

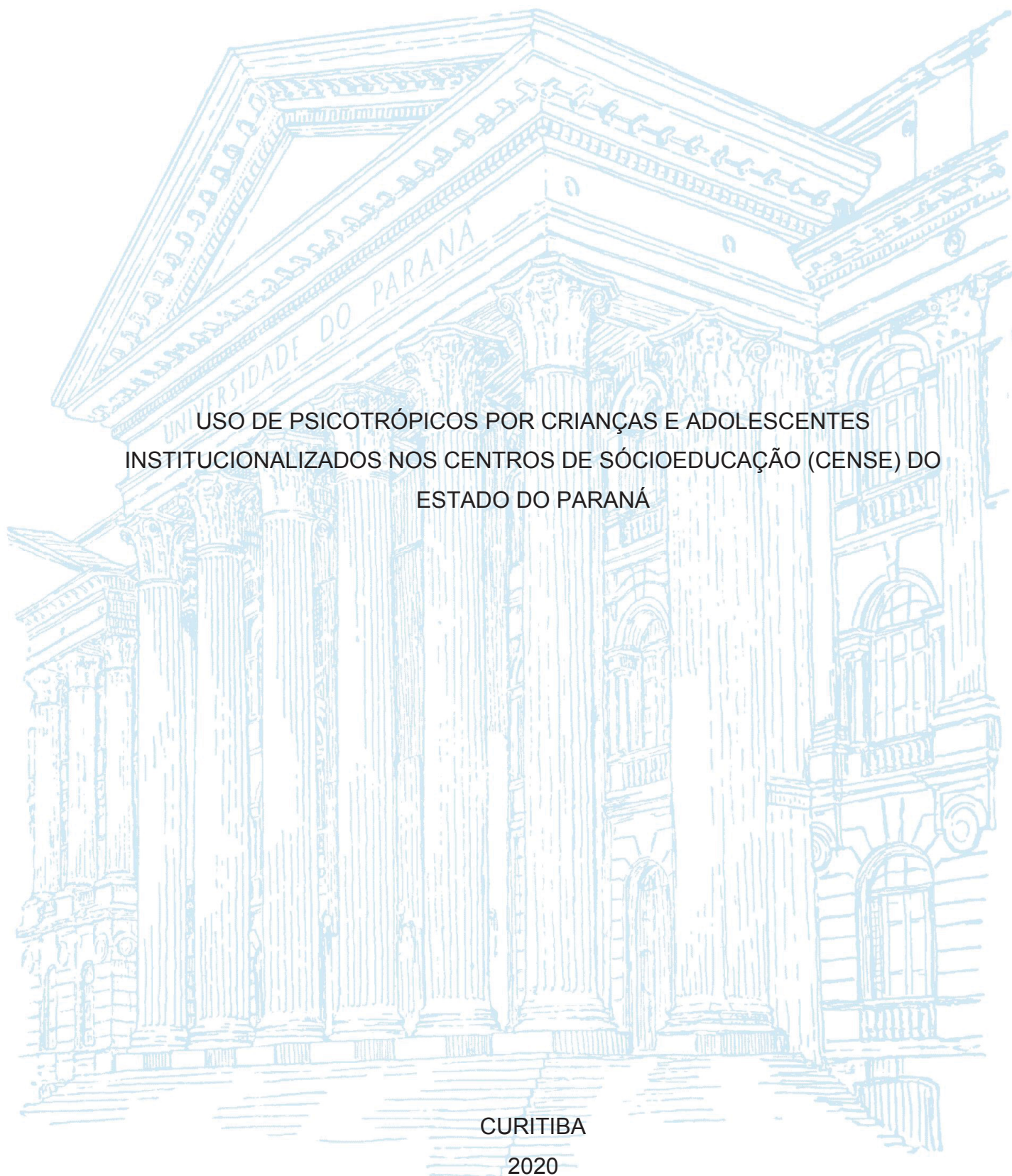
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALLANA MARINA BUENO

USO DE PSICOTRÓPICOS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES
INSTITUCIONALIZADOS NOS CENTROS DE SÓCIOEDUCAÇÃO (CENSE) DO
ESTADO DO PARANÁ

CURITIBA

2020



ALLANA MARINA BUENO

USO DE PSICOTRÓPICOS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES
INSTITUCIONALIZADOS NOS CENTROS DE SÓCIOEDUCAÇÃO (CENSE) DO
ESTADO DO PARANÁ

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Milene Zanoni Silva

Coorientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas Santos

CURITIBA

2020

B928 Bueno, Allana Marina

Uso de psicotrópicos por crianças e adolescentes institucionalizados nos Centros de Socioeducação (CENSE) do estado do Paraná [recurso eletrônico] / Allana Marina Bueno. – Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Milene Zanoni Silva

Coorientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

1. Saúde mental. 2. Adolescente institucionalizado.
3. Saúde do adolescente. 4. Centros socioeducativos.
5. Psicotrópicos. I. Silva, Milene Zanoni. II. Santos, Deivisson Vianna Dantas dos. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLM: WA 305

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ALLANA MARINA BUENO** intitulada: **Uso de Psicotrópicos por crianças e adolescentes institucionalizados nos Centros de Socioeducação (CENSE) do Estado do Paraná**, sob orientação da Profa. Dra. MILENE ZANONI DA SILVA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 30 de Setembro de 2020.

Assinatura Eletrônica

01/10/2020 16:13:43.0

MILENE ZANONI DA SILVA

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

01/10/2020 08:41:17.0

HELVO SLOMP JUNIOR

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO)

Assinatura Eletrônica

01/10/2020 14:07:16.0

GIOVANA DANIELA PECHARKI VIANNA

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico todo o meu estudo e todo esforço às três mulheres maravilhosas da minha família. A quem eu tenho toda a admiração e gratidão que cabem em mim. Viviane, Eunice e Noeli.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus que me fez nunca querer desistir e sempre me fortaleceu e guiou durante esses anos.

À minha família, sempre presente, pelo amparo e apoio em todos os momentos. Mesmo quando eu não pude estar tão presente. Principalmente, minha mãe que é minha parceira de todas as horas, Viviane. Minha tia e minha vó, Eunice e Noeli, meu afilhado Eduardo e meu cãopanheirinho Nino.

À Universidade Federal do Paraná por se tornar, novamente, a minha casa. E a toda a comunidade deste programa de Mestrado, por me permitirem tamanho crescimento profissional, político e pessoal.

Aos meus orientadores, Milene e Deivisson, por quem eu tenho tanta admiração. Obrigada por terem sido tão compreensivos e tão importantes nesta jornada.

A este grupo de pesquisa, especialmente meus colegas mestrandos Cassiano, Ana Paula e Sandriane, pela parceria, dedicação e trocas de conhecimento incríveis. E a professora Sabrina, por estar sempre conosco durante todo esse tempo.

Agradeço especialmente a Laremi, por todos os dias de coleta, que eram árduos, mas sempre muito produtivos e divertidos. Obrigada pela parceria e toda a ajuda que me concedeu de forma tão empática.

