

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GEORGIA CAROLINA GOMES

**JOVENS, LOUCOS E REBELDES: O TRATAMENTO DISPENSADO À
SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE CONFLITO COM A LEI**

CURITIBA

2016

GEORGIA CAROLINA GOMES

**JOVENS, LOUCOS E REBELDES: O TRATAMENTO DISPENSADO À
SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE CONFLITO COM A LEI**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Direito na Faculdade de direito, Setor de Ciências Jurídicas, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Katie Silene Cáceres Arguello.

CURITIBA

2016

TERMO DE APROVAÇÃO

GEORGIA CAROLINA GOMES

JOVENS, LOUCOS E REBELDES: O TRATAMENTO DISPENSADO À SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE CONFLITO COM A LEI

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Paraná, pela Banca Examinadora formada pelos professores:

Orientadora: Katie Silene Cáceres Arguello – Faculdade de Direito – UFPR

Primeiro membro: Priscilla Placha Sá – Faculdade de Direito – UFPR

Professor membro: Jacson Luiz Zilio – Faculdade de Direito – UFPR

Curitiba, 29 de novembro de 2016.

AGRADECIMENTOS

À todas as mulheres que contribuíram para a realização desse trabalho.

À minha avó Leonor Malinowski por ter sido o alicerce de toda a família e da minha vida.

À minha mãe Adriana, minha mãe americana, com quem primeiro frequentei a UFPR. Sem todo o seu amor, conhecimento, esforço e exemplo dificilmente tudo isso teria se concretizado. Obrigada por toda a confiança em mim, apesar da distância nunca senti que estava sozinha. Você é a razão de eu me sentir tão forte!

Àquela que me manteve na linha, esteve comigo todos os dias compartilhando sua experiência e a vida. Veri, obrigada por me trazer essa paz. Você tem sido a razão de eu seguir em frente!

À minha orientadora, professora Katie Arguello, com quem tive o primeiro contato com o Direito Penal e a Criminologia Crítica. Obrigada por ter me orientado não apenas durante a construção desse projeto, mas por emprestar conhecimentos que perduraram ao longo de toda a graduação e mantiveram presente o sentimento de que havia uma razão para eu estar cursando Direito.

Em especial, às professoras Priscilla Placha Sá e Clara Maria Roman Borges, por exercerem a docência com rigor técnico incontestável sem perder a sensibilidade, assegurando um ambiente de aprendizagem produtivo e cordial.

Às Promotoras de Justiça do Paraná, Danielle Cristine Cavali Tuoto e Carolina Tavares Rockembach por permitirem a consolidação do conhecimento teórico a partir de sua aplicação na árdua realidade da Promotoria do Adolescente em Conflito com a Lei.

Às amigas Marcela Requião e Kamila Schneider, vocês são certamente o que de mais gratificante a passagem pela Universidade me deu.

“You put a textbook in front of these kids, put a problem on the blackboard, teach them every problem in some statewide test, it won't matter. None of it. 'Cause they're not learning for our world; they're learning for theirs. They know exactly what it is they're training for and what it is everyone expects them to be. It's not about you or us or the test or the system. It's what they expect of themselves. Every single one of them know they're headed back to the corners. Their brothers and sisters, shit, their parents. They came through these same classrooms. We pretended to teach them, they pretended to learn and where'd they end up? Same damn corners. They're not fools, these kids. They don't know our world but they know their own. **They see right through us.**”

Major Howard “Bunny” Colvin, *The Wire*

RESUMO

O presente trabalho foi elaborado com o intuito de apresentar algumas reflexões acerca do tema da saúde mental das crianças e adolescentes aos quais se atribui a prática de ato infracional no Brasil. Serão apresentados diversos marcos legais que representaram importantes contribuições ao cuidado da saúde dos jovens que são atendidos pelo sistema socioeducativo.

Um breve histórico nacional da situação do direito da infância e da juventude até a consolidação do Sistema de direitos e garantias será traçado com a finalidade de relatar a ocorrência de melhorias e retrocessos que impactam no desenvolvimento dessas crianças e adolescentes que tem de alguma maneira suas vidas marcadas pela passagem pelo sistema de justiça juvenil.

Abordaremos como as estratégias que voltam a atenção à saúde dessa população acabou unindo forças com os princípios da política nacional de enfrentamento as drogas e se afasta cada vez mais de suas intenções originais para servir ao controle social, gerando estigmatização, prisionalização e sofrimento nos segmentos mais vulneráveis da juventude.

Palavras-chave: Delinquência juvenil; Medidas Protetivas; Saúde Mental; Infância e Juventude; Sistema Socioeducativo.

ABSTRACT

The present work intends to present reflections on mental health and juvenile offenders in Brazil. They will be presented several legal frameworks that have been important contributions to the health care of youth in contact with the juvenile justice system. A brief history of childhood rights will be traced in order to report the occurrence of improvements and setbacks that impact the development of these children and adolescents who have somehow their lives marked by the passage through the juvenile justice system.

We discuss how the strategies focused on health care eventually joining forces with the principles from the war on drugs and departs increasingly from their original intentions to serve social control, creating stigma, imprisonment and suffering in an already vulnerable portion of the youth population.

Key-words: Juvenile Delinquency; Mental Health; Juvenile Justice System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIAADI	Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Infrator
CMM	Código Melo Mattos
CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIA	Plano Individual de Atendimento
PNAISARI	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SUS	Sistema Único de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
BI	Business Intelligence
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	A DELINQUÊNCIA JUVENIL.....	11
3	A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO DIREITO BRASILEIRO.....	13
3.1	ATO INFRACIONAL E MEDIDAS PROTETIVAS NO ECA	16
3.2	MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS.....	18
3.3	CRÍTICAS À EXECUÇÃO SOCIOEDUCATIVA	19
4	O SISTEMA NACIONAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO	21
4.1	PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO	22
4.2	RELATÓRIO DE REAVALIAÇÃO.....	23
5	SAÚDE MENTAL E ADOLESCENTE INFRATOR	25
5.1	ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE DEPENDENTE QUÍMICO.....	30
5.2	SUICÍDIOS NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO	33
6	JUSTIÇA RESTAURATIVA E SAÚDE MENTAL.....	36
7	A PSIQUIATRIZAÇÃO DA SOCIOEDUCAÇÃO.....	39
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
	REFERÊNCIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho monográfico tem por objetivo a realização de um breve estudo sobre a situação da saúde mental infantojuvenil no Brasil e suas interações com o sistema de justiça no âmbito do atendimento socioeducativo.

Outro não poderia ser o tema do estudo que encerra minha passagem pela Universidade. Os anos de contato diário com os adolescentes apreendidos apresentados à Promotoria de Justiça atuante junto a 49ª Vara Judicial do Foro Central da Comarca de Curitiba - Adolescentes em Conflito com a Lei, tornaram impossível desviar a atenção da situação da juventude no Brasil. A vivência evidenciou a necessidade de estudos críticos que denunciem como a seletividade do sistema penal e as desigualdades estruturais das relações econômicas e sociais estendem suas ramificações perversas ao direito infantojuvenil¹.

Em 2016, o Estatuto da Criança e do Adolescente completa 26 anos de sua promulgação, esse instituto normativo considerado avançado tem grande relevância para a proteção dos direitos dessa parcela da população e trouxe aos legisladores e aplicadores do direito diversos desafios ao longo de seus anos de vigência.

A introdução da doutrina da proteção integral inseriu o país em um novo paradigma de enfrentamento de questões relativas à infância e à juventude. Ao Estado foi atribuído o papel de garantidor dos direitos de crianças e adolescentes que passaram então a ser sujeitos de direito, dotados de prioridade absoluta conforme o previsto na Constituição de 1988.

O ECA veio introduzir diversos dos conceitos fundamentais utilizados na realização da presente monografia, a começar pela própria caracterização de adolescente, a noção de ato infracional e as medidas aplicáveis quando de sua verificação. Trouxe ainda em seu artigo 112, § 3º, a preceituação de que aquele adolescente for portador de doença ou deficiência mental receberá tratamento individual e especializado, em local adequado a suas condições. A Lei do SINASE, posteriormente tratou ainda de indicar que, estando o adolescente que apresente indícios de transtorno ou deficiência mental em cumprimento de medida

¹ _____. **O adolescente infrator e os direitos humanos**. Instituto de Criminologia e Política Criminal. Disponível em <<https://goo.gl/VMOVUx>>. Acesso em 03 ago. 2016.

socioeducativa, deverá ser submetido a avaliação por equipe técnica, que fornecerá subsídios para o tratamento terapêutico mais indicado.

Apesar de serem inegáveis os avanços obtidos na área da infância e juventude, tanto sob a perspectiva do sistema de justiça quanto na área da saúde, restam lacunas a serem preenchidas pelos dois setores quando se trata da atenção ao estado psicológico dos adolescentes que cumprem medidas devido ao cometimento de ato infracional. Os recursos e os instrumentos de atenção à saúde mental desses adolescentes não podem se limitar a atender apenas aqueles que são usuários de substâncias psicoativas, nem pode o sistema de atendimento ignorar aqueles adolescentes que apresentam transtornos manifestados em grau leve ou intermediário como salientado no Relatório da Resolução 67/2011 do Conselho Nacional do Ministério Público do ano de 2015.

É preciso reconhecer, porém, que os adolescentes com transtorno mental grave estão num extremo da escala de saúde mental. No outro, estão os adolescentes considerados saudáveis; mas entre as duas pontas, há um universo de adolescentes e jovens com transtornos psiquiátricos de natureza e graus os mais diversos. (CNMP, 2015, p.53)

O trabalho se inicia com uma breve visita aos conceitos utilizados na tratativa do tema da delinquência juvenil. Em seguida voltamos o estudo para a situação da delinquência no Brasil e tratamos das estruturas do sistema de justiça juvenil e do sistema de saúde brasileiro para então traçar um panorama das relações entre eles no tratamento de adolescentes que se encontram “em conflito com a lei”.

2 A DELINQUÊNCIA JUVENIL

Durante as pesquisas iniciais que orientaram a elaboração do presente trabalho pode-se observar que o tema tomou forma durante a emergência das teorias ecológicas de crime desenvolvidas a partir dos estudos da Escola de Chicago. É o cenário de acelerado desenvolvimento e crescimento demográfico das áreas urbanas no século XX, especialmente em cidades americanas que fomenta o interesse acadêmico por fenômenos como a formação de gangues, a delinquência e as possíveis origens e soluções apontadas para o problema.

