolescentes como bem expõe Vicentin, Assis e Joia (2015). Tal lógica de psiquiatrização agora se faz embasada pelo ECA. Esses adolescentes apresentam um circuito aprisionante, no qual prevalece o controle e o cuidado, usando a saúde como um recurso auxiliar a disciplinarização. Assim sendo, o projeto de vida e o tratamento se confundem com uma forma contínua de punição-tratamento.

Dessa forma, o projeto de vida dos adolescentes fica marcado pelo discurso da psiquiatrização, de modo que seus comportamentos são vigiados e precisam ser disciplinarizados constantemente para uma maior adequação ao processo socioeducativo.

Tais “demandas” dirigidas ao campo da saúde mental acompanham uma tendência à patologização de setores da juventude pobre, isto é, uma forma de encobrir como doença mental determinados processos sociais que discriminam a pobreza e encobrem o desinvestimento da sociedade em relação a esses jovens. E que indicam também o que é necessário problematizar as diretrizes terapêuticas sempre que estejam atreladas à lógica individualista ou quando buscam responder às exigências de defesa social e ampliar o olhar e a ação para a complexa e, muitas vezes, restrita trama na qual esses jovens se inserem socialmente. Nesse aspecto, nenhuma instituição

isoladamente – mesmo a de saúde mental – é capaz de oferecer alternativas para que os jovens saiam desse “destino”. Somente uma articulação coletiva entre diversos atores sociais e instituições que acompanhem esses jovens poderá criar alternativas a esse circuito (JOIA 2006; SCISLESKI E COL., 2008; VICENTIM & ROSA, 2009). (ROSA; VICENTIN, 2010, p.114)

O discurso socioeducativo se apóia no diagnóstico de saúde mental para pensar as intervenções com os adolescentes e a condução do trabalho. Assim sendo, aparecem diferentes encaminhamentos para a rede de saúde mental e relatórios sobre a condição de saúde do adolescente como forma de cumprimento de medida, sendo o eixo saúde privilegiado. Nesse cenário, a patologia é ressaltada e a leitura do cumprimento de medida não ultrapassa o diagnóstico de saúde mental.

A trajetória do cumprimento de medida do adolescente com transtorno mental é marcado por muitas sanções, pois em vários momentos eles cometem atos que ultrapassam as normas da instituição. Durante todo o cumprimento há conflitos com outros adolescentes e com as equipes que os acompanham, destaca-se que o conflito maior se dá com os agentes socioeducativos. Frente a uma transgressão cometida o adolescente recebe restrições de circulação e de acesso à realização de atividades desenvolvidas nas Unidades socioeducativas, caindo em um circuito de restrições que se repetem em novas transgressões.

Quando o adolescente não está fazendo o uso adequado da medicação intervenções são realizadas para sensibiliza-lo da importância do uso. Nesse sentido a medicação se torna um fator de cumprimento de medida e de envolvimento com o seu tratamento que se baseia numa análise dos comportamentos. Para conter os comportamentos que fogem a norma a medicação é utilizada e apontada como um fator importante para a condução da medida socioeducativa. Vicentin, Assis e Joia (2015) corroboram com essa visão e apontam que a maioria dos diagnósticos dados aos adolescentes aponta para transtorno de conduta, ou seja, comportamentos que dizem da não adaptação do adolescente ao sistema.

Diante dessas reflexões, o contexto socioeducativo inscreve uma necessidade constante de avaliação das ações realizadas com a implicação efetiva de todos os profissionais e redes de serviços públicos que integram o adolescente privado de liberdade.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do percurso da pesquisa muitas perguntas ainda permanecem, pois as respostas precisam ser construídas através de novas leituras e novos estudos.

A saúde, enquanto política e campo de trabalho se articula com o sistema socioeducativo tendo o objetivo de garantir os direitos fundamentais dos adolescentes, assegurando-lhes a integralidade e prioridade no atendimento. Contudo, há ainda muito

que se avançar nessas articulações, uma vez que as precariedades dos serviços e as vulnerabilidades dos adolescentes exigem ações cada vez mais singularizadas, inventivas e humanizadas, que considerem as especificidades da adolescência e as histórias de vida de cada sujeito.