Agradeço imensamente a todos que nos receberam tão bem nas instituições dos CENSES, a todos que participaram da pesquisa e ao apoio que nos foi dado.

Agradeço a todos os professores deste programa, a todas as aulas ministradas e todas as discussões estabelecidas. Sou grata por tudo que me tornei após esses anos.

Aos meus colegas de turma, agradeço a amizade. Sou grata e orgulhosa dos amigos que ganhei a partir dessa maravilhosa experiência.

Aos meus amigos, que antes eram da graduação e hoje se tornaram uma família. Aos de longa data, que sempre estão comigo, seja do colégio, ou até mesmo desde a pré-escola. Aos parceiros do trabalho e, quem diria, também do Show do Paul McCartney. Sou muito grata por todos que estiveram ao meu lado durante mais esta jornada. Sem o apoio (e ajuda até mesmo na formatação deste trabalho) eu nada seria.

“As luzes que descobriram as liberdades inventaram também as disciplinas”

(Foucault, 1998)

RESUMO

As instituições responsáveis pela socioeducação de adolescentes em conflito com a lei, no Paraná, que possuem a internação como medida socioeducativa, são chamadas de Centros de Socioeducação ou CENSE. Estudos revelam que as sanções de privação de liberdade produzem decisões de medicalização que podem ameaçar o direito dos adolescentes em relação à saúde. Neste trabalho, intenta-se compreender os impactos de tal institucionalização na saúde mental desta população, através de análise de dados secundários, através de prontuários e fichas de avaliação referentes aos adolescentes institucionalizados nos 7 CENSES do Paraná visitados em 2018. Constatou-se que a prevalência do uso de psicotrópicos nos CENSE estudados é de 42%, ou seja, dos 887 adolescentes em privação de liberdade que estavam em internação, 376 deles fizeram o uso de algum psicotrópico durante cumprimento da medida socioeducativa e com relação a saúde mental, a maior parte deles (51,1%) não tinha qualquer informação sobre diagnóstico. A adoção da medicação deve incluir, portanto, uma permanente avaliação sobre os riscos e os benefícios e deve-se preconizar a assistência individualizada para amenizar os efeitos danosos da privação de liberdade.

Palavras-chave: Psicotrópicos; Adolescente Institucionalizado; Saúde de Adolescentes Institucionalizados; Saúde Mental.

ABSTRACT

The institutions responsible for the socioeducation of adolescents in conflict with the law in Paraná, which have admission as a socioeducational measure, are called Socioeducation Centers or CENSE. Researches reveal that the sanctions of deprivation of liberty produce medicalization decisions that may threaten the adolescents right to health. In this assignment, we intend to understand the impacts of such institutionalization on mental health of this population, through analysis of secondary data, through medical records and evaluation sheets for adolescents institutionalized in the 7 CENSES of Paraná visited in 2018. It was found that the prevalence of psychotropic drugs use in the studied CENSE is 42%, that is, out of the 887 adolescents in deprivation of liberty who were in hospital, 376 of them made use of some psychotropic during the fulfillment of the socio-educational measure and in relation to mental health, most of them (51.1%) had no information about diagnosis. The adoption of medication should, therefore, include a permanent assessment of risks and benefits and individualized care should be recommended to mitigate harmful effects of deprivation of liberty.

Keywords: Psychotropic Drugs; Adolescent, Institutionalized; Health of Institutionalized Adolescents; Mental Health.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CENSES SELECIONADOS (REGIÕES, VAGAS, PORTE).	31
TABELA 2 – PREVALÊNCIA DO USO DE PSICOTRÓPICOS NA POPULAÇÃO NO ANO DE 2018.....	39
TABELA 3 – PERFIL DOS ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS EM USO DE PSICOTRÓPICOS NO ANO DE 2018.	41
TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELOS ADOLESCENTES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE NOS 7 CENSES ESTUDADOS NO ANO DE 2018.	45
TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELOS ADOLESCENTES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE EM CADA CENSE ESTUDADO NO ANO DE 2018.	46
TABELA 6 – USO DE MEDICAÇÃO PELOS ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS DE ACORDO COM O N TOTAL DE CADA INSTITUIÇÃO.	47

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVOS	15
1.1.1 Objetivo geral	15
1.1.2 Objetivos específicos.....	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 O ADOLESCENTE: HISTÓRICO E CONCEITUALIZAÇÃO	16
2.2 OS CENTROS DE SOCIOEDUCAÇÃO E O SISTEMA SOCIOEDUCATIVO	17
2.2.1 Os CENSES	19
2.3 UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS	22
2.3.1 Epidemiologia dos transtornos mentais e transtornos mentais em adolescentes 22	
2.3.2 O uso de psicotrópicos e sua farmacoepidemiologia	23
2.3.3 O uso de psicotrópicos entre adolescentes e o sistema de socioeducação	25
3 MATERIAL E MÉTODOS	29
3.1 MODALIDADE DE PESQUISA	29
3.2 ÁREA E DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO	30
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	31
3.4 FONTE DE DADOS	31
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
3.5.1 Critérios de Inclusão.....	32
3.5.2 Critérios de Exclusão.....	32
3.6 COLETA DE DADOS	32
3.6.1 Variáveis e categorização	33
3.6.1.1 Variáveis Independentes	33
3.6.1.2 Variáveis Dependentes.....	36
3.7 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	37
3.8 DIVULGAÇÃO	38
4 RESULTADOS.....	39
5 DISCUSSÃO	49
6 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS.....	58
ANEXO 1 – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA.....	62

1 INTRODUÇÃO

O reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direito no Brasil ocorreu na década de 70, a partir da redemocratização e movimentos sociais. Após isso, a partir da Constituição de 1988, esta população foi abarcada na criação de um projeto de sociedade democrática e inclusiva. Em 1990 é criado, a partir da Lei 8.069 de 13 de julho, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a partir de então, se estabelece a importância do tratamento à criança ou adolescente que cometem um ato infracional, criando um mecanismo de responsabilização por tal ato: medida socioeducativa. Essas medidas constituem uma busca por uma maior individualização, no sentido da adequação à história de cada adolescente em particular (BRASIL, 1990).

De acordo com o Sistema Nacional Socioeducativo (SINASE), o qual regulamenta a execução das medidas destinadas a adolescente que pratique ato infracional, que foi criado a fim ordenar princípios, regras e critérios que envolvem a execução das medidas socioeducativas, incluindo-se nele, por adesão, os sistemas estaduais, distritais e municipais, bem como todos os planos, políticas e programas específicos de atendimento a adolescente em conflito com a lei, compete aos Estados da Federação elaborar o Plano de Atendimento Socioeducativo e a manutenção de programas para a execução das medidas socioeducativas de semiliberdade e internação, distribuindo-os de forma regionalizada (BRASIL, 2012).

No estado do Paraná, as instituições responsáveis pela socioeducação de adolescentes em conflito com a lei são chamadas de Centros de Socioeducação ou CENSE, os quais atendem as crianças e adolescentes que possuem a internação como medida socioeducativa (Brasil, 1990). Durante cumprimento desta, estes jovens deverão contar com atendimento jurídico continuado, tratamento médico-odontológico, orientação sócio pedagógica e deverão estar civilmente identificados. Ademais, os adolescentes deverão ter acesso aos serviços da comunidade, em atividades externas, como preparação à reinserção social, salvo quando haja expressa determinação judicial contrária (BRASIL, 1996).

Por fim, se idealiza que o conjunto de ações socioeducativas envolvido na internação contribua na formação do adolescente, de modo que este venha a ser um cidadão autônomo e solidário, capaz de se relacionar melhor consigo mesmo, com

os outros e com tudo que integra a sua circunstância e sem reincidir na prática de atos infracionais (BRASIL, 2006).

Diante disso, neste plano devem conter ações articuladas nas áreas de educação, saúde, assistência social, cultura, capacitação para o trabalho e esporte. Além disso, deve preconizar a assistência individualizada e de acompanhamento e inserção social, para amenizar os efeitos danosos da privação de liberdade que englobam a ansiedade de separação, carência afetiva, baixa autoestima, afastamento da vivência familiar e comunitária, dificuldades de compreender as relações comuns do cotidiano, entre outros (BRASIL, 1996).

Vilarins (2014) afirma que evidências revelam que as sanções de privação de liberdade produzem decisões de medicalização que podem ameaçar o direito dos adolescentes em relação à saúde. As diretrizes nacionais, em consenso com estudos acadêmicos, apontam que, na situação dos adolescentes, as condutas devem ser cautelosas em relação à medicação, adotando as ações de reabilitação e psicoterapia como intervenção de primeira linha. Além disso, os estudos tendem a mostrar que a adoção da medicação deve estar aliada a uma permanente avaliação sobre riscos e benefícios, visto que, o manejo negligente da intervenção psicofarmacológica pode acarretar situações de risco com relação às interações medicamentosas e efeitos adversos. Para isso, faz-se necessário o conhecimento do manejo no que diz respeito a esse consumo (VILARINS, 2014).

Diante deste cenário, espera-se entender qual é o padrão de utilização de medicamentos psicotrópicos pelos adolescentes em privação de liberdade nos CENSEs do Paraná. Para isso, espera-se fazer uma análise do perfil da ocorrência episódios em saúde mental versus o uso de medicamentos psicotrópicos e compreender esta relação nos diferentes CENSE do estado do Paraná, levando em consideração o porte destas instituições.

Para além dos dados já estabelecidos e conhecidos, intenta-se, através deste estudo, compreender os impactos de tal institucionalização na saúde mental daqueles neste universo inserido. Além disso, espera-se preencher uma lacuna na produção científica brasileira com relação a este assunto, numa população com situações que merecem um tratamento mais a fundo. Enquanto alguns países mostraram-se mais completos em relação a literatura. Sendo assim, pretende-se também contribuir com a literatura nacional, extrapolando para a identificação de variáveis que poderiam promover uma melhora no manejo com os adolescentes em

conflito com a lei que sofrem de algum tipo de transtorno mental ou que necessite de tratamento neste sentido.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Identificar o padrão de consumo de medicamentos psicotrópicos entre adolescentes em privação de liberdade nos CENSES de pequeno e grande porte do Estado do Paraná.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico e de saúde mental dos adolescentes que fazem uso dos psicotrópicos;
- Identificar as classes terapêuticas mais utilizadas;
- Analisar a associação do uso de psicotrópicos e ocorrência de eventos adversos de comportamentos suicidas e/ou tentativas de suicídio entre adolescentes em privação de liberdade nos CENSES do Estado do Paraná.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O ADOLESCENTE: HISTÓRICO E CONCEITUALIZAÇÃO

Para os movimentos sociais pela infância brasileira, as décadas de 70 e 80 representaram importantes e irrefutáveis conquistas. Isso se deu, principalmente, após a redemocratização do País nos anos 70, dada pelos movimentos sociais organizados naquela época. Esta representou a consolidação da sociedade civil na luta por direitos políticos, civis e sociais, e a noção de direitos das crianças e dos adolescentes e os reconheceu como sujeitos. A partir da redemocratização, portanto, conquistou-se os direitos de expressão individual e coletiva, de organização popular e partidária, de greve, de voto, culminando nas mobilizações sociais de 1984/1985 que reivindicavam as eleições diretas para presidente da república (BRASIL, 1990).

Com a Carta Constitucional de 1988, viabilizada pelos fatos citados acima, foi iniciada a criação de um projeto de sociedade democrática, participativa e inclusiva, abrangendo a população em questão, a qual foi foco de uma legislação específica na década seguinte: a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA). Além disso, concomitante e de forma a complementar esta discussão a Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei Federal n. 8.080/90); a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – Conanda (Lei Federal n. 8.242/91); a Lei Orgânica da Assistência Social – Loas (Lei Federal n. 8.742/93) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN (Lei Federal n. 9.394/96) (BRASIL, 1996).

Desta forma, a partir deste aparato legislativo, houve o redirecionamento das atribuições do Estado e o papel da família e da sociedade em relação a eles. A conceitualização de criança e adolescente, no Brasil, portanto, foi estabelecida após a criação do ECA, que considera como criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade e, em determinados casos, quando aplicável, o estatuto é validado até os 21 anos de idade (CAMPOS; FRANCISCHINI, 2005).

O estatuto também trata que o adolescente pode ter o voto como eleitor garantido e por opção a partir dos 16 anos e com obrigatoriedade a partir dos 18 anos. O conceito de menor fica subentendido para os menores de 18 anos. Além

disso, havia a necessidade da criação de novos princípios que tratariam a criança e ao adolescente como pessoas em desenvolvimento, dentro da integralidade em saúde, a fim de garantir sua integridade, deixando-os longe de toda forma de violência, abandono, crueldade e negligência, colocando como dever do Estado a viabilização e o cumprimento dos direitos e deveres contidos na lei (BRASIL, 1990).

Outro fator muito importante, diz respeito da necessidade irrevogável de se modificar e extinguir o princípio da situação irregular contido no antigo Código de Menores, como a antiga Fundação Estadual do Bem Estar do Menor (FEBEM) no estado de São Paulo. Para esta instituição, não necessariamente havia a necessidade de um adolescente cometer algum ato infracional para ser institucionalizado. Uma família em situação de vulnerabilidade social, por exemplo, poderia entregar o menor para ser provido em todas as suas necessidades básicas e ser educado pelo Governo. Desta maneira, a criança entregue à instituição, só deixaria de viver alienada ao convívio social, isento de ensinamentos sociais, econômicos e sociais quando completasse 18 anos e fosse liberado para, então, viver em sociedade (BRASIL, 1990).

2.2 OS CENTROS DE SOCIOEDUCAÇÃO E O SISTEMA SOCIOEDUCATIVO

O adolescente é considerado pelas leis vigentes supracitadas como uma pessoa em desenvolvimento. Sendo assim, a partir desta condição, é considerado inimputável, ou seja, não pode responder por si judicialmente, assim como o termo também se refere a toda pessoa que não é considerada capaz ou com maturidade para responder pelos próprios atos. A todas estas pessoas fica reservado o seguimento de uma Legislação Especial, quando necessário. Em outras palavras, toda e qualquer situação que se referir ao direito da criança e do adolescente deverá ser observada em normas contidas no ECA (Brasil, 1990).

Entretanto, o fato de serem indivíduos inimputáveis não implica em não serem responsabilizados por atos, de alguma forma, ilícitos. Um dos pontos mais relevantes do ECA diz respeito ao tratamento à criança ou adolescente que cometem um ato infracional, ao criar-se um mecanismo de responsabilização por tal ato, conhecido como medida socioeducativa. Esta, por sua vez, sempre deverá visar proporcionar os direitos e deveres contidos no ECA e se dar de forma a inibir a reincidência, sendo uma medida educativa e não punitiva (Brasil, 1990).

As medidas socioeducativas são aplicadas quando existirem situações nas quais o comportamento do adolescente assume algum conflito com a lei ou contravenção penal, conforme previsto no ECA (SOUZA E COSTA, 2013). Além disso, muito embora a medida socioeducativa assemelhe-se a uma penalidade, tem na sua essência, alguns pontos chave de distinção, tais como a busca por um a maior individualidade no tratamento de cada jovem, bem como prezar pela sua educação e reinserção na sociedade. Essas medidas, devem idealizar se adequar à história de cada adolescente em suas particularidades, e não somente se adequar à infração cometida, bem como sua intenção enquanto ação pedagógica sistematizada (CAMPOS; FRANCISCHINI, 2005).

Estas medidas englobam desde uma advertência até uma internação, sendo esta última a mais grave dentre as medidas, e se encontram elencadas abaixo em ordem crescente de responsabilização (Brasil, 1990):

1. Advertência: consiste em admoestação verbal aplicada pelo juiz em qualquer momento do processo;
2. Obrigação de reparar o dano: é a restituição, reparação ou ressarcimento do dano, quando houver prejuízos patrimoniais;
3. Prestação de serviços à comunidade (PSC): consiste na realização de tarefas gratuitas em entidades assistenciais, hospitalares, escolares, programas comunitários ou governamentais, no prazo máximo de seis meses;
4. Liberdade assistida (LA): a autoridade designa pessoa capacitada para acompanhar, orientar e auxiliar o adolescente, que irá avaliar as condições relacionadas à prática do ato infracional, desenvolvendo um programa personalizado de atendimento, visando a não reincidência;
5. Inserção em regime de semiliberdade: é a medida que funciona como período de transição para o meio aberto e não comporta prazo determinado;
6. Internação em estabelecimento educacional: a medida de internação consiste em medida privativa de liberdade pelo prazo mínimo de seis meses e máximo de três anos, dependendo de decisão judicial.

A última delas, sendo assim, restringe a liberdade de locomoção do jovem infrator, com o intuito de ressocializar o jovem, teria como objetivo mantê-lo em um ambiente que desenvolva as suas aptidões sociais. Sendo esta medida o objeto do presente estudo.

Vale ressaltar que a internação, que constitui medida privativa da liberdade, não comporta prazo determinado, ou seja, sua manutenção deve ser reavaliada, mediante decisão fundamentada, no máximo a cada seis meses e não excedendo, em nenhuma hipótese, o período máximo de três anos. A internação só poderá ser aplicada quando tratar-se de ato infracional cometido mediante grave ameaça ou violência à pessoa, por reiteração no cometimento de outras infrações graves ou por descumprimento reiterado e injustificável da medida anteriormente imposta.

Tal medida deverá ser cumprida em entidade exclusiva para adolescentes, em local distinto daquele destinado ao abrigo, obedecida rigorosa separação por critérios de idade, compleição física e gravidade da infração e são obrigatórias as atividades pedagógicas nos locais de internação, inclusive as que se fizerem provisórias (BRASIL, 2006).

Desta maneira, os adolescentes em cumprimento de medida de internação deverão contar com atendimento jurídico continuado, tratamento médico-odontológico, orientação sócio pedagógica e deverão estar civilmente identificados. Ademais, os adolescentes deverão ter acesso aos serviços da comunidade, em atividades externas, como preparação à reinserção social, salvo quando haja expressa determinação judicial contrária (BRASIL, 1996). Os Planos de Atendimento Socioeducativo deverão, obrigatoriamente, prever ações articuladas nas áreas de educação, saúde, assistência social, cultura, capacitação para o trabalho e esporte, para os adolescentes atendidos, em conformidade com os princípios elencados no ECA (BRASIL, 2006).

Por fim, espera-se que o conjunto de ações socioeducativas envolvido na internação contribua na formação do adolescente, de modo que este venha a ser um cidadão autônomo e solidário, capaz de se relacionar melhor consigo mesmo, com os outros e com tudo que integra a sua circunstância e sem reincidir na prática de atos infracionais (BRASIL, 2006).

2.2.1 Os CENSES

No estado do Paraná, as instituições responsáveis pela internação, dentro do universo da socioeducação, de adolescentes em conflito com a lei são chamadas de Centros de Socioeducação ou CENSE. O estado conta com 19 CENSES, sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos

do Paraná, os quais atendem as crianças e adolescentes que possuem a internação como medida socioeducativa. Todo adolescente que é apreendido em flagrante pela prática de um ato infracional ficará apreendido de forma cautelar pelo prazo máximo de 45 dias, como prevê o ECA (Brasil, 1990).

Após a apreensão, o adolescente é encaminhado ao promotor para oitiva informal em até 24 horas. Este, por sua vez, poderá liberar o adolescente, arquivando o processo ou a partir da remissão, ou ainda, sancionar a permanência da apreensão. Sendo a permanência decretada por meio da representação do adolescente, que será encaminhada ao juiz para agendamento de audiência dentro do prazo máximo de 45 dias.

Cada um destes Centros deve seguir os parâmetros da ação socioeducativa, os quais estão organizados pelos seguintes eixos estratégicos: suporte institucional e pedagógico; diversidade étnico-racial, de gênero e de orientação sexual; cultura, esporte e lazer; saúde; escola; profissionalização/ trabalho/previdência; família e comunidade e segurança. O objeto do presente estudo traz o foco para o “eixo-saúde”, neste tem-se que as ações e serviço de atenção à saúde da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) englobam, dentre outras, temas como: autocuidado, autoestima, autoconhecimento, relações de gênero, relações étnico-raciais, cidadania, cultura de paz, relacionamentos sociais, uso de álcool e outras drogas, prevenção das violências, projeto de vida, desenvolvimento de habilidades sociais, acompanhamento do desenvolvimento físico e psicossocial e saúde mental (BRASIL, 2006).

A Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SEJU), no que lhe concerne, é responsável pela organização, promoção, desenvolvimento e coordenação do Sistema de Atendimento Socioeducativo do Estado do Paraná, por intermédio do Departamento de Atendimento Socioeducativo (DEASE). O DEASE tem a atribuição de gerir e qualificar o atendimento socioeducativo de internação, internação provisória e semiliberdade, de acordo com as normas e recomendações do SINASE que regulamenta a execução das medidas destinadas a adolescente que pratique ato infracional, criado a fim ordenar princípios, regras e critérios que envolvem a execução das medidas socioeducativas, incluindo-se nele, por adesão, os sistemas estaduais, distritais e municipais, bem como todos os planos, políticas e programas específicos de atendimento a adolescente em conflito com a lei (BRASIL, 2012).

Segundo estes órgãos, compete aos Estados da Federação elaborar o Plano de Atendimento Socioeducativo e a manutenção de programas para a execução das medidas socioeducativas de semiliberdade e internação, distribuindo-os de forma regionalizada e dos compromissos internacionais de direitos humanos (PARANÁ, 2014).

Nas unidades de internação deverá ser atendido um número de adolescentes não superior a quarenta, sendo constituída de espaços residenciais (módulos) com capacidade não superior a quinze. Em caso de haver mais de uma Unidade no mesmo terreno estas não ultrapassarão a noventa adolescentes em sua totalidade (BRASIL, 1996).

No que diz respeito à estrutura física, é condição fundamental que os locais de internação assegurem, dentre outros, condições adequadas de repouso, higiene, iluminação, segurança, locais para atividade coletivas, pedagógicas, espaços para a visita familiar, íntima, área para a prática de esportes, lazer, cultura e profissionalização. Cada unidade da Federação deve garantir um número satisfatório de locais para a execução de medidas socioeducacionais, como as instituições para a internação (BRASIL, 2006).

Espera-se que sejam oferecidos locais adequados a um número reduzido de adolescentes, a fim de que recebam uma assistência individualizada, possibilitando um acompanhamento para sua inserção social. São medidas que podem amenizar o, máximo possível, os efeitos da privação de liberdade, como: ansiedade de separação, carência afetiva, baixa autoestima, afastamento da vivência familiar e comunitária, dificuldades de compreender as relações comuns do cotidiano, entre outros (BRASIL, 2006).

Desta forma, a internação apresenta-se como um espaço necessário para o alcance de objetivos jurídicos e pedagógicos e os CENSES se apresentam como o local onde o jovem irá buscar e deter sua reinserção social. Entretanto, essa medida pode suscitar inúmeros fenômenos por seu caráter institucional.

Estudos apontam que as principais demandas em saúde mental dos adolescentes em internação envolvem ideação suicida, automutilação, insônia e depressão, relacionadas à clausura e ao sofrimento que a internação produz, tendo em vista que a privação de liberdade, além da submissão aos profissionais e às rígidas regras da instituição acaba por gerar ou agravar as demandas em saúde

mental, sendo, o uso de psicotrópicos, uma das estratégias mais utilizadas para amenizar tais demandas (VILARINS, 2014).

Na mesma linha, Costa e Silva (2017) trazem em seu artigo que a governança vertical observada no estado do Rio Grande do Sul está associada à alta prevalência de diagnósticos de transtorno mental, uso de medicamentos psicoativos e de medicalização psiquiátrica pelos adolescentes privados de liberdade.

As evidências revelam, desta forma, que as sanções de privação de liberdade por atos infracionais produzem decisões de medicalização que podem ameaçar o direito dos adolescentes no campo da saúde e que adoção da medicação deve incluir uma permanente avaliação sobre os riscos e os benefícios, além de as diretrizes da política nacional incentivarem escolhas mais cautelosas. As psicoterapias e as ações de reabilitação são as intervenções de primeira linha defendidas (FRANCES, 2013).

2.3 UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

2.3.1 Epidemiologia dos transtornos mentais e transtornos mentais em adolescentes

De acordo com a OMS (2013), em seu 'Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020', uma em cada dez pessoas no mundo sofre de algum transtorno de saúde mental. Além disso, pode-se estimar que as doenças que comprometem a saúde mental atinjam aproximadamente 700 milhões de pessoas e representem 13% do total das doenças do mundo. Cerca de 350 milhões de pessoas deverão sofrer de depressão e 90 milhões terão algum distúrbio pelo abuso ou dependência de psicotrópicos, neste período.

Estimativas recentes mostram que transtornos mentais como depressão e ansiedade estão entre as 10 principais causas de anos de vida vividos com incapacidade no Brasil (MARINHO et al., 2018). E em diversas regiões do planeta, o avanço das iniquidades sociais tem agravado a ocorrência de transtornos mentais, visto que, fatores ambientais como a violência urbana parecem ampliar as iniquidades em saúde mental, especialmente nos grupos em maior risco a estes eventos traumáticos, como mulheres e indivíduos de menor nível socioeconômico (RIBEIRO et al., 2013).

Em adolescentes, os transtornos mais frequentes encontrados em estudos atuais são depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno por uso de substâncias e transtorno de conduta. Além disso, alguns fatores mostram-se associados a estes transtornos, entre eles, destacam-se os fatores biológicos, fatores genéticos e fatores ambientais. O conhecimento desses transtornos e seus potenciais fatores de risco trazem a possibilidade de desenvolvimento de programas de intervenção focados em prevenir ou atenuar os efeitos destes (THIENGO, CAVALCANTI, LOVISI, 2014).

2.3.2 O uso de psicotrópicos e sua farmacoepidemiologia

Os psicotrópicos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007), são substâncias que atuam no sistema nervoso central agindo de forma a alterar comportamento, humor e cognição. São substâncias químicas que atuam sobre a função psicológica e alteram o estado mental, podendo também ser incluídos os medicamentos com ações antidepressiva, alucinógena e tranquilizante (OMS, 2007).

O aumento do consumo de psicotrópicos tem sido observado no Brasil e em outros países ocidentais nas últimas décadas, por diferentes razões. Rodrigues, Facchini e Lima (2006) afirmam que a utilização de medicamentos psicoativos excedeu o crescimento mundial do consumo de medicamentos nas últimas décadas, principalmente no que diz respeito ao aumento na frequência de diagnósticos em transtornos mentais, a introdução de novos fármacos no mercado e a partir das novas indicações terapêuticas dos medicamentos psicoativos já existentes. Especificamente para os antidepressivos, além desses fatores, deve-se considerar o prolongamento do tempo de tratamento medicamentoso da depressão (PRADO et al., 2017).

A prática da psiquiatria, segundo Loyola e colaboradores (2014) é modificada com a introdução dos psicotrópicos na terapêutica, ocorrendo uma intervenção mais imediata e limitando as situações de perturbações mentais, em detrimento de outras terapias com menos efeitos adversos e custos mais baixos, tais como a psicoterapia e a prática de atividade física.

E embora o benefício relacionado à utilização destes psicofármacos não esteja em discussão, como modalidade terapêutica, com a grande popularização

destes surgiram questionamentos referentes à real necessidade de sua utilização. Por vezes, por exemplo, os prescritores, propriamente ditos, podem ter dificuldades de diagnóstico e de concretizar de forma objetiva o motivo de utilização de psicofármacos por alguns de seus pacientes, sobretudo para transtornos mentais específicos. Diante desse contexto, cabe considerar, ainda, que há indícios de que os psicofármacos não estejam sendo efetivos, indicando dissonâncias em relação ao seu uso e ao reconhecimento correto de Transtornos Mentais Comuns, visto que, estudos apontam haver pacientes em uso de psicofármacos com ausência de sintomatologia e/ou com remissão de sintomas (BORGES et al., 2015).

A partir disso, tanto da forma imediata de início do tratamento, bem como da sua real eficácia, uma discussão acerca dos riscos da ocorrência de interações medicamentosas e suas implicações clínicas despertam particular interesse nas áreas da neurologia e psicofarmacologia, pois a polifarmácia é prática frequente nessas áreas e tem aumentado progressivamente. Muitos desses fármacos podem estar associados a interações medicamentosas com riscos aos pacientes (BALEN et al., 2017).

A polifarmácia, ainda segundo Balen e colaboradores (2017), nesses casos, pode levar ao desenvolvimento de eventos adversos a medicamentos (EAM), visto que o seu aparecimento pode ser devido a uma interação medicamentosa. Esta, por sua vez, é definida como o fenômeno que ocorre quando os efeitos ou a farmacocinética de um fármaco são alterados pela administração prévia ou coadministração de um segundo fármaco.

Souza e colaboradores (2012), em estudo envolvendo 101 pacientes atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), identificaram 133 interações medicamentosas potenciais, analisando prescrições envolvendo medicamentos de controle especial, sendo que destas, aproximadamente 77,9% das prescrições avaliadas apresentaram uma interação medicamentosa potencial classificada como grave ou moderada. Essa frequência pode elevar-se progressivamente à medida que aumenta o número de medicamentos prescritos.

Braus (2012) aponta que as interações medicamentosas e os eventos adversos geralmente ocorrem com esses medicamentos e são responsáveis pela causa mais comum de hospitalização devido a eventos adversos aos medicamentos. E Costa e colaboradores (2017) afirmam que a prescrição de vários medicamentos para pacientes com doenças mentais tem sido uma prática cada vez mais comum,

sem eficácia clínica clara e com probabilidade potencial de reações adversas a medicamentos, apesar das controvérsias.

No que tange à polifarmácia, esta não tem uma definição uniforme e pode ser classificada como o número de medicamentos tomados simultaneamente, correspondendo ao uso de dois ou mais medicamentos ou ser avaliada como polifarmácia menor (uso simultâneo de dois a quatro medicamentos) e polifarmácia maior (uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos). As preocupações com a polifarmácia incluem a possibilidade de toxicidade cumulativa e piora da adesão, aumentando a complexidade do tratamento, também no que diz respeito aos custos da terapia (VIOLA et al., 2004).

Entretanto, as investigações sobre o uso de psicotrópicos, com dados obtidos de pesquisa de base populacional, justificam-se pelo maior acesso da população aos medicamentos. E seu crescente uso, pela possibilidade de caracterizar o uso não racional, principalmente pela importância que os psicotrópicos exercem em resgatar o potencial funcional dos indivíduos após a estabilização clínica da doença (PRADO, FRANCISCO, BARROS, 2017).

Os psicotrópicos também são considerados necessários para recuperar um ponto de equilíbrio quando se reconhece os problemas enfrentados como tendo alto grau de dificuldade. Em alguns casos, os fármacos foram percebidos como insuficientes para solucionar o problema, levando ou não à busca de alternativas para lidar com as dificuldades. E segundo os mesmos autores, diante do exposto, a discussão acerca do uso dos psicotrópicos em saúde mental é um assunto que gera inúmeros pontos de vista diferentes. Tanto da experiência com o uso dos psicotrópicos, para lidar com os problemas enfrentados no cotidiano como na busca por abordagens não farmacológicas quando a primeira não supre, ou não gera os efeitos esperados (FILARDI, MENDONÇA, RAMALHO, 2019).

2.3.3 O uso de psicotrópicos entre adolescentes e o sistema de socioeducação

Com relação ao item supracitado que fala sobre o uso de psicotrópicos, no que diz respeito aos adolescentes, em uma perspectiva normativa, os estudos mostram que a adoção da medicação deve incluir uma permanente e mais cuidadosa avaliação sobre os riscos e os benefícios. Haja vista que o manejo pouco

cauteloso da intervenção psicofarmacológica pode acarretar situações nas quais os adolescentes são submetidos a múltiplas prescrições, porém neste caso, sem um claro entendimento sobre suas interações e possíveis efeitos adversos (COSTA, SILVA, 2017).

Ao se tratar ainda de uma outra situação, que enquadra mais variáveis na equação, reunindo peculiaridades de três situações, que isoladas, já seriam complexas. Um indivíduo vivendo a experiência da adolescência, que possui transtorno mental e ainda enfrenta a realidade da autoria de um ato infracional. (BRASIL, 1990).

Esses adolescentes tornam-se alvo da medicina e da justiça em uma relação contraditória entre proteção integral, vulnerabilidade da pessoa em desenvolvimento e com transtorno mental e o cometimento de ato infracional. Ficam situados entre a lei e a psiquiatria e nessa relação, a punição judicial se ergue em detrimento dos cuidados em saúde (COSTA, SILVA, 2017).

No artigo 112, parágrafo 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) sinaliza que "os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições" (BRASIL, 1990), porém, não traz em seu texto o local apropriado para este fim e não apresenta diretrizes para esse tratamento. Na mesma linha, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo faz menção aos adolescentes com transtorno mental, propondo que o atendimento seja realizado, preferencialmente, na rede pública extra-hospitalar de atenção à saúde mental. Porém, não diferente da primeira situação, restam ainda muitas lacunas sobre o atendimento adequado a essa população no âmbito das medidas socioeducativas (BRASIL, 2009).

No que diz respeito aos diagnósticos psiquiátricos, Costa e Silva (2017) citam que estudos apresentam uma confluência em relação à prevalência de transtornos mentais em populações de adolescentes em situação de privação de liberdade por conflito com a lei. Vilarins (2014) afirma que há alta incidência relacionada aos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da maconha e seus derivados, também sendo mencionados os transtornos devidos ao uso de múltiplas drogas e de outras substâncias psicoativas, que juntos, representam 20% dos diagnósticos de transtorno mental do estudo em questão. Os demais diagnósticos, como transtornos depressivos e de ansiedade, representam 27,5% dos casos, o que se vincula ao sofrimento causado pela privação de liberdade e a

relação do adolescente com o ato infracional e sua vivência em um contexto de violência.

Cabe ainda considerar a possibilidade de existir uma ampliação de sintomas face à situação de aprisionamento nestes diagnósticos. As situações de adolescentes extensivamente medicados, como observado no modelo de atenção verticalizada, dificultam a detecção, e consequentemente o diagnóstico de transtornos. Não pode ser descartada a existência de transtornos mentais graves não diagnosticados, o que não é achado incomum na prática clínica com adolescentes. É possível que quadros mais graves sejam mascarados pela adição a substâncias ou por comportamento opositivo, que são mais facilmente identificáveis que outros transtornos mentais. Do mesmo modo, a prescrição de medicamento abaixo do que seria recomendável pode afetar o bem-estar dos adolescentes. Em muitos casos, a medicação adequada é um recurso assistencial crucial (COSTA, SILVA, 2017).

Algumas iniciativas, entretanto, visam pela diminuição do uso de psicotrópicos, também devido ao fato de que o uso de medicações nas situações de privação de liberdade necessitam ser cautelosas, tendo em vista a possibilidade da realização de múltiplas prescrições sem um claro entendimento da condição de saúde mental do adolescente, por haver mais de um fator que contribui para esta causalidade (FRANCES, RAVEN, 2013). Para tal demanda, faz-se necessário desvincular a terapia com medicação psicotrópica de conduta como uma conduta única de tratamento, ou seja, há outros meios de manejo. Isso pode-se dar através, por exemplo, de rodas de conversa sobre a demanda. Neste sentido, estudos apontam que há um baixo uso de medicação associado à flexibilidade do regime de privação de liberdade, ao possibilitar uma gama de atividades externas. Ademais, um estudo apontou disparidades quanto ao uso de psicotrópicos entre unidades de internação de duas grandes capitais brasileiras, com uma probabilidade de uso 8 vezes maior em um município do que no outro, e 19 vezes maior em situações do uso de medicação de emergência (COSTA, SILVA, 2017).

Outro ponto pertinente à saúde mental desta população, levando em consideração as demandas em saúde mental supracitadas, correspondem as tentativas de suicídio. Tem-se que é dever de cuidado do Estado a prevenção do suicídio aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, tendo em vista que inúmeros fatores de risco para o suicídio são frequentes entre os

adolescentes em conflito com a lei privados ou restritos de liberdade, como, por exemplo, transtornos mentais, tentativas de suicídio anteriores, desesperança, maus-tratos na infância, problemas familiares, suicídio de outrem, pouca habilidade na resolução de problemas, fácil acesso a meios letais e problemas nas relações com os pais (PARANÁ, 2015a). Além disso, os indivíduos privados de liberdade apresentam risco de cometimento de suicídio mais elevado do que a população geral (OMS, 2000) e a privação de liberdade pode acentuar ideações suicidas já existentes (PARANÁ, 2015a).

3 MATERIAL E MÉTODOS

Este projeto está vinculado à pesquisa denominada “Manejos e práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde mental nos Centros de Sócio educação (CENSE) da Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Paraná”. Esta, por sua vez, avalia as práticas e os manejos adotados no atendimento à crise de saúde mental aos adolescentes dos Centros Socioeducativos do Estado do Paraná, a fim de possibilitar um melhor entendimento de como os manejos e as práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde mental nestes centros contribuem com a atenção requisitada por tal população e assegurada por diversos dispositivos legais, tais como a Lei Orgânica do SUS e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

A pesquisa na qual este projeto está inserido, desenvolvido sob o olhar de uma profissional farmacêutica, tem diversos eixos de investigação, com diversos pesquisadores envolvidos, de diferentes áreas da saúde, podendo citar que um dos eixos é a compreensão do manejo da crise em saúde mental dos adolescentes na visão dos gestores destas instituições, trabalhado por uma assistente social. Outro eixo busca a compreensão e análise do cotidiano e atividades da rotina destes adolescentes e a implicação na saúde mental destes, atribuído a um terapeuta ocupacional. E um terceiro eixo ainda busca entender e promover cuidado entre os profissionais que estão diretamente em contato com estes adolescentes, sendo uma, também farmacêutica aplicando rodas de terapia comunitária para os trabalhadores em um dos CENSE da pesquisa. O grupo de pesquisa é ainda formado por professores doutores do programa de mestrado, com formações distintas, contando com médicos psiquiatras e farmacêutica doutora e especialista em práticas integrativas e complementares. A pesquisa se insere no presente programa de mestrado, voltado para a ótica das políticas públicas.

3.1 MODALIDADE DE PESQUISA

Estudo transversal de caráter observacional, documental, descritivo e analítico.

3.2 ÁREA E DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

O estado do Paraná tem uma população estimada, de acordo com o censo de 2010, de 11.433.957 habitantes, segundo o IBGE (2019). Com índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,749 que o faz ocupar o 5º lugar do Brasil. O estado conta com 19 CENSES atualmente, sendo um feminino, divididos em três regiões (1, 2 e 3), conforme pode ser visualizado na FIGURA 1. e oferecendo 996 vagas a crianças e adolescentes.

FIGURA 1 – MAPA DO ESTADO DO PARANÁ DIVIDIDO NAS REGIÕES.



FONTE: DEASE, 2018.

As vagas estão distribuídas em centros de pequeno e de grande porte, segundo determinação da Resolução de nº 46/96 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) que foi previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente como o principal órgão do sistema de garantia de direitos desta população, até 40 vagas considerada de porte pequeno e superior a isso de porte grande.

Diante disso, para que CENSES de diferentes portes e características fossem incluídos na pesquisa, tomou-se o cuidado de estabelecer critérios para delimitação destes. Foram escolhidos 7 CENSES, sendo 3 de porte pequeno,

incluindo o único CENSE destinado à população feminina e 4 de grande porte, abrangendo as três regiões já citadas.

Da região 1 foram selecionados os CENSES de pequeno porte Joana Richa, localizado em Curitiba, e Fazenda Rio Grande, ambos com 30 vagas cada um e o CENSE de grande porte São José dos Pinhais que conta com 78 vagas. Da região 2 os CENSES selecionados, ambos de grande porte, foram Londrina, com 60 vagas e Maringá com 86 vagas. Já da região 3 participaram da pesquisa um CENSE de cada porte, Pato Branco com 18 vagas e Laranjeiras do Sul com 88 vagas. Conforme pode ser verificado na TABELA 1 (PARANÁ, 2015b).

TABELA 1 – CENSES SELECIONADOS (REGIÕES, VAGAS, PORTE).

REGIÃO	CENSE	VAGAS	PORTE
Região 1	Joana Richa (Curitiba)	30 vagas	Pequeno
	São José dos Pinhais	78 vagas	Grande
	Fazenda Rio Grande	30 vagas	Pequeno
Região 2	Londrina	60 vagas	Grande
	Maringá	86 vagas	Grande
Região 3	Pato Branco	18 vagas	Pequeno
	Laranjeiras	88 vagas	Grande

FONTE: A autora (2020).

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foram analisados 887 adolescentes em privação de liberdade que estavam em internação nos 7 CENSES estudados no ano de 2018. Destes, foi possível verificar que 376 utilizaram de forma contínua ou não, qualquer medicamento psicotrópico. Destes 376 adolescentes, analisou-se de forma mais completa a partir dos dados secundários em prontuários e fichas cadastrais de 2018.

3.4 FONTE DE DADOS

O estudo foi desenvolvido a partir de dados secundários, ou seja, aqueles que previamente foram coletados ou analisados, por meio de pesquisa documental nos prontuários, prescrições de medicamentos, laudos médicos, fichas cadastrais e de evolução dos adolescentes internos de cada um dos CENSEs visitados, de modo que fosse possível a caracterização desta população com relação ao perfil dos adolescentes, dados sociodemográficos, questões de saúde mental e histórico em

saúde, através de roteiro de coleta de dados, desenvolvido com pontos chaves que seriam necessários para elaboração da pesquisa. Roteiro que incluía as variáveis e a categorização a serem mostradas a seguir.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo cumpriu com os critérios estabelecidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 1996), com aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná CAAE: 02353018.3.0000.0102, segundo o parecer 3.139.990.

3.5.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos na pesquisa os prontuários dos adolescentes que consumiram, durante o período de internação, em um dos 7 CENSES estudados, por qualquer período de tempo, pelo menos uma vez, medicamentos psicotrópicos no ano de 2018.

3.5.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa os prontuários de adolescentes que não consumiram, durante o período de internação em um dos 7 CENSES estudados, medicamentos psicotrópicos, no ano de 2018.

3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu entre os meses de maio a dezembro de 2019. Foram coletados dados de prontuários, fichas cadastrais, receituários e laudos médicos de todos os adolescentes que estiveram institucionalizados nos 7 CENSES visitados e que fizeram uso, pelo menos uma vez, de algum medicamento psicotrópico no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018.

A coleta foi realizada pelos integrantes da pesquisa, sempre em duplas ou mais integrantes quando possível, utilizando-se de planilhas do programa Excel, mediante agendamento prévio com os gestores de cada instituição.

3.6.1 Variáveis e categorização

3.6.1.1 Variáveis Independentes

✓ Sociodemográficas

- Sexo
- Idade na Internação

Idade em que o adolescente foi institucionalizado:

- 1- Até 12 anos;
- 2- Entre 12 e 14 anos;
- 3- Entre 14 e 16 anos;
- 4- Maiores de 16 anos;
- 5- Não informado.

- Escolaridade

Foi previamente estabelecido que a escolaridade seria padronizada com o ano escolar finalizado de cada adolescente, ou seja, o último ano que o adolescente cursou por completo, independentemente de estar cursando outro ano no momento da coleta. Sendo que o máximo de anos cursados é de 12 anos (9 anos do ensino fundamental) e 3 anos do ensino médio.

- 1- Até 5 anos completos;
- 2- Entre 5 e 9 anos completos;
- 3- Mais de 9 anos completos;
- 4- Não informado.

- Filhos

- 1- Sem filhos;
- 2- Até 1 filho;
- 3- Mais de 1 filho;
- 4- Não informado.

- Cor

- 1- Branca (B);
- 2- Negra (N) e Parda (P);
- 3- Não informado.

- Moradia antes da internação

Esta variável foi estabelecida de acordo com a última morada do adolescente antes de ser institucionalizado no CENSE em questão. A questão envolvia se o jovem morava com os pais (ambos – pai e mãe biológicos), se somente com a mãe ou somente com o pai, se com tios ou avós ou acolhimento institucional (inclusive se dizia morar na rua) ou com parceiro cônjuge.

- 1- Pais;
- 2- Familiares (Somente um dos pais e/ou tio, avós, cônjuge);
- 3- Acolhimento institucional;
- 4- Não informado.

- Uso de múltiplas drogas

Variável que determina se o adolescente é ou já foi usuário de uma ou mais substância psicoativas ilícitas.

- 1- Sim;
- 2- Não;
- 3- Não informado.

- Histórico familiar de problemas com múltiplas drogas

- 1- Sim;

- 2- Não;
- 3- Não informado.

- Causa da medida socioeducativa

- 1- Homicídio;
- 2- Roubo;
- 3- Tráfico;
- 4- Outros (Enquadram-se algumas causas de medida socioeducativa minoritariamente citadas como agressão, tentativa de homicídio, latrocínio, ameaça e lesão corporal);
- 5- Não Informado.

- ✓ Indicadores da condição de saúde mental

- Diagnóstico presente de transtorno mental

Variável determinada pelo diagnóstico presente no caso de haver CID nos prontuários. No caso de informações que fosse possível fazer alguma análise foi consultado médico psiquiatra, integrante do grupo de pesquisa, para que fosse possível fazer a padronização nas seguintes variáveis.

- 1- Problemas relacionados a Múltiplas Drogas;
- 2- Transtorno de Déficit de Atenção;
- 3- Sintomas inespecíficos;
- 4- Transtorno de Personalidade;
- 5- Outros (enquadram-se alguns transtornos que foram minoritariamente citados ou múltiplas respostas, tais como transtornos esquizofreniforme e transtornos de conduta);
- 6- Não informado.

- Histórico de tratamento psiquiátrico prévio

Variável que determina se o adolescente teve qualquer tipo de tratamento psiquiátrico anterior seja em CAPS ou alguma outra instituição privada ou pública.

- 1- Sim;

- 2- Não;
- 3- Não informado.

- Tentativas de suicídio prévias

Permite avaliar se o adolescente já enfrentou, em algum outro momento da vida, que não na situação de institucionalização, esta situação de tentativa de suicídio.

- 1- Sim;
- 2- Não;
- 3- Não informado.

- Histórico de comportamentos autodestrutivos e de automutilação

Esta variável foi avaliada juntamente com os profissionais médicos psiquiatras, integrantes da equipe de pesquisa, para categorizar alguns comportamentos presentes nos prontuários médicos dos adolescentes. Os comportamentos autodestrutivos e de automutilação durante a internação e não categorizados como tentativas de suicídio propriamente ditas, foram incluídos nesta variável.

- 1- Sim;
- 2- Não;
- 3- Não informado.

- Tentativas de suicídio durante internação

- 1- Sim;
- 2- Não;
- 3- Não informado.

3.6.1.2 Variáveis Dependentes

- ✓ Indicadores da condição de saúde mental

- Frequência de eventos considerados suicidas

Esta variável foi desenvolvida para que fosse possível avaliar quando foi necessário um manejo dos profissionais com relação à saúde mental dos adolescentes, que é um dos objetivos do trabalho de forma mais abrangente entre todos os pesquisadores envolvidos neste projeto. Assim, permite saber quantos adolescentes tiveram qualquer tipo de comportamento que pode ter sido considerado um comportamento suicida ou uma tentativa de suicídio propriamente dita. Portanto, se o adolescente teve uma ou duas dessas duas respostas positivas, foi classificado dentro dessa variável.

- 1- Utilizou-se “Nenhum” quando a resposta foi não para comportamento suicida e tentativa de suicídio;
- 2- Utilizou-se “COMPORTAMