



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL

NATÁLIA PEREIRA GONÇALVES

O TRANSTORNO DA INTERNAÇÃO:
O CASO DOS ADOLESCENTES COM TRANSTONO MENTAL EM
CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE INTERNAÇÃO

Brasília
2011

NATÁLIA PEREIRA GONÇALVES

**O TRANSTORNO DA INTERNAÇÃO:
O CASO DOS ADOLESCENTES COM TRANSTONO MENTAL EM
CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE INTERNAÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Política Social da Universidade de Brasília como requisito para a obtenção do título de mestre em Política Social.

Orientação: Prof. Dra. Debora Diniz

Brasília
2011

*Ao Deus para o qual a sabedoria deste mundo é loucura diante Dele;
À Pedro Henrique pelo amor que me acompanha em todos os momentos;
À minha família pelo amor e incentivo, em especial aos meus pais, pela alegria que
sentem com essa conquista.*

Agradecimentos

À professora doutora Debora Diniz pelo empenho, apoio, e amizade na orientação dessa dissertação.

À professora doutora Denise Bontempo B. Carvalho e à professora doutora Maria Lúcia Teixeira Garcia pela disponibilidade em terem participado da banca de qualificação do projeto desta dissertação e por aceitarem o convite para participar de sua banca de defesa.

Ao professor doutor Marcelo Medeiros pela disponibilidade em ter aceitado o convite para participar da banca de defesa desta dissertação.

À Pedro Henrique Vilarins pelo apoio e incentivo em todas as fases desta dissertação e pelas revisões e contribuições.

À Lorena Vilarins pela contribuição na organização dos dados da pesquisa de campo.

Aos profissionais e colegas de trabalho do CAJE I por juntos experimentarmos o desafio diário de lutar pela efetivação de direitos em uma realidade onde eles são impermeáveis e pelo apoio e contribuições na fase de pesquisa de campo.

À psicóloga Elaine Medina Nascimento pela imensa contribuição no debate sobre saúde mental e pelo apoio em todas as fases desta dissertação.

À assistente social Julia Galiza de Oliveira pelo incentivo desde o processo de seleção do mestrado e pelas contribuições no debate sobre a socioeducação.

À João Neves pela contribuição com a formatação das tabelas.

À professora doutora Maria Cristina G. Vicentin pelo envio de estudos acadêmicos sobre o adolescente com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa.

Às assistentes sociais Pollyana Moreira e Nathália Eliza (que aqui representam a irmandade) pela alegre companhia no mestrado e pelo incentivo e contribuições para essa dissertação.

Lista de Tabelas

Tabela 1: Adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa no CAJE I - 2011.....	17
Tabela 2: Ato infracional que determinou a medida socioeducativa de internação dos adolescentes usuários de medicamento psicotrópico no CAJE I – 2010.....	41
Tabela 3: Renda familiar dos adolescentes usuários de medicamento psicotrópico em cumprimento de medida socioeducativa de internação no CAJE I – 2010.....	43
Tabela 4: Escolaridade dos adolescentes usuários de medicamento psicotrópico em cumprimento de medida socioeducativa de internação no CAJE I – 2010.....	45
Tabela 5: Encaminhamentos dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no CAJE I para serviço de atenção à saúde mental – 2010.....	47
Tabela 6: Medicamentos psicotrópicos consumidos pelos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no CAJE I – 2010.....	59

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Diagnóstico dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no CAJE I de acordo com a Classificação internacional de Doenças (CID-10) – 2010.....	57
--	----

Resumo

O objetivo desta dissertação é analisar como os adolescentes com transtorno mental autores de ato infracional são atendidos pela política de saúde mental e política de infância e adolescência no âmbito da medida socioeducativa de internação no Distrito Federal (DF). Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa que teve como principais etapas metodológicas: procedimentos éticos, trabalho de campo, e plano de análise dos dados. Os procedimentos éticos referem-se aos cuidados tomados para a proteção da pesquisadora e dos participantes da pesquisa durante o processo de investigação. O trabalho de campo foi realizado no Centro de Atendimento Juvenil Especializado I (CAJE I) com a aplicação de pesquisa documental, observação participante e entrevista semidirigida como instrumentos de pesquisa. O plano de análise dos dados foi guiado pelo método de codificação de pesquisas qualitativas. Situado entre a lei e a psiquiatria, o adolescente autor de ato infracional com transtorno mental torna-se alvo desses dois campos de conhecimento. No entanto, não existe uma resposta para a conciliação das ações desses campos por apresentarem uma relação contraditória entre a proteção integral, a vulnerabilidade de pessoa em desenvolvimento e portadora de transtorno mental e o cometimento de ato infracional. No que se refere ao seu atendimento pela política de saúde mental, os serviços de saúde mental no DF estão aquém das necessidades da população e sinaliza que uma parcela significativa de pessoas encontra-se sem acesso a essa política. Essa escassez de serviços é experimentada pelos adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa, o que inviabiliza, em grande parte dos casos, o atendimento na rede externa de saúde. O atendimento dado a esses adolescentes pela política de infância e adolescência revelou resquícios da lógica menorista, uma lógica anterior a doutrina da proteção integral do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que busca corrigir e adequar os sujeitos que violam as regras sociais. Além disso, verificou-se que o atendimento ao adolescente autor de ato infracional não tem sido prioridade na execução de políticas sociais públicas. O quadro de superlotação, infraestrutura inadequada e indisponibilidade de recursos humanos e físicos no CAJE I, impossibilitam o cumprimento do atendimento socioeducativo proposto pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). A medida socioeducativa de internação não oferece atendimento adequado e não efetiva os direitos garantidos pela política de infância e adolescência e política de saúde mental para os adolescentes com transtorno mental autores de ato infracional. Essa medida se apresenta como geradora de sofrimento psíquico devido à apartação social que promove na vida desses adolescentes.

Palavras-chave: Transtorno Mental, Medida Socioeducativa, Política de Infância e Adolescência, Política de Saúde Mental.

Abstract

The goal of this dissertation is to analyze how young offenders with mental disorders are assisted by mental health policies and childhood and youth policies in the context of detention as a socio-educational action in the Brazilian Federal District. To do so, a qualitative research was conducted in three steps: ethical procedures, field work, and data analysis. The ethical procedures refer to the strategies adopted to protect both the researcher and the research participants during the investigation process. The field work was done at the Specialized Youth Detention Center (Centro de Atendimento Juvenil Especializado I – CAJE I) and comprised documentary research, participant observation, and semi-structured interviews. Data analysis was based on the codification method applied in qualitative research. For being halfway between law and psychiatry, young offenders with mental disorders are approached by these two fields of knowledge. However, these are two conflicting approaches, since they present a contradictory relation between full protection, the vulnerability of the developing person with mental disorders, and the offense committed. Mental health care services in the Federal District do not respond to the population's needs, and a significant part of the population does not have access to mental health policies. Such gap in the public service affects young offenders with mental disorders that are referred to socio-educative actions, which hinders assistance in the external health network. The assistance provided by the childhood and youth policy to these teenagers remains marked by practices from an outdated approach, which aims at correcting and adapting those who violate social rules, to the detriment of the Statute of the Child and Adolescent's full protection doctrine. Also, this study observed that the assistance to teenage offenders has not been a priority in the execution of public social policies. Overcrowding, inappropriate facilities, and lack of human and physical resources at CAJE I preclude the socio-educative assistance proposed by the National System of Socio-Educative Assistance (SINASE). Referral to socio-educative actions does not offer appropriate treatment and does not assure the rights guaranteed by the childhood and youth policy and the mental health policy for young offenders. Actually, it ends up causing mental suffering due to the social segregation it imposes in the lives of these teenagers.

Key-words: Mental disorders, Socio-educative Action, Childhood and Youth Policy, Mental Health Policy.

Sumário

Introdução	10
A Pesquisa	14
1. Motivação.....	14
2. Metodologia.....	15
2.1. Procedimento de coleta de dados.....	17
2.2. Plano de análise dos dados.....	19
2.3. Procedimentos éticos.....	20
Capítulo 1. Políticas Sociais Voltadas para o Adolescente com Transtorno Mental em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Internação	22
1. A política de infância e adolescência.....	22
1.1. A socioeducação.....	26
2. A política de saúde mental.....	28
2.1. O que propõe a política de saúde mental para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação?.....	32
3. Adolescentes com transtorno mental autores de ato infracional.....	35
Capítulo 2. O Transtorno da Internação	37
1. Atenção à saúde nas unidades socioeducativas.....	37
2. Atenção à saúde mental nas unidades socioeducativas.....	39
3. Quem são os adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação?.....	41
3.1. Sexo, idade, tempo e motivo da privação de liberdade.....	41
3.2. Renda familiar.....	42
3.3. Nível de escolaridade.....	44
4. Quais são suas principais demandas?.....	46
4.1. Consumo de drogas.....	47
4.1.1. Crack.....	48
4.2. Ideação suicida.....	52
3. Como eles são atendidos?.....	55
Capítulo 3. O Transtorno Feminino	61
1. O colorido do módulo feminino.....	62
2. Luz para ver as cores.....	76
Considerações Finais	78
Referências	
Anexos	

Introdução

O ato infracional refere-se à conduta descrita como crime ou contravenção penal realizada por adolescente (BRASIL, 1990). O adolescente autor de ato infracional é visto como uma figura perigosa e ameaçadora à ordem social, por isso, medidas socioeducativas são aplicadas a ele na tentativa de adequá-lo para o convívio em sociedade.¹ As medidas socioeducativas se constituem em advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional; e, ao serem aplicadas, devem levar em conta a gravidade da infração e a capacidade do adolescente em cumpri-la (BRASIL, 1990). Quando a transgressão cometida pelo adolescente apresenta violência ou grave ameaça à pessoa, seu perfil ameaçador é agravado passando a exigir uma medida socioeducativa mais rigorosa, que o retira do convívio social e o coloca em um espaço destinado aos adolescentes que necessitam ser corrigidos: a internação nos centros socioeducativos.

Assim como o adolescente autor de ato infracional, a pessoa com transtorno mental é compreendida como alguém que apresenta uma inadaptação às regras sociais.² Por se desviar de um modelo moralizador que impõe um padrão de normalidade a ser seguido, a pessoa com transtorno mental é vista como alienada, irracional e perigosa, e deve ser submetida a tratamento médico para se adequar ao padrão socialmente colocado de normalidade. Historicamente, verifica-se que o tratamento dado a essas pessoas se consistiu em uma reclusão repressora e excludente em um espaço que reuniam todos aqueles que necessitavam ser corrigidos, vigiados e punidos: a internação nos manicômios (FOUCAULT, 2008).

A situação degradante do atendimento dado aos internos nos manicômios foi alvo de várias críticas que deram força ao movimento da Reforma Psiquiátrica. Essa reforma trouxe efetivas transformações na política de saúde mental que, no Brasil, especialmente após os anos de 1980, buscou um novo modelo de atendimento que busca

¹ O uso do gênero masculino para se referir aos adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação justifica-se pelos adolescentes do sexo masculino serem maioria nessa população.

² Apesar de reconhecer a importância do uso de terminologias que se preocupam em não acarretar um estigma ou preconceito aos indivíduos que experimentam sofrimento psíquico, não será objeto deste estudo a discussão sobre essas terminologias. Portanto, será utilizado o termo “pessoas com transtorno mental” para se referir àqueles que vivenciam essa experiência.

a inserção da pessoa com transtorno mental na família, trabalho e comunidade e que coloca a internação como último recurso de tratamento (BRASIL, 2001).

A medida socioeducativa de internação, também tem sido objeto de debates históricos de movimentos sociais relacionados à defesa dos direitos da criança e do adolescente no que se refere ao seu caráter correccional-repressivo e por ser aplicada, principalmente, a adolescentes que experimentam situações de risco social. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a internação constitui-se em uma medida socioeducativa que deve ser aplicada de acordo com os princípios da brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento (BRASIL, 1990). Isso significa que a internação deve ser executada em menor tempo possível, ser aplicada apenas quando esgotados todos os recursos disponíveis pelas medidas em meio aberto e ser compatível com a capacidade do adolescente para cumpri-la.

Nesse sentido, verifica-se que tanto a política de saúde mental como a política da infância e adolescência impõem sérias restrições à execução de internações devido ao ato infracional e internações para atenção às pessoas com transtorno mental. No entanto, apesar dessas restrições, as internações permanecem na atualidade para tornar invisível à sociedade aqueles que não respondem aos padrões morais e normalizadores vigentes. Assim, o “criminoso” e o “louco” são internados em instituições que visam corrigir sua inadaptação às regras sociais.

O que dizer então do sujeito que reúne em si as peculiaridades da experiência da adolescência pobre, transtorno mental e a autoria de ato infracional? O que se constata é que não existe um consenso sobre a medida adequada a ser aplicada a esse sujeito. O artigo 112 § 3º do ECA sinaliza que “os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições”, no entanto, não aponta qual seria esse lugar e não apresenta diretrizes para esse tratamento (BRASIL, 1990). Da mesma forma, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) faz menção aos adolescentes com transtorno mental ao propor que o atendimento seja realizado, preferencialmente, na rede pública extra-hospitalar de atenção a saúde mental e ao assegurar o não-isolamento desse adolescente na unidade socioeducativa, deixando ainda muitas lacunas sobre o

atendimento adequado a essa população no âmbito das medidas socioeducativas. (BRASIL, 2009).

Assim, situado entre a lei e a psiquiatria, o adolescente autor de ato infracional com transtorno mental torna-se alvo desses dois campos de conhecimento. No entanto, não existe uma resposta para a conciliação das ações desses campos por apresentarem uma relação contraditória entre a proteção integral, a vulnerabilidade de pessoa em desenvolvimento e portadora de transtorno mental e o cometimento de ato infracional. De acordo com Maria Cristina Vicentin (2006), essas diferentes particularidades que envolvem o adolescente autor de ato infracional com transtorno mental combinam problemas e necessidades diversos pertencentes a vários âmbitos de interpretação e intervenção. Isso resulta em uma relação complexa entre sistemas de saúde, justiça e assistência que criam um processo circular no reenvio de competências e dificuldades que acabam por acarretar uma situação de abandono no atendimento adequado a essa população.

Diante desse quadro, o objetivo desta dissertação foi analisar como os adolescentes com transtorno mental autores de ato infracional são atendidos pelas políticas de saúde mental e políticas de infância e adolescência no âmbito da medida socioeducativa de internação no Distrito Federal (DF). Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa que teve como principais etapas metodológicas: procedimentos éticos; trabalho de campo, e plano de análise dos dados. Os procedimentos éticos referem-se aos cuidados tomados para a proteção da pesquisadora e dos participantes da pesquisa durante o processo de investigação. O trabalho de campo foi realizado no Centro de Atendimento Juvenil Especializado I (CAJE I) com a aplicação de pesquisa documental, observação participante e entrevista semi-dirigida como instrumentos de pesquisa. O plano de análise dos dados foi guiado pelo método de codificação de pesquisas qualitativas.

A dissertação está dividida em três capítulos. O primeiro capítulo consiste na apresentação do referencial teórico utilizado para o estudo das políticas sociais voltadas para o adolescente com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação. A política de infância e adolescência e a política de saúde mental são situadas historicamente para a compreensão de sua atual configuração. No âmbito do atendimento ao adolescente com transtorno mental autor de ato infracional, a atual

configuração dessas políticas apresenta-se destoante ao sistema de garantia de direitos previsto no ECA e aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Esse atendimento observa o comportamento do adolescente e o considera desviante daquele que lhe é socialmente imposto e, para corrigir esse desvio, propõe a execução de medida socioeducativa acompanhada de uma intervenção médica devido a patologização desse adolescente.

No segundo capítulo foi apresentada a análise dos dados gerais da pesquisa. Em um primeiro momento, foi apontado, a partir das legislações voltadas para o adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, como se dá o atendimento em saúde e em saúde mental para essa população. Em seguida foram analisados os dados que revelam quem são os adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação, quais as suas principais demandas e como eles são atendidos. Dados que revelam a medida socioeducativa de internação como geradora de sofrimento psíquico para esses adolescentes.

A alta medicalização das adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação foi o tema do terceiro capítulo. Dessa forma, foi realizado um estudo de caso com as adolescentes, dada a alta prevalência de sua medicalização. Para a compreensão desse fenômeno buscou-se mostrar suas histórias de vida e dar rosto, corpo e personalidade a essas adolescentes tão desconhecidas.

A Pesquisa

1. Motivação

Em 2008, quando começou a trabalhar no CAJE I, a pesquisadora do presente estudo conheceu as histórias de alguns adolescentes, internos dessa unidade, com transtorno mental considerado grave. Chamados pelos outros adolescentes de “22”, eles eram conhecidos entre todos os adolescentes e funcionários da unidade devido ao atendimento diferenciado que demandavam. No entanto, com comportamentos contrários às regras institucionais, eram constantemente isolados e submetidos à disciplina. Além disso, dificilmente recebiam benefício de saída especial, devido ao “grau de periculosidade” que apresentavam.

Muitos outros adolescentes, diagnosticados com transtornos mais leves, consumiam, diariamente, medicamentos psicotrópicos. Esses adolescentes demandavam atendimento em saúde mental devido às diversas expressões de seu sofrimento como insônia, alucinações, ansiedade, automutilação, dentre outras. Para eles, a principal resposta dos serviços que os atendiam era a medicalização. Dessa forma, via-se na instituição vários adolescentes sobre o uso desses medicamentos.

Esses casos – dos adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa – não eram conhecidos pela pesquisadora deste estudo. Estavam invisíveis a ela, da mesma forma que estão para sociedade, até o dia em que ela se inseriu na unidade socioeducativa. A falta de recursos dessa instituição para atender esses casos, também foi percebida, mostrando-se um espaço inadequado para atender os adolescentes com transtorno mental.

Além da falta de recursos da unidade socioeducativa, os recursos oferecidos pela rede de saúde mental também eram escassos, inviabilizando, ainda mais, um atendimento adequado para esses adolescentes. Assim, entre a justiça e a saúde, eles se mostravam como um desafio às políticas sociais. O estudo desses casos, também se mostrou um desafio para a pesquisadora deste estudo, que buscou conhecer como eles são atendidos pela política de infância e adolescência e política de saúde mental.

2. Metodologia

Este estudo consiste em uma pesquisa qualitativa no campo das Ciências Sociais Aplicadas e teve como objetivo analisar o atendimento dado ao adolescente com transtorno mental autor de ato infracional pelas políticas de saúde mental e de infância e adolescência, no contexto da medida socioeducativa de internação. Por se propor analisar um fenômeno social, este estudo se apresenta como uma pesquisa social que, com base no uso de teorias pertinentes e na metodologia científica, buscou conhecer um determinado problema social e propor sua reflexão, transformando a pesquisa social em um instrumento eficaz para a condução de transformações sociais (SORIANO, 2004).

Para o estudo dessa realidade social foi proposto o método qualitativo de pesquisa por ser, de acordo com John W. Creswell (2007), um processo investigatório que pretende conhecer essa realidade com múltiplos métodos que permitem o envolvimento dos participantes do estudo. A pesquisa qualitativa foi baseada em perguntas de pesquisa que foram estabelecidas antes de iniciada a investigação. Essas perguntas foram guiadas por referenciais teóricos acrescidos de conhecimentos intuitivos que surgiram nas múltiplas dinâmicas da realidade social. Nesse sentido, o procedimento qualitativo esteve de acordo com os objetivos que fundamentaram este estudo.

A técnica utilizada na pesquisa consistiu em pesquisa documental, observação participante e entrevistas semidirigidas. A pesquisa documental consistiu em uma técnica referente à consulta a documentos onde os dados coletados foram registrados (CRESWELL, 2007). Nesses documentos, apareceram dados brutos que exigiram da pesquisadora uma atenção para realizar sua própria análise (CRESWELL, 2007). A observação participante se referiu ao engajamento da pesquisadora na realidade social, onde participou procurando entendê-la e explicá-la (MAY, 2004). A entrevista semidirigida foi guiada por um roteiro que apresentou uma lista de perguntas a serem respondidas (COMBESSIE, 2004). Essa técnica foi aplicada para obter, a partir das perguntas elaboradas, os dados da realidade estudada na resposta dos participantes.

A observação participante é um método, a partir do qual, a pesquisadora, inserida na realidade estudada, teve condições de compreender características da vida diária dos adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida

socioeducativa de internação (RICHARDSON, 1999). Nesse sentido, é um método que exigiu ser disciplinado e sistemático, pois, permitiu novas maneiras de ver o mundo (MAY, 2004). Portanto, para a realização da pesquisa com método de observação participante foram submetidos procedimentos éticos para garantir a proteção da pesquisadora e dos participantes envolvidos na pesquisa.

A entrevista semidirigida consistiu em um instrumento pelo qual a pesquisadora se envolveu com os participantes na coleta de dados e buscou estabelecer harmonia e credibilidade com os mesmos (CRESWELL, 2007). Jean-Claude Combessie (2004) afirma que a condução e o conteúdo das entrevistas são marcados por relações de idade, sexo, origens sociais, nível de instrução e trajetória de cada participante. Devido a essa relação entre pesquisadora e participante na aplicação do instrumento de pesquisa semidirigida, foram tomados cuidados éticos.

Nesse sentido, este estudo apresentou as seguintes etapas metodológicas: 1. levantamento teórico e de estudos empíricos no Brasil sobre saúde mental e medidas socioeducativas; 2. apresentação do projeto à direção do CAJE I e ao juiz da Vara da Infância e Juventude (VIJ), para solicitar a autorização da pesquisa de campo; 3. apresentação do projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para realizar a revisão ética; 4. trabalho de campo: a) consulta aos prontuários de atendimento dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação para conhecer, através do Código Internacional de Doenças (CID), os diagnósticos de doença mental, os encaminhamentos médicos realizados em atenção à saúde mental e o tratamento dado a esses adolescentes na medida socioeducativa; b) observação participante do cotidiano institucional vivenciado por esses adolescentes, para conhecer a realidade experimentada por eles; c) realização de entrevistas semidirigidas com profissional responsável pelo acompanhamento individual da medida socioeducativa das adolescentes com transtorno mental, para conhecer a suas histórias de vida; d) realização de entrevista semidirigida com profissional da VIJ, para verificar como o poder judiciário interpreta o ato infracional cometido por adolescente com sofrimento mental; 5. análise qualitativa dos dados.

2.1. Procedimento de coleta de dados

A pesquisa documental foi realizada nos prontuários de atendimento dos adolescentes do CAJE I. No DF existem três centros socioeducativos de internação, a escolha do CAJE I para a realização da pesquisa, justifica-se por este centro ser o que atende um número maior de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa – como mostra a Tabela 1 – em relação aos demais centros, o que ampliou os dados coletados.³

Tabela 1 - Adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa no CAJE I - 2011⁴

Medida Socioeducativa	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Internação	17	259	276
Internação Provisória	5	45	50
Internação – Sanção	0	4	4
Pernoite	0	9	9
Total	22	317	339

Fonte: Efetivo de número de internos do CAJE I (DF) disponibilizado por essa instituição em 24 de janeiro de 2011.

Criado em 1994, o CAJE I é a unidade socioeducativa de internação mais antiga no DF e, em seus 17 anos de existência, tem sido alvo de constantes denúncias de violação de direitos. A precariedade da estrutura física da instituição, a falta de recursos materiais, o *déficit* de funcionários, o quadro de superlotação – uma vez que, a unidade possui capacidade para atender 160 adolescentes –, dentre outros fatores, são presentes no cotidiano do CAJE I transformando-o em um espaço inadequado para o atendimento socioeducativo previsto pelo ECA e SINASE. Nesse contexto, que não se distancia da

³ Não é possível considerar como fixo o número de trezentos e trinta e nove adolescentes inseridos no CAJE I. A quantidade de internos varia diariamente devido aos fluxos de entrada e saída de adolescentes nesse centro.

⁴ A medida de internação provisória, de acordo com o Art. 108 do ECA, refere-se ao período de 45 dias em que o adolescente aguarda a decisão judicial; pernoite refere-se aos adolescentes que foram apreendidos por cometimento de ato infracional após o encerramento dos serviços diários da Justiça da Infância e Adolescência e aguardam no CAJE I a reabertura desses serviços; e, internação-sanção trata-se de uma espécie de castigo, aplicado por no máximo 90 dias devido ao descumprimento de uma medida anteriormente imposta.

realidade experimentada por outras unidades socioeducativas de internação no Brasil, foi realizada a coleta de dados.

A escolha dessa instituição também se justifica pelo fato de a pesquisadora do presente estudo ser uma das profissionais desse centro, o que contribuiu para o acesso aos dados. Por ser uma das profissionais do CAJE I, foi possível a aplicação do método de observação participante. No entanto, vale ressaltar que o fato de a pesquisadora trabalhar na instituição onde foi realizada a pesquisa não implica a sua concordância com a realidade social estudada e com os resultados da pesquisa (SORIANO, 2004). A pesquisadora adotou uma postura crítica face à essa realidade e tomou cuidados éticos para garantir a sustentação científica e social da pesquisa (SORIANO, 2004). Seus papéis no campo de pesquisa foram sobrepostos. Sua nova entrada nesse campo se deu como pesquisadora para ter o estranhamento com a realidade social estudada.

O primeiro passo da pesquisa foi apresentá-la à Direção do CAJE I e ao juiz da VIJ, que concordaram com sua realização – autorização em anexo. Em seguida, foi aplicado instrumento de registro documental em trinta e cinco prontuários que corresponderam a todos os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação usuários de medicamentos psicotrópicos entre os meses de julho a outubro de 2010. Além dos diagnósticos de transtorno mental e encaminhamentos médicos realizados em atenção à saúde mental, nos prontuários foi possível conhecer, a partir dos relatórios avaliativos, as histórias de vida desses adolescentes e como estão constituídas as relações sociais deles e suas famílias. Nesses relatórios, que são enviados à VIJ para informar a situação do adolescente antes de sua audiência, constam seus antecedentes, seu histórico sócio-familiar e a avaliação do adolescente realizada por todas as equipes de atendimento do CAJE I.

Durante a realização da pesquisa de campo, cinco adolescentes que tiveram seus prontuários analisados, saíram do CAJE I. Diante disso, foi realizada uma entrevista semidirigida com a psicóloga de referência dessas adolescentes para conhecer a realidade vivenciada por elas após o cumprimento da medida socioeducativa, uma vez que essa profissional manteve contato com suas famílias após a saída delas do CAJE I. Por último, foi realizada entrevista semidirigida com a psicóloga da Seção de Medidas Socioeducativas (SEMSE) da VIJ para verificar a maneira como o poder judiciário

compreende o ato infracional cometido por adolescentes com transtorno mental e de que forma essa compreensão determina o tipo de medida socioeducativa a ser aplicada.

2.2. Plano de análise dos dados

Foram transcritas as entrevistas realizadas com as profissionais do CAJE I e da VII. A partir do texto transcrito das entrevistas, das anotações realizadas durante a observação participante e dos questionários aplicados nos prontuários, foi realizada uma leitura aprofundada para extrair dados da pesquisa, o que é interpretado por Creswell (2007) como a fase de organização e preparação dos dados para a análise. Essa fase consistiu em uma microanálise, considera por Anselm Strauss e Juliet Corbin (2008), como necessária no começo de um estudo para realizar uma análise detalhada, linha por linha, nos questionários e nos textos transcritos das entrevistas, a fim de gerar categorias iniciais, ou seja, conceitos que representam os fenômenos estudados.

Concluída essa fase, foi possível obter um sentido geral das informações para um aprofundamento do entendimento dos dados (CRESWELL, 2007). Após a microanálise, a análise dos dados seguiu um processo de codificação das respostas abertas, um processo analítico por meio do qual foram identificados conceitos, suas propriedades e dimensões descobertas nos dados (MAY, 2004; STRAUSS; CORBIN, 2008). No processo de codificação, foram levantados tópicos de análise a partir da extração do sentido total do conteúdo dos questionários e das entrevistas. Os tópicos similares foram agrupados e abreviados em categorias, que foram posicionadas dentro dos referenciais teóricos estudados para esta pesquisa (CRESWELL, 2007).

As principais categorias elencadas foram: 1. perfil dos adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação; 2. demandas apresentadas por esses adolescentes em saúde mental; 3. configuração do atendimento dado a essas demandas pela política de saúde mental e política de infância e adolescência. Assim, não de forma sequencial, mas juntamente com o processo de codificação aberta foi realizado o processo de codificação axial. De acordo com Anselm Strauss e Juliet Corbin (2008), no processo de codificação axial as categorias são sistematicamente desenvolvidas e relacionadas às suas subcategorias. Isso significa que durante o processo de codificação foram levantadas novas informações, propriedades e

dimensões de cada categoria, que constituíram suas subcategorias. O relacionamento das subcategorias com as categorias aconteceu em torno do eixo de cada categoria, por isso o processo é chamado de axial. Esse processo auxiliou a construção de teoria por identificar conceitos que representaram os fenômenos analisados e a forma como estes se relacionam.

De acordo com Anselm Strauss e Juliet Corbin (2008), a análise qualitativa produz resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos e de quantificação. Alguns dados podem ser quantificados, porém, sua força está na análise interpretativa. Por se tratar de uma pesquisa das Ciências Sociais Aplicadas, a análise interpretativa dos dados desta pesquisa identificou problemas a serem refletidos para posteriormente indicar soluções. Essa característica aponta para a possibilidade de vieses da pesquisadora na interpretação dos dados. Apesar de reconhecer que a pesquisa social não apresenta uma imparcialidade, uma vez que, a postura crítica da pesquisadora está comprometida com a garantia de direitos humanos da população estudada, foram utilizados os métodos apresentados nesta pesquisa para garantir o rigor científico da pesquisa (SORIANO, 2004).

2.3. Procedimentos éticos

Por se tratar de um método subjetivo, o método qualitativo em pesquisa social deve se preocupar com as implicações éticas decorrentes do processo de investigação na vida dos indivíduos (MEDEIROS, *et al.* 2007). Essas implicações devem ser reconhecidas para proteger os sujeitos de pesquisa de possíveis desvantagens resultantes da relação entre sujeitos e pesquisadores (GUILHEM; ZICKER, 2007). A população a que se destinou este estudo – os adolescentes autores de ato infracional com transtorno mental privados de liberdade – apresenta-se como uma população vulnerável na condição de participantes da pesquisa (LOTT, 2008). No entanto, os adolescentes não tiveram participação direta na pesquisa. Os dados sobre esses sujeitos foram obtidos através da observação participante, de pesquisa documental e entrevistas com profissionais do CAJE I e da VIJ, o que implicou a redução de possíveis riscos ou desvantagens para essa população.

Foi assegurado o sigilo dos dados pessoais dos adolescentes mencionados nos prontuários onde foi aplicada a pesquisa documental, e das pessoas envolvidas nas entrevistas semidirigidas. No momento da entrevista, foi apresentado às pessoas entrevistadas a pesquisa, seus objetivos, e a forma de participação. Antes de iniciar a entrevista, as pessoas entrevistadas receberam informações sobre a participação voluntária e a possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa. Só participaram da entrevista as pessoas que compreenderam os procedimentos da pesquisa e aceitaram participar.

Como forma de garantir a proteção dos participantes da pesquisa e dos pesquisadores, existe no Brasil a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que direciona as questões éticas de pesquisas envolvendo seres humanos. A Resolução 196/96 consolidou o Sistema CEP/CONEP, que se configura na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com diversos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) - fóruns privilegiados de discussão e avaliação ética em pesquisas (GUILHEM; ZICKER, 2007). A submissão de projetos de pesquisa ao CEP não é um processo obrigatório e, apesar desta pesquisa não apresentar desvantagens e riscos físicos, morais ou materiais para os sujeitos envolvidos, ela foi submetida a um CEP.

O CEP do Instituto de Ciência Humanas da Universidade de Brasília (CEP/IH) possui a especificidade de avaliar projetos cujas técnicas se referem ao campo das Humanidades e pensar em que medida a Resolução CNS 196/96 contempla as particularidades da pesquisa social (DINIZ, 2007). Dessa forma, para analisar as possíveis implicações éticas em todas as fases da pesquisa, como fator de proteção para os sujeitos envolvidos e para a pesquisadora, o projeto desta pesquisa foi submetido a esse CEP que aprovou sua realização. Como resposta à recomendação do CEP/IH, os dados desta pesquisa serão devolvidos a seus participantes através da disponibilização de uma cópia desta dissertação para a direção do CAJE I e VII.

Capítulo 1

Políticas Sociais Voltadas para o Adolescente com Transtorno Mental em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Internação

1. A política de infância e adolescência

A história da política de atendimento à infância e adolescência no Brasil divide-se entre a história da criança e do menor. A história da criança refere-se à história dos indivíduos que mantidos sob os cuidados da família podiam usufruir dos direitos sociais e civis a eles reservados (RIZZINI, 2008). Já, a história do menor diz respeito aqueles mantidos sob a tutela vigilante do Estado, sendo alvo de leis, medidas filantrópicas, medidas educativas/repressivas e programas assistenciais (RIZZINI, 2008). Na atualidade, o adolescente autor de ato infracional é alvo dessa mesma vigilância e ações educativas de cunho repressivo, por isso, esse estudo se dedicará a história do atendimento ao menor.

De acordo com Irene Rizzini (2008), nos primeiros anos do século XX surgiu uma movimentação em torno de uma justiça voltada para as crianças e adolescentes. O debate foi impulsionado pela experiência estadunidense a partir de uma reforma da assistência judiciária, através da instituição do julgamento de crianças e adolescentes em tribunais especiais. Além disso, foi aplicado o regime de *liberdade fiscalizada* que buscava reabilitar os jovens que eram considerados pesos mortos na sociedade e transformá-los em cidadãos úteis que correspondessem às relações capitalistas em curso.

No Brasil, os traços dessas propostas são evidenciados a partir dos primeiros anos do século XX com a aprovação do Código de Menores de 1927 (RIZZINI, 2008). Esse código visava medidas de proteção e assistência para os chamados delinquentes ou abandonados com idade inferior a 18 anos. O código não focalizava todas as crianças e adolescentes, mas aqueles sem famílias, vistos como vítimas e aqueles que eram uma ameaça à ordem pública, portanto, considerados perigosos. A esses dois grupos, a intitucionalização se apresentava como melhor proposta de atendimento.

Assim, de acordo com Vicente de Paula Faleiros (2003), a partir do Código de Menores de 1927 o Estado passou a ter poder sobre a família e as crianças, e os menores abandonados, passaram a ser objetos de vigilância do poder público. Para exercer este controle, o Estado classificou os menores com o objetivo de planejar ações e serviços especializados. Essas classificações tratavam as situações de forma evolutiva, ou seja, do abandono poderia evoluir para a vagabundagem e desta para a mendicância (FALEIROS, 2003). Por isso, as classificações eram utilizadas para a elaboração de medidas como forma de prevenir e acabar com a desordem.

Uma das principais medidas nesse sentido foi a criação do Serviço de Assistência aos Menores (SAM), um órgão que centralizou em todo o território nacional a assistência à criança e ao adolescente (RIZZINI, 2009). No Decreto-lei 3.799 de 1941, que institui esse serviço, são postas as finalidades do SAM:

- a) sistematizar e orientar os serviços de assistência a menores desvalidos e delinquentes, internados em estabelecimentos oficiais e particulares;
- b) proceder à investigação social e ao exame médico-psicopedagógico dos menores desvalidos e delinquentes;
- c) abrigar os menores, á disposição do Juízo de Menores do Distrito Federal;
- d) recolher os menores em estabelecimentos adequados, afim de ministrar-lhes educação, instrução e tratamento sômato-psíquico, até o seu desligamento;
- e) estudar as causas do abandono e da delinquência infantil para a orientação dos poderes públicos;
- f) promover a publicação periódica dos resultados de pesquisas, estudos e estatísticas. (BRASIL, 1941)

De acordo com Irene Rizzini e Irma Rizzini (2004), esse serviço logo passou a ser alvo de críticas em torno do atendimento prestado ao menor. As denúncias sobre as situações de maus-tratos vivenciadas pelos menores atendidos pelo SAM passaram a ser publicadas nos veículos de comunicação da época. Dessa forma, além de uma insatisfação, criou-se no imaginário popular a imagem dessa instituição como uma “prisão de menores transviados” e uma “escola do crime”, tornando aqueles que por lá passavam temidos pelo estigma de “bandidos” que recebiam (RIZZINI; RIZZINI, 2004). Devido a isso, em 1964 o SAM foi extinto e em sua substituição foi criada a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) e a Política Nacional do Bem-Estar do Menor (PNBEM).

A FUNABEM e a PNBEM buscavam corrigir as causas do desajustamento do menor através de ações preventivas que, na verdade, se constituíram em internações desses menores desajustados, realizadas em larga escala (VOGEL, 2009). Dessa forma,

essa fundação e essa política aprimoraram o modelo carcerário e repressivo de atendimento ao menor (RIZZINI, 2009). O Relatório Final de Avaliação da FUNABEM indicou que seu sistema de atendimento priorizava a relação menor-instituição em detrimento da relação menor-sociedade (FALEIROS, 2009). Nesse mesmo relatório foi avaliado o fracasso dessa instituição, uma vez que, não trouxe mudanças à situação de desigualdade experimentada pelos menores atendidos pela FUNABEM (FALEIROS, 2009). Apesar disso, o atendimento dessa instituição ao menor perdurou por muitos anos, uma vez que, apenas com o advento do ECA em 1990 a FUNABEM e a PNBEM foram extintas.

Em 1979 surge um novo Código de Menores que se destinou aos menores em situação irregular, entendidos como

aqueles privados de condições essenciais à sua subsistência, saúde e educação obrigatória, por omissão dos pais ou responsáveis, situação de maus-tratos e castigos, de perigo moral, de falta de assistência legal, de desvio de conduta por inadaptação familiar ou comunitária, e autoria de infração penal (BRASIL, 1979).

A doutrina da situação irregular concebia a idéia de que o Estado não tinha nenhuma responsabilidade com a exclusão social vivida pelas crianças e adolescentes. Em uma perspectiva liberal, o Estado era desresponsabilizado e os indivíduos que eram vítimas da ausência do Estado na garantia de direitos sociais, tornavam-se réus (FALEIROS, 2009). Nessa perspectiva, cada indivíduo era o resultado de suas escolhas individuais ou da incompetência de sua família, que não integrava os menores nas normas e princípios morais vigentes.

Outra característica do Código de Menores de 1979 refere-se ao poder arbitrário dado ao Juiz de Menores que penalizava as crianças e adolescentes pelas condições sociais que viviam (FUCHS, 2009). A chamada situação irregular retratava a situação de pobreza experimentada pelos menores e suas famílias e as privações dela decorrentes. Relacionado a isso, os menores não apresentavam um comportamento e configuração familiar correspondentes ao colocado pelos setores dominantes, por isso, eram considerados anti-sociais devendo ser internados para tratamento. Dessa forma, a internação acabava por acontecer devido à situação de pobreza que os menores experimentavam.

No entanto, o Código de Menores de 1979 teve vida curta. A sociedade democrática dos anos 1980, originária do fim da ditadura militar, questionava as práticas repressivas impostas pelo Código (BRASIL, 2006). Os debates ao longo dos anos, denúncias e demonstrações públicas de desagrado em relação aos Códigos de 1927 e 1979, contribuíram para a criação de movimentos sociais comprometidos com a defesa dos direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 2006). O tema ganhou visibilidade com a nova Constituição Federal de 1988 e mais ainda na elaboração do projeto do ECA, com a participação de diversos segmentos da sociedade civil.

Assim, a lei nº 8.069 de 1990 deu fim ao Código de Menores de 1979 e instituiu o ECA. Essa lei apresentou a doutrina da proteção integral que considera a criança e o adolescente como pessoas em desenvolvimento, portanto, vulneráveis, que necessitam ser protegidas pela família, sociedade e Estado (BRASIL, 1990). Um dos avanços legais do ECA refere-se ao princípio da prioridade absoluta, ou seja, todas as crianças e adolescentes, sem distinção, desfrutam dos mesmos direitos e obrigações compatíveis com sua peculiar condição de pessoa em desenvolvimento, rompendo, no âmbito legal, com a doutrina da situação irregular, até então admitida no Código de Menores.

No entanto, no que se refere ao adolescente autor de ato infracional, o Estatuto esbarra-se com resquícios da legislação menorista que considera, até os dias atuais, o ato infracional como desvio de conduta ou ato anti-social, mesmo que esta categoria não esteja explicitada no texto legal (FUCHS, 2009). De acordo com o ECA, a resposta ao cometimento de ato infracional são as medidas socioeducativas. A execução dessas medidas carrega como herança a concepção menorista e mantém antigas práticas institucionais no atendimento socioeducativo que ferem os direitos civis, sociais, e, sobretudo, os direitos humanos dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa (FUCHS, 2009).

Nesse sentido, Irene Rizzini e Francisco Pilotti (2009) afirmam que a política de atendimento à infância e adolescência no Brasil, apresenta uma prevalência histórica de controle da população pobre, vista como perigosa. Um dos segmentos dessa população pode ser visto, na atualidade, nos adolescentes autores de ato infracional. Dessa forma, essa política manteve uma distância entre infâncias privilegiadas e menores marginalizados. Para esses últimos, as ações da política de infância e adolescência configuraram-se na imposição de diversas propostas assistenciais destinadas a

compensar a ausência de uma política social efetiva, capaz de efetivar direitos para crianças e adolescentes de qualquer natureza.

1.1. A socioeducação

Baseado na doutrina da proteção integral inaugurada pelo ECA, foi criado o SINASE que “constitui-se de uma política destinada a inclusão do adolescente em conflito com a lei que se correlaciona e demanda iniciativas dos diferentes campos das políticas públicas e sociais” (BRASIL, 2009, p.25). Esse sistema se relaciona com as políticas de educação, saúde, assistência social, segurança pública, dentre outras, que juntas devem garantir a efetivação do sistema de garantia de direitos destinados aos adolescentes. No que se refere ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de internação, todos os direitos destinados às crianças e ao adolescente devem ser efetivados, com exceção do direito à liberdade que, durante o cumprimento da medida, é temporariamente suspenso. No entanto, o que se vê na realidade é que, apesar do novo marco legal do ECA e das propostas do SINASE representarem avanços no plano jurídico e político-conceitual, esse sistema de garantia de direitos não chega efetivamente aos seus destinatários (FUCHS, 2009).

Vistos como delinquentes, marginais, perigosos, dentre outros adjetivos estigmatizantes voltados para os adolescentes autores de ato infracional, a privação de liberdade se apresenta, no imaginário social, como a melhor medida para proteger a sociedade da violência produzida por eles (VOLPI, 2001). Diante disso, a internação surge como uma proposta para recuperar esses adolescentes. Essa idéia de recuperação e tratamento, tão presente no Código de Menores, se transforma, a partir do ECA, na socioeducação.

Julia de Oliveira (2009) ao buscar identificar a concepção socioeducativa vigente nas atuais normativas referentes à criança e ao adolescente, afirma que o ECA não trouxe mudanças profundas na forma de aplicação, gestão e execução das medidas socioeducativas e que nesse Estatuto a ação socioeducativa não aparece de forma clara, uma vez que, se refere apenas à necessidade dessas medidas apresentarem caráter pedagógico. Somente com a publicação do SINASE em 2006, se tornou possível identificar o objetivo da ação socioeducativa em que

o adolescente deve ser alvo de um conjunto de ações socioeducativas que contribua na sua formação, de modo que venha a ser um cidadão autônomo e solidário, capaz de se relacionar melhor consigo mesmo, com os outros e com tudo que integra a sua circunstância e sem reincidir na prática de atos infracionais. Ele deve desenvolver a capacidade de tomar decisões fundamentadas, com critérios para avaliar situações relacionadas ao interesse próprio e ao bem-comum, aprendendo com a experiência acumulada individual e social, potencializando sua competência pessoal, relacional, cognitiva e produtiva. (BRASIL, 2009, p.48)

No entanto, os objetivos postos pelo SINASE e o caráter pedagógico mencionado no ECA são incompatíveis com o contexto de privação de liberdade. A internação não possibilita a socioeducação por ser uma sentença de apartação desses adolescentes com a vida em sociedade (DINIZ, 2007). Além disso, nesse contexto, os adolescentes são postos sob intensa vigilância de forma a torná-los alvo de constantes avaliações que julgam, a partir de seus comportamentos, se estão aptos ou não para o convívio social.

Ao comparar a medida socioeducativa com o sistema penal de adultos, Flávio A. Frasseto (2006) afirma que o foco dessa medida é muito mais no autor do que no ato infracional. A gravidade do ato infracional é considerada no momento da sentença, no entanto, esquecida durante o cumprimento da medida. A duração da medida socioeducativa não se vincula à gravidade da infração, mas sim, ao tempo necessário para a mudança comportamental que se espera desse adolescente. Nesse sentido, o ato infracional se apresenta como um indicador de um traço desviante, de forma que a medida justifica-se como estratégia para sua correção. Enquanto não for corrigido e ainda apresentar perigo, a medida pode permanecer, indeterminadamente, até o limite de 3 anos.

Dessa forma, de acordo com Frasseto (2006) os jovens privados de liberdade são submetidos a diversas avaliações psicológicas, psiquiátricas e sociais que, a partir das características pessoais e de personalidade de cada adolescente, busca-se a razão da infração e elege-se o melhor método de tratamento. “Sempre sobre a lógica da falta, da patologia, do desajuste, a medida é concebida como retificadora de almas”, onde se torna necessária a imposição de valores condizentes com a vida aceitável em sociedade (FRASSETO, 2006, p.320). Assim, diante dessa responsabilização, todo o esforço educativo da medida socioeducativa é deslegitimado pela coerção destinada aos adolescentes que cumprem essa medida.

2. A política de saúde mental

O processo histórico de atendimento à loucura configura-se em uma história de reclusão, privação de direitos e violência. De acordo com Michael Foucault (2008), a partir da metade do século XVII acontece na Europa o fenômeno denominado por ele como a “grande internação”. Esse fenômeno se refere à internação de loucos em um espaço criado pela sociedade para recolher todos aqueles que apresentavam um comportamento contrário à moral vigente: os loucos, os miseráveis e os vagabundos. Nesse contexto, os loucos, que na sociedade pré-capitalista faziam parte do cenário comum – ainda que vistos com uma certa extraterritorialidade – passaram a ser varridos da sociedade e confinados nos porões dos hospitais gerais (FOUCAULT, 2008; RESENDE, 1997).

Para Foucault (2008), o internamento se constituiu em uma das respostas dadas pelo século XVII à crise econômica que afetou o mundo ocidental com diminuição dos salários, desemprego e escassez de moeda. O trabalho se tornou uma atividade imperativa e todo aquele não o exercia era uma ameaça à ordem social devendo, portanto, ser condenado por sua ociosidade. Além disso, de acordo com Robert Castel (1978), nesse período em que se vivia a queda do Antigo Regime e o surgimento da sociedade capitalista, a loucura colocou-se como um desafio à sociedade burguesa. Para essa sociedade, a credibilidade de seus princípios e o equilíbrio de seus poderes estava relacionada aos seus negócios de justiça, administração e finanças, de onde a loucura era deslocada. Dessa forma, iniciaram-se os debates sobre o louco, que se reduziam a buscar os responsáveis por seu controle.

A loucura tornou-se, então, uma questão de polícia juntamente com a pobreza e o desemprego. Os sujeitos que experimentavam essas situações eram detidos e acorrentados entre os muros dos hospitais, estabelecendo um esquema implícito de obrigações entre eles e a sociedade: possuíam o direito de serem alimentados, mas em contrapartida deveriam aceitar a coação física e moral do internamento (FOUCAULT, 2008). Nesse momento, Castel (1978) afirma que a justiça e a medicina se instauraram sobre a loucura de forma que uma combatia suas transgressões com sanções inscritas na lei e, outra, detectava em cada pessoa sua distância em relação à normalidade e tentava anulá-la com remédios. Essa medicalização fez parte do desenvolvimento de uma nova

tecnologia hospitalar que a firmou a relação medicina-hospitalização. Relação que anunciava o reconhecimento do médico como figura competente para intervir nas questões sociais colocadas pela loucura.

Portanto, sob a forma de tratamento médico, iniciou-se o confinamento dos loucos nos hospitais gerais onde eram submetidos à punição e tortura. Heitor Resende (1997) descreve que uma dessas práticas consistia no tratamento voltado para retirar seus maus humores, uma vez que se acreditava que a doença resultava do desequilíbrio entre os humores do corpo. Dessa forma, o tratamento consistia em sangrá-los até chegarem à síncope e purgá-los várias vezes ao dia (RESENDE, 1997). Assim, diante desse quadro de maus-tratos, viu-se crescer na Europa Ocidental um movimento de denúncia contra as internações baseado nas idéias Iluministas da Revolução Francesa (RESENDE, 1997). Como resposta a essa insatisfação, foi pensada uma reforma técnica na instituição totalitária colocando-a em harmonia com o novo ambiente moral da sociedade burguesa (CASTEL, 1978). Mas para isso, era necessário encontrar um operador prático, que foi Pinel (CASTEL, 1978).

De acordo com Paulo Amarante (2008), ao assumir a direção de um dos principais hospitais gerais da Europa – Hospital de Bicetrê em Paris – em 1793, Philippe Pinel impressionou-se com a situação à que estavam submetidos os loucos e propôs que fossem liberados de suas correntes, mas ainda mantidos em completo isolamento para tratamento. Pinel elaborou uma primeira classificação de enfermidades mentais, consolidou o conceito de alienação mental e a profissão de alienista. Para ele, o conceito de alienação mental consistia em um distúrbio no âmbito da paixão e da moral que deixam de ser campo da filosofia e do senso comum e passam a ser parte da medicina, permitindo com que a loucura se tornasse passível à cura por meio de tratamento moral, baseado no que ele denominou de trabalho terapêutico. Com isso, Pinel introduziu novas práticas nos hospitais gerais e lançou as bases da disciplina que futuramente viria a ser a psiquiatria.

No Brasil, foi criado o primeiro hospício em 1852 no Rio de Janeiro – Hospício de Pedro II – com sua administração realizada pela Santa Casa de Misericórdia. Ao ser inaugurado, o número de internos rapidamente atingiu sua lotação e demandou a criação de vários outros hospícios que foram abertos em seguida (RESENDE, 1997). Influenciados pela idéias alienistas de Pinel, os médicos realizaram várias críticas ao

Hospício de Pedro II defendendo que sua direção deveria estar sobre o comando da medicina e não da Igreja (ODA; PICCININI, 2006). Assim, com a Proclamação da República, o Hospício de Pedro II passou a ser submetido à administração pública e teve seu nome mudado para Hospício Nacional de Alienados, com sua primeira direção realizada por João Carlos Teixeira Brandão considerado o “Pinel brasileiro” (ODA; PICCININI, 2006). A gestão de Teixeira Brandão foi caracterizada pela ampliação dos asilos onde os loucos permaneciam enclausurados por um imperativo terapêutico (AMARANTE, 2008).

Em âmbito internacional, o método terapêutico de Pinel passou a ser alvo de várias críticas devido à superlotação dos hospitais psiquiátricos, à função social do hospício ainda como um instrumento de segregação dos setores marginalizados da população e às constantes denúncias de violências e maus-tratos aos internos dos hospitais (AMARANTE, 2008). Devido a isso, buscou-se uma nova tentativa de tratamento terapêutico da loucura: as colônias de alienados. Essas colônias consistiam em instituições construídas em grandes áreas agrícolas onde os alienados se submetiam ao trabalho. Os alienistas brasileiros do século XX foram grandes adeptos dessas colônias por acreditarem que o trabalho era capaz de curar os sujeitos dos delírios (AMARANTE, 2008). Assim, dezenas de colônias surgiram em todo o país, em especial das décadas de 1940 e 1950, mas logo se mostraram iguais aos asilos tradicionais (AMARANTE, 2008).

Após a Segunda Guerra Mundial e a emergência dos direitos humanos, as condições de vida oferecidas àqueles em tratamento psiquiátrico, foram consideradas semelhantes ao que acontecia nos campos de concentração (AMARANTE, 2008). Com isso o debate sobre reformas psiquiátricas foi impulsionado. Várias foram as propostas de reforma, no entanto, a Psiquiatria Democrática, do italiano Franco Basaglia apresentou-se como uma proposta rica e inovadora por buscar a superação do aparato manicomial considerado por ele como um conjunto de saberes e práticas médicas, sociais e jurídicas que recusa aqueles que não correspondem à norma, ou seja, aos valores médicos e da sociedade da qual a psiquiatria é representante (BASAGLIA, *et al.* 2008).

Nesse sentido, surge no Brasil, no final da década de 1970 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que passa a protagonizar iniciativas no

campo da saúde mental. De acordo com Paulo Amarante (2008), essas iniciativas referem-se à reforma da assistência psiquiátrica nacional, pela qual o MTSM apresentava propostas de desospitalização e denunciava as ações focalizadas nas internações hospitalares. Dessa forma, em 1987 lançou como lema de seu movimento a frase: “por uma sociedade sem manicômios”, que passou a incentivar a discussão e a invenção de experiências assistenciais territoriais e a desconstrução dos conceitos e práticas psiquiátricas. Neste mesmo ano, o MTSM sofreu uma grande transformação ao deixar de ser um movimento apenas de trabalhadores e passar a contar com a participação dos usuários e suas famílias.

Com base em seu lema, o MTSM lutava pela implementação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico convencional. Nesse sentido, o Projeto de Lei de 1989 do deputado Paulo Delgado, foi um marco histórico na luta antimanicomial, pois, propôs a extinção gradativa dos serviços manicomiais e sua substituição por serviços psiquiátricos alternativos (BISNETO, 2009). De acordo com Eduardo M. Vasconcelos (2010), apesar desse Projeto de Lei não ter sido aprovado, vários estados e municípios introduziram leis em consonância com a Reforma Psiquiátrica. Além disso, em 1990, com a realização da Conferência de Caracas, foi criado um consenso entre os governos latino-americanos em torno da proposta da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, os primeiros anos da década de 1990 foram marcados por um avanço e consolidação da perspectiva de desinstitucionalização psiquiátrica, em que se iniciou um processo de substituição gradativa da assistência psiquiátrica baseada na internação para serviços abertos.

Juntamente com o surgimento do MTSM na década de 1970, iniciou-se no Brasil um movimento social no campo da saúde denominado como Movimento Sanitário, que reivindicava um sistema público, descentralizado e participativo de saúde em todo o país – o Sistema Único de Saúde (SUS). As propostas do Movimento Sanitário foram de encontro às da Reforma Psiquiátrica que, com a realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental em 1987, 1992 e 2001, ofereceu a possibilidade de participação de diversos atores sociais na discussão e construção da política de saúde mental. Essa participação, reforçou a discussão sobre a rede de atenção integral em saúde mental no que se refere à qualidade, acesso e direito, estabelecendo que o país deveria priorizar a implantação de políticas de saúde mental no âmbito do SUS (REIS; GARCIA, 2008).

A Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, foi um passo decisivo nesse contexto, pois, além de garantir direitos e proteção às pessoas com transtorno mental, redirecionou o modelo assistencial em saúde mental para um modelo com maior participação democrática e envolvimento dos usuários, familiares, trabalhadores e outros atores no processo da política (BRASIL, 2001). Esse novo modelo contou com a implantação de serviços de base territorial para atuarem nas comunidades – os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência e Cultura, dentre outros – que buscam oferecer atendimento adequado às pessoas em sofrimento mental garantindo sua convivência comunitária e preservando vínculos afetivos, familiares e sociais que envolvem esses sujeitos.

No entanto, apesar dessas mudanças estruturais na política de saúde mental, a substituição do modelo psiquiátrico tradicional por serviços de atenção à saúde mental propostos na Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, não é um processo acabado. Os serviços oferecidos por essa política estão aquém das necessidades da população, uma vez que, uma parcela significativa de seus membros não tem acesso a esses serviços. Assim, por reconhecer esse quadro, durante a IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (IV CNSM-I) ocorrida no ano de 2010, foi afirmada a necessidade de:

implantar, implementar, ampliar, consolidar e fortalecer a rede de serviços substitutivos em Saúde Mental, em todo o país, com prioridade para as regiões com vazios assistenciais, garantindo acesso, acolhimento e tratamento de toda a população, em todos os níveis de assistência. (CNS; MS, 2010, p. 21).

Dessa forma, os serviços comunitários de atenção a saúde mental devem ser ampliados para garantir um modelo de atendimento em saúde mental de acordo com as propostas da Reforma Psiquiátrica. Esse modelo deve preservar a permanência do sujeito em seu convívio social em detrimento de seu isolamento.

2.1. O que propõe a política de saúde mental para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação?

De acordo com Maria Cristina G. Vicentin e Gabriela Gramkow (2010), existe uma grande distância entre os serviços de saúde mental e a adolescência. Essa distância pode ser entendida por diversos fatores, dentre os quais se destacam a escassez de

serviços de saúde mental para essa população, a dificuldade de adesão dos adolescentes ao tratamento, o hiato no formato dos serviços oferecidos em relação à realidade da juventude e a fragilidade na relação da política de saúde mental com as demais políticas voltadas para adolescentes. No que se refere aos adolescentes atores de ato infracional, essa distância é ainda maior devido, principalmente, ao estigma de periculosidade destinado a eles e aos atendimentos em saúde mental realizados entre os muros da instituição.

Devido a isso, novas propostas tem sido apresentadas para o atendimento dessa população pela política de saúde mental. Um dos primeiros passos nesse sentido aconteceu em 2004, quando foi instituído o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil. A Recomendação 1/2005 desse Fórum considerou a existência de 11.000 adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação (MS, 2005). Com isso, verificou-se a necessidade de se pensar no atendimento em saúde mental para esses adolescentes. Para isso, o Fórum recomendou a realização de estudos e pesquisas de caráter científico sobre a população institucionalizada para subsidiar o desenvolvimento de ações e serviços em saúde mental voltados para esses adolescentes (MS, 2005).

Um desses estudos configurou-se no Levantamento Nacional dos Serviços de Saúde Mental no Atendimento aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades Socioeducativas, realizado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República em 2008. Dentre os dados apontados nesse levantamento, verificou-se que as unidades socioeducativas disponibilizam de serviços de saúde mental na rede externa de saúde e na própria instituição. No entanto, existe uma alta prevalência da utilização dos serviços restritos ao âmbito das unidades. Esse dado pode estar diretamente relacionado à insuficiência dos serviços da rede de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS).

O levantamento também mostrou que entre as intervenções realizadas pelos serviços de saúde mental verificou-se a realização de avaliação em saúde mental na maioria dos adolescentes, o acompanhamento psiquiátrico continuado, a prescrição de medicamentos psicotrópicos, a utilização de métodos de isolamento e a contenção para manejar os problemas reportados como de saúde mental. Dentre essas intervenções, destaca-se a alta proporção de adolescentes medicados que, em algumas unidades

socioeducativas chegou a representar um número expressivo (80%) de adolescentes sob o uso dessas substâncias, apontando um quadro de contenção química (MS; SEDH, 2008). Em quase todos os casos, essa alta medicalização é referenciada pelos psiquiatras da unidade socioeducativa (MS; SEDH, 2008).

Dessa forma, o levantamento aponta dois fenômenos como possíveis explicações a essa medicalização, a psiquiatrização dos adolescentes autores de ato infracional, ou uma medicalização indiscriminada desses adolescentes:

Cabe avaliar se o perfil dos adolescentes em conflito com a lei é fortemente associado à prevalência de transtornos mentais ou se existe nas unidades socioeducativas um padrão de medicalização dos adolescentes em alta escala, desconsiderando quaisquer critérios clínicos aceitos universalmente. (MS; SEDH, 2008, p. 18)

Para Vicentin e Gramkow (2010) esse fenômeno da psiquiatrização refere-se a predominância do saber psiquiátrico no controle das problematizações e dos conflitos que os adolescentes autores de ato infracional vem colocando ao campo social. Essas problematizações e conflitos expressam uma insuficiência das políticas sociais no atendimento a esses adolescentes que, de acordo com o relatório final da VII Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil (2009), não deve ser compensada com medidas socioeducativas.

Esse relatório também realizou recomendações no atendimento à saúde mental dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação, dentre elas: a necessidade de reconhecimento e aprimoramento de fluxos de atendimento à saúde mental dos adolescente privado de liberdade, bem como a construção de novos fluxos; a garantia de atendimento desses adolescentes na rede de saúde mental do SUS como usuários legítimos; a criação de comissões intersetoriais de implementação do SINASE em que seja priorizada, na pauta das discussões, a questão da saúde mental.

Em consonância a esse relatório, a IV CNSM-I (2010) propôs a garantia do pleno atendimento em saúde mental dos adolescentes inseridos em medida socioeducativa, inclusive os egressos, de forma a cumprir o disposto no ECA e na Lei 10.216 de 2001, rejeitando a internação psiquiátrica compulsória dessa população. Além disso, essa conferência propôs a criação de projetos intersetoriais que incluam a participação de diversas políticas sociais que atendem o adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, para garantir à integralidade do cuidado a esses adolescentes.

Esse cuidado deve assegurar a assistência em saúde mental, incluindo as demandas relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, assim como a convivência familiar e comunitária, a capacitação para o trabalho e o acesso a atividades de cultura e lazer.

A IV CNSM-I (2010) também recomendou

a necessidade de assegurar, em todo o território nacional, o acesso e o tratamento para crianças, adolescentes e jovens com sofrimento psíquico, através da montagem de uma rede pública ampliada de atenção em saúde mental de base comunitária e fundamento intersetorial, em consonância com as necessidades, os recursos e as particularidades de cada localidade, e sob a égide das determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), da Lei 10.216, dos princípios da Reforma Psiquiátrica e dos fundamentos da Política Pública de Saúde Mental no SUS. (CNS; MS, 2010, p. 92)

Assim, são grandes os desafios para a garantia da atenção à saúde mental dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Dentre eles, deve ser dada prioridade para a ampliação da rede de saúde mental do SUS voltada para a criança e o adolescente, uma vez que, a insuficiência dessa rede estimula o atendimento em saúde mental centralizado nas unidades socioeducativas, além de, excluir uma considerável parcela dessa população do acesso à política de saúde mental.

3. Adolescentes com transtorno mental autores de ato infracional

O transtorno mental é uma construção política e teórica, institucional e científica que impõe um padrão de normalidade à experiência humana em sua relação com o ambiente social e desconsidera a diversidade que essa experiência pode propor (LUZ, 2008). Nesse contexto, os indivíduos com transtorno mental são entendidos como anormais e necessitam de acompanhamento médico para serem corrigidos. Dessa forma, o transtorno mental é visto como um prejuízo pessoal decorrente de um azar individual e, devido a isso, o Estado se exime da responsabilidade de sua proteção social. Assim, os indivíduos que experimentam o transtorno mental tornam-se invisíveis no acesso aos direitos de saúde, assistência, educação, dentre outros.

Da mesma forma, os adolescentes autores de ato infracional são levados a uma invisibilidade expressa na ausência de políticas que visem proteger eles e suas famílias da situação de insegurança social que vivenciam. A realidade social que leva o

adolescente autor de ato infracional para as medidas socioeducativas é marcada por relações de pobreza, desigualdades sociais e falta de acesso aos recursos sociais. Diante disso, apesar do avanço legal do ECA, verifica-se a existência de uma estreita relação da pobreza com as políticas para a infância e juventude, em especial, com as medidas socioeducativas (SALES, 2007).

Dessa forma, na condição de invisíveis, os adolescentes com transtorno mental autores de ato infracional vivenciam uma situação de risco social por terem seus direitos desrespeitados. No campo da política de infância e adolescência e da política de saúde mental coloca-se o desafio de garantir as conquistas do ECA e da Reforma Psiquiátrica para essa população, uma vez que, situado entre a lei e a medicina não existe um consenso sobre seu atendimento. Nesse sentido, o chamado “novo resíduo institucional” – o caso dos adolescentes com transtorno mental autores de ato infracional – se constituem em uma população heterogênea que apresenta uma combinação de demandas e necessidades diversas, que transbordam os estatutos científicos e operativos das instituições por não se reduzir a uma solução definida (VICENTIN, 2006).

Capítulo 2

O Transtorno da Internação

1. Atenção à saúde nas unidades socioeducativas

O Art. 11 do ECA assegura “atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1990). Esse atendimento não exclui os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa que, considerando apenas as medidas privativas de liberdade – internação, internação provisória e semiliberdade –, em 2008 constituía uma população de 16.868 adolescentes em todo o território nacional (PR; SEDH, 2008).

Para garantir que esses adolescentes recebam atendimento integral à saúde é necessário o desenvolvimento de ações que observe as singularidades dessa população. Nesse sentido, em 2008 foi publicada a Portaria nº 647 que, em consonância com a Portaria Interministerial nº 1.426 de 2004, aprovou a implementação da Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) (BRASIL, 2008). De acordo com essa política, durante o período em que o adolescente estiver sob a tutela do Estado as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e a Secretária Estadual Gestora do Sistema Socioeducativo deverão desenvolver em conjunto ações em saúde para os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa (BRASIL, 2008).

A partir dessas portarias, as Secretarias de Estado de Saúde e de Ação Social do DF – secretaria gestora do sistema socioeducativo no período – elaboraram em conjunto o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral a Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (POE-DF). Esse plano foi aprovado pelo Conselho de Saúde do DF e pelo Conselho da Criança e do Adolescente em 2006 e prevê a presença da equipe de saúde nas unidades de internação, além de propor uma articulação com a rede de saúde em seus diferentes níveis de complexidade (SESDF, 2008).

Dessa forma, o POE-DF apresenta diretrizes sobre a composição da equipe de saúde nas unidades socioeducativas, infraestrutura, ações de promoção e proteção à saúde, ações de assistência à saúde, dentre outras. Essas diretrizes se destinam aos quatro centros de internação do DF – o CAJE I, o Centro de Internação de Adolescentes Granja das Oliveiras (CIAGO), o Centro de Internação de Adolescentes de Planaltina (CIAP) e o Centro Socioeducativo Amigoniano (CESAMI ou CAJE II).⁵ A realidade desses centros se diferencia em relação ao atendimento à saúde dos adolescentes, principalmente no CESAMI, que é o único centro com gestão compartilhada entre o Governo do DF (GDF) e uma instituição privada, o que permite a contratação de serviços de saúde terceirizados diminuindo a relação dessa instituição com a rede de saúde externa.

De acordo com o POE-DF, a equipe de saúde das unidades socioeducativas deve ser composta por pelo menos médico, enfermeiro, cirurgião dentista, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem e técnico de higiene dentária e, deverá ser disponibilizado pelo SUS um médico psiquiatra para atender todas as unidades de internação. Essa equipe poderá atender até no máximo 180 adolescentes, devendo ser acrescentada uma nova equipe para as instituições que apresentarem um número superior de adolescentes. No entanto, o quadro de profissionais das unidades de internação de gestão pública do DF está aquém do proposto por esse plano operativo.

Devido ao número de adolescentes no CAJE I a equipe de saúde dessa unidade deveria ser dobrada, uma vez que, apresenta defasagem de enfermeiro, cirurgião dentista, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, técnico de higiene bucal e psiquiatra. O CIAGO também apresenta um déficit no quadro de profissionais de saúde, pois, em sua equipe conta apenas com 1 psicólogo, 1 cirurgião dentista, 1 farmacêutico e 3 técnicos de enfermagem. No CIAP a situação é ainda mais grave por ter uma equipe saúde composta somente por 2 técnicos de enfermagem e 1 psicólogo.⁶ Essa defasagem de recursos humanos, infraestrutura inadequada, falta de recursos materiais, superlotação das unidades, dentre outros, são alguns dos fatores que atrelados à precariedade dos serviços oferecidos pelo SUS desrespeitam o direito ao atendimento à

⁵ O CESAMI ou CAJE II atende apenas adolescentes em cumprimento de medida de internação provisória.

⁶ A informação sobre o quadro de profissionais das unidades de internação refere-se ao período de janeiro de 2011.

saúde integral dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação.

2. Atenção à saúde mental nas unidades socioeducativas

No que se refere à atenção a saúde mental, a Portaria nº 647 de 2008 propõe o a promoção de ações preventivas e de redução de agravos psicossociais decorrentes da privação de liberdade e, nos casos em que os adolescentes necessitam de cuidados em saúde mental, esse atendimento deve ser realizado preferencialmente na rede extra-hospitalar do SUS (BRASIL, 2008). Essas propostas estão em consonância com o princípio da incompletude institucional do SINASE, que prevê a utilização do máximo de recursos possíveis na comunidade, responsabilizando as políticas setoriais no atendimento aos adolescentes, e com a Lei 10.216 de 2001 que prioriza o atendimento em saúde mental em serviços comunitários (BRASIL, 2009; 2001).

De acordo com o Levantamento Nacional dos Serviços de Saúde Mental no Atendimento aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades Socioeducativas, 82% das unidades socioeducativas do Brasil encaminham adolescentes aos serviços externos de saúde mental associado ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2008). Apesar desse dado representar um eixo específico na política de saúde mental, ele aponta que os adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa enfrentam piores desafios que os demais usuários do SUS no tocante a dificuldade para marcação de consultas, longa espera para atendimento, dentre outros. Isso, devido à discriminação voltada para essa população – que se deve tanto pelo cometimento de ato infracional, como pelo transtorno mental – e à escassez de serviços de saúde mental.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), o DF possui o segundo menor indicador do país – 0,21 por 100.000 habitantes –, no que se refere à distribuição de CAPS, perdendo apenas para o estado do Amazonas (0,15). Além disso, não existem Residências Terapêuticas e o número de leitos psiquiátricos por 1.000 habitantes é de 0,05 – o terceiro menor do país (BRASIL, 2010; 2009). Os serviços destinados à criança e ao adolescente restringem-se a três para todo o DF: o Centro de Orientação Médico Psicopedagógico (COMPP), um CAPSi, ou seja, um CAPS voltado para o atendimento

infanto-juvenil; o Adolescentro, um CAPSi-ad que se configura em um CAPS infanto-juvenil destinado a atenção do uso abusivo de álcool e outras drogas e; o Hospital Regional da Asa Sul. Esse quadro demonstra que os serviços de saúde mental no DF estão aquém das necessidades da população e sinaliza que uma parcela significativa de pessoas encontra-se sem acesso à política de saúde mental. Essa escassez de serviços é experimentada pelos adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa, o que inviabiliza, em grande parte dos casos, o atendimento na rede externa de saúde.

No entanto, é com essa rede precária de serviços de atenção à saúde mental que o CAJE I se relaciona para atender as demandas dos adolescentes e, nesse sentido, o atendimento em saúde mental dessa instituição acontece da seguinte forma: 1. a instituição é dividida em 10 módulos onde são localizados os quartos dos adolescentes. Cada módulo possui uma equipe mínima de assistentes sociais, psicólogos e pedagogos que acompanham o adolescente individualmente no cumprimento da medida; 2. quando essa equipe identifica alguma demanda em saúde mental, ou quando o próprio adolescente realiza essa demanda, é efetuado um encaminhamento para a Gerência de Saúde da unidade que tomará as providências necessárias. Em situações mais graves, os monitores do módulo encaminham o próprio adolescente para atendimento emergencial nessa gerência; 3. ao receber o encaminhamento, a Gerência de Saúde conduzirá o adolescente para o serviço de atenção a saúde mental da rede externa de saúde competente em responder a demanda apresentada.

Os atendimentos em saúde mental que ultrapassam a competência da instituição são todos encaminhados para a rede externa de saúde. Ressalta-se que até julho de 2010 os casos em psiquiatria eram atendidos no próprio CAJE I. No entanto, nesse período, o contrato do psiquiatra foi rescindido, uma vez que, fazia parte do quadro de profissionais do CIAGO, que era gerido por gestão compartilhada entre GDF e uma instituição privada e passou a ser gerido apenas pelo GDF. Após esse período, não foi contratado um novo profissional e a atenção à saúde mental dos adolescentes do CAJE I passou a contar exclusivamente com a rede de serviços externos.

3. Quem são os adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação?

3.1. Sexo, idade, tempo e motivo da privação de liberdade

Dos 35 adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação, 23 (66%) são do sexo masculino e 12 (34%) do sexo feminino. A idade de 23 (66%) é entre 17 e 18 anos e os atos infracionais cometidos por esses adolescentes que determinaram a medida de internação foram elencados na Tabela 2.

Tabela 2 - Ato infracional que determinou a medida socioeducativa de internação dos adolescentes usuários de medicamento psicotrópico no CAJE I – 2010

Ato Infracional	Frequência	Percentual
Roubo	15	43%
Homicídio	8	23%
Latrocínio	3	8%
Porte de arma	3	8%
Furto	2	6%
Tentativa de roubo	2	6%
Sequestro	1	3%
Tentativa de homicídio	1	3%
Total	35	100%

Fonte: Prontuários de atendimento dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no CAJE I (DF) usuários de medicamento psicotrópico entre os meses de julho a outubro de 2010.

De acordo com o Art. 122 do ECA a medida socioeducativa de internação só pode ser aplicada quando se tratar de ato infracional cometido mediante grave ameaça ou violência à pessoa, por reiteração no cometimento de outras infrações e, por descumprimento da medida anteriormente imposta (BRASIL, 1990). Nesse sentido, verifica-se uma alta incidência de atos infracionais considerados de maior potencial ameaçador e violento como roubo, homicídio, latrocínio e sequestro. E, atos infracionais considerados mais “leves” por não apresentarem grave ameaça ou violência à pessoa,

como porte de arma e furto, mas que podem justificar a imposição da medida de internação devido a sua reincidência. Isso se relaciona ao número de passagens anteriores que estes adolescentes tiveram no CAJE I, sendo que 30 (86%) apresentam entre 1 a 9 passagens anteriores nessa instituição – que podem ser como pernoites, internação-sanção e internação provisória.

A medida socioeducativa de privação de liberdade deve estar de acordo com o proposto no Art. 121 do ECA no que se refere ao seu princípio de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento (BRASIL, 1990). No entanto, 23 (66%) dos adolescentes já cumpriam, até outubro de 2010, medida socioeducativa de internação entre 7 e 18 meses. Uma vez que, a adolescência é uma fase marcada por grandes e rápidas transformações na vida dos indivíduos em seus aspectos biológicos e sociais, o período de cumprimento da medida torna-se de grande expressividade na vida desses jovens, pois, priva-os do convívio social, fator essencial para seu desenvolvimento.

3.2. Renda familiar

A situação de renda das famílias dos adolescentes foi conhecida de acordo com informações contidas nos relatórios sociais. Esses relatórios são elaborados a partir de atendimentos com a equipe psicossocial realizados com as famílias na instituição ou por meio de visitas domiciliares. Nessas ocasiões elas auto-declaram sua renda. Portanto, os dados sobre a renda familiar dos adolescentes foi calculado a partir da auto-declaração de suas famílias.

Tabela 3 - Renda familiar dos adolescentes usuários de medicamento psicotrópico em cumprimento de medida socioeducativa de internação no CAJE I – 2010

Renda	Frequência	Percentual
Não possui renda	3	8%
Inferior a um S.M.	3	8%
1 S.M.	9	26%
2 S.M.	10	28%
3 S.M.	2	6%
4 S.M.	1	3%
5 S.M.	2	6%
6 S.M.	1	3%
7 S.M.	1	3%
Acima 8 S.M.	1	3%
Não informada	2	6%
Total	35	100%

Fonte: Prontuários de atendimento dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no CAJE I (DF) usuários de medicamento psicotrópico entre os meses de julho a outubro de 2010.

A situação de pobreza experimentada pelas famílias dos adolescentes é expressa pelo fato de 25 (70%) delas apresentarem renda familiar de até 2 salários mínimos. Essa experiência da pobreza coloca-as em uma situação de risco social que compromete a capacidade das famílias de assegurar por si mesmas sua independência social vivenciando, como consequência, um sentimento de insegurança (CASTEL, 2005). Para que essas famílias sejam afastadas da insegurança social eles devem ser protegidas (CASTEL, 2005).

No que se refere à política de assistência social, verifica-se que se essas famílias encontram-se desprotegidas por apenas 10 (29%) delas serem atendidas por essa política, uma vez que, apresentam renda inferior a 1 salário mínimo até 2 salários mínimos. O atendimento a essas famílias se dá pela inclusão em programas de transferência de renda que se configuram, em 8 (80%) dos casos, em programas vinculados à política de educação, ou seja, programas que impõem como um dos critérios a frequência escolar do adolescente. Assim, com a evasão escolar, devida

muitas vezes ao cumprimento da medida socioeducativa, o benefício da família é cortado, agravando ainda mais sua situação de desproteção.

Na ausência de qualquer rede de proteção social, é certo que a juventude dos bairros populares esmagados pelo peso do desemprego e do subemprego crônicos continuará a buscar no “capitalismo de pilhagem” (como diria Marx Weber) os meios de sobreviver e realizar os valores do código de honra masculino, já que não consegue escapar da miséria do cotidiano. (WACQUANT, 2001, p.8)

Nesse sentido, não é objetivo desse estudo mostrar uma relação direta e causal entre pobreza e a prática de ato infracional, mas sim, relacionar o envolvimento dos adolescentes com a violência com a ausência de políticas de proteção social voltadas para suas famílias e com o desrespeito à garantia de direitos sociais, historicamente vivenciado por essa população. De acordo com Alain Euzéby (2004), a proteção social deve ser entendida como forma de justiça social, pois esta é um meio de garantir direitos aos membros de uma sociedade. A garantia desses direitos permite com que os indivíduos em sociedade tenham ampliados o acesso aos recursos sociais como saúde, educação, renda, dentre outros, que melhore as condições de vida dessas pessoas. As sociedades em que os indivíduos detêm direitos são sociedades justas que proporcionam a segurança social de seus membros.

3.3. Nível de escolaridade

Os adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação apresentam grande defasagem escolar, como mostra a Tabela 4. Muitos são os fatores que contribuem para esse quadro: a inadequação do ensino à realidade da juventude, em especial da juventude pobre, a necessidade de inserção no mundo do trabalho para auxílio na renda familiar, a existência de transtorno mental, o envolvimento com atos infracionais, o consumo de drogas e outros, tornam o acesso à educação uma realidade cada vez mais distante desses adolescentes. No entanto, apesar da multiplicidade de fatores, todos eles se relacionam com a situação de pobreza experimentada por esses sujeitos e suas famílias.

Tabela 4 - Escolaridade dos adolescentes usuários de medicamento psicotrópico em cumprimento de medida socioeducativa de internação no CAJE I - 2010

Idade	Faixa de Escolaridade													Total
	Analf.	1 ^a série E. F.	2 ^a série E. F.	3 ^a série E. F.	4 ^a série E. F.	5 ^a série E. F.	6 ^a série E. F.	7 ^a série E. F.	8 ^a série E. F.	1 ^o ano E.M.	2 ^o ano E.M.	3 ^o ano E.M.	Não Inf.	
	14	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
15	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	4
16	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	5
17	0	0	0	1	1	3	3	3	0	1	1	0	0	13
18	0	0	0	1	0	1	2	2	2	0	1	1	0	10
19	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
20	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	1	1	2	2	2	7	7	5	2	2	2	1	1	35

Fonte: Prontuários de atendimento dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no CAJE I (DF) usuários de medicamento psicotrópico entre os meses de julho a outubro de 2010.

De acordo com Marcos Freitas (2006), parte da infância e juventude desfruta de condições privilegiadas de realizar seu tempo de não ser adulto tendo acesso a tecnologias, projetando-se para as relações de mercado e exigindo níveis de excelência da escola. Outra parte da infância e juventude, insere-se precocemente no mundo do trabalho como questão de sobrevivência, tem acesso a tecnologias apenas quando os aparelhos encontram-se desatualizados e em desuso e, tem menos poder na escola, não fazendo valer suas reivindicações para satisfação de suas necessidades (FREITAS, 2006; CONNELL, 2002).

A essa segunda juventude pertencem os adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação. Esses adolescentes tem uma frequência próxima do regular na escola, e nela tem problemas constantes de desempenho e de relacionamento como consequência do acúmulo de instabilidades existentes em suas vidas que acabam culminando na evasão escolar (FREITAS, 2006). Essas instabilidades são, na verdade, problemas sociais que as escolas não estão preparadas e não possuem recursos para lidar.

Outro fator que deve ser ressaltado por contribuir para a defasagem escolar dos adolescentes é o cumprimento da medida de internação provisória. A medida

socioeducativa prevê apenas a restrição do direito à liberdade enquanto todos os outros direitos devem ser garantidos, dentre eles o direito à educação. Porém, durante o cumprimento dessa medida o adolescente não tem acesso a esse direito – uma vez que, o ensino regular é ofertado no CAJE I apenas para adolescentes que cumprem internação de 6 meses a 3 anos. Assim, enquanto cumprem a internação provisória, os adolescentes que frequentavam a escola, passam a apresentar um grande número de faltas. Quando eles são liberados da medida, já se encontram reprovados devido às faltas e, até que se inicie um novo período letivo, permanecem evadidos do sistema escolar.

A Tabela 4 indica que o maior número de adolescentes com defasagem escolar, ou seja, com idade superior à esperada para seu nível de escolaridade, encontra-se entre a 5ª e a 6ª série do Ensino Fundamental 14 (40%) com idade entre 17 e 18 anos 23 (66%). Desses adolescentes, 11 (48%) já cumpriram entre 1 e 2 internações provisórias. Esse dado aponta que o adolescente que estava inserido no sistema escolar foi reprovado, no mínimo, uma vez, devido ao cumprimento da medida de internação provisória, já que a segunda passagem do adolescente nessa medida pode ter sido incentivada pela evasão escolar decorrente da passagem anterior. Dessa forma, além de restringir direitos, a medida de internação provisória retira o adolescente da vida escolar e quando ele retorna para o convívio social passa a dispor de grande tempo ocioso, que pode levá-lo a um envolvimento ainda maior com atos infracionais.

4. Quais são suas principais demandas?

As principais demandas dos adolescentes em saúde mental foram elencadas a partir dos encaminhamentos elaborados pela equipe psicossocial. Em muitos casos, foram apresentados diversos motivos de encaminhamento referenciados a um único adolescente, por isso, a Tabela 5 aponta os mais recorrentes. Esses motivos estão diretamente relacionados à clausura e ao sofrimento que ela produz na vida dos adolescentes, onde a privação de liberdade acrescida da submissão aos profissionais e rígidas regras da instituição acaba por gerar ou agravar as demandas em saúde mental. Nesse sentido, serão estudadas com maior profundidade as demandas relativas ao consumo de drogas e à ideação suicida, devido à relevância dos assuntos.

Tabela 5 - Encaminhamentos dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no CAJE I para serviço de atenção à saúde mental - 2010

Motivo de encaminhamento	Frequência	Percentual
Insônia	18	25%
Tratamento para abandono do uso de drogas	12	17%
Ideação suicida	6	9%
Automutilação	5	7%
Depressão	5	7%
Agitação	4	5%
Alucinação	4	5%
Nervosismo	4	5%
Agressividade	3	4%
Ansiedade	3	4%
Dificuldade de autocontrole	3	4%
Falta de apetite	3	4%
Pesadelos	3	4%
Total	73	100%

Fonte: Prontuários de atendimento dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no CAJE I (DF) usuários de medicamento psicotrópico entre os meses de julho a outubro de 2010.

4.1. Consumo de drogas

Dos adolescentes da pesquisa, todos são usuários de drogas.⁷ Essa informação é fornecida pelo próprio adolescente no momento em que ele dá entrada na unidade e participa do acolhimento realizado pela equipe de saúde, ou em momento posterior, durante os atendimentos psicossociais. Devido a isso, algumas informações podem ser omitidas pelo adolescente por receio da avaliação que receberá dos profissionais. Nos prontuários, as informações referem-se ao consumo de drogas ilícitas, uma vez que, os dados sobre drogas lícitas foram desconsiderados na pesquisa por haver poucos registros sobre o consumo dessas substâncias.

⁷ Ressalta-se que as informações sobre o tipo de droga consumida e a frequência de seu uso referem-se ao período em que o adolescente esteve em liberdade.

No que se refere ao consumo de drogas ilícitas, as mais frequentes entre os adolescentes foram: maconha 28 (49%), cocaína 14 (25%), 11 Rohypnol® (19%) e 4 crack (7%).⁸ Essas substâncias, em sua maioria, não são usadas de forma isolada, pois, os adolescentes costumam consumir mais de uma delas. Outras drogas ilícitas foram mencionadas nos prontuários mas, com baixa incidência, como lança-perfume, merla, tiner e cola de sapateiro. A frequência do consumo de drogas acontece em grande parte dos casos com o uso diário de maconha e esporádico de cocaína e Rohypnol® que, de acordo com os adolescentes, acontece nos finais de semana ou em dias de festas. Já os adolescentes usuários de crack costumam consumir essa droga diariamente.

Como revela a Tabela 5, existe uma demanda 12 (17%) dos adolescentes por inserção em tratamento para abandono do uso de drogas. Desses casos, 8 (66%) das solicitações são realizadas pelo próprio adolescente. O interesse dos adolescentes nesse tratamento são apontados em alguns encaminhamentos:

A adolescente solicitou encaminhamento ao Adolescentro para poder se livrar do vício das drogas, pois, segundo ela, aqui é fácil de controlar, pois não tem como adquirir. (Encaminhamento realizado por assistente social de referência).

Adolescente é usuário de drogas e recentemente iniciou o uso de crack. Afirma que a única possibilidade de manter-se afastado do envolvimento infracional é manter-se afastado das drogas. (Encaminhamento realizado por assistente social de referência).

Além disso, muitos adolescentes passam a conhecer esse tipo de atendimento em saúde mental após o ingresso na medida socioeducativa, o que os incentiva a buscarem esse atendimento.

4.1.1. Crack

Os adolescentes usuários de crack não representam um grupo expressivo em relação aos usuários das demais drogas. No entanto, o estudo sobre estes casos torna-se importante por se tratar de uma droga que tem apresentado um aumento de seu consumo no DF – de acordo com dados da polícia civil do DF, a apreensão dessa substância no ano de 2007 foi de 0,5kg e, até maio de 2009, passou para 2,7kg (GOULART, 2009).

⁸ O Rohypnol® é um medicamento psicotrópico comercializado ilegalmente entre adolescente que, consumido de forma inadequada, apresenta efeitos alucinógenos.

Além disso, o consumo de crack é um tema que tem desafiado a política de saúde pública na atualidade.

Nesse sentido, para a compreensão desse fenômeno, são apresentados estudos de caso dos adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida de internação usuários de crack. Verifica-se em todos os casos uma composição familiar diversificada, que não corresponde ao modelo posto pelos grupos dominantes da sociedade. De acordo com Lúcia Cristina dos S. Rosa (2010), os segmentos com vínculos mais vulneráveis no mercado de trabalho apresentam maior instabilidade nas relações familiares, o que demonstra que a composição familiar desses adolescentes se relaciona com a situação de pobreza experimentada.

Caso 1

Com 17 anos de idade e usuária de crack desde os 12, acredita-se que a adolescente tenha iniciado o uso desta substância quando passou a experimentar a vivência de rua. Antes, ela vivia com seus pais e outras duas irmãs, mas aos 4 anos de idade seus pais se separam e ela foi morar com a avó paterna. Isso aconteceu porque seu pai apresentava uma dependência em álcool e outras drogas que tornou sua mãe vítima de violência doméstica. Como se sabe, os serviços públicos oferecidos para atender mulheres em situações como essa, são insuficientes. Por isso, a mãe da adolescente teve que encontrar uma alternativa sozinha: saiu de casa e, pela dificuldade em assumir sozinha o cuidado das três filhas, deixou a adolescente sob os cuidados da avó paterna.

Essa avó se tornou a referência de cuidado familiar da adolescente que durante anos conviveu com ela e os tios. Os tios paternos, suas companheiras e filhos residiam próximos a adolescente e a avó, e todos experimentavam uma situação de extrema pobreza. A família paterna da adolescente não possuía renda fixa e sobrevivia com a ajuda de vizinhos e grupos religiosos, além disso, não era beneficiária de nenhum programa da política de assistência social.

Quando a adolescente estava com 11 anos de idade sua avó faleceu e a partir daí ela passou a experimentar vivência de rua. Talvez pelo fato de seus tios serem vigias de carros, a rua não se apresentava como espaço estranho à adolescente. Portanto, foi nas ruas que ela passou a consumir crack, maconha e cola de sapateiro. Drogas que possuem um custo baixo em relação às demais e que se mostram mais acessíveis à adolescente.

Caso 2

Foi nas ruas que esse adolescente sempre morou, se alimentou e conviveu com outras pessoas. Foi lá que seus pais o tiveram e tiveram seus irmãos. Foi lá, também, que ele não recebeu educação, saúde, assistência e muitos outros direitos sociais que, apesar de garantidos em lei, nunca foram efetivados na vida desse adolescente. Por isso, foi nas ruas que ele cedo iniciou o consumo de drogas e, dentre elas, o crack.

[Adolescente] afirma que começou a utilizar drogas aos 08 anos de idade, fumava cigarro e cheirava tiner; aos 11 anos de idade passou a consumir maconha, crack e merla e, há 03 anos, está envolvido com o tráfico de entorpecentes, atuando como carregador de pedra de crack para traficante; a remuneração que recebia utilizava para comprar sandálias, bermudas, comida e droga para consumo próprio. (Trecho retirado do relatório avaliativo do adolescente)

Por também vivenciarem situação de rua, os pais do adolescente não puderam oferecer cuidado ao adolescente e possuem pouco contato com ele. Há quatro anos, seu pai o encontrou nas ruas e o levou para residir com a avó paterna, mas após poucos dias, o adolescente retornou para as ruas e nunca mais encontrou seu pai. Sua mãe, com quem o adolescente teve uma maior convivência, sempre o deixou aos cuidados de outros moradores de rua, vendo-o com pouca frequência até perder totalmente o contato com o filho. Ela costuma viver nas redondezas da Rodoviária do Plano Piloto de Brasília e sempre solicita que outros moradores de rua digam para o filho que ela está bem.

Mesmo diante desse quadro, consideram que o adolescente apresenta um comportamento socialmente inadequado e esperam que ele consiga, através de seu esforço, romper com a situação de risco que vivencia.

Durante os atendimentos técnicos, tem se buscado sensibilizar o adolescente para a importância de se traçar metas a serem alcançadas durante e após o cumprimento da medida de internação a ele imposta. Ele tem verbalizado desejo de romper com a vida delinquencial e de adotar comportamentos socialmente aceitos, como estudar e ter um trabalho legalizado. “Gostaria de ser Bombeiro para poder salvar vidas”. Justifica seu envolvimento com as drogas e participação no tráfico como um resultado da sua história de vida, verbalizando que não tinha escolhas. (Trecho retirado do relatório avaliativo do adolescente)

No entanto, a história desse adolescente mostra que o que não deve ser socialmente aceito é a realidade social imposta a ele e sua família.

Caso 3

A família da adolescente de 17 anos é composta por ela e seu pai. Antes, esse senhor convivia com uma companheira com quem a adolescente sempre teve um bom relacionamento. No entanto, aos 13 anos de idade elas tiveram um desentendimento e a adolescente fugiu de casa. Nesse período, ela passou a experimentar vivência de rua, ingressou na vida infracional e iniciou o consumo de crack.

Segundo o [pai da adolescente], a filha nasceu de parto normal, não apresenta problemas de saúde, iniciou os estudos aos 06 anos de idade, desde cedo apresentou problemas de comportamento na escola, como brigas e agressões. O envolvimento infracional de [adolescente] iniciou-se aos 13 anos de idade, quando a adolescente fugiu de casa e passou a viver nas ruas. Após esse episódio, [adolescente] envolveu-se com uso e tráfico de drogas, prostituição e outros atos ilícitos. O pai afirma que tentou, por várias vezes, trazer a filha de volta para casa, porém a jovem se recusava a permanecer em casa, empreendendo fuga reiteradamente. (Trecho retirado do relatório avaliativo do adolescente)

O crack parece ser a droga das ruas e lá, com fácil acesso, a adolescente passou a consumi-lo com frequência. O efeito dessa droga pode ser sentido rapidamente, por isso, ela se tornou atraente para uma adolescente que se sustentava por meio de atos infracionais e prostituição, já que não era necessário um alto investimento para comprá-la. Foram quatro anos de consumo até ser interrompido devido ao cumprimento da medida socioeducativa de internação. Além disso, junto com a sentença, a adolescente recebeu uma determinação judicial de inclusão em programa para tratamento do uso abusivo de drogas, uma prática que não é comum a todos os adolescentes usuários dessas substâncias. Mas, ela era usuária de crack, uma droga para a qual a saúde pública ainda tem poucas propostas e por isso provoca desafios até para o judiciário.

Caso 4

O jovem de 18 anos, estudante da 5ª série do Ensino Fundamental iniciou a vida escolar aos 6 anos de idade apresentando dificuldades no aprendizado. O jovem sentia-se envergonhado por não conseguir aprender e por suas reprovações, o que contribuiu para seu desinteresse nos estudos e infrequência escolar. Assim, aos 12 anos de idade envolveu-se com traficantes e iniciou o consumo de maconha e, posteriormente de crack. Devido a isso, passou à prática de roubos para custear seu consumo diário de drogas. Das sete passagens que o adolescente tem no CAJE I, três são por roubo, duas

por tráfico de drogas e duas por furto, o que indica que a prática de seus atos infracionais está diretamente relacionada ao uso de drogas.

Sobre o efeito dessas substâncias, o psicólogo que acompanha o jovem afirma em seu relatório avaliativo que “o jovem tem apresentado dificuldades para se adaptar à medida, provavelmente pela restrição do consumo de drogas pesadas, como o crack, do qual fazia uso diário antes de vir para a instituição”. Os motivos dessa dificuldade de adaptação não são descritos por esse profissional, mas podem ser relacionados ao “mau comportamento” do jovem indicado pelos profissionais da segurança. No mesmo relatório, esses profissionais descrevem a ocorrência de vários atos de indisciplina como desacato, resistência, tentativa de fuga, ameaça e dano ao patrimônio. Essa “inadaptação” ou “mau comportamento” são, na verdade, uma resistência do jovem ao poder adestrador da disciplina que o obriga a executar uma rotina diária de vida que é estranha a ele, ou seja, a privação de liberdade e todas as rígidas regras institucionais. (FOUCAULT, 2009; GOFFMAN, 2008)

Além disso, no relatório do jovem também consta que

Demonstra, no momento, forte impulsividade, baixo nível de reflexão e de elaboração e baixa aprendizagem com os erros, isto é, o fracasso e as conseqüências negativas não tem sido suficientes para mudança de conduta. A dinâmica familiar assenta-se em modelo monoparental, com disfunção da função paterna, mínima sensação de pertencimento. Desde o início da adolescência, o jovem assumiu, de forma mal manejada, o controle de seu tempo. Afastou-se da escola, do comando familiar e envolveu-se com o tráfico e outros atos marginais. [...] Ao longo do processo de internação, [adolescente] será levado a rever e mudar o caráter impulsivo ao se apropriar dos fatores desencadeantes e desenvolver novo modo de reagir. (Trecho do relatório avaliativo do jovem)

Esse trecho aponta o insucesso do jovem como conseqüência da “disfunção” dos papéis parentais de sua família e falta de autoridade da mesma sob o jovem. Assim, culpabiliza a família por apresentar uma configuração distinta da socialmente imposta, além de, transferir para o jovem a responsabilidade de romper com a vida infracional.

4.2. Ideação suicida

Tirei um dia a menos ou um dia a mais, sei lá...
Tanto faz, os dias são iguais.
Acendo um cigarro, e vejo o dia passar.
Mato o tempo pra ele não me matar [...].

[...]Tem uma cela lá em cima fechada.
Desde terça-feira ninguém abre pra nada.
Só o cheiro de morte e Pinho Sol.
Um preso se enforcou com o lençol [...].

(Diário de um Detento, Racionais Mc's)

Émile Durkheim (1977) define o suicídio como “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado” (p.11) e, tentativa de suicídio como “o ato assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado” (p. 12). Apesar de essa definição buscar explicar o fenômeno estudado na pesquisa – a ideação suicida dos adolescentes – nenhum dos casos analisados culminou em suicídio e apenas um caso referiu-se a tentativa de suicídio. Os motivos individuais para essa ideação são pouco mencionados nos relatórios sociais e prontuários de atendimento. Assim, busca-se a compreensão desse fenômeno a partir de seu contexto social, ou seja, os fatores que se fazem sentir na coletividade e que permitem agir não no indivíduo isolado, mas sobre o grupo (DURKHEIM, 1977).

Nesse sentido, as causas da ideação suicida estarão relacionadas ao contexto de privação de liberdade e ao sofrimento que a internação na unidade socioeducativa gera nos adolescentes. O anúncio da ideação suicida torna-se um desfecho do processo de mortificação iniciado desde a entrada na unidade: a mortificação do seu “eu” (GOFFMAN, 2008). Essa mortificação acontece devido a diversos fatores presentes na rotina de uma instituição total que obriga o indivíduo a participar de atividades cujas consequências simbólicas são incompatíveis com sua concepção do eu (GOFFMAN, 2008). Esses fatores podem ser impostos tanto pela equipe dirigente da unidade, como pelas próprias regras criadas entre os internos. Os trechos a seguir mostram os encaminhamentos e relatos de consulta psiquiátrica realizados para atendimento dos adolescentes com ideação suicida e da adolescente que tentou suicídio:

Encaminhado para atendimento psiquiátrico urgente em razão do jovem estar ameaçando se matar, segundo depoimento da equipe de segurança do módulo. (Encaminhamento realizado por assistente social de referência)

Jovem com prática de autolesionamento. Desde sua internação apresenta uma certa desorganização de comportamento. No momento está com lesões nos dois antebraços. Durante o atendimento desta manhã ela estava muito agitada dizendo que estaria com problemas de relacionamento com todas as internas do módulo. Que sentia vontade de matar uma delas para sair do módulo ou

então que se mataria, que também seria outra forma de sair daqui. Face ao que está descrito, sugerimos atendimento psiquiátrico para que a jovem alcance uma melhor organização emocional e mental. (Encaminhamento realizado por psicóloga de referência)

Adolescente de 16 anos, usuário de *cannabis sativa*. Há duas semanas está no CAJE apresentando dor no peito, falta de ar, angústia, medo, insônia, ideia suicida. (Relato de consulta psiquiátrica na unidade)

Encaminho o jovem, 17 anos, para avaliação e conduta em psiquiatria considerando que o jovem vem apresentando quadro depressivo que está se agravando nos últimos meses. O presente jovem encontra-se há aproximadamente 8 meses na instituição e não tem recebido visitas há aproximadamente 4 meses. Realiza contatos telefônicos esporádicos com um meio irmão que reside em Uberlândia. Sua mãe não tem comparecido mais na instituição para as visitas regulares mesmo quando foi solicitada. O jovem não veio a conhecer seu genitor, mas possui um padrasto que se encontra preso. Possui também uma avó materna aqui no DF, mas esta nem está cadastrada como visitante. Seus parentes estão relacionados a um meio irmão que mora em Uberlândia. Caracterizamos então uma situação de abandono familiar pela sua mãe que seria a única pessoa de referência aqui no DF. Relatou que ambos correm risco de vida aqui no DF devido ao crime cometido pelo seu padrasto. Atualmente sua mãe não possui moradia fixa e mora em Albergue para pessoas necessitadas em Taguatinga (CEACOM). Em detrimento dessa situação familiar e também da situação de internação o jovem vem apresentando há mais de 4 meses isolamento, retraimento e indiferença ao que lhe acontece. Relatou insônia, pesadelos, falta de apetite, desânimo e ideia suicida. Fica isolado no seu quarto e tem recusado atividades como ir a escola e até sair para o banho de sol. No entanto, é educado, compreensivo e mantém comportamento adequado de autocuidado. (Encaminhamento realizado pela psicóloga de referência)

Paciente que evadiu do CAJE e foi capturado novamente. Relata que esteve 12 dias fora consumindo muitas drogas: Rohypnol®, cocaína e *cannabis sativa*. Atualmente relata angústia e depressão com pensamento suicida. (Relato de consulta psiquiátrica da unidade)

Às 19h a interna foi atendida no módulo 5 com tentativa de auto-extermínio por enforcamento com lençol. Apresenta hiperemia e escoriações no pescoço. No momento, está consciente, angustiada e chorosa e continua com ideia de suicídio. (Encaminhamento realizado por auxiliar de enfermagem do CAJE D)⁹

Na unidade socioeducativa todas as atividades dos adolescentes são acompanhadas por um profissional: a saída do quarto para o pátio; o telefonema para a família; o jogo de futebol; o percurso do módulo para a escola, enfermaria, ou atendimento psicossocial, sempre realizado com as mãos para trás sinalizando que a algema – ainda que invisível – aprisiona o adolescente. Acrescido a essa vigilância,

⁹ O documentário “A Casa dos Mortos” dirigido por Debora Diniz (2009) desvela a história de suicídios de indivíduos internados em manicômios judiciais. Essas histórias, assim como as dos adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação, revelam que em instituições totais, o enforcamento por lençol se dá como resultado do sofrimento psíquico experimentado.

rígidas regras devem ser cumpridas rotineiramente, pois, se desrespeitadas, resultarão em uma penalização que, dependendo da gravidade, os levará para o módulo disciplinar, onde permanecerão “de castigo” pelo prazo determinado pela segurança. Nesse módulo úmido e escuro os adolescentes permanecem “trancados” sem participar das atividades da instituição, como a ida à escola ou às oficinas profissionalizantes.

A angústia desse controle e vigilância sob os adolescentes aumenta-se por saberem que seus atos de insubmissão prejudicarão o relato de seu comportamento para o juiz, o que pode aumentar seu tempo de cumprimento da medida. Além disso, a medida socioeducativa não possui prazo determinado, o que aumenta a ansiedade dos adolescentes sobre a data de sua liberação. Quando se aproxima a finalização de um semestre, que garante uma audiência judicial, aumenta-se a expectativa de uma liberação ou benefício de saída. No entanto, após a audiência, retornam à unidade e o sofrimento se reinicia por saber que passará, no mínimo, mais seis meses sob a mesma rotina.

Assim, de acordo com Erving Goffman (2008), cada um desses fatores mortificam esses sujeitos aos poucos. A distância entre o mundo do internado e o mundo externo, os uniformes, a submissão aos profissionais, a rotina alheia à que vivia em sua comunidade, a obrigação do cumprimento das regras, dentre outros, são fatores que mortificam a identidade dos adolescentes. Dia após dia sob a mesma realidade, esses adolescentes já se encontram com sua identidade morta, restando apenas o corpo que, preso, lhes é um causador de sofrimento. Dessa forma, o anúncio ao suicídio expressa o limite de sua existência.

3. Como eles são atendidos?

Apenas 8 (23%) dos adolescentes já foram atendidos por serviços de atenção à saúde mental antes de serem inseridos na medida socioeducativa de internação. Os demais 27 (77%) iniciaram esse tipo de atendimento apenas após o ingresso no CAJE I, o que pode se justificar pelo fato de antes do cumprimento da medida socioeducativa os adolescentes e suas famílias terem pouca informação e acesso aos serviços de saúde, ou por ser, o próprio cumprimento da medida, um fator causador de sofrimento psíquico.

Além disso, de acordo com entrevista realizada com a psicóloga da Seção de Medidas Socioeducativas (SEMSE) da VIJ, muitos casos considerados “graves”, de adolescentes que já apontavam algum tipo de transtorno mental ou realizavam tratamento para tal, não chegam à unidade socioeducativa por receberem medida protetiva.¹⁰

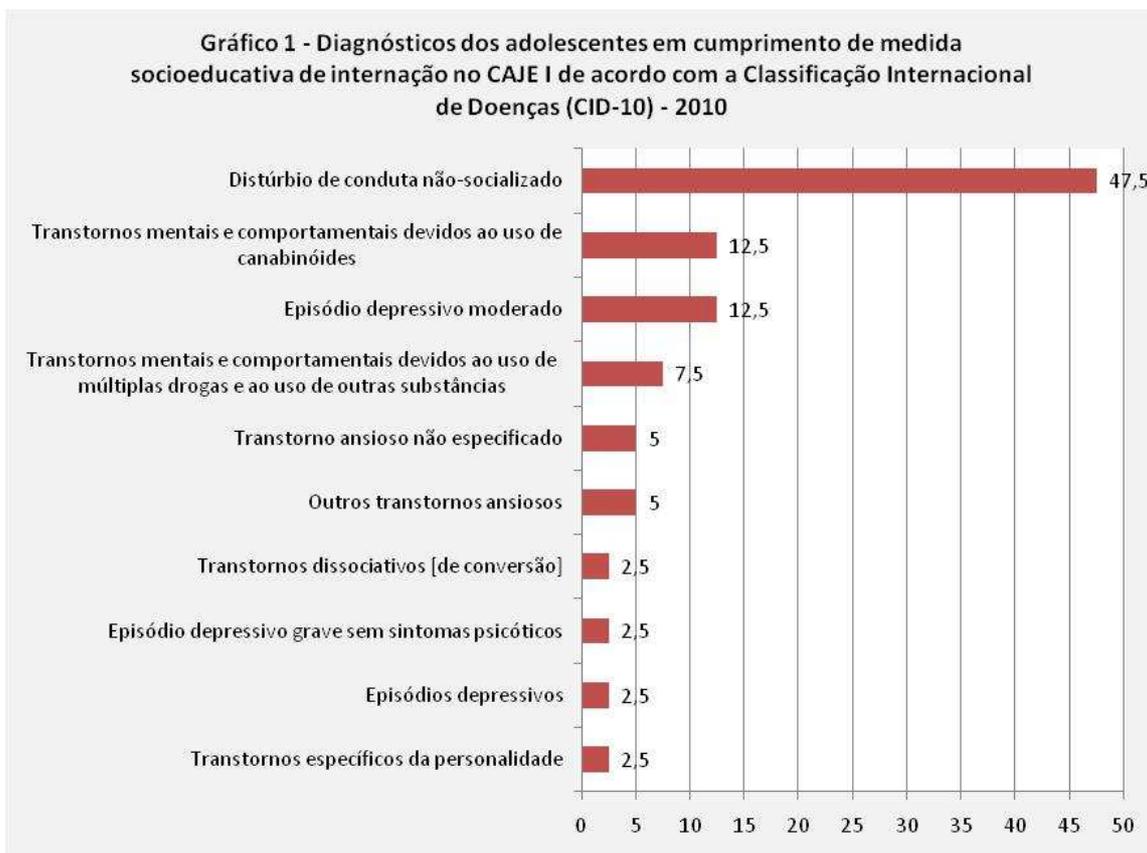
Quando o transtorno fica mais visível, ou mais aparente, no próprio processo técnico pede-se a interdição. O adolescente nem recebe medida. Como isso acontece: ele vem pra audiência; recebe ou tem alguma denúncia, ou alguém comenta que ele tem algum problema psiquiátrico; vai pro Instituto Médico Legal (IML); e, abre-se um processo à parte de interdição que corre paralelo. O IML, que é o órgão responsável por isso, faz a avaliação. Quando consta na avaliação que o adolescente é incapaz, ele não recebe medida socioeducativa, ele vai receber medida protetiva. Esses casos nem chegaram nas instituições de medida socioeducativa, porque eles param aqui. (Psicóloga da VIJ)

Nesse sentido, verifica-se que os adolescentes com transtorno mental que cumprem medida socioeducativa são vistos pela justiça como sujeitos com transtornos considerados mais “leves”, ou menos aparentes, e por isso são considerados como “capazes” para cumprir a medida. Porém, antes de determinar a sentença, o juiz desconhece a existência de transtorno mental dos casos que não são estereotipados. Para os casos em que o juiz é informado da existência de transtorno mental apenas após o ingresso do adolescente na medida socioeducativa, propõem-se o cumprimento da medida protetiva concomitante à medida socioeducativa.

Assim, após esse primeiro olhar da Justiça para os adolescentes com transtorno mental, os que chegaram à instituição e foram encaminhados a serviços de atenção em saúde mental, receberam os diagnósticos apontados no Gráfico 1 de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Desses adolescentes, todos receberam o diagnóstico de transtorno mental após o ingresso no CAJE I. Apenas um adolescente foi diagnosticado em período anterior ao cumprimento da medida, tendo novo diagnóstico no atendimento psiquiátrico da unidade socioeducativa. Os diagnósticos foram realizados em consulta psiquiátrica no próprio CAJE I e, apenas dois

¹⁰ De acordo com o Art. 98 do ECA as medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que seus direitos forem ameaçados ou violados: por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável; em razão de sua conduta. No que se refere aos adolescentes com transtorno mental, pode ser aplicada a medida protetiva de requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial, como previsto no Art. 101, inciso V do ECA (BRASIL, 1990).

adolescentes, também receberam o diagnóstico em consulta psiquiátrica ambulatorial e em emergência psiquiátrica. Ressalta-se que em vários casos os adolescentes tiveram mais de um diagnóstico, sendo, portanto, o Gráfico 1, referente a sua frequência.



Fonte: Prontuários de atendimento dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no CAJE I (DF) usuários de medicamento psicotrópico entre os meses de julho a outubro de 2010.

Como mostra o Gráfico 1, o diagnóstico mais recorrente entre os adolescentes foi o de distúrbio de conduta não-socializado 19 (47,5%), ou seja, um diagnóstico que corresponde ao estigma experimentado pelos adolescentes de que, devido ao envolvimento com a violência e o cometimento de ato infracional, eles não estão aptos à viver em sociedade por serem uma ameaça de perigo. Esse conceito de distúrbio de conduta, também retoma a idéia moralizadora de normalização, que considera doentes àqueles que fogem do padrão de uma conduta a ser socialmente seguida (VICENTIN, 2006). Além disso, esse dado demonstra que a própria inserção do adolescente na medida socioeducativa abre para a psiquiatria o pressuposto de que esses indivíduos possuem uma conduta de anormalidade.

Outro diagnóstico de alta incidência refere-se aos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da maconha e seus derivados, também sendo mencionados os transtornos devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas, que juntos, representam 8 (20%) dos diagnósticos de transtorno mental. Os demais diagnósticos, como transtornos depressivos e de ansiedade, representam 11 (27,5%) dos casos que, além de confirmarem o sofrimento experimentado pela privação de liberdade, expressam, também, um sofrimento relacionado ao ato infracional cometido pelo adolescente e, sua vivência em um contexto de violência. Como mostram os trechos abaixo:

O genitor do socioeducando está bastante preocupado com a situação do filho, alegando que ele está apresentando o mesmo quadro depressivo que desenvolveu após [ter presenciado] o assassinato de seu irmão mais velho, com comportamentos de prostração, isolamento social e pouquíssima verbalização. Na época que apresentou o quadro supramencionado, que foi seguido por comportamentos agressivos, o adolescente recebeu indicação de internação na psiquiatria do Hospital de Base. (Encaminhamento realizado por psicólogo de referência)

Adolescente de 16 anos, usuário habitual de *cannabis sativa*, cocaína e Rohypnol®. Relata ter alucinações visuais com a pessoa que ele matou. Está com insônia noturna. (Relato de consulta psiquiátrica no CAJE I)

Paciente de 17 anos, consumidor habitual de *cannabis sativa*, cocaína e Rohypnol®, há 17 dias na instituição. Relata insônia noturna, ansiedade, angústia, taquicardia, sinais de pânico e tristeza. [...] Preocupa-se porque matou o filho de um delegado. (Relato de consulta psiquiátrica no CAJE I)

Dos adolescentes que receberam o diagnóstico de transtorno mental, 17 (85%) foram diagnosticados logo nos seis primeiros meses de internação, iniciando o tratamento que consistiu em uso de medicação psicotrópica. Devido o uso desse medicamento ter sido um critério de seleção da amostra, todos os adolescentes são usuários dessas substâncias. Quando comparados ao efetivo total de adolescentes em cumprimento de medida de internação no CAJE I, os adolescentes usuários de psicotrópico representam 35 (13%) desse universo. Os medicamentos usados por essa população são descritos na Tabela 6.

Tabela 6 - Medicamentos psicotrópicos consumidos pelos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no CAJE I - 2010

Medicamento Psicotrópico	Frequência	Percentual
Anticonvulsivantes	33	38%
Antidepressivos	22	25%
Ansiolíticos	18	20%
Neurolépticos	8	9%
Antipsicóticos	7	8%
Total	88	100%

Fonte: Prontuários de atendimento dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no CAJE I (DF) usuários de medicamento psicotrópico entre os meses de julho a outubro de 2010.

18 (51%) dos adolescentes tiveram esse medicamento prescrito apenas em consulta psiquiátrica no CAJE I e 10 (28%) em consultas na rede externa de saúde mental – Adolescentro, COMPP e emergência psiquiátrica. Nos demais casos 6 (17%), os adolescentes receberam prescrição de psicotrópicos tanto em atendimento nos serviços da rede externa, como em consulta psiquiátrica no CAJE I. No caso das consultas psiquiátricas no CAJE I, elas eram marcadas de acordo com o encaminhamento das demandas dos adolescentes, sem uma continuidade no atendimento para acompanhamento médico. O adolescente só era novamente atendido por essa especialidade se apresentasse novas demandas, como por exemplo, o caso descrito abaixo:

O jovem se queixa da persistência do sintoma de insônia, mesmo sob medicação. Acha que a dosagem está insuficiente para o controle da demanda. Assim, solicito reavaliação médica da psiquiatria. (Encaminhamento da assistente social de referência)

Adolescente que é reavaliado hoje em psiquiatria, relata insônia noturna, diz que já se acostumou com a medicação indicada e que há duas semanas não faz efeito. Será aumentada a medicação hoje (devido ao fato do adolescente ser usuário de drogas múltiplas tem muita resistência aos medicamentos indicados). Melhorou a agressividade e angústia, só reclama de insônia noturna. (Relato de consulta psiquiátrica da unidade)

Por não haver novas demandas, muitos adolescentes permaneceram meses sob o uso de medicação psicotrópica sem nenhuma reavaliação. Além disso, quando o adolescente já participava de atendimento na rede externa de saúde mental e apresentava uma demanda

considerada emergencial em psiquiatria, era atendido por essa especialidade no CAJE I sem haver comunicação entre a outra instituição de atendimento sobre os procedimentos e medicação prescrita.

De todos os atendimentos em psiquiatria realizados no CAJE I, registrados nos prontuários analisados, apenas dois não foram seguidos de prescrição de psicotrópico. Uma situação não muito diferente acontece nos atendimentos realizados pela rede de saúde mental do SUS, pois, dos adolescentes usuários de medicação psicotrópica 15 (56%) são atendidos pelo Adolescento, 5 (18%) pelo CAPSad e 3 (11%) pelo COMPP. Como a pesquisa não contemplou os registros de atendimento dessas instituições, não foi possível conhecer seus procedimentos na atenção à saúde mental. Ainda assim, percebeu-se o uso da medicação psicotrópica como alívio para aos problemas sociais que assolam os adolescentes em cumprimento de medida de internação.

Diante disso, verifica-se que as situações de sofrimento vivenciadas pelos adolescentes em decorrência da privação de liberdade, recebem uma contenção química: a alta medicalização. Essa medicalização apresenta-se como uma alternativa simples de silenciar o sofrimento mental gerado pela privação de liberdade e tornar os indivíduos submissos às regras da medida socioeducativa. Em um aspecto mais amplo, a medicalização torna-se um tratamento individual de doenças que expressam a forte saúde do Estado-mínimo na sociedade, que se relacionam à ausência de políticas de proteção social para os adolescentes e suas famílias.

Capítulo 3

O Transtorno Feminino

O módulo 5 é o módulo feminino do CAJE I e tem capacidade para atender 18 adolescentes, sendo que 4 dessas vagas são destinadas para o cumprimento de medida disciplinar. Em janeiro de 2011, o módulo contava com 22 adolescentes que se distribuíaam entre as 14 vagas disponíveis. Por ser o único espaço destinado para adolescentes do sexo feminino em cumprimento de medida socioeducativa em meio fechado, convivem no mesmo módulo adolescentes maiores e menores de 18 anos, em cumprimento de medida de internação, internação provisória e adolescentes que pernoitam na unidade. Ou seja, um quadro de atendimento avesso ao proposto pelo ECA no Art. 123 por não respeitar a “rigorosa separação por critérios de idade, compleição física e gravidade da infração” (BRASIL, 1990).

No DF, não existe medida socioeducativa de semiliberdade para adolescentes do sexo feminino. Dessa forma, o sistema socioeducativo desrespeita direitos das adolescentes por não oferecer de forma completa, medidas socioeducativas compatíveis com seu ato infracional. De acordo com entrevista realizada com a psicóloga da VIJ, alguns juízes já tem aplicado a medida de semiliberdade para adolescentes do sexo feminino como forma de provocar o Executivo a criar unidades de atendimento voltadas para esse público.¹¹ No entanto, essa não é uma postura uniforme no judiciário que, muitas vezes, acaba por impor a medida de internação às adolescentes que cometeram atos infracionais considerados de menor potencial violento e ameaçador, por não haver unidades de atendimento de semiliberdade, como aponta um trecho da entrevista:

Agora a gente já tá ai com a quarta medida de semiliberdade para meninas, o que é uma forma de pressão para que se construa uma unidade de semiliberdade feminina. Já teve uma época que existiu essa unidade, mas não era aplicada essa medida para elas, então, a unidade ficava praticamente vazia e as unidades masculinas superlotadas. [...] Fica uma lacuna entre a medida de liberdade assistida e a internação. [...] Acontece uma desigualdade de gênero e violação de direitos, porque elas poderiam estar cumprindo uma medida mais leve. (Entrevista com psicóloga da VIJ)

¹¹ Nesses casos, devido a ausência de unidades de semiliberdade femininas, as adolescentes acabam respondendo a medida em liberdade.

Assim, nesse quadro de violação de direitos, se encontram reunidas em um único módulo do CAJE I as adolescentes consideradas como ameaça à sociedade.

É nesse módulo que também está uma particularidade do universo: o fato de a maioria 12 (71%) das adolescentes em cumprimento de medida de internação serem usuárias de medicamentos psicotrópicos. Esse dado expressa uma alta medicalização das adolescentes em privação de liberdade, uma vez que, os adolescentes usuários de psicotrópicos representam um grupo reduzido 23 (9%) na população masculina da unidade socioeducativa. Por que existe essa diferença de gênero? Por que se medicam tanto as adolescentes em privação de liberdade? Apesar dessa realidade ser surpreendente, não foi possível responder a essas perguntas. No entanto, para buscar uma aproximação com a realidade experimentada por essas adolescentes, foi realizado um estudo de caso do universo feminino do CAJE I. Para isso foram mostradas suas histórias de vida e suas experiências pessoais e intransferíveis, ao mesmo tempo em que foi apontada uma realidade comum que apenas se repete entre elas.

1. O colorido do módulo feminino

As paredes lilás na entrada do módulo já sinalizam que se trata de um local diferenciado dos demais da unidade. A limpeza, organização e o cheiro dos cosméticos, caracterizam esse espaço de adolescentes que, maquiadas e adornadas com os poucos brincos, colares e anéis permitidos pela segurança, aguardam afastadas de seu convívio familiar e social o dia em que serão liberadas. Dia que parece estar cada vez mais distante quando idealizado sob uma vida completamente vigiada, que torna – mesmo com o esforço do lilás e do rosa nas paredes internas – cinzenta e sem cores a realidade institucional. No entanto, o resquício de vida que existe no módulo está nelas, nas cores que vem das adolescentes.¹²

Dourada

O dourado talvez seja a cor que melhor retrata a vaidade, por isso, Dourada está sempre maquiada, usando os maiores brincos que puder e com a depilação em dia – a observar por sua sobrancelha que, cada vez mais, é afinada pela pinça. Tem 18 anos e

¹² Serão substituídos os nomes das adolescentes por nomes de cores como forma de preservar suas identidades.

foi mãe aos 15 de um menino lindo, que em dias de visita ela se orgulha em mostrar. O pai o registrou, mas nos prontuários não existem outros registros de sua participação. Hoje, o menino é cuidado pela avó materna, pois, há 1 ano e 2 meses na instituição, Dourada não pôde acompanhar metade da vida de seu filho. Por que isso aconteceu? Por um “motivo grave”, pelo menos para a justiça, como mostra seu relatório avaliativo:

Sobre o ato infracional, no início da internação, não demonstrava arrependimento, referia-se ao homicídio como legítima defesa e sentia-se valorizada, por ter eliminado um problema que afetava a sua comunidade, pois dizia que a vítima era desafeta de várias pessoas do seu convívio. Hoje se arrepende do que fez, tem mais clareza da loucura que cometeu, sabe das mudanças que vai ter que fazer em sua vida quando começar a receber benefícios ou for liberada da medida de internação, pois, teme represálias por parte de familiares e amigos da vítima. (Trecho retirado do relatório avaliativo da adolescente)

Informações sobre a vítima e os motivos do homicídio, não são contados com profundidade em seu prontuário, que mostra se tratar de uma “loucura que cometeu”. Loucura que não recebeu diagnóstico psiquiátrico, mas que tornou Dourada alvo da medicalização devido ao tratamento que buscou no CAPSad para abandono do uso de álcool e maconha. Antes, ela já se queixava de nervosismo e insônia devido à ansiedade que sentia por causa da internação, mas a resposta que teve por essa demanda em atendimento psiquiátrico foi: “paciente sem critério para tomar medicação psicotrópica” (relato de consulta psiquiátrica no CAJE I), sem apontar outra ação, diferente da medicalização, que poderia ser desenvolvida pela psiquiatria.

Assim, sob o uso de anticonvulsivantes e antidepressivos, Dourada cumpriu seus dias de internação até quando recebeu uma saída especial e não retornou para a instituição.¹³ No CAJE I não se tem notícias sobre ela, mas acredita-se que tenha voltado para a Ceilândia, para o convívio de seu filho, sua mãe, padrasto e quatro irmãos que sobrevivem com a renda de um salário mínimo. Voltou para o “lugar do crime”, onde pode sofrer a vingança pela morte de sua vítima. Voltou para onde os longos dias de internação não foram capazes de mudar em nada a realidade que a levou para o CAJE I.

¹³ A pesquisa documental teve como referência os meses de julho a outubro de 2010, no entanto, durante a fase de pesquisa de campo, 5 adolescentes que tiveram seus prontuários analisados, saíram do CAJE I. As informações sobre as adolescentes egressas foram obtidas através de entrevista realizada com a psicóloga de referência dessas adolescentes, uma vez que, essa profissional ainda mantinha contato com suas famílias.

Violeta

Séria e reservada é Violeta, uma cor presente em algumas flores cujo pigmento é difícil de ser extraído. Tem 18 anos e apenas duas passagens pelo CAJE I por furto, sem ter recebido nenhuma medida socioeducativa mais leve anteriormente. Há 1 ano e 4 meses em privação de liberdade, seu histórico infracional destoa da legislação que tem como princípio protegê-la, pois, seu ato infracional não apresenta violência ou grave ameaça, não houve descumprimento de medida anteriormente imposta e, tampouco, reiteração de cometimento de infrações graves (BRASIL, 1990).

Então, qual o motivo de Violeta estar internada? Não se sabe. Apenas levanta-se uma hipótese: a possibilidade de o judiciário interpretar a medida socioeducativa como forma de proteção à adolescente que vivenciava uma situação de risco social. Situação que conferem à Violeta por experimentar vivência de rua e apresentar uma configuração familiar com membros estigmatizados e padrões incompatíveis com os dominantes – pai ex-presidiário que, apesar de trabalhar um tempo como servente, está desempregado, mãe alcoolista e moradora de rua, dentre outras situações, agravadas pela pobreza experimentada pela família. Assim, a proteção pensada pelo judiciário mostra-se uma experiência dolorosa para Violeta:

Adolescente com comportamento de autolesionamento. Em atendimento, a jovem verbalizou que o corte que fez no braço foi para aliviar um grande mal-estar que estava sentindo internamente. Contudo, ao indagar sobre essa pressão, se havia desaparecido, ela disse que não, que estaria se segurando para não “estourar”. (Encaminhamento realizado por psicóloga de referência)

Por esse e outros sofrimentos expressados por Violeta durante o cumprimento da internação, ela recebeu os diagnósticos: episódio depressivo moderado; distúrbio de conduta não-socializado; transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas, que em seu caso, trata-se apenas do consumo de maconha. Em resposta a esses diagnósticos, há 1 ano e 2 meses Violeta é usuária de medicação psicotrópica, ou seja, durante o cumprimento da medida socioeducativa, por apenas 2 meses, ela não esteve sob o efeito desses remédios. No entanto, Violeta tem tido um bom desempenho em todas as atividades da unidade de internação e já até ganhou três benefícios de saída especial. É provável que sua liberação esteja próxima. Mas, e quando ela sair, como poderá dar continuidade ao seu “tratamento”? Não é possível saber, mas de qualquer forma isso não parece ser

importante para as instituições que a controlam – a unidade socioeducativa e o judiciário –, uma vez que, Violeta deixará de ser responsável delas.

Verde

Logo que chegou ao CAJE I mostrou seu talento para o futebol. Foi inscrita na seleção de um time profissional da cidade, onde foi escolhida para participar dos treinos. De tão habilidosa com o esporte, até mudou de time, foi para um melhor e contribuiu para que ele fosse campeão regional. Assim, ficou conhecida na instituição como a jogadora de futebol, era olhar pra ela que todos se lembravam do gramado verde e da arte que ela exibia nele. Diante disso, Verde decidiu seguir essa carreira, passou a sonhar em ser como a Marta, a melhor jogadora de futebol do mundo. Mas afinal, ser jogadora de futebol profissional não é um sonho só dela, mas de muitos brasileiros, em especial daqueles que desejam romper com realidade de privação que vivenciam. E era com isso que Verde sonhava: em transformar a filha de uma doméstica e um gari em uma jogadora famosa.

Para ter um melhor desempenho no campo, decidiu que não mais usaria drogas. Ela mesma solicitou que fosse inserida no atendimento do Adolescente. O que surtiu efeito, pois, parou de usar tabaco na instituição e disse que não voltaria a usar outras drogas quando liberada. Verde era esforçada. Concluiu o Ensino Médio na escola do CAJE I e devido a isso e sua atuação no esporte, ganhou uma bolsa de estudos em uma universidade privada. Escolheu o curso de Direito, fez vestibular e passou. As aulas já iam começar no próximo semestre e não tinha mais necessidade de ficar no CAJE I. Diante disso, sua técnica de referência se esforçou, pediu ao juiz a liberação de Verde, que foi concedida.

Assim, com 18 anos, após 2 anos e 1 mês de privação de liberdade devido a quatro roubos, Verde foi liberada. Alguns dias após a liberação, sua técnica de referência ligou para a família de Verde para saber notícias. A família informou que ela havia se envolvido com o tráfico de drogas e sido apreendida no sistema prisional de adultos, passando apenas alguns dias presa sendo logo liberada. Na universidade, informaram que ela continua freqüentando as aulas, mas que já havia sido surpreendida traficando entre os alunos. Mas quanto ao treino de futebol, nada mudou, continua indo

regularmente com o mesmo desempenho, já que seu grande sonho é viver nesse gramado verde.

Rosa

Foi de uma cor intermediária entre o branco e o vermelho que se registrou o único caso de latrocínio entre as adolescentes. Foi Rosa, talvez a adolescente mais sensível entre todas, que se envolveu nesse ato infracional. Há quatro anos morando nas ruas do Plano Piloto, tirava seu sustento da prostituição, até conhecer o Tinta, com quem começou a namorar e que a fez parar de se prostituir. Tinta convidou Rosa para, juntamente com o Lápis, roubarem carros formando “*uma quadrilha de trio*” – como descrita pela adolescente.¹⁴ Eram muitos os carros que roubavam em um mesmo dia e, de acordo com Rosa, nunca cometiam violência física contra as vítimas. Até que um dia, em um roubo no Parque da Cidade, Tinta atirou na vítima, que logo morreu. Rosa disse que não atirou em ninguém, mas a polícia os deteve e ela teve que ir para o CAJE I.

Nessa unidade socioeducativa não foi muito bem recebida. As outras adolescentes do módulo não gostavam dela e a deixavam de lado e sozinha. Isso, por terem espalhado um boato – nunca confirmado – que um dos seus parceiros de atos infracionais havia estuprado uma das vítimas. Como se sabe, no mundo prisional isso não fica barato e durante meses, Rosa passou a ser penalizada. Foram 6 as agressões físicas realizadas contra ela pelas outras internas. Mas o tempo foi passando e, por nunca confirmarem o tal estupro, essa história foi sendo esquecida. A partir daí, Rosa, que era muito sensível e nunca se vingava de nada – só chorava –, passou a se relacionar melhor com as outras adolescentes e ser aceita no módulo.

Apesar dessa aceitação, Rosa continuava em sofrimento. Já havia tentado suicídio nos primeiros seis meses da internação e mesmo sob o uso de medicamento psicotrópico, um ano depois, apresentava “um quadro de apatia, falta de apetite e humor instável” (encaminhamento realizado por psicóloga de referência). Por uma determinação judicial, foi encaminhada para o Adolescentro devido ao uso de crack e, mesmo passando a receber um atendimento mais complexo em saúde mental, seu sofrimento continuou. Afinal, é muito sofrimento, uma história de sofrimentos, cujos

¹⁴ Foram substituídos os nomes desses jovens como forma de preservar suas identidades.

recursos institucionais não dão conta de atender. E é por isso que Rosa faz sempre como na cantiga do Cravo e a Rosa, ela “põem-se a chorar”.

Amarela

Uma cor intensa e fácil de ser percebida é Amarela. Seu andar despojado, sua voz alta e seu jeito impositivo de falar, chamam a atenção de quem dela se aproxime. Para ela não existem meias palavras, quando deseja alguma coisa fala logo, mesmo que para isso tenha que gritar no meio do pátio. Desde que chegou à unidade já cometeu diversas ocorrências como desacato, atos de indisciplina, ameaça e agressão física, já que briga até para defender os interesses das internas com quem tem mais proximidade. Em seu relatório é descrita como rude e as monitoras do módulo avisam que ela precisa parar de agir dessa forma, que mulher não tem esses modos e que ela precisa mudar. Mas, ainda bem que Amarela é autêntica e com um sorriso, ainda que faltando alguns dentes, demonstra não se importar com a opinião dos outros.

No entanto, nem o brilho intenso de Amarela resistiu à internação. Tristeza, ansiedade, insônia e angústia começaram a ser demandas para atendimento psiquiátrico. Além disso, seu comportamento pouco aceito na instituição, também se tornou alvo de tratamento psiquiátrico, como mostra as demandas da adolescente no relato de uma de suas consultas psiquiátricas: “insônia noturna, agressividade, dificuldade de autocontrole, dificuldade nas relações interpessoais, ansiedade, mudança brusca de humor”. Dessa forma, Amarela passou a ser medicalizada para conseguir aguentar o sofrimento da internação e se tornar uma pessoa socialmente aceita.

Após 1 ano e 5 meses em privação de liberdade, Amarela recebeu seu primeiro benefício de saída especial, já que o juiz só havia lhe permitido uma única saída para visitar o filho em um abrigo de crianças. Mas, dessa vez, foi uma saída realmente especial: 5 dias para passar o natal longe do CAJE I. Nos primeiros dois dias ficou em casa com sua família – que enfrenta uma situação de extrema pobreza e sobrevive com a ajuda de vizinhos e igrejas. Mas, no terceiro dia, o tio a convidou para ir vigiar carros com ele e Amarela foi. Foi para o Núcleo Bandeirante, o mesmo lugar onde passou anos vivendo nas ruas. Lá, encontrou velhos amigos, retomou antigos hábitos e por sentir a intensidade de seu brilho de volta, não resistiu e nunca mais voltou para a instituição.

Bege

De tanta timidez, Bege é muito calada e procura não se deixar ser percebida. Mas com a justiça não foi assim, ela foi percebida muito cedo e se tornou alvo da intolerância do sistema penal. Por dois roubos ela foi privada de liberdade durante 1 ano e 8 meses, fato comum entre as meninas e raro entre os meninos, uma vez que, alguns deles chegaram a apresentar até sete passagens antes da internação. Mas, o que se pensa é que com as mulheres as coisas devem ser diferentes, pois, elas precisam ser mais dóceis e, portanto, corrigidas quando fugirem a esse padrão. Talvez por esse desenho de gênero, Bege esteja internada há tanto tempo, pois, mesmo que tenha cometido dois roubos, consideram que isso não está de acordo com a calma e passividade que sua cor deveria transmitir.

No entanto, apesar de Bege frustrar o que esperavam dela devido ao seu histórico “manchado” por dois roubos, durante a internação fez diferente. Bem avaliada em todas as atividades, Bege foi descrita pela gerência de segurança em seu relatório avaliativo da seguinte forma:

Apesar de a jovem ser muito fechada, a conduta da mesma junto aos profissionais no módulo tem sido respeitosa, se relaciona bem e educadamente com as colegas internas, demonstrando estar adaptada ao convívio no módulo. [Bege] possui ótimos hábitos de higiene pessoal, mantém o quarto em que mora sempre organizado e limpo. Veste-se adequadamente, de acordo com a vestimenta que é pedida pela casa. Cumpre, sempre que solicitada as tarefas cotidianas do módulo, e acata as regras e normas normalmente sem questionar. (Trecho retirado do relatório avaliativo da adolescente)

Devido a isso, Bege conseguiu um estágio remunerado no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), para onde ia todas as tardes. Ia de ônibus com as outras internas que também tinham sido beneficiadas com o estágio. Parecia até que estava em liberdade e era muito bom sentir essa sensação. Nem mesmo a contenção química do remédio controlado que tomava devido ao tratamento para o uso de drogas, conseguia controlar essa sensação. Pena que ela durava só até o final da tarde, quando tinha que retornar ao CAJE I. E assim, durante semanas sua rotina foi levantar, tomar café, ir do módulo para a escola, voltar para o módulo e almoçar, se arrumar, ir para o estágio, se sentir livre, retornar para a instituição, se sentir presa, entrar no módulo, jantar e ficar trancada no quarto até o outro dia.

Assim foi sua rotina até que, em um certo dia, não aguentou, fez tudo como sempre, mas quando se sentiu livre quis se sentir assim por mais tempo e perdeu a coragem – porque vontade ela nunca teve – de voltar para a instituição. Não voltou nunca mais. No sistema de identificação da unidade está como evadida e a qualquer mandato judicial de busca e apreensão ela poderá voltar. Sua mãe também não tem notícias dela, disse que temendo ser apreendida, Bege apenas telefonou informando que estava indo para o Rio de Janeiro. Talvez, se ela estivesse em uma medida em meio aberto ainda estaria por aqui, perto de sua família, mas como não há investimento nisso, Bege percebeu que devia ir embora, pois, o único lugar que destinam para ela nesta cidade é o CAJE I.

Turquesa

É com o encantamento e a tranquilidade que essa cor provoca, que seu pai descreve Turquesa como uma filha obediente e nada agressiva, que costuma ajudar a mãe nas tarefas domésticas e que só sai de casa com autorização dos pais. Há 7 meses internada no CAJE I devido a três roubos, Turquesa relaciona seus atos infracionais com o uso de drogas. Foi nas festas e em boates que ia com as amigas, que ela iniciou o uso dessas substâncias. Maconha, cocaína e Rohypnol® passaram a ser consumidas com frequência por ela. Mas para pagar por esse caro consumo era preciso conseguir dinheiro.

Na primeira vez, a idéia veio de uma amiga, que a convidou para assaltar um ônibus. Com uma faca na mão, as duas ameaçaram o cobrador e pegaram o dinheiro, mas logo em seguida foram apreendidas e levadas para o CAJE I. Turquesa cumpriu a internação provisória e foi encaminhada para a medida de liberdade assistida. Quando voltou para casa, a adolescente que sempre teve um bom rendimento escolar, foi reprovada na escola pela primeira vez, “devido ao elevado número de faltas decorrente de sua apreensão no CAJE I” (declaração feita pelo pai da adolescente em relatório avaliativo). A partir daí vieram os outros atos infracionais que acabaram por determinar sua internação.

Logo no segundo mês de cumprimento de medida socioeducativa, Turquesa foi encaminhada para atendimento psiquiátrico devido a insônia e alucinações visuais e auditivas que estava tendo. Desde esse momento, passou a ser medicada com

psicotrópicos. Em seguida, foi incluída em programa de tratamento para o uso abusivo de drogas, solicitado por ela, como mostra seu relatório:

Ela analisa que seu ingresso em práticas infracionais iniciou com o uso de drogas, porém nega ter sido influenciada, acreditando também que sua mudança depende exclusivamente de sua vontade em redirecionar sua conduta. Assim, afirma que pretende finalizar os estudos e trabalhar, redirecionando sua vida de acordo com as normas sociais. A adolescente solicitou encaminhamento para tratamento para abandono do uso de drogas. (Trecho retirado do relatório avaliativo da adolescente)

Apesar de seu esforço e interesse, Turquesa se engana por relacionar seu ingresso na vida infracional devido, apenas, ao uso de drogas e também em acreditar que “exclusivamente ela” mudará sua situação. Para que essa mudança aconteça, isso exige de Turquesa um enorme esforço individual para romper com a realidade social que a trouxe para o CAJE I. Realidade que sua família reduz ao comportamento de Turquesa e seu envolvimento com “más companhias”. Devido a isso, a família já chegou a se mudar de Planaltina para Santa Maria na tentativa de afastar Turquesa daqueles que lhes eram “más influências”. No entanto, quando ela recebeu a medida de internação, a família percebeu que seu esforço individual não era capaz de mudar essa realidade e retornaram para Planaltina. Nessa cidade, vivenciam uma difícil realidade que, apesar da família considerar ser amenizada por terem casa própria, continuou a mesma quando retornaram e continuará com a mesma violência, pobreza e falta de recursos sociais no dia em que Turquesa terminar de cumprir seu período de internação.

Laranja

Nos relatórios avaliativos, Laranja é descrita como extrovertida e irreverente. Por onde passa inicia uma conversa e faz alguma brincadeira. Porém, por essas brincadeiras, ela já foi avaliada como inconveniente pelos profissionais que a acompanham. Dizem que ela não sabe usar as palavras, pois, são “desqualificadas” (trecho de relatório avaliativo), tornando suas brincadeiras desagradáveis de forma a atrapalhar seu relacionamento com outras pessoas. E, além disso, afirmam que sua irreverência é um “indicativo de uma certa imaturidade” (trecho de relatório avaliativo). Isso, porque não entendem que a cor Laranja é assim, viva e cheia de energia e que isso sim, combina com adolescência, que não tem nada a ver com maturidade.

No entanto, algumas mudanças no comportamento de Laranja tem sido incentivadas. A primeira se refere a essa irreverência e, a segunda, ao modo de se vestir que, de acordo com as monitoras do módulo “suas roupas nem sempre são adequadas, sendo necessária a interferência das Agentes para que se vista de maneira mais feminina e se valorize mais” (trecho de relatório avaliativo). Mas, o que será que ela deveria valorizar? Sua beleza? Seu corpo? Sua feminilidade? Se essa valorização se referir a esses fatores, Laranja já os valoriza. Ela faz isso sem se preocupar em ser feminina, pois, mesmo com suas roupas largas e consideradas inapropriadas ela é cheia de vida e energia. Um exemplo disso é a auto-estima incrível de Laranja que a faz confiante até em seus relacionamentos. Ela diz ter um companheiro fora da instituição que é apaixonado por ela e até chora de saudades, mas ela não quer que ele vá visitá-la, porque assim, seus admiradores do CAJE I saberiam que ela tem compromisso e parariam de se corresponder por cartas com ela. Mesmo distante, ela afirma que é a mulher da vida dele e por isso pode afirmar que ele vai esperá-la.

Mas, diante de tanto controle sobre suas palavras, roupas e comportamento, a vida e energia, próprias de sua cor, se enfraqueceram e Laranja se transformou em mais uma paciente em psiquiatria relatando “insônia, ansiedade e cansaço” (relato de consulta psiquiátrica). Assim, com o diagnóstico de distúrbio de conduta não-socializado e transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas, Laranja segue internada, sob o uso de medicamento psicotrópico, para quem sabe um dia, conseguir ter um comportamento “socializado”.

Prata

Há mais ou menos um ano atrás, os funcionários organizaram um concurso de beleza entre as internas do CAJE I. O desfile mobilizou o módulo inteiro e durante dias as adolescentes provaram vestidos e calçados, planejaram a maquiagem e o penteado e ensaiaram os passos na passarela. Algumas levavam isso muito a sério e se preocupavam em fazer tudo da melhor forma possível, mas para Prata toda essa preparação não tinha muita importância, afinal, ela já era veterana no assunto. Ex-modelo de uma agência, ela já havia participando de vários desfiles e, até mesmo comerciais. Então, no dia do desfile bastou fazer aquilo que já sabia e pronto: com um lindo vestido prata, foi eleita pelos jurados em primeiro lugar.

Prata era assim, tinha um bom desenvolvimento em tudo que fazia. Aos seis anos começou a estudar, nunca apresentou reprovação escolar e ainda participava de outras atividades oferecidas pela escola, como voleibol e teatro. Na escola do CAJE I, também tinha um ótimo rendimento e foi avaliada como organizada, participativa e produtiva. Na escola e em outros setores de sua vida, sua família – composta pelo pai, mãe e um irmão – sempre a acompanhou e, no que se refere à medida socioeducativa, não foi diferente. Portanto, Prata apresenta os principais fatores, considerados pelo senso comum e saberes conservadores, como o “remédio” para a vida infracional: educação e uma composição familiar de acordo com o padrão socialmente esperado. Mas seu caso mostrou que o remédio não está em sucesso familiar e individual.

Outro remédio que Prata mostrou não funcionar foi a internação e a medicalização para o “tratamento” dos fatores que a levaram ao CAJE I. Sua internação se deu por um roubo, mas que já se tratava de seu quinto ato infracional. Logo após o primeiro mês de cumprimento da medida, iniciou o uso de medicamento psicotrópico, que foi prescrito em atendimento no Adolescentro para tratamento de abandono do uso de drogas. Assim, durante 1 ano e 5 meses, Prata esteve internada no CAJE I até quando recebeu seu quarto benefício de saída especial e não retornou para a unidade. Dias depois, soube-se que ela cometeu um furto e foi novamente apreendida, mas por já ter atingido a maioridade, não voltou para o CAJE I, foi levada para o sistema prisional de adultas. Lá, foi logo liberada e mudou-se para Minas Gerais, mas corre-se o boato de já terem visto seu brilho metálico nas ruas de Brasília novamente.

Azul

Talvez por ser uma cor fria, Azul seja muito fechada e tímida. Não é de conversar muito e, de acordo com sua mãe, desde criança ela era assim. Há 1 ano em privação de liberdade devido a uma única passagem por homicídio, é a adolescente que mais apresenta demandas e atendimentos em psiquiatria. Os motivos são vários: insônia, sintomas de pânico, automutilação, tristeza, vontade de matar outra pessoa, esquecimento, vontade de abandonar o uso de drogas, dentre outros. Todos eles expressando uma experiência de muito sofrimento vivenciada pela adolescente.

Os diagnósticos também são muitos: transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas; episódio

depressivo moderado; transtorno de pânico; transtornos dissociativos; transtornos específicos da personalidade; e, distúrbio de conduta não-socializado. Mas o tratamento consiste, principalmente, em um só: o uso de medicação psicotrópica.

Nos primeiros meses de cumprimento da medida de internação, [Azul] demonstrava grande instabilidade comportamental, manifestando-se amistosa com os servidores, porém às vezes tinha crises nervosas, com rompantes de agressividade, tendo inclusive agredido outras internas. Devido a essa instabilidade e à dependência de drogas, [Azul] foi encaminhada para atendimento psiquiátrico na Unidade, e, posteriormente, foi também encaminhada ao CAPS, tendo sido inserida no serviço de saúde mental, o qual permanece em andamento. A jovem permanece em uso de medicação psicotrópica (antidepressivos e antipsicóticos). Observa-se, nos últimos meses, uma evolução significativa do comportamento de [Azul], que tem conseguido controlar melhor seu estado emocional, não mais manifestando crises nervosas ou agressivas. (Trecho retirado do relatório avaliativo da adolescente)

Devido a essa sua “grande instabilidade comportamental” a privação de liberdade, acrescida da contenção química, apresentam-se como a solução mais rápida e fácil pra uma sociedade que deseja que pessoas assim, como Azul, consideradas como uma ameaça, sejam afastadas. Mas para Azul essa não é a melhor saída. Antes de ingressar no CAJE I teve apenas duas demandas em saúde mental: o consumo de drogas e um episódio, ainda na infância, em que batia a cabeça na parede, mas que após 5 anos de acompanhamento neurológico, nada foi verificado. Por isso, mesmo que o uso de medicação controlada aponte melhoras no comportamento de Azul, foi na internação que ela apresentou seus maiores sofrimentos.

Roxa

Usuária de maconha, cocaína e Rohypnol®, logo que chegou ao CAJE I foi encaminhada para atendimento psiquiátrico devido à insônia por provável abstinência. Nesse atendimento foi prescrita medicação composta por ansiolíticos e anticonvulsivantes para tratar de seus sintomas. A partir daí, os hematomas da medicalização começaram a ser visíveis em Roxa:

Solicito reavaliação da medicação que a adolescente está tomando, pois, ultimamente, a jovem tem apresentado um comportamento agressivo e, segundo sua genitora, isso não acontecia antes da medicação. A genitora da adolescente nos questionou quanto a filha ficar meio lesada durante o dia, que nas visitas do final de semana ela parece estar dopada. Solicitou se

poderia ser usado o medicamento somente a noite e pediu ainda se poderíamos fornecer o nome da medicação para ela. Diante disso solicito um retorno por parte desse setor. (Encaminhamento realizado pela assistente social de referência).

Após a reavaliação em psiquiatria solicitada no encaminhamento, Roxa continuou com o uso de medicamento psicotrópico e há 1 ano em cumprimento medida de internação, permanece sob o uso diário dessas substâncias.

Em uma instituição com vários setores como o CAJE I, muitas vezes, os profissionais que acompanham as adolescentes não tem conhecimento sobre seu uso de medicamento controlado e passam a avaliá-las sem considerar essa prerrogativa. É provável que isso tenha acontecido com Roxa, pois, na escola, por exemplo, apesar de avaliarem ter um bom desempenho quando dedicada às atividades, consideram Roxa dispersa, com um comportamento reservado em relação às outras alunas e com pouca participação e interesse pelas aulas. Quadro que pode estar estreitamente relacionado com os efeitos dos medicamentos psicotrópicos aos quais está submetida e que acabam por prejudicá-la em sua vivência na instituição.

Assim, a situação de Roxa expressa a medicalização vivenciada em instituições totais, onde até o atendimento em saúde mental é realizado entre os muros da unidade. Porém, para cumprir os princípios do SINASE e da Lei nº 10.216 de 2001, que sugerem que esse atendimento seja realizado, preferencialmente, na rede externa de saúde, Roxa foi encaminhada para tratamento do uso abusivo de drogas no Adolescente, na esperança de receber um atendimento mais complexo. No entanto, o encaminhamento foi realizado quando ela tinha 17 anos e alguns meses de idade e, quando sua primeira consulta foi marcada, já havia completado 18 anos, não podendo mais ser atendida por essa unidade. Dessa forma, foi encaminhada para o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS ad) e, após ter participado do acolhimento, esperou mais alguns meses para ter marcada sua primeira consulta.

Diante dessa realidade, se ainda existisse médico psiquiatra no CAJE I, seria tentador descumprir as recomendações das legislações em saúde mental e garantir o atendimento, mesmo que totalizante, na instituição. Mas, como só resta a rede externa, busca-se um atendimento para Roxa e as outras cores que, no final, terá o mesmo resultado do atendimento psiquiátrico da instituição: a contenção química dos problemas por elas vivenciados.

Vermelha

Sua cor é quente e expressa revoluções e insubmissões, pois, Vermelha é a adolescente que apresenta o maior número de ocorrências na instituição desde o período de sua internação provisória – 19 ocorrências, enquanto a maioria das adolescentes chega a apresentar cerca de 6. Atos de indisciplina, ameaça e desacato são as ocorrências mais recorrentes, que garantiram à Vermelha dias de cumprimento de medida disciplinar, onde, separada das demais internas do módulo, ficava trancada em um quarto sem participar de nenhuma atividade institucional. Porém, isso não a calava, pelo contrário, fazia Vermelha gritar mais alto, durante todo o dia, incansavelmente. Além disso, gostava de subir na cama e olhar por uma janela que dava para o corredor mais movimentado da unidade, puxando assunto e fazendo brincadeiras com todos que passavam.

Durante o período das três internações provisórias que cumpriu, era rotineiro ouvir os gritos de Vermelha e vê-la na janelinha do quarto destinado à medida disciplinar. No entanto, após ter sido sentenciada com a medida de internação, esse quadro foi visto apenas mais uma vez. Ela cansou, viu que mais nada podia fazer, agora os 45 dias que antes se referia como “*não dá nada*”, se tornaram 6 meses, no mínimo, e 3 anos, no máximo. A partir daí, o sofrimento aumentou, como mostra o relato de uma de suas consultas psiquiátricas:

Paciente está deprimida, foi sentenciada durante 3 anos no CAJE. Relata estar com insônia, diz que a medicação não faz mais efeito. Está angustiada e desmotivada. (Relato de consulta psiquiátrica)

Apesar de ter recebido o diagnóstico de distúrbio de conduta não-socializado e transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – uma vez que consumia maconha e Rohypnol® diariamente – Vermelha costuma dizer que “*tem problema*” devido a um raio que caiu sobre ela. De acordo com Vermelha e sua família, quando tinha um ano de idade, ela estava no colo da avó e ambas foram atingidas por um raio. Ela até aponta uma cicatriz na testa como resultado do acidente. Mas, concordar com Vermelha sobre as causas de seus problemas advirem do raio, seria a saída mais fácil. Sua história de vida, marcada por uma inadaptação da escola à sua realidade – pois a partir dos 10 anos passou a ser transferida de escolas devido ao seu comportamento –, pela situação de pobreza

experimentada por sua família, por sua vivência de rua, dentre outras restrições, retiram a culpa do raio. A não ser que o raio se refira ao mesmo que atingiu todas as outras internas do módulo 5: o raio do abandono.

2. Luz para ver as cores

As cores só são perceptíveis com a presença da luz. Na ausência dela, tudo se torna preto e escuro. Por isso, esse estudo buscou lançar luz às histórias dessas 12 adolescentes. Pouco se sabe sobre elas, pois, sempre estiveram em lugares sombrios: primeiro, na região pobre que moravam, pois lá, elas eram esquecidas pelo Estado no acesso aos recursos sociais e privadas de vários direitos; e, segundo, na unidade socioeducativa, pois, apesar de serem percebidas devido aos seus atos infracionais, o Estado fez questão de escondê-las entre os muros da internação. Assim, a partir desse estudo foi possível ver suas cores e conhecer quem são as adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação.

De modo geral, elas são adolescentes entre 17 e 18 anos de idade, moradoras das regiões administrativas Ceilândia 3 (25%), Samambaia 2 (17%) e Sobradinho 2 (17%) com renda familiar composta, em sua maioria 5 (59%), por 1 a 2 salários mínimos. Há cerca de 7 a 18 meses 8 (68%), cumprem medida socioeducativa de internação devido aos atos infracionais de roubo 6 (50%), homicídio 3 (25%), furto 1 (8%), latrocínio 1 (8%) e porte de arma 1 (8%). O cumprimento dessa medida é causador de um sofrimento intenso na vida dessas adolescentes. Esse sofrimento se revela a partir da frequência de seus principais motivos de encaminhamentos para serviços de atenção à saúde mental: insônia 7 (32%), ideação suicida 3 (14%) e automutilação 3 (14%).

O tratamento para essas demandas consiste em um só: contenção química por medicamento psicotrópico. Seja em atendimento psiquiátrico na unidade socioeducativa ou, na rede externa de saúde mental, elas se tornam alvo dessa medicalização. No entanto, esses remédios vem tentar tratar de um sofrimento que se deve a diversos fatores, dentre eles, a negligência do Estado para a atenção a essas adolescentes quando ainda estavam em liberdade e que se agrava no cumprimento da internação. Se eles fossem capazes de mudar essa situação poderiam se tornar em remédios para os problemas sociais, mas sua eficácia nesse sentido não tem sido comprovada.

Os remédios psicotrópicos causam uma dependência que será sentida, principalmente, quando essas adolescentes forem liberadas da medida. Apesar de elas realizarem atendimento em saúde mental na rede externa de saúde 10 (83%) – o que poderia contribuir para a continuidade de um acompanhamento quando saíssem da medida –, nenhuma das adolescentes egressas prosseguiu nesse atendimento. Assim, sem acompanhamento, sem receita, e sem remédio, as adolescentes sentirão os efeitos da abstinência quando forem liberadas da medida socioeducativa, o que se tornará um novo gerador de sofrimento em suas vidas.

A partir das histórias das adolescentes egressas da medida socioeducativa de privação de liberdade, foi possível perceber que a internação e seus recursos medicamentosos não retiraram essas adolescentes da situação de desproteção social que experimentavam. A não ser pelo estigma que agora podem carregar, nada mudou em suas vidas. A realidade de privações e violações de direitos que já acarretavam sofrimento a elas permaneceu a mesma durante o período em que estiveram no CAJE I. E, a internação se configurou em apenas um período, talvez perdido, de suas vidas, onde tiveram o seu sofrimento aumentado.

Esse sofrimento não é experimentado apenas por essas adolescentes, mas por todos os adolescentes que, privados de liberdade, cumprem medida socioeducativa. No entanto, são elas, as adolescentes, as mais medicadas na unidade socioeducativa. Diante disso, este estudo não apresenta pretensões explicativas para esse fenômeno, mas a partir da descrição de suas histórias de vida buscou-se conhecer quem são essas adolescentes. Porém, mesmo lançando luz sobre elas, não foi possível responder: por que se medicam tanto as adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa?

Considerações Finais

Os adolescentes com transtorno mental autores de ato infracional são submetidos à correção, ao tratamento e à medicalização por serem considerados perigosos para o convívio social. Devido a isso, eles são escondidos entre os muros da unidade socioeducativa de onde pouco se conhece e pouco se sabe sobre eles. São sujeitos invisíveis, que experimentam uma situação de abandono por não receberem um atendimento adequado pelas políticas sociais. A medicina e a justiça voltam sua atenção para eles, no entanto, os cuidados em saúde são silenciados pela punição judicial (DINIZ, 2007). Dessa forma, foi para esses adolescentes que esta pesquisa se voltou, para analisar como eles são atendidos pela política de saúde mental e política de infância e adolescência no âmbito da medida socioeducativa de internação.

Para conhecer o atendimento oferecido a esses adolescentes pela política de infância e adolescência e de saúde mental, foi necessário situar esses sujeitos no contexto histórico e social que contribuíram para seu ingresso na medida socioeducativa. Verificou-se que eles e suas famílias vivenciam uma realidade de privação de direitos marcada pela pobreza e ausência de políticas sociais que atendam suas necessidades. Essa realidade reflete a ausência de um Estado social e de direitos, em detrimento do Estado penal, que se ergue para controlar as desigualdades sociais a partir do investimento no aparelho policial e judiciário que, cada vez mais, leva adolescentes de classes populares para as unidades socioeducativas (WACQUANT, 2001).

Esse contexto experimentado pelos adolescentes e suas famílias é gerador de um sofrimento psíquico que antecede a entrada desses adolescentes na medida socioeducativa. O sofrimento é vivenciado em uma rotina onde o adolescente compartilha da miséria e das instabilidades que ela produz em sua família e, mesmo sobre esse contexto, se esforça para frequentar uma escola inadaptada à sua realidade – uma vez que, o discurso que lhe impõem é que somente a educação seria capaz de romper com a situação que vivencia – e buscar um emprego informal que possa contribuir na renda familiar. No entanto, em sua comunidade, os casos de sucesso financeiro e status social estão relacionados ao ato infracional, que se apresenta,

juntamente com o consumo de drogas, como uma alternativa acessível e fácil para anular esse sofrimento.

Inseridos em um contexto de violência repleto de disputas, desavenças, ameaças e agressões, o sofrimento psíquico não é rompido. Pelo contrário, esse contexto se torna mais um fator gerador de sofrimento, que é aumentado com a vigilância do aparato penal sobre esses adolescentes. A qualquer desvio dos adolescentes, esse aparato encaminha-os para a medida socioeducativa onde, internados em uma instituição, experimentam o grande sofrimento da privação de liberdade. Assim, em sofrimento e sem receber atendimento adequado pela política de infância e adolescência e política de saúde mental, encontravam-se os 35 adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação no CAJE I.

O atendimento dado a esses adolescentes pela política de infância e adolescência revelou resquícios da lógica menorista, uma lógica anterior a doutrina da proteção integral do ECA, que busca corrigir e adequar os sujeitos que violam as regras sociais. No âmbito da medida socioeducativa de internação, foi possível identificar essa lógica através dos relatórios avaliativos dos adolescentes, onde seu comportamento e perspectiva de mudança eram constantemente avaliados. Assim, registros desse comportamento e de composições familiares incompatíveis com o padrão socialmente colocado eram analisados para determinar a continuidade do cumprimento da medida ou a liberação do adolescente.

Além disso, verificou-se no CAJE I, que o atendimento ao adolescente autor de ato infracional não tem sido prioridade para os governos gestores do DF. A prioridade na execução de políticas sociais públicas para a infância e adolescência, garantida no artigo 4º do ECA, não tem sido destinada às medidas socioeducativas. O quadro de superlotação, infraestrutura inadequada e indisponibilidade de recursos humanos e físicos no CAJE I, impossibilitam o cumprimento do atendimento socioeducativo proposto pelo SINASE.

No que se refere ao atendimento oferecido pela política de saúde mental, verificou-se a necessidade do cumprimento do disposto no SINASE e na Lei 10.216 de 2001 que propõem que esse atendimento seja realizado, preferencialmente, na rede de saúde externa à unidade socioeducativa. A maior parte dos atendimentos consistiu em consulta psiquiátrica realizada no próprio CAJE I, o que contribuiu para um

atendimento totalitário nessa instituição. No entanto, a prevalência desse atendimento na unidade socioeducativa se relaciona com a escassa rede de atenção à saúde mental do SUS oferecida para crianças e adolescentes – apenas três unidades voltadas para o atendimento de todas as crianças e adolescentes do DF. Diante disso, o atendimento em saúde mental da unidade socioeducativa se mostrava mais acessível para os adolescentes que ali estavam internados.

As demandas em saúde mental apresentadas por esses adolescentes apontaram a internação como um gerador de sofrimento. Insônia, ideação suicida e automutilação, foram algumas das demandas mais recorrentes que se apresentaram como resposta à privação de liberdade e submissão às rígidas regras institucionais. No atendimento a essas demandas, os adolescentes receberam o diagnóstico, em sua maioria, de “distúrbio de conduta não socializado”, ou seja, um diagnóstico que corresponde ao estigma de perigoso e ameaçador experimentado pelo autor de ato infracional. A conduta dos adolescentes foi considerada anormal por esse diagnóstico, devido ao pensamento moralizador que aponta como doente aquele que foge do padrão de normalidade socialmente colocado.

O atendimento em saúde mental destinado a esses adolescentes consistiu em sua medicalização quando realizado na unidade socioeducativa ou na rede externa de saúde mental. A partir do uso dos medicamentos psicotrópicos, buscou-se ajustar o comportamento desses adolescentes, além de aliviar o sofrimento causado pela medida de internação. No que se refere a essa medicalização, uma surpresa ainda a ser mais bem investigada foi identificar nas adolescentes do sexo feminino sua maior incidência. No entanto, a medicalização feminina apresenta-se como um fenômeno complexo que demanda novos estudos que identifiquem suas causas e proponham intervenções. Devido a isso, esse estudo buscou, através da história de vida dessas adolescentes, mostrar esse fenômeno e propor reflexões, sem oferecer respostas conclusivas a ele.

Assim, o estudo sobre os adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação, mostrou a privação de liberdade como um grande gerador de sofrimento psíquico. A medida socioeducativa de internação não oferece atendimento adequado e não efetiva os direitos garantidos pela política de infância e adolescência e política de saúde mental para os adolescentes com transtorno mental autores de ato infracional. No entanto, ainda que haja esforço para a garantia de

direitos e por ações socioeducativas entorno dessa medida, ela sempre se apresentará como geradora de sofrimento devido à apartação social que promove na vida desses adolescentes. Dessa forma, a medida socioeducativa de internação representa para os adolescentes com transtorno mental autores de ato infracional um espaço médico-penal-institucional para quem não possui um espaço social.

Referências

A CASA DOS MORTOS. Direção de Debora Diniz. Brasília: Imagens Livres, 2009. DVD (23 min.)

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____, Paulo. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____, Paulo. Asilos, Alienados e Alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BASAGLIA, Franco, et al. Considerações sobre uma Experiência Comunitária. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BISNETO, José A. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. **Decreto-lei nº 3.799, de 5 de novembro de 1941**. Transforma o Instituto Sete de Setembro em Serviço de Assistência a Menores e dá outras providências.

_____. **Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979**. Institui o Código de Menores.

_____. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

_____. **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.

_____. **Portaria nº, 647 de 11 de novembro de 2008**.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)**. Brasília: CONANDA, 2009.

_____. **Socioeducação: estrutura e funcionamento da comunidade socioeducativa**. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2006

CASTEL, Robert. **A Insegurança Social: o que é ser protegido?** Petrópolis: Vozes, 2005.

_____, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COMBESSIE, Jean-Claude. **O Método em Sociologia: o que é, como se faz?** São Paulo: Edições Loyola, 2004.

CONNEL, Robert W. Pobreza e Educação. In: GENTILI, Pablo (Org.). **Pedagogia da Exclusão: crítica ao neoliberalismo em educação**. Petrópolis: Vozes, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília, 2010.

CRESWELL, John. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed – Bookman, 2007.

DINIZ, Debora. Avaliação ética em pesquisa social: o caso do sangue Yanomami. **Revista Bioética**, vol. 15, Brasília, 2007, p. 284-97. Disponível em: http://www.jovensmedicos.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/48/51. Acesso em 2 de junho de 2010.

_____, Debora. Debate sobre o artigo de Correia et al. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 9, Rio de Janeiro, setembro, 2007.

DURKHEIM, Émile. **O Suicídio: estudo de sociologia (o)**. Lisboa: Presença, 1977.

ÉUZEBY, Alain. Proteção Social, Pilar de Justiça. In: SPOSATI, Aldaíza, **Proteção Social e Cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal**. São Paulo: Cortez, 2004.

FALEIROS, Vicente. Infância e Processo Político no Brasil. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco (Org.). **A Arte de Governar Crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

_____, Vicente. **Verso e Reverso da Proteção Integral para Crianças e Adolescentes**. Brasília: Ministério da Educação, 2003. Disponível em: <http://serv01.informacao.andi.org.br/-c4ff379_111b38a50b9_-7fd6.pdf>. Acesso em 2 de junho de 2010.

FOUCAULT, Michael. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

_____, Michael. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis, Vozes, 2009.

FRASSETO, Flávio A. Execução da Medida Socioeducativa de Internação: primeiras linhas de uma lógica garantista. In: ABMP, ILANUD, Secretaria Especial de Direitos Humanos. (Org.). **Justiça, Adolescente e Ato Infracional: socioeducação e responsabilização**. São Paulo: ILANUD, 2006.

FREITAS, Marcos C. (Org.). Observatório UM: Cenas da Desigualdade. In: FREITAS, Marcos C. (Org.). **Desigualdade Social e Diversidade Cultural na Infância e na Juventude**. São Paulo: Cortez, 2006

FUCHS, Andrea. **Telhado de Vidro: as intermitências do atendimento socioeducativo de adolescentes em semiliberdade**. Tese de Doutorado. Brasília: UnB, 2009.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GOULART, Guilherme. Consumo de Crack Avança em Brasília. **Correio Braziliense**. Brasília, 27 de julho de 2009. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2009/07/27/interna_cidades_df,129847/index.shtml> Acesso em 20 de fevereiro de 2011.

GUILHEM, Dirce; ZICKER, Fábio. **Ética na Pesquisa em Saúde: Avanços e desafios**. Brasília: Letras Livres; Editora da UnB, 2007.

LOTT, Jason. Populações Especiais e Vulneráveis. In: DINIZ, Debora, et al. **Ética em Pesquisa: experiência de treinamento em países sul-africanos**. Brasília: Letras Livres: Editora UnB, 2008.

LUZ, Madel T. A História de uma Marginalização: a política oficial de saúde mental. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MAY, Tim. **Pesquisa Social: questões, métodos e processos**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEDEIROS, Marcelo, et al. Pesquisa Qualitativa em Saúde: implicações éticas. In: GUILHEM, Dirce; ZICKER, Fábio. **Ética na Pesquisa em Saúde: Avanços e desafios**. Brasília: Letras Livres; Editora da UnB, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil - documento síntese da VIII Reunião Ordinária**. Brasília, 2009.

_____; SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Levantamento Nacional dos Serviços de Saúde Mental no Atendimento aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades Socioeducativas – Relatório Executivo**. Brasília, 2008.

ODA, Ana M. G. R.; PICCININI, Walmor J. História da Psiquiatria: a loucura e os legisladores. **Psychiatry on line Brasil**, vol.11, n. 3, março. 2006. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php>> Acesso em 2 de junho de 2010.

OLIVEIRA, Júlia G. **A Concepção Socioeducativa em Questão: entre o marco legal e limites estruturais à concretização de direitos do adolescente**. Dissertação de Mestrado. Brasília: UnB, 2010.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA; SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS. **Levantamento Nacional do Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei**. Brasília, 2008.

REIS, Rossana dos; GARCIA, Maria L. T. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.13, n.6, Rio de Janeiro, nov./dez. 2008.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério A.; COSTAS, Nilson do R. **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis:Vozes, 1997.

RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Ed. Atlas, 1999.

RIZZINI, Irene. **O Século Perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____, Irene. Crianças e Menores: do pátrio poder ao pátrio dever. Um histórico da legislação para infância no Brasil. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco (Org.). **A Arte de Governar Crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

_____, Irene; PILOTTI, Francisco (Org.). **A Arte de Governar Crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

_____, Irene; RIZZINI, Irma. **A Institucionalização de Crianças no Brasil: percursos históricos e desafios presentes**. São Paulo: Edições Loyola 2004.

ROSA, Lúcia C. dos S. As Condições da Família Brasileira de Baixa Renda no Provimento de Cuidados com o Portador de Transtorno Mental. In: VASCONCELOS, Eduardo M. (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Plano Operativo Estadual do Distrito Federal: atenção integral a saúde das adolescentes em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória**. Brasília, 2008.

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

SILVA, Enid Rocha Andrade; GUERESI, Simone. **Adolescentes em Conflito com a Lei: situação do atendimento institucional no Brasil**. Texto para Discussão, n. 979, Ipea: Brasília, agosto. 2003

SORIANO, Raúl Rojas. **Manual de Pesquisa Social**. Petrópolis: Vozes, 2004.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

VASCONCELOS, Eduardo M. Breve Periodização Histórica do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil Recente. In: VASCONCELOS, Eduardo M. (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2010.

VICENTIN, Maria C. G. A questão da responsabilidade penal juvenil: notas para uma perspectiva ético-política. In: ABMP, ILANUD, Secretaria Especial de Direitos Humanos. (Org.). **Justiça, Adolescente e Ato Infracional: socioeducação e responsabilização**. São Paulo: ILANUD, 2006.

_____, Maria C. G.; GRAMKOW, Gabriela. Que Desafios os Adolescentes Autores de Ato Infracional Colocam ao SUS? Algumas notas para pensar as relações entre saúde mental, justiça e juventude. In: RIBEIRO, Edith Lauridsen; TANAKA, Oswaldo Yoshimini (Org.). **Saúde Mental de Crianças e Adolescentes: contribuições ao SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

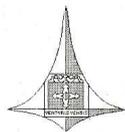
VOGEL, Arno. Do Estado ao Estatuto: propostas e vicissitudes da política de atendimento à infância e adolescência no Brasil contemporâneo. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco (Org.). **A Arte de Governar Crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

VOLPI, Mário. **Sem Liberdade, Sem Direitos: a privação de liberdade na percepção do adolescente**. São Paulo: Cortez, 2001.

WACQUANT, Loïc. **As Prisões da Miséria**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

Anexos

Anexo I – Autorização da direção do Centro de Atendimento Juvenil Especializado para realização da pesquisa.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA.
SUBSECRETARIA DE JUSTIÇA
Centro de Atendimento Juvenil Especializado – CAJE I



Ofício nº 3285 /2010

Brasília, 24 de agosto de 2010.

Senhor Assessor,

Em resposta ao ofício nº 0318/2010 da 1ª VJM/DF, informo que para ser viabilizada a realização de dissertação de mestrado, a ser desenvolvida pela aluna Natália Pereira Gonçalves, é necessária apenas a autorização judicial para pesquisa documental nos prontuários médicos e psicossocial desta instituição. Ressalta-se que a referida aluna é funcionária (assistente social) deste centro, já sendo permitido a ela o acesso a esses prontuários em sua atuação profissional. No entanto, a mesma solicita autorização judicial para consulta aos prontuários para fins de pesquisa e posterior publicação dos dados coletados. A Direção deste centro concorda com a realização da pesquisa, no entanto, solicita autorização judicial.

Atenciosamente,


MARIA BEATRIZ SILVA CARVALHO
Diretora do CAJE I

Ilustríssimo Senhor
EUSTÁQUIO FERREIRA COUTINHO
Assessor Técnico
1ª Vara da Infância e Juventude do Distrito Federal
NESTA

Anexo II - Autorização da Vara da Infância e Juventude para realização da pesquisa.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS
1ª VARA DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE
GABINETE DO JUIZ



Ofício 116/GAB

Brasília, 02 de setembro de 2010.

À Senhora
Maria Beatriz Silva Carvalho
Diretora do Centro de Atendimento Juvenil Especializado – CAJE I
SGAN 916 – Bloco F
Brasília-DF

Assunto: **Resposta ao Ofício nº 3285/2010.**

Senhora Diretora,

Levo ao conhecimento de Vossa Senhoria, que foi autorizada a pesquisa documental para dissertação de mestrado, a ser desenvolvida pela aluna **Natália Pereira Gonçalves**, nesse Centro de Atendimento, conforme solicitado no expediente supracitado.

Atenciosamente,


RENATO RODOVALHO SCUSSEL
Juiz de Direito

amans/GAB

SGAN 909 BLOCO "C" LOTES D/E CEP. 70.790-090- BRASÍLIA – DF FONE: 3348-6606
www.tjdft.gov.br/tribunal/vij/vij.htm

T00

PIA

03/09 2010 13:39 FAX 33486701

Anexo III - Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para realização da pesquisa.



Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Ciências Humanas
Universidade de Brasília

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Campus Universitário Darcy Ribeiro

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto: ATENÇÃO AO ADOLESCENTE COM SOFRIMENTO MENTAL AUTOR DE ATO INFRACIONAL

Pesquisadora responsável: Natália Pereira Gonçalves

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos, resolveu **APROVAR** o projeto intitulado “ATENÇÃO AO ADOLESCENTE COM SOFRIMENTO MENTAL AUTOR DE ATO INFRACIONAL”.

O pesquisador responsável fica notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (itens VII.13 letra “d” e IX.2 letra “c” da Resolução CNS 196/96).

Brasília, 11 de outubro de 2010.

Debora Diniz
Coordenadora Geral - CEP/IH