Temos atualmente uma política que pensa o atendimento em saúde mental em uma perspectiva ambulatorial e antimanicomial. Porém, apesar dessas mudanças na concepção do tratamento, os adolescentes com transtorno mental vivenciam a privação de liberdade ao cumprirem a medida socioeducativa. Não são raros os casos de adolescentes com transtorno mental e que cumprem medida socioeducativa.

O cumprimento de medida dos adolescentes com transtorno mental é muito marcado pela privação de liberdade e por uma perspectiva de normatização dos seus comportamentos. Nesse sentido a medida fica restrita as articulações com a rede de saúde mental, o que é o direcionamento para esses casos, mas que por outro lado precisa ser trabalhado os avanços em outros eixos. No entendimento do trabalho, após a avaliação da capacidade de cumprimento dos adolescentes, a possibilidade de cumprimento da medida se dará pela via do eixo saúde. Mas cabe aqui nos perguntarmos: é somente pela via do cumprimento do eixo saúde que o adolescente conseguirá se responsabilizar? Podemos perceber que o fator da segurança, que se reflete nas normas institucionais, busca normatizar os comportamentos dos adolescentes, limitando o cumprimento. Podemos acrescentar a essa discussão o uso de medicamentos, que é ressaltado como parte importante do cumprimento de medida, sendo que tal concepção parece estar muito mais atrelada ao controle dos comportamentos do adolescente do que a lógica de tratamento.

Podemos concluir que se faz necessário prosseguir com os avanços dos adolescentes no cumprimento da medida socioeducativa como possibilidade de integralidade das ações dialógicas entre a saúde e educação.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (Coord.). Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação à distância; Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ FIOCRUZ, EAD /FIOCRUZ, 2003.

AMARANTE, Paulo. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/e-psico/etica/temas_atuais/luta-antimanicomial-franco.html>. Acesso em 12-10-2015.

BENAVENTE, R. Delinquência juvenil: da disfunção social à psicopatologia. Análise Psicológica (2002).

BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em 03/05/2020.

BRASIL. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 03/05/16.

BRASIL. Sistema Nacional De Atendimento Socioeducativo –SINASE. Secretaria Especial dos Direitos Humanos – Brasília-DF: CONANDA, 2006.

BRASIL. Lei no 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/ato2011-2014/2012/lei/112594.htm>. Acesso em 03/05/2020.

BRASIL. Portaria 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). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html. Acesso em 03/05/2020.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. SAÚDE DEBATE. Rio de Janeiro, v. 39, n. Especial, p. 120-131, dez 2015.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

GALLO, H. El sujeto criminal: una aproximación psicoanalítica al crimen como objeto social. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. Departamento de Psicoanálisis, Facultad de Ciencias Sociales e Humanas y Humanas Universidad de Antioquia, 2007.

MANIFESTO DE BAURU 1987 II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Disponível em: [file:///C:/Users/Giselli/Downloads/manifesto-de-bauru%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Giselli/Downloads/manifesto-de-bauru%20(2).pdf). Acesso em: 29-10-2017.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 2008.

ROSA, M.D; VICENTIN, M.C. Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. Psicologia Política. Vol. 10. Nº 19. Pp. 107-124. Jan. – jun. 2010.

SARACENO B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.

SCISLESKI, A. C. C; MARASCHIN, C; SILVA, R.N. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2): 342-352, fev, 2008

VICENTIN; M.C.G; GRAMKOW, G; ROSA, M.D. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de “novos” manicômios judiciais. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 20(1): 61-69, 2010.

VICENTIN, M.C; ASSIS, D.A.D; JOIA, J.H. O direito de crianças e adolescentes ao cuidado em saúde mental: tensões entre proteção e tutela no caso do uso de drogas. Diké, Aracaju, ano IV, vol. I, jan/ jul/2015.

VILAS BOAS, C. C.; CUNHA, C. F.; CARVALHO, R. Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade. Revista Médica – UFMG, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, 2010.