A partir dessa conjuntura, as tentativas de explicar a delinquência tem seus conceitos e teorias atrelados a outras áreas do conhecimento como a sociologia e a psicologia. Diversas dessas tentativas de explicar o fenômeno do comportamento desviante e suas consequências na sociedade, se valeram das construções a respeito da organização da estrutura psíquica para justificar a ocorrência da criminalidade. Albert K. Cohen, em seu estudo sobre a cultura das gangues, descreve a utilização de conceitos psicanalíticos da estrutura teórica da personalidade (Ego, Id e Superego) descritos por Sigmund Freud na formação de uma “personalidade delinquente”².

As diversas teorias criminológicas tradicionais tentaram identificar a gênese da delinquência e trazer soluções para o problema, porém, é na criminologia radical que encontramos conceitos que, baseados no método e nas características científicas do marxismo, melhor auxiliam a compreensão ampla de fenômenos como a criminalidade. O reconhecimento da existência de estruturas voltadas ao controle social e a crítica da ideologia dominante possibilitam visualizar com mais clareza a violência operativa dos sistemas penais e analisar o crime dentro de um contexto geral de sociedade.

Para além dessas construções teóricas, é imprescindível destacar que a adolescência é uma fase crítica do desenvolvimento humano. É época de significativas estruturacões de nosso aparelho psíquico e representa um período de transição e vulnerabilidade. Os transtornos de comportamento e emocionais, tais

² COHEN, Albert Kircidel. **Delinquent boys: the culture of the gang**. London: Routledge & Kegan Paul, 1956. p.14-17.

quais os de desenvolvimento psicológico, integram, segundo a OMS, as duas grandes categorias de transtornos da infância e adolescência.

Identificamos, já no estudo de Tobias Barreto acerca do Código Criminal do Império, de 1830, discussão envolvendo as dificuldades de traduzir conceitos das ciências da saúde ao âmbito da produção de normas e aplicação do direito.

A disposição do nosso Código encontra, como já disse, disposições similares nos Códigos de outras nações. Isto, porém, não obsta que seja ainda hoje questão aberta entre os criminalistas a vantagem ou desvantagem da fixação legal de uma época além da qual é que o homem começa a ser criminalmente responsável por suas ações.

Entre os que estão pelo lado desvantajoso, é digno de nota o que diz Friedreich: - “As individualidades *psychicas* são em geral muito mais variadas do que as individualidades *somáticas*, e não deixam-se prender a uma norma determinada. Quem quer que pretenda julgar da madureza do entendimento, da força do livre-arbítrio, segundo o número dos anos de idade, iludir-se-há constantemente...A experiência diária nos ensina que o desenvolvimento *psychico* aparece em um indivíduo mais cedo, em outro mais tarde. Pelo que a determinação de uma idade igual para todos os indivíduos, quando é tão desigual o desenvolvimento de cada um, não pode oferecer uma segura medida da culpabilidade e de grau da pena merecida.” (BARRETO, 1926, p.14).

Fato é que a devida atenção precisa ser dada ao tema da delinquência, especialmente quando o tema cruza o caminho da saúde mental. Negligenciar o papel da saúde nos processos de criminalização que envolvem o adolescente e a patologização abre ainda mais espaço para que o sistema exerça suas perversas características excludentes, estigmatizantes e punitivistas.

3 A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NO DIREITO BRASILEIRO

Da mesma maneira que estudar o fenômeno da delinquência nos remete aos estudos das teorias sociológicas do crime, a tratativa do tema partindo das construções do direito brasileiro passa necessariamente por uma análise dos processos que influenciaram a edição de legislação e a adoção de políticas públicas na área da infância e da juventude. Passaremos, portanto, a examinar como a justiça brasileira trata o adolescente que se envolveu no cometimento de ato infracional.

O Estatuto da Criança e do Adolescente representa o mais expressivo instrumento legislativo nacional direcionado a instituir e garantir os direitos de crianças e adolescentes. O processo de redemocratização no Brasil e a convergência no cenário mundial³ em torno da necessidade de se proteger a infância fundou as bases para a edição do referido diploma legal.

A adoção do Estatuto inseriu o Brasil em um novo paradigma no enfrentamento de questões relacionadas à proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes. Com a introdução da doutrina da proteção integral, crianças e adolescentes passaram a ser considerados sujeitos de direitos. O entendimento de que crianças e adolescentes se encontram em uma condição peculiar de desenvolvimento evidenciou a necessidade da destinação de absoluta prioridade aos assuntos de interesse da juventude e do compartilhamento da responsabilidade de cuidado entre a família, Estado e sociedade.

A justiça menorista estruturada no Brasil na década de vinte fundou sua estrutura ideológica no conceito de periculosidade. O Código de Menores, também conhecido como Código Mello Mattos, de teor protecionista e focado na intenção de controle social, fornecia o aporte legislativo a um sistema seletivo, influenciado diretamente pelas ideias de Lombroso que, devido a sua organização, permitia a preservação da ordem social imposta pelo capitalismo e protegia a sociedade do

³ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança.1989**. Disponível em: <<https://goo.gl/8BSx9D>>. Acesso em: 27 set. 2016.

contato com os menores considerados “em situação irregular”. Segundo Nilo Batista⁴ (1996, citado por BATISTA, V.M, 2003), na década de trinta, com a implantação do SAM (Serviço de Assistência ao Menor) o sistema se volta de certa forma, ao desdobramento prático do conceito de periculosidade, as medidas de segurança.

[...] a ordem burgueso-industrial podia expor-se a perigos sem que (ou antes que) um crime fosse cometido: a invenção, no final daquele século, da periculosidade criminal e de sua resposta – as medidas de segurança – seria a melhor demonstração de que, para os medos burgueses, existe crime além da lei.

Apesar de conter mecanismos que sustentavam uma visão conservadora da juventude considerada delinquente, é no CMM que observamos a inserção da infância e da juventude como destinatária de tutela jurídica estatal, e não mais objetos da norma jurídica. É também na redação do Código de 1927 que encontramos a indicação da necessidade de mecanismos e aparelhos que oferecessem o “tratamento apropriado” aos menores que apresentassem alterações em seu estado de saúde conforme preconiza o conteúdo dos artigos 68 e 69, vejamos:

Art. 68. O menor de 14 annos, indigitado autor ou cumplice de facto qualificado crime ou contravenção, não será submettido a processo penal de, especie alguma; a autoridade competente tomará sómente as informações precisas, registrando-as, sobre o facto punivel e seus agentes, o estado physico, mental e moral do menor, e a situação social, moral e economica dos paes ou tutor ou pessoa em cujo guarda viva.

§ 1º Si o menor soffrer de qualquer forma de alienação ou deficiencia mental. fôr apileptico, surdo-mudo, cego, ou por seu estado de saude precisar de cuidados especiaes, a autoridade ordenará seja elle submettido no tratamento apropriado.

[..]

§ 3º si o menor não fôr abandonado. nem pervertido, nem estiver em perigo do o ser, nem precisar de tratamento especial, a autoridade o deixará com os paes ou tutor ou pessoa sob cuja guarda viva, podendo fazel-o mediante condições que julgar uteis.

Art. 69. O menor indigitado autor ou cumplice de facto qualificado crime ou Contravenção, que contar mais de 14 annos e menos de 18, será submettido a processo especial, tomando, ao mesmo tempo, a autoridade competente as precisas informações, a respeito do estado physico, mental e

⁴ BATISTA, Nilo *apud* BATISTA, Vera Malaguti, **Díficeis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro**, 2003, p. 68.

moral delle, e da situação social, moral e economica dos paes, tutor ou pessoa incumbida de sua guarda.

§ 1º Si o menor soffrer de qualquer forma de alienação ou deficiencia mental, fôr epileptico, sudo-mudo e cego ou por seu estado de saude precisar de cuidados especiaes, a autoridade ordenará seja submettido ao tratamento apropriado.

§ 2º Si o menor não fôr abandonado, nem pervertido, nem estiver em perigo de o ser, nem precisar do tratamento especial, a autoridade o recolherá a uma escola de reforma pelo prazo de um n cinco annos.

§ 3º Si o menor fôr abandonado, pervertido, ou estiver em perigo de o ser, a autoridade o internará em uma escola de reforma, por todo o tempo necessario á sua educação, que poderá ser de tres annos, no minimo e de sete annos, no máximo. (BRASIL, 1927)

As mudanças trazidas pelo golpe militar em 1964 e a doutrina de segurança social incorporam a questão da juventude desamparada e pobre como questão de defesa do Estado. É nesse cenário que emerge a lei 4.513/64 que trata da criação da Política Nacional de Bem Estar do Menor e também a lei 6.697/79 que instituiu o novo Código de Menores. Com a introdução da nova legislação toma contornos evidentes a adoção da doutrina da situação irregular no Brasil. Conforme definição do artigo 2º:

Art. 2º Para os efeitos deste Código, considera-se em situação irregular o menor:

I - privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, ainda que eventualmente, em razão de:

a) falta, ação ou omissão dos pais ou responsável;

b) manifesta impossibilidade dos pais ou responsável para provê-las;

II - vítima de maus tratos ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsável;

III - em perigo moral, devido a:

a) encontrar-se, de modo habitual, em ambiente contrário aos bons costumes;

b) exploração em atividade contrária aos bons costumes;

IV - privado de representação ou assistência legal, pela falta eventual dos pais ou responsável;

V - Com desvio de conduta, em virtude de grave inadaptação familiar ou comunitária;

VI - autor de infração penal.

Parágrafo único. Entende-se por responsável aquele que, não sendo pai ou mãe, exerce, a qualquer título, vigilância, direção ou educação de menor, ou voluntariamente o traz em seu poder ou companhia, independentemente de ato judicial. (BRASIL, 1979)

O questionamento à doutrina da situação irregular e o reconhecimento da ineficiência do confinamento de crianças e adolescentes em instituições, bem como a perversidade desse sistema levou à mobilização da sociedade civil que

encaminhou em 1987 a Assembleia Constituinte as propostas “Criança Constituinte” e “Criança Prioridade Absoluta”. Essas propostas culminaram na edição do artigo 227 da Constituição Brasileira de 1988 e, posteriormente, abriram caminho para a substituição do Código de Menores pelo Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990⁵.

Nos anos que se seguiram, foram realizados diversos esforços para atingir o objetivo de garantir a assistência integral à infância e juventude. Foi assinado, em 1991, o Decreto de criação do Conanda e o Pacto pela Infância, que contou com a adesão de organizações governamentais e não governamentais pelo fim da violência e a melhoria da qualidade do ensino.

3.1 ATO INFRACIONAL E MEDIDAS PROTETIVAS NO ECA

A inimizabilidade das crianças e adolescentes no Brasil está garantida pelo art. 228 da Constituição da República, o qual indica que “são penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às normas da legislação especial”.

A redação do Estatuto da Criança e do Adolescente apresenta ainda a distinção entre os conceitos de criança e adolescente para os fins da aplicação da lei, diferenciação pode ser apreendida da redação do art. 2º, no qual indica-se que “considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade”.

Depreende-se, portanto, que a aplicação das medidas previstas no Estatuto recairá quando do cometimento de ato infracional, o qual é enunciado da seguinte forma na legislação supramencionada: “considera-se ato infracional, a conduta descrita como crime ou contravenção penal” (art. 103), ressalvando-se ainda, na forma do art. 105, que “ao ato infracional cometido por criança corresponderão as medidas previstas no art. 101”.

As hipóteses elencadas no art. 98 do ECA visam proteger aquela criança ou adolescente que se teve seus direitos ameaçados ou efetivamente violados por conta da ação ou omissão da sociedade ou do Estado; quando observada a falta,

⁵ _____. Senado Federal. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: 1990. Disponível em: <<https://goo.gl/Mw3uEY>>. Acesso em: 09 out 2016.

omissão ou abuso dos pais ou responsável ou quando a ameaça ou violação ocorre em razão da própria conduta da criança ou adolescente. Uma vez verificada qualquer das hipóteses, cabe a autoridade competente determinar a aplicação das medidas protetivas elencadas no art. 101 do Estatuto.

Art. 101. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

- I - encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;
- II - orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- III - matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;
- IV - inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família, da criança e do adolescente;
- V - requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;
- VI - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;
- VII - acolhimento institucional;
- VIII - inclusão em programa de acolhimento familiar;
- IX - colocação em família substituta. (BRASIL, 1990).

De acordo com Mário Ramidoff essas medidas têm propriedades além de garantir o bem-estar e o desenvolvimento harmonioso na adolescência (e infância):

Essas medidas legais [protetivas] deverão não só romper com os círculos de ameaças ou de violências, mas, também, efetivar os direitos individuais, bem como assegurar o respeito às garantias fundamentais afetas à criança e ao adolescente. (RAMIDOFF, 2012, p. 67)⁶.

Infelizmente, as medidas acabam sendo interpretadas como uma “benesse punitiva” que apenas contribui com a formação do jovem. A aparência inofensiva das medidas protetivas acaba por encobrir a situação observada na prática em relação a execução dessas imposições. A situação de descumprimento, muitas vezes causada por impedimentos que superam a responsabilidade da criança ou adolescente (apesar da indicação explícita de que as medidas devem respeitar a capacidade de cumprimento), acaba configurando situação de descumprimento, “fundamentando” a possibilidade de intervenções mais severas (socioeducativas), inclusive com eventual restrição de liberdade.

⁶ RAMIDOFF, Mário Luiz. **Direitos difusos e coletivos IV (Estatuto da Criança e do Adolescente)**. São Paulo: Saraiva, 2012 – (Coleção Saberes do Direito; 37).

3.2 MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

O ECA elenca, de forma taxativa, no artigo 112, as medidas socioeducativas que podem ser impostas ao adolescente ao qual se atribui a prática de ação conflitante com a lei:

Art. 112. Verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas:

I - advertência;

II - obrigação de reparar o dano;

III - prestação de serviços à comunidade;

IV - liberdade assistida;

V - inserção em regime de semi-liberdade;

VI - internação em estabelecimento educacional;

VII - qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI.

§ 1º A medida aplicada ao adolescente levará em conta a sua capacidade de cumpri-la, as circunstâncias e a gravidade da infração.

§ 2º Em hipótese alguma e sob pretexto algum, será admitida a prestação de trabalho forçado.

§ 3º Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições. (BRASIL,1990).

A execução de tais determinações deve, contudo, visar objetivos que foram elencados na Lei 12.594/2012, são eles: a responsabilização do adolescente quanto às consequências lesivas do ato infracional, sempre que possível incentivando a sua reparação; a integração social do adolescente e a garantia de seus direitos individuais e sociais, por meio do cumprimento de seu plano individual de atendimento; e a desaprovação da conduta infracional, efetivando as disposições da sentença como parâmetro máximo de privação de liberdade ou restrição de direitos, observados os limites previstos em lei.

Da análise da sistemática da lei do SINASE resta clara a importância dada a necessidade de que o Ministério Público e o magistrado tomem em consideração ao sugerir e aplicar medidas judiciais a capacidade do adolescente de cumpri-la. A esse respeito, comenta o ilustre membro do Ministério Público do Paraná Olympio de Sá Sotto Maior Neto:

O § 1º do art. 112 estabelece, inicialmente, que a medida aplicada ao adolescente deve levar em conta sua capacidade de cumpri-la, ou seja, que apresente condições de exequibilidade. É que a imposição de medida irrealizável, além do inerente desprestígio à própria Justiça da Infância e da Juventude, acabaria reforçando juízo negativo (e formulado com frequência pelos adolescentes) de incapacidade ou inaptidão para as coisas da vida, provocador de inevitável rebaixamento da auto-estima. Ao invés de

benefícios, a aplicação da medida traria prejuízos à formação da personalidade do adolescente. A parte final do parágrafo em tela, por outro lado, refere-se à necessária relação e proporcionalidade entre a medida aplicada e as circunstâncias e gravidade da infração. A decisão desproporcionada ou que não guarde qualquer relação com o fato infracional praticado tenderá a perder contato com o processo educativo que lhe dá razão de existir, restando, neste aspecto, inócua ou injusta. (MAIOR, NETO, 2009, não paginado).

3.3 CRÍTICAS À EXECUÇÃO SOCIOEDUCATIVA

Oportuno nesse momento evidenciar alguns pontos entendidos pela doutrina como verdadeiros retrocessos trazidos pela lei 12.594/2012 e algumas críticas realizadas ao modo de aplicação da mencionada legislação em seus anos de vigência. As mais duras censuras feitas aos institutos do direito infantojuvenil recaem sobre a natureza jurídica e legitimidade da remissão ministerial, e ainda sobre a indeterminação dos prazos de duração das medidas passíveis de aplicação ao adolescente que comete ato infracional. Sobre essa problemática comenta Ramidoff:

Ora, em sendo a “sentença”, isto é, a decisão judicial por meio da qual se concede tutela jurisdicional à pretensão deduzida, o “parâmetro máximo de privação de liberdade ou restrição de direitos”, como se sustentar, em legitimidade, a proposta ministerial de remissão qualificada, na qual são estabelecidas medidas socioeducativas em meio aberto – por exemplo, com restrição de direitos-, sem o devido processo legal? Aliás, a decisão judicial (“sentença”) deve ser o momento culminante para o fechamento da relação jurídica processual necessária e específica para apuração da ação conflitante com a lei.

De outro lado, observa-se que as medidas socioeducativas não comportam prazos específicos, conforme a própria natureza jurídico-legal (protetiva e pedagógica), como, por exemplo, aquelas cumpridas em regime de privação da liberdade (arts. 120, § 2º, e 121, § 2º, ambos da Lei n. 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente). (RAMIDOFF, 2012, p. 15-16)

Para além de apresentar uma mera desaprovação sobre a indeterminação, Karina Sposato ao comentar a temática demonstra de que forma essa imprevisibilidade excede a proporcionalidade que deveria reger o sistema e reforça a exclusão a qual muitos adolescentes já se encontram expostos:

Como visto anteriormente, uma das características do modelo tutelar ou de proteção é a indeterminação das medidas aplicáveis, indeterminação esta que se sustenta pelo chamado caráter medicinal ou terapêutico da intervenção judicial. Como descreve Andrés Ibáñez, a função dos tribunais de menores no modelo tutelar nada tem a ver com a expiação dos delitos nem como a satisfação da vingança pública, e por isso sustenta-se o

fundamento do caráter indeterminado e aberto das decisões, cuja duração e posterior evolução de sua aplicação ficam sem apreciação no momento de sua adoção. Além disso, o menor de idade é considerado muito mais como enfermo do que como um sujeito culpável a ser castigado. A medida imposta por isso deve penetrar em sua alma, para lograr seu arrependimento e logo sua correção. (SPOSATO, 2014, p.77)

Apresentados alguns dos conceitos chave que permeiam o tema desse trabalho bem como, de forma breve, as críticas supramencionadas, podemos passar a tratar propriamente do sistema socioeducativo e seus desdobramentos no âmbito da atenção à saúde mental.

4 O SISTEMA NACIONAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO

Durante seus 26 anos de vigência, o Estatuto passou por algumas transformações, a mais relevante para a discussão a respeito da saúde mental dos jovens que passam pelo processo socioeducativo foi o acréscimo da Lei do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase).

Sua criação foi fruto da aprovação pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) da Resolução 119/2006. Posteriormente, no ano de 2012, duas décadas após a implementação do ECA, foi promulgada a Lei 12.594/2012, que cuida da criação, manutenção e operacionalização do Sistema:

Art. 1º Esta Lei institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) e regulamenta a execução das medidas destinadas a adolescente que pratique ato infracional.

§ 1º Entende-se por Sinase o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios que envolvem a execução de medidas socioeducativas, incluindo-se nele, por adesão, os sistemas estaduais, distrital e municipais, bem como todos os planos, políticas e programas específicos de atendimento a adolescente em conflito com a lei. (BRASIL, 2012)

O diploma que instituiu o sistema apresentou ainda seus princípios, que passam a integrar o sistema em conjunto com as regras de regência do Sistema de Proteção dos Direitos da Criança e do Adolescente, são eles:

Art. 35. A execução das medidas socioeducativas reger-se-á pelos seguintes princípios:

I - legalidade, não podendo o adolescente receber tratamento mais gravoso do que o conferido ao adulto;

II - excepcionalidade da intervenção judicial e da imposição de medidas, favorecendo-se meios de autocomposição de conflitos;

III - prioridade a práticas ou medidas que sejam restaurativas e, sempre que possível, atendam às necessidades das vítimas;

IV - proporcionalidade em relação à ofensa cometida;

V - brevidade da medida em resposta ao ato cometido, em especial o respeito ao que dispõe o art. 122 da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);

VI - individualização, considerando-se a idade, capacidades e circunstâncias pessoais do adolescente;

VII - mínima intervenção, restrita ao necessário para a realização dos objetivos da medida;

VIII - não discriminação do adolescente, notadamente em razão de etnia, gênero, nacionalidade, classe social, orientação religiosa, política ou sexual, ou associação ou pertencimento a qualquer minoria ou status; e

IX - fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários no processo socioeducativo. (BRASIL, 2012).

Em se tratando da atenção a saúde mental, verificamos que o SINASE introduz a necessidade da realização do Plano Individual de Atendimento (PIA) e do Relatório de Avaliação pela equipe técnica para que se garanta o atendimento individualizado ao adolescente que cumpre medidas, respeitando suas capacidades e limitações.

Tais instrumentos figuram como importantes aliados na busca pela garantia de direitos dessa população, especialmente quando o sistema recebe adolescentes que, em razão da presença de qualquer espectro de transtorno mental, necessitam de programas de atenção a saúde e atendimento multidisciplinar que atendam e garantam tanto o cumprimento da medida quanto se conformem ao estado daquele que se envolveu em ação conflitante com a lei.

4.1 PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

O capítulo IV da Lei do Sinase tratou do Plano Individual de Atendimento, os critérios para sua elaboração e prazos, consolidado o instrumento como meio de alinhar o atendimento aos princípios da lei e garantir o respeito aos seus direitos individuais e sociais.

Art. 52. O cumprimento das medidas socioeducativas, em regime de prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, semiliberdade ou internação, dependerá de Plano Individual de Atendimento (PIA), instrumento de previsão, registro e gestão das atividades a serem desenvolvidas com o adolescente. (BRASIL, 2012).

O PIA se consagra como uma ferramenta pedagógica fundamental que permite a participação do adolescente nos processos que envolvem o cumprimento das medidas de prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, semiliberdade ou internação. A partir de sua elaboração espera-se aproximar o adolescente de um protagonismo na condução da execução das medidas que lhe foram impostas. Nele o jovem pode explicitar suas intenções e objetivos, bem como pactuar metas com sua família, o que permite a projeção de perspectivas de futuro que rompam com a lógica infracional e permitam melhorias em suas relações familiares e comunitárias.

Sua elaboração é responsabilidade da equipe técnica interprofissional. Deverá levar em conta as condições pessoais, familiares e sociais do adolescente e deve apresentar, no mínimo, os resultados da avaliação interdisciplinar, os objetivos

declarados pelo adolescente, a previsão de atividades de integração social e/ou capacitação profissional, atividades de integração e apoio à família, formas de participação da família para efetivo cumprimento do plano individual e as medidas específicas de atenção à saúde do adolescente.

Embora a lei declare explicitamente a obrigatoriedade de elaboração do PIA, os dados colhidos através de inspeções⁷ realizadas nas Unidades de cumprimento pelos membros do Ministério Público indicam que é possível encontrar em todas as regiões do país, um número substancial de adolescentes para os quais não houve a elaboração do referido plano nas condições da lei, ou seja, elaborado pela equipe técnica multidisciplinar com a participação efetiva do adolescente no processo decisório. Tal situação já havia sido denunciada na pesquisa do CNJ de 2012:

O Gráfico 24 traz o percentual de aplicação do PIA nos processos analisados. Ao se analisar este gráfico percebe-se que em somente 5% dos processos se tem informação acerca da aplicação do PIA para os adolescentes a que se referem os processos analisados, sendo que em 77% dos processos tem-se certeza de que não há tal plano. O PIA é mais utilizado na Região Sul, em que sua aplicação consta nos 33% dos processos analisados. Nas demais regiões o índice mais alto é de apenas 4%, identificado na Região Norte. No Sudeste e no Centro-Oeste é de 3%, e no Nordeste, de somente 0,5%. Portanto, verifica-se que, na prática, o PIA não é aplicado aos processos de internação dos adolescentes em conflito com a lei, em desacordo ao que prevê o SINASE. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ), 2012, p.31)

4.2 RELATÓRIO DE REAVALIAÇÃO

Para que sejam cumpridos os critérios de brevidade e excepcionalidade de medidas que impliquem em privação ou restrição de liberdade do adolescente, alterações no curso da internação e da semiliberdade estão condicionadas a uma reavaliação por parte da autoridade judiciária (art. 58 da Lei n. 12.594/2012). O Estatuto da Criança e do adolescente impõe que essa reavaliação seja realizada a cada seis meses.

A reavaliação precede da apresentação, em se tratando de adolescente que apresente transtorno mental e/ou dependência de álcool e/ou substância

⁷ CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO (CNMP). **Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº 67/2011: um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes**. 2. ed. Brasília: CNMP, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/AK818G>>. Acesso em: 04 set. 2016.

psicoativa, de relatório realizado pela equipe técnica interdisciplinar que indique a evolução do adolescente no cumprimento do seu Plano Individual de Atendimento (§ 2º do art. 64 da Lei n. 12.594/2012).

Novamente, a análise dos dados trazidos pelo Relatório da Resolução 67 de 2001⁸ trazem indicadores sobre a observância da norma que implementa a necessidade do Relatório de Reavaliação. Apesar de apontar a existência de falhas nos relatórios (utilização de formulários-padrão que afrontam o princípio da individualização da medida, falta de um posicionamento claro e conclusivo da equipe interdisciplinar) o documento, referente às inspeções realizadas em 2013 e 2014, atenta para o fato de que em 83% das unidades de internação, os aspectos abordados nos Relatórios de reavaliação para a manutenção da internação ou para progressão da medida, foram considerados adequados e suficientes para formar a convicção do promotor de Justiça. Nas unidades de semiliberdade, esses índices chegaram a 89,7% em 2014. (CNMP, 2015).

Muitas vezes a reavaliação das medidas impostas e o reencaminhamento para tratamento adequado fora da unidade esbarram em obstáculos na integração da rede e em sua capacidade de atendimento. Por isso é importante que se realize uma expansão e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial, bem como o fortalecimento de ações que promovam o cuidado adequado a situações de crise em saúde mental, por parte de profissionais da rede de Urgência e Emergência do SUS, sem perder de vista, como nos recorda o ilustre Juarez Cirino dos Santos ([1999?], não paginado), o fato de que “nenhuma limitação prática justifica a substituição das medidas de regime aberto por medidas privativas de liberdade.”

⁸ CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO (CNMP). **Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº 67/2011: um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes**. 2. ed. Brasília: CNMP, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/AK818G>>. Acesso em: 04 set. 2016.

5 SAÚDE MENTAL E ADOLESCENTE INFRATOR

A constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”. Saúde mental, portanto, também pode ser compreendida para além da simples ausência de um diagnóstico de transtornos mentais. Sem saúde mental não podemos afirmar a existência de boa saúde, uma vez que é a presença de um estado de bem-estar individual que permite o desenvolvimento das atividades mais fundamentais da vida.

Podemos afirmar que a saúde mental vem sendo negligenciada pela sociedade, representa um grande desafio para o Sistema Único de Saúde e atinge parcelas significativas do sistema produtivo do país. De acordo com o Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Previdenciários, concedidos de janeiro a dezembro de 2015⁹, os transtornos mentais e comportamentais (F00-F99) segundo os códigos da CID-10, configuraram-se como razão do afastamento de mais de cento e sessenta mil brasileiros de seus postos de trabalho.

Estudo inédito no país, encomendado em 2011 pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen) à Anis — Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero¹⁰, revelou o cenário da população que se encontra vivendo em Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil. Os resultados da pesquisa tornaram possível tratar um perfil socioeconômico, de diagnósticos e de itinerários penais das pessoas que viviam nessas instituições.

Pode-se observar que existe uma representação expressiva no sistema de indivíduos que apresentam algum tipo e grau de transtorno mental.

Os dados oficiais sobre o sistema socioeducativo nos levam a conclusões conflitantes sobre a questão. No Estado do Paraná, de acordo com o Relatório de ações Departamento de Atendimento Socioeducativo do ano de 2015, existia

⁹ _____. INSS. **Auxílios-doença acidentários e previdenciários concedidos segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças – CID-10. 2015.** Disponível em: <<https://goo.gl/Y2VMWS>>. Acesso em: 12 out. 2016.

¹⁰ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011** [recurso eletrônico] / Debora Diniz. -- Brasília :LetrasLivres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

apenas um adolescente portador de transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa. Esse número é questionável quando cruzado com os resultados obtidos pela colheita de dados coordenada pelo Conselho Nacional do Ministério Público. O já mencionado Relatório da Resolução 67/2011 indicou que: “dentro das unidades de internação, notou-se a presença expressiva de adolescentes com transtornos psiquiátricos.” (CNMP, 2015, p. 52). Esse mesmo relatório demonstrou que entre os anos 2013 e 2014, na Região Sul do Brasil, 20% das Unidades de Internação abrigavam adolescente com transtorno mental grave.

Vale aqui, realizar novamente a ressalva de que, entre os adolescentes considerados “normais” e aqueles que expõem a presença de um transtorno mental grave, existe uma parcela significativa de jovens que apresentam algum transtorno em graus de menor gravidade.

A instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei – PNAISARI, por meio da Portaria 647/SAS/MS, visou a efetiva garantia de acesso a saúde por parte dos adolescentes que se encontram em atendimento socioeducativo. No ano de 2012, o referido documento se adequou ao disposto na Lei do SINASE, que confere ao SUS a atenção integral à saúde daqueles que cumprem medidas socioeducativas em meio aberto e no regime de semiliberdade. Oportuno mencionar, a elogiosa inserção do profissional de saúde mental na equipe mínima, o que reforça a articulação da socioeducação com a rede psicossocial, buscando atender questões relacionadas a transtornos mentais e também as demandas do adolescente alcoolista ou usuário de outras drogas que cumpre medidas, mais especificamente para aqueles privados de liberdade. Além disso, encontramos no dispositivo um novo aporte de recursos para organização de ações de saúde voltadas aos adolescentes em privação de liberdade, além de induzir a implementação de ações destinadas a atenção a saúde mental nas unidades de cumprimento¹¹.

O tratamento dos adolescentes que apresentam algum transtorno mental de qualquer tipo ou grau ou deficiência foi tratado no Estatuto da Criança e do

¹¹ _____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.083, de 23 de maio de 2014**. Institui o incentivo financeiro de custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, de que trata o art. 24 e parágrafo único da Portaria nº 1.082/GM/MS, de 23 de maio de 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/ja8Pjr>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

Adolescente em seu art. 112, § 3º. O dispositivo preceitua que “os adolescentes portadores de doença ou de ciência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições.” Na Lei 12.594/2009, a questão foi tratada na seção II, que compreende os arts. 64 a 65:

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

§ 1º As competências, a composição e a atuação da equipe técnica de que trata o **caput** deverão seguir, conjuntamente, as normas de referência do SUS e do Sinase, na forma do regulamento.

§ 2º A avaliação de que trata o **caput** subsidiará a elaboração e execução da terapêutica a ser adotada, a qual será incluída no PIA do adolescente, prevendo, se necessário, ações voltadas para a família.

§ 3º As informações produzidas na avaliação de que trata o **caput** são consideradas sigilosas.

§ 4º Excepcionalmente, o juiz poderá suspender a execução da medida socioeducativa, ouvidos o defensor e o Ministério Público, com vistas a incluir o adolescente em programa de atenção integral à saúde mental que melhor atenda aos objetivos terapêuticos estabelecidos para o seu caso específico.

§ 5º Suspensa a execução da medida socioeducativa, o juiz designará o responsável por acompanhar e informar sobre a evolução do atendimento ao adolescente.

§ 6º A suspensão da execução da medida socioeducativa será avaliada, no mínimo, a cada 6 (seis) meses.

§ 7º O tratamento a que se submeterá o adolescente deverá observar o previsto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Art. 65. Enquanto não cessada a jurisdição da Infância e Juventude, a autoridade judiciária, nas hipóteses tratadas no art. 64, poderá remeter cópia dos autos ao Ministério Público para eventual propositura de interdição e outras providências pertinentes. (BRASIL, 2012)

A disposição do § 7º remete explicitamente ao disposto na Lei 10.216/2001, marco legal da atenção a saúde mental no Brasil, conhecida também como Lei da Reforma Psiquiátrica¹². O aludido diploma legal redireciona a assistência em saúde mental, apregoando que o atendimento a pessoas com doença mental seja realizado, preferencialmente, em serviços de base comunitária, situação que condiz

¹² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: < <https://goo.gl/TiWjIW>>. Acesso em: 03. Set.2016.

com as diretrizes do atendimento socioeducativo, onde a internação, em qualquer de suas modalidades, deve ser aplicada em regime de excepcionalidade.

As diferentes modalidades dos CAPS compõem a Rede de Atenção Psicossocial e juntos compõem a Atenção Psicossocial Estratégica do SUS. O Decreto 7.508/2011 dispõe que os CAPS AD, CAPS ADIII e CAPSi¹³ são os equipamentos adequados para o tratamento de crianças e adolescentes. Segundo Ramidoff (2012, p.65) isso se dá essencialmente pois:

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPsAD, ademais, vinculam-se às diretrizes democráticas e humanitárias que orientaram a reforma psiquiátrica, no Brasil, quais sejam: as perspectivas anti-hospitalocêntrica e antimanicomial que impulsionaram a desinstitucionalização para o tratamento terapêutico.

O Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil elaborou em 2006 a Declaração de Brasília com o objetivo de nortear o trabalho em todo território nacional, visando à consolidação da rede pública ampliada de saúde mental para a atenção e o tratamento de crianças e adolescentes. No documento pactuou-se, entre outros expedientes, que:

1. É direito das crianças e dos adolescentes o atendimento integral, integrado e intersetorial em saúde mental. 2. É dever dos gestores públicos assegurar a construção das ações de atendimento e cuidado às crianças e aos adolescentes, consoante com a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, os preceitos da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, os princípios da atual Política Pública de Saúde Mental e os princípios do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. 3. A rede pública ampliada de saúde mental para crianças e adolescentes deverá operar sob o princípio da intersetorialidade e do cuidado territorial, estabelecendo estratégias de pactuação coletiva e de verificação permanente de sua efetividade. Em relação à organização e à expansão da rede de cuidados 4. Os municípios com mais de 100.000 habitantes deverão implantar uma rede diversificada de atenção a crianças e adolescentes que, no setor de Saúde Mental, deverá contar com Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (Capsad), ambulatórios com práticas mais integrais e qualificadas, oficinas terapêuticas, centros de convivência, leitos de suporte em hospital geral, serviços residenciais terapêuticos – quando necessários –, de tal forma que operem de forma articulada entre si e com todos os demais recursos intersetoriais e territoriais disponíveis. Vale ressaltar que, em relação aos leitos de suporte em hospitais gerais, as estruturas assistenciais deverão contar com leitos para

¹³ _____. Ministério da Saúde (MS). **Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <<https://goo.gl/w1BpvF>>. Acesso em: 19 out. 2016.

familiares/responsáveis, em obediência ao preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) [...]. (BRASIL, MS, 2014, p.26)

Muito embora a legislação traga diversas proposições que aparentam contemplar a atenção a saúde mental de crianças e adolescentes de forma completa e satisfatória, verificamos na prática que o tratamento oferecido ainda é deficitário e despreza as peculiaridades de cada jovem que procura os serviços ou é encaminhado ao sistema em razão de prática conflitante com a lei.

Informações prestadas ao Ministério Público pelos gestores das Unidades de internação do Brasil apontam que em pelo menos 12,6% das unidades há internos com transtornos graves. Nas unidades de semiliberdade, a presença de adolescentes com transtorno mental grave é proporcionalmente menor. (CNMP, 2015, p.53).

Importante aqui, fazer menção a Resolução 165/2012¹⁴ do Conselho Nacional de Justiça que, em seu art. 20, veda o encaminhamento do adolescente que cumpre medida socioeducativa para hospital de custódia, salvo se responder por infração penal praticada após a maioridade e por decisão do juízo criminal competente.

Por fim, cabe destacar que a permanência de adolescente que apresenta transtorno mental em Unidade de internação, vem sendo condenada pelo Superior Tribunal de Justiça, sendo indicada a determinação de medidas protetivas ou socioeducativas em meio aberto, como a Liberdade Assistida.

Indispensável, isso sim, a integração ao sistema socioeducativo de unidades médico-hospitalares para o atendimento de adolescentes autores de atos infracionais duplamente inimputáveis, isto é, daqueles que, além de menores de dezoito anos, são também portadores de transtorno mental ou distúrbio psiquiátrico, exatamente os capazes da prática das infrações mais graves e revoltantes, que hoje não recebem o tratamento adequado.¹⁵

¹⁴ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 165, de 16 de novembro de 2012**. Dispõe sobre normas gerais para o atendimento, pelo Poder Judiciário, ao adolescente em conflito com a lei no âmbito na internação provisória e do cumprimento das medidas socioeducativas. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=1640>>. Acesso em: 14 set. 2016.

¹⁵ MENORIDADE penal: crítica ao projeto de redução do patamar biológico de imputabilidade no sistema penal brasileiro. Florianópolis: Empório do Direito, 2016.

5.1 ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE DEPENDENTE QUÍMICO

O ECA já apregoava, pela redação do § 3º do art. 112, que o atendimento ao adolescente acometido por sofrimento mental grave, em razão de transtorno mental e/ou em razão de drogadição, fosse realizado em local adequado às suas condições, de forma individual e especializada.

Com a instituição do SINASE, mais especificamente no art. 64 da Lei 12.594/2012, acrescentou-se a necessidade da avaliação por equipe técnica interprofissional (multidisciplinar e multissetorial) capacitada para sugerir as medidas e práticas terapêuticas adequadas às suas condições física e psíquica.

A constatação da prevalência de sofrimento psíquico na adolescência, principalmente quando motivado ou agravado pelo uso abusivo de álcool e/ou de drogas, demanda abordagem, acompanhamento e intervenções complexas que exigem intervenções multidisciplinares. Um exame superficial do sistema nacional de justiça é suficiente para que se perceba a forte presença da política proibicionista que atua em razão da guerra às drogas. O sistema de justiça da infância e juventude, por meio de seus métodos e operadores acaba contaminado pelo ideário repressivo do proibicionismo.

Muitos são os fatores que agem sobre a estrutura do sistema e impulsionam a expansão recrudescedora do punitivismo, a mídia em especial, ao difundir ideias baseadas em senso comum com relação a participação do jovem em atos infracionais e sobre a “impunidade”, colabora com a expansão do mito sobre a delinquência juvenil e inverte a racionalidade do sistema alterando o foco da prioridade absoluta para servir ao controle social.

A OMS define droga como sendo “toda substância que introduzida em um organismo vivo pode modificar uma ou mais de suas funções”. Essa mesma organização nos fornece ainda um conceito de dependência química:

A síndrome de dependência envolve o desejo pronunciado de tomar a substância, a dificuldade de controlar o uso, estados de supressão fisiológica, tolerância, descaso de outros prazeres e interesses e uso persistente não obstante os danos causados à própria pessoa e aos outros. (OMS, 2001, p. 29)

Resta evidente que a dependência química se configura como um problema de saúde, um transtorno mental que carece de políticas públicas para sua

superação. As informações de órgãos oficiais deixam evidente conexão entre o consumo e o tráfico de substâncias entorpecentes e o encarceramento. O Levantamento Anual SINASE 2013 apresenta que “do total de atos infracionais em 2013, 43% (10.051) foram classificados como análogo a roubo e 24,8% (5.933) foram descritos como análogo ao tráfico de drogas.” (BRASIL, SDH, 2015, p.26).

No documento que reúne as conclusões de pesquisa realizada pelo CNJ nas Unidades de Internação do país constatou-se dados similares, com uma representatividade maior da prevalência de infrações análogas a tráfico:

O tráfico de drogas se destaca nas regiões Sudeste e Sul, sendo o segundo ato infracional mais praticado, tendo obtido representação de 32% e 24%, respectivamente. Estupro, furto, lesão corporal e roubo seguido de morte apresentam-se em menores proporções. Importa ressaltar, não obstante, que um único adolescente pode estar cumprindo medida de internação por mais de um motivo. (CNJ, 2012, p.10)

A repressão às drogas age no sistema socioeducativo da mesma forma que atua no sistema penal, porém, em razão do caráter protetivo do sistema infantojuvenil, a medida privativa de liberdade vem sendo aplicada como forma de “amparar” o adolescente. O olhar seletivo e cruel do sistema ao adolescente que faz uso de substâncias psicoativas é carregado de estigmas da ideologia tutelar e higienista.

Essas concepções apenas servem para promover o controle social por parte do Estado. A atribuição de excepcional gravidade ao ato infracional análogo ao tráfico de drogas, bem como toda a construção elaborada sobre a conjuntura que geralmente envolve o seu cometimento¹⁶, configuram como o principal argumento (juntamente com a reiteração de conduta infracional) dos membros do Ministério Público na motivação dos pedidos de internação provisória e aplicação de medida socioeducativa de internação, fato que concorre para acentuar as desigualdades e a exclusão próprios da estrutura socioeducativa prevalente. Ao adolescente que é apreendido por praticar o tráfico de drogas convencionou-se aplicar as determinações do estatuto “às avessas”, como descreve Juarez Cirino:

¹⁶ São pouquíssimos os casos de análise do ponto de vista da droga em si. Em geral os processos se relacionam às famílias “desestruturadas”, às “atitudes suspeitas”, ao “meio ambiente pernicioso à sua formação moral”, à “ociosidade”, à “falta de submissão”, ao brilho no olhar” e ao desejo de *status* “que não se coaduna com a vida de salário mínimo”. (BATISTA, 2003, p.135)

As inversões da prática judicial são parte daquela lógica diabólica: a medida de internação – inaplicável se existir outra “medida adequada” (art. 122, §2º) –, torna-se o carro-chefe das medidas “sócio-educativas”, substituindo todas as outras, sem ser substituída por nenhuma, como se as hipóteses de internação (infração com violência, reincidência e descumprimento injustificado de medida anterior, art. 122) fossem suficientes por si mesmas, independente da ausência de outra medida adequada, como exige a lei. (SANTOS, [1999?], não paginado).

O tráfico é tomado na vida desse “menor”¹⁷ por *causa* de uma série de outras “comorbidades” próprias da vida do crime, como a ausência de matrícula e frequência em instituição de ensino ou de ocupação profissional, e não como *consequência* de repetidas violações de direitos que partem do próprio Estado e permeiam a vida desse adolescente, de sua família e comunidade. Ao invés de tentar suprir as necessidades desse jovem, parte-se imediatamente para a privação de sua liberdade, retirando-o do convívio social e familiar, sem dedicar a cautela adequada ao impacto que a internação em um estabelecimento com contornos de instituição total¹⁸ trará a vida do sujeito. Sobre as repercussões negativas da internação adverte o sociólogo Erving Goffmann:

Embora alguns papéis possam ser reestabelecidos pelo internado, se e quando ele voltar para o mundo, é claro que outras perdas são irreversíveis e podem ser dolorosamente sentidas como tal.

Portanto o internado descobre que perdeu alguns dos papéis em virtude da barreira que o separa do mundo externo. Geralmente, o processo de admissão também leva a outros processos de perda e mortificação. (GOFFMANN, 2001, p.25).

A internação é vista como medida que se impõe frente ao risco ao qual é exposto o adolescente que experimentou “o meio pernicioso da criminalidade”. O contato com o mundo das drogas torna o adolescente, em razão de suas próprias condutas, um grave risco para si e para a sociedade. É dessa maneira que a “demonização” das drogas descrita por DEL OLMO¹⁹ adentra o sistema de justiça infantojuvenil, pela via do pânico, porém, disfarçada de zelo com o bem-estar e com a saúde do adolescente.

¹⁷ Alessandro Baratta ao prefaciar o livro de Vera Malaguti Batista afirma, sobre a juventude negra e pobre no Brasil: “É a esses jovens, e não aos jovens da classe média e das elites, que se dirigem as leis, os tribunais e as instituições menores; é a esses jovens que se aplica a expressão “menor”. p.18

¹⁸ GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001, p.11.

¹⁹ DEL OLMO, Rosa. **La cara oculta de La droga**. Monografías Jurídicas 58. Bogotá, Colômbia: Editorial Temis S.A, 1988, pág 1.

Dessa forma, resta evidente que o encaminhamento do adolescente a programa de atenção integral à saúde mental deve levar em consideração a otimização da intervenção terapêutica estabelecida na avaliação especializada.

Entre os Serviços de saúde disponíveis na Rede de Atenção a Saúde, os serviços substitutivos (CAPSAD, CAPSADIII e CAPSADi), teoricamente, constituem-se como equipamentos que possuem a melhor estrutura física e de recursos humanos qualificados para atender ao adolescente que apresenta transtorno mental e/ou dependência química.

5.2 SUICÍDIOS NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

A ocorrência de suicídios em qualquer local, independentemente da faixa etária, se apresenta como um dado sintomático da falha de políticas públicas. Os dados referentes ao número de suicídios verificados nas unidades de internação servem como alerta de que a atenção à saúde mental deve ser foco de maior cuidado, especialmente quando o sistema anuncia a adoção do princípio da proteção integral e se destina a pessoas dignas de tratamento diferenciado em função da maior vulnerabilidade inerente à peculiar condição de pessoas em desenvolvimento.

O suicídio e a tentativa de suicídio são considerados problemas graves de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde, sua prevenção e controle requerem precauções e ações complexas de diversos setores, incluindo profissionais de saúde, educadores, serviços sociais, governos, legisladores, membros da comunicação social, magistrados, famílias e comunidades.

O enfrentamento da questão do suicídio se torna ainda mais intrincado quando tratamos de sua ocorrência no universo das crianças e adolescentes, uma vez que o fenômeno pode ser encarado como indicativo de graves violações de direitos. Essa violência autoinfligida usualmente não tem sua origem em uma única causa, é um evento devastador que necessita de uma resposta institucional especializada e intersetorial. Sobre a vulnerabilidade da população mais jovem e o risco de suicídio alerta a World Health Organization (WHO):

While factors contributing to suicide can vary among specific demographic and population groups, the most vulnerable, such as the young, the elderly and the socially isolated, are in the greatest need of suicide prevention efforts. It is important to address the specific underlying causes of suicide

and develop action plans to suit each country and its communities. (WHO, 2012, p.02).

O suicídio é apontado como uma das principais causas de morte entre jovens. A juventude configura-se como fase de maior risco de desenvolvimento de transtornos mentais, a OMS (2001, p. *vii*) estima que “uma em cada quatro pessoas será afetada por um distúrbio mental em dada fase da vida.” Diversas doenças mentais se associam ao comportamento suicida, entre elas a esquizofrenia, os transtornos depressivos, a dependência química, Alzheimer e, os transtornos da infância. O diagnóstico dessas condições, assim como a identificação do comportamento suicida e o eficaz encaminhamento ao tratamento especializado, representa fundamental estratégia no enfrentamento desse problema.

Observando os dados compilados no Plano Decenal dos direitos da criança e do adolescente elaborado em 2013 no Estado do Paraná é possível verificar, no entre 2009 e 2011, o registro de 62 casos de suicídio, 3 tendo ocorrido entre crianças e 59 entre adolescentes. Segundo os dados compilados no Levantamento Anual Sinase 2013 (BRASIL, Secretaria de Direitos Humanos (SDH), 2015, p.33) apontou, sobre as causas de óbito durante o período de privação de liberdade, que “As três principais causas de óbito em unidades de internação foram em decorrência de conflito interpessoal (17 adolescentes, 59%), conflito generalizado (cinco adolescentes, 17%) e suicídio (14% do total, quatro adolescentes).”

Embora esses números possam parecer baixos, a morte de adolescentes no interior do sistema socioeducativo é inadmissível, fazendo-se necessárias ações que garantam a vida desses jovens. O crescimento do encarceramento certamente pode ser apontado como fator que colabora para o desenvolvimento de distúrbios mentais, o isolamento e a perda dos laços familiares contribui para o aparecimento de quadros depressivos e agrava questões que podem levar à ideação e ao comportamento suicida.

Como Iniciativa no sentido de prevenir essas ocorrências o Estado do Paraná produz e distribui o Caderno de Socioeducação: Prevenção do Suicídio²⁰ com o objetivo de oferecer subsídios e orientações práticas para prevenção ao suicídio nas Unidades de socioeducação.

²⁰ PARANÁ. Secretaria da Justiça Cidadania e Direitos Humanos (SEJU). **Prevenção do Suicídio**. Disponível em: <<https://goo.gl/yooTyg>>. Acesso em: 14 out. 2016.

Em cumprimento ao disposto na Resolução 030/GS/SEJU,²¹ foram inseridas nos sistemas informatizados de dados sobre adolescentes em cumprimento de medidas no Paraná (Sistema Informatizado de Medidas Socioeducativas e o *Business Intelligence* (BI) - Atendimento Socioeducativo), informações para o monitoramento dos adolescentes com indicativos de transtornos mentais, com histórico de tratamento psicológico ou psiquiátrico, que fazem uso de medicamentos controlados, tentativas de suicídio ocorridas antes ou durante o período de privação de liberdade, bem como histórico familiar de tentativa de suicídio e de doença mental.²²

A referida Resolução regulamentou o fluxo de informações no caso de diagnóstico positivo para transtornos mentais ou histórico de ideação, tentativas e ocorrência de suicídio, devendo o responsável pela equipe técnica encaminhar o relatório ao juízo, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e também à Direção do Departamento de Atendimento Socioeducativo para providências.

²¹ SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA, CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS. **Resolução nº 030, de 15 de abril de 2015**. Regulamenta diagnóstico preventivo a ser realizado pela equipe técnica dos Centros de socioeducacao quando do recebimento de adolescente com transtorno mental e institui mecanismos de fiscalização e monitoramento dos casos identificados. Curitiba, PR, Disponível em: <<https://goo.gl/83plrh>>. Acesso em: 16 out. 2016.

²² PARANÁ. Secretaria da Justiça Cidadania e Direitos Humanos (SEJU). **Relatório de ações Departamento de Atendimento Socioeducativo: Paraná 2015**. Curitiba, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/sDCOIW>>. Acesso em: 01 out. 2016.

6 JUSTIÇA RESTAURATIVA E SAÚDE MENTAL

A redação do inciso III do art. 35 da Lei do Sinase introduz a temática restaurativa no direito infantojuvenil brasileiro. No mesmo sentido aponta a diretriz do Conselho Nacional de Justiça - CNJ²³. Esse novo paradigma de justiça foi assim conceituado:

A Justiça Restaurativa consiste em um paradigma não punitivo, baseado em valores, que tem como principal objetivo a reparação dos danos oriundos do delito causados às partes envolvidas – vítima, ofensor e comunidade – e, quando possível, a reconstrução das relações rompidas. Apresenta-se como uma alternativa ao modelo retributivo, tendo em vista a clemência por mudanças mais profundas e concretas diante das ineficiências e deslegitimidade do sistema penal. Sendo a realidade do Brasil, analisa-se as (im)possibilidades de implementação do modelo no sistema jurídico, perante os princípios da indisponibilidade da ação penal, da legalidade e da oportunidade.(CRUZ, 2013, não paginado)

Considerada como uma inovação no sistema, a Justiça Restaurativa formaliza aspectos como a obrigação de reparar o dano (sempre que possível), bem como o atendimento pelo serviço de atendimento socioeducativo em meio aberto nos CREAS que, de certa forma, já adotava características próprias das práticas restaurativas: valorização das soluções dialogadas; horizontalidade da relação; multidisciplinaridade na intervenção; protagonismo do sujeito; atuação em rede; busca pela integração social sem estigmas do adolescente.

A Justiça Restaurativa perpassa o sistema socioeducativo em todos os seus aspectos não se restringindo apenas a adoção de práticas e conceitos teóricos isolados. É inegável que sua adoção requer uma ampla transformação cultural e institucional e representa um grande desafio na tentativa de romper com o caráter eminentemente retributivo do sistema e sua força estigmatizante. O Relatório elaborado pelo CONANDA em comemoração ao aniversário de 25 anos do ECA se refere a Justiça Restaurativa e faz uma advertência:

É necessário que não só a execução de medidas socioeducativas, mas todo o sistema socioeducativo funcione na lógica restaurativa, inclusive os sistemas de Justiça, de Segurança Pública e as políticas setoriais. Não há

²³ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Resolução nº 225, de 31 de maio de 2016**. Dispõe Sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no Âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Disponível em: <<https://goo.gl/7eHnFb>>. Acesso em: 17 out. 2016.

como se pensar em Justiça Restaurativa se adolescentes continuam sendo vítimas da violência policial e de determinações judiciais desproporcionais à gravidade do ato; sofrendo constrangimentos em audiências; segregados pelo preconceito institucional que se manifesta em unidades e equipamentos das políticas setoriais. (BRASIL, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2016, p.114).

A essas ressalvas se somam as advertências de que o sistema não volte suas atenções exclusivamente para a vítima, introdução da lógica restaurativa deve se manter alinhada às regras de regência do sistema de Justiça da Infância e Juventude, reafirmando o compromisso com a prioridade absoluta e a proteção integral dos direitos e garantias dos adolescentes.

É preciso recordar a triste situação vivenciada nas promotorias e varas da infância no Brasil. Muitos dos jovens que tem suas trajetórias marcadas pela intervenção da justiça já tiveram a vida afetada em algum grau pela violência e pela violação sucessiva de seus direitos, não dispõem de advogado ou Defensor Público de modo que não tem garantido o direito constitucional da ampla defesa, ficando à mercê de determinações arbitrárias e desproporcionais que acabam conduzindo muitos deles à perda da liberdade nas Unidades de Internação²⁴.

As interlocuções entre a justiça restaurativa e a saúde mental são de grande relevância tanto para o universo jurídico quanto para a área da saúde, sua implementação precisa transitar entre diversos saberes, com equipes multidisciplinares preparadas para aplicá-la. No Estado do Paraná, podemos indicar as mais recentes intervenções ligadas ao tema no relatório de ações do departamento de atendimento socioeducativo:

Em parceria com a Escola de Magistratura do Paraná foram disponibilizadas vagas no curso de “Capacitação de Facilitadores de Justiça Restaurativa e Círculos de Construção de Paz”, com carga-horária de 40 horas. No Centro de Socioeducação São Francisco realizaram-se dois círculos pilotos de integração de equipe, o qual contou com professores, técnicos, educadores sociais e a direção da Unidade. No Centro de Socioeducação de Maringá, com apoio da Universidade Estadual de Maringá, 21 servidores realizaram curso de formação em Justiça Restaurativa. [...] Nessas Unidades as práticas já foram implementadas em diferentes contextos, com a finalidade de promover a qualidade no convívio entre os adolescentes e os funcionários, bem como a manutenção do respeito e a construção de

²⁴ Situação que não pode ser identificada como novidade no contexto brasileiro conforme já destacado no estudo de Vera Malaguti Batista em: BATISTA, Vera Malaguti. **Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2003. p. 74 -75.

valores e diretrizes que permeiam suas relações. Em Londrina firmou-se parceria similar com o Poder Judiciário, sendo que as práticas estão sendo igualmente aplicadas no sistema de atendimento socioeducativo. As referidas unidades serão modelo para consolidação das práticas restaurativas em todo o Estado, conforme estratégia prioritária de gestão e formação já iniciadas em 2015. (PARANÁ, SEJU, 2015, p.74)

Tem-se, portanto, que a Justiça Restaurativa atua fundamentalmente por meio de processos colaborativos e cooperativos que exigem a existência de efetiva reciprocidade entre os diferentes atores envolvidos. Se, ao invés de fortalecer as relações comunitárias, promovendo um verdadeiro rearranjo nas práticas do sistema de justiça, permanecerem os processos de negativa de cidadania a essa parcela da população, correemos o risco de incorrer na perpetuação do modelo punitivo vigente.

7 A PSIQUIATRIZAÇÃO DA SOCIOEDUCAÇÃO

Apesar de observarmos a criação e implantação de projetos que, alinhados com os princípios do Sistema, promovem a integração, qualificação e o desenvolvimento da socioeducação no Brasil, como a Justiça Restaurativa, ganham cada vez mais destaque ações que representam graves retrocessos na efetivação dos direitos infantojuvenis. Propostas de legislação que buscam reduzir a maioria penal, a proposição e criação de instituições como a Unidade Experimental de Saúde em São Paulo, são exemplos de que a responsabilização de adolescentes que cometem atos infracionais ainda não se desvencilhou totalmente de suas raízes punitivistas e higienistas. Sobre o tema:

[...] nos defrontamos curiosamente no campo da infância e da juventude com alguns processos em que a composição justiça e “saúde mental” tem operado exatamente na contramão tanto das diretrizes das Políticas de Saúde Mental quanto nas do Estatuto da Criança e do Adolescente. Ou seja, o controle social dos jovens e especialmente daqueles autores de ato infracional no Brasil tem se revestido de crescentes processos de psiquiatrização, além dos já conhecidos processos de criminalização, como as propostas de redução da idade penal. (VICENTIN, GRAMKOW, ROSA, 2010, p.62).

A utilização desmedida do conceito “periculosidade” tem crescido e desvencilhado a execução da socioeducação de princípios significativos como a legalidade e a excepcionalidade. Ainda que tenha sido declarado o rompimento do vínculo entre doença mental e periculosidade pela prática clínica da psicologia e psiquiatria, a serviço do desejo punitivo alimentado à sociedade pela mídia, perpetua-se e amplia-se a utilização do termo para fundamentar o aprisionamento e a necessidade de intervenção estatal.

A periculosidade “jurídica” altera o foco do sistema de transtornos comuns como a dependência química para casos de transtorno de personalidade, entre eles, a personalidade anti-social e transtorno de conduta. Essa situação, no âmbito dos serviços de saúde, agravada invariavelmente pela seletividade punitiva do sistema, remete a juventude pobre ao estado que se encontrava nos anos trinta, quando prevaleciam os pareceres de natureza moral na determinação das internações.

Percebemos, nesse caso, o fenômeno de patologização de uma parcela social de jovens, reforçando a ideia de que a patologia é individual e sem relação com o contexto onde estes jovens estão inseridos. Assim,

estabelece-se uma naturalização de processos sociais, do jovem pobre e delinquente como representante de uma doença; e a “moléstia hereditária”, em geral atribuída à pobreza, acaba sendo transformada em seu próprio destino. (SCISLESKI, MARASCHIN, SILVA, 2008, p.348).

A presença de adolescentes com distúrbios psicológicos nas unidades de internação e semiliberdade já foi demonstrada por diversas estatísticas e estudos, nos referimos aqui aos adolescentes diagnosticados ou que apresentam sofrimento mental para além da existência de periculosidade. A psiquiatrização de que tratamos aqui se apresenta como mais uma distorção institucional voltada a encurtar os caminhos do “encarceramento-extermínio” de uma população claramente delimitada, jovens, negros e pobres. A justiça da infância e da juventude, infelizmente, tem atuado como protagonista da operacionalização dessa situação:

Em primeiro lugar, chama a atenção que a ordem judicial parece desempenhar um papel dúbio: se, por um lado, é um procedimento que se oferece como uma estratégia de acesso para jovens ao serviço de saúde, por outro, por vezes é utilizado como uma espécie de punição, no sentido de o encaminhamento servir como um recurso auxiliar à disciplinarização dos jovens, ou seja, permitindo um processo de docilização dos mesmos. (SCISLESKI, MARASCHIN, SILVA, 2008, p.344).

Considerando uma aplicação do ECA engajada na promoção de bem-estar e garantia de direitos, teríamos, como destaca Mário Ramidoff, que a atitude a ser tomada nos casos de sofrimento mental grave, seria a extinção de seu cumprimento e não a privação de liberdade em caráter “protetivo”:

Entende-se, no entanto, que o sofrimento mental grave incapacita psicologicamente o adolescente para o cumprimento de medida socioeducativa proposta no plano individual de atendimento originário, motivo pelo qual deveria ser extinto o cumprimento, quando não substituído por medidas e práticas terapêuticas. (RAMIDOFF, 2012, p.129)

Essa, no entanto, não é a realidade que vem sendo observada. Com o passar dos anos aumenta a proporção de adolescentes “diagnosticados” erroneamente apenas para servir à defesa social. A psiquiatrização ofusca os fenômenos sociais da exclusão, abandono, descaso e vulnerabilidade social que atingem a juventude pobre, ela permite que as ciências médicas e psicológicas exerçam uma gestão seletiva “justificada” no sistema socioeducativo, possibilitando

que, ao invés de se investir em políticas públicas de saúde, se insista no encarceramento e na violência.

É imprescindível garantir que os adolescentes que se encontram cumprindo medidas socioeducativas e que forem acometidos por transtorno mental tenham respeitada sua posição enquanto titulares de direitos. Sua peculiar condição de desenvolvimento, agregada ao quadro de saúde que apresentam, torna ainda maior a relevância de que a eles sejam, de fato, ofertados os serviços de uma Rede de Garantias e Direitos cumprindo com as diretrizes da Proteção Integral. Utilizar o sistema socioeducativo com o propósito de atender a um adolescente que apresente transtornos mentais em regime de contenção aproxima-o de se tornar um depósito de indesejáveis e voltar a funcionar sob a lógica da segregação e do desrespeito a vida, como denunciado por Daniela Arbex, no maior hospício do Brasil durante a maior parte do século XX:

Por isso a Colônia tornou-se o destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria higienista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escoria, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar. (ARBEX,2013, p. 26).

Para a alteração desse quadro se mostra imperioso reconhecer a área da saúde como principal responsável na garantia da atenção integral à saúde no âmbito da infância e juventude, além de promover a qualificação do atendimento psicológico e psiquiátrico na execução socioeducativa, desvencilhando o atendimento da lógica da exclusão e da disciplina que apenas agravam a desigualdade social e a insegurança.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as etapas da elaboração da presente monografia deixaram evidente a existência de um hiato no sistema de justiça juvenil no tocante aos jovens que apresentam, em qualquer grau, condições relacionadas a saúde mental.

A realização dessa pesquisa permitiu inicialmente lançar o olhar ao sistema de justiça infantojuvenil como um todo para depois focar o olhar nos jovens que adentram o sistema necessitando de tratamentos e encaminhamentos que, por estarem situados no campo da saúde, colidem frontalmente com os objetivos latentes²⁵ e com a estrutura do sistema penal.

A falácia da impunidade e a construção da imagem dos adolescentes pela mídia de massa como contribuintes diretos e atuantes na criminalidade, além de incentivar as discussões acerca da redução da maioridade penal, tem também o potencial de influenciar a elaboração e criação de políticas públicas e as ações estatais no campo da socioeducação.

Reunir dados e indicações bibliográficas sobre a aplicação das medidas protetivas instituídas pelo ECA configurou-se como o maior empecilho na formação de uma imagem realista sobre a atenção à saúde mental dos adolescentes que cometeram ato infracional. Isso porque uma análise do sistema em sua integralidade dependeria da verificação de casos onde a prevalece a imposição de medida de proteção e daqueles em que a medida socioeducativa não é aplicada (remissão ministerial) . A decretação de medidas cumuladas também acabam por criar uma zona nebulosa que encobre características da atuação da justiça infantojuvenil para além da socioeducação.

Fica evidente que a situação atual do sistema, seu funcionamento e suas perspectivas de atuação apresentam forte arbitrariedade e seletividade, todo o bem que se pretende fazer a criança e ao adolescente que ingressa no sistema deve ser traduzido à sociedade de maneira a satisfazer o anseio punitivista esperado do sistema criminal. Essas afirmações, corriqueiras no ambiente acadêmico, ainda que rechaçadas pelo senso comum, restaram ainda mais evidentes quando a

²⁵ SANTOS, Juarez Cirino dos. Direito penal: parte geral. 4. ed., rev. e ampl. Florianópolis: Conceito, 2010. p. 6.

socioeducacao colide com a política nacional de drogas. Ainda que essa ligação já houvesse sido denunciada por diversos autores, não se esperava concluir que a discussão sobre a saúde mental dos adolescentes em conflito com a lei acabaria demonstrando que os esforços mais significativos nesse sentido estariam umbilicalmente ligados à política criminal de drogas instalada no Brasil.

Muito embora os relatórios oficiais de órgãos governamentais tragam estatísticas e informações sobre a existência de jovens com transtornos mentais, podemos indicar a prevalência de uma “cifra negra” da doença mental no sistema de justiça infantojuvenil. Essa situação, apesar de acentuar a perversidade própria do encarceramento e da vida em instituições totais, não pode servir para fomentar o encarceramento baseado na “psiquiatrização” da socioeducação. É preciso que se aplique o ECA com responsabilidade, abreviando as discrepâncias entre o cuidado pensado e materializado na legislação para aquele efetivamente prestado nas unidades.

REFERÊNCIAS

- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Geração Editorial, 2013.
- BARRETO, Tobias. **Menores e loucos em direito criminal**. Brasília, DF: Senado Federal, 2003.
- BATISTA, Vera Malaguti. **Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2003.
- BECKER, Howard Saul. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- BOAS, Cristina Campolina Vilas; CUNHA, Cristiane de Freitas; CARVALHO, Raquel. **Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade**. 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/1tUiNE>>. Acesso em: 22 jul. 2016.
- BRASIL. Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927. **Consolida as leis de assistência e proteção a menores**. Disponível em: <<https://goo.gl/0WIJMq>>. Acesso em: 22 jul.2016.
- _____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <<https://goo.gl/btfn0Y>>. Acesso em: 21 nov. 2016.
- _____. Lei 12594 de 18 de janeiro de 2012. **Dispõe sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase)**. Brasília, 2012.
- _____. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). **Auxílios-doença acidentários e previdenciários concedidos segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças – CID-10**. 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/Y2VMWS>>. Acesso em: 12 out. 2016.
- _____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.083, de 23 de maio de 2014**. Institui o incentivo financeiro de custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, de que trata o art. 24 e parágrafo único da Portaria nº 1.082/GM/MS, de 23 de maio de 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/ja8Pjr>>. Acesso em: 19 nov. 2016.
- _____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: < <https://goo.gl/TiWjIW>>. Acesso em: 03. Set.2016.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/RIH8Tp>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <<https://goo.gl/w1BpvF>>. Acesso em: 19 out. 2016.

_____. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). **Levantamento Anual Sinase 2013**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/58VrZV>>. Acesso em: 09 ago.2016

_____. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). **Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo: Diretrizes e eixos operativos para o SINASE**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.

_____. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Org.). **Relatório Avaliativo ECA 25 Anos**. Brasília, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/EtY1sj>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

_____. Senado Federal. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: 1990. Disponível em: <<https://goo.gl/Mw3uEY>>. Acesso em: 09 out 2016.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 165, de 16 de novembro de 2012**. Dispõe sobre normas gerais para o atendimento, pelo Poder Judiciário, ao adolescente em conflito com a lei no âmbito na internação provisória e do cumprimento das medidas socioeducativas. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=1640>>. Acesso em: 14 set. 2016.

_____. **Resolução nº 225, de 31 de maio de 2016**. Dispõe Sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no Âmbito do Poder Judiciário e dá outras providencias. Disponível em: <<https://goo.gl/7eHnFb>>. Acesso em: 17 out. 2016.

_____. **Panorama Nacional: A Execução das Medidas Socioeducativas de Internação**. 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/bJS7Us>>. Acesso em: 15 out. 2016.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO (CNMP). **Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº 67/2011: um olhar mais atento às unidades de internação e semiliberdade para adolescentes**. 2. ed. Brasília: CNMP, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/AK818G>>. Acesso em: 04 set. 2016.

_____. **Resolução nº 67, de 16 de março de 2011**. Dispõe sobre a uniformização das fiscalizações em unidades para cumprimento de medidas socioeducativas de internação e de semiliberdade pelos membros do Ministério

Público e sobre a situação dos adolescentes que se encontrem privados de liberdade em cadeias públicas. Disponível em: <<https://goo.gl/dYaevn>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

SANTOS, Juarez Cirino dos. **Direito penal: parte geral**. 4. ed., rev. e ampl. Florianópolis: Conceito, 2010.

_____. **O adolescente infrator e os direitos humanos**. Instituto de Criminologia e Política Criminal. Disponível em <<https://goo.gl/VMOVUx>>. Acesso em 03 ago. 2016.

COHEN, Albert Kircidel. **Delinquent boys: the culture of the gang**. London: Routledge & Kegan Paul, 1956.

CRUZ, Rafaela Alban. **Justiça Restaurativa: um novo modelo de Justiça Criminal**. Tribuna Virtual IBCCRIM, Rio de Janeiro, p.71-83, mar. 2013. Quinzenal.

CURITIBA. Grupo Intersetorial De Secretarias Municipais. (Org.). **Plano Municipal Criança e adolescente: 2014-2017**. Curitiba, 2013. Disponível em: <www.fas.curitiba.pr.gov.br/baixarMultimidia.aspx?id=9577>. Acesso em: 17 jul. 2016.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011** [recurso eletrônico] / Debora Diniz. – Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7ª. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

MAIOR, NETO. Olympio de Sá Sotto. CURY, Munir; AMARAL E SILVA, Antônio Fernando do; MENDEZ, Emilio García. (Coords.) **Estatuto da Criança e do Adolescente comentado: comentários jurídicos e sociais**. 8ª. Ed. Malheiros Editores, 2006 [recurso eletrônico]. Disponível em: <<https://goo.gl/DkKUxO>>. Acesso em: 20 out. 2016.

MENORIDADE penal: crítica ao projeto de redução do patamar biológico de imputabilidade no sistema penal brasileiro. Florianópolis: Empório do Direito, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança.1989**. Disponível em: <<https://goo.gl/8BSx9D>>. Acesso em: 27 set. 2016.

ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população**. Disponível em: <<https://goo.gl/v3qEe0>>. Acesso em: 10 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2001. Disponível em: <<https://goo.gl/OG31ID>>. Acesso em: 10 out. 2016.

PARANÁ. Secretaria da Família e Desenvolvimento Social (Equipe técnica). Comitê Interinstitucional para Elaboração Implementação Acompanhamento do Plano

Decenal dos Direitos da Criança do Adolescente. **Plano decenal dos direitos da criança e do adolescente do estado do paraná: 2014-2023**. Curitiba, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/CHxZrQ>>. Acesso em: 23 set. 2016.

_____. Secretaria da Justiça Cidadania e Direitos Humanos (SEJU). **Relatório de a es Departamento de Atendimento Socioeducativo: Paraná 2015**. Curitiba, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/sDCOIW>>. Acesso em: 01 out. 2016.

_____. Secretaria da Justiça Cidadania e Direitos Humanos (SEJU). **Resolu o n  030, de 15 de abril de 2015**. Regulamenta diagnóstico preventivo a ser realizado pela equipe técnica dos Centros de socioeduca o quando do recebimento de adolescente com transtorno mental e institui mecanismos de fiscaliza o e monitoramento dos casos identificados. Curitiba, PR, Disponível em: <<https://goo.gl/83plrh>>. Acesso em: 16 out. 2016.

_____. Secretaria da Justiça Cidadania e Direitos Humanos (SEJU). **Preven o do Suicídio**. Disponível em: <<https://goo.gl/yooTyg>>. Acesso em: 14 out. 2016.

RAMIDOFF, Mário Luiz. **Direitos difusos e coletivos IV (Estatuto da Criança e do Adolescente)**. São Paulo: Saraiva, 2012 – (Cole o Saberes do Direito; 37).

_____. Mário Luiz. **Sinase sitema nacional de atendimento socioeducativo: comentários   Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012**. São Paulo: Saraiva, 2012.

SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci; SILVA, Rosane Neves da. **Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a intern o psiquiátrica**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 342-352, Feb. 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/oZakKC>>. Acesso em: 20 out. 2016.

SPOSATO, Karyna Batista. **Elementos para uma teoria da responsabilidade penal de adolescentes**. 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/4NlpeU>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

VICENTIN, Maria Cristina G.; GRAMKOW, Gabriela; ROSA, Miriam Debieux. **A patologiza o do jovem autor de ato infracional e a emergência de "novos" manicômios judiciais**. Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano, v. 20, n. 1, p. 61-69, 2010.

VICENTIN, M. C. et al. **Adolescência e sistema de justiça: problematiza es em torno da responsabiliza o em contextos de vulnerabilidade social**. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Public Health Action for the Prevention of Suicide: A Framework**. WHO, 2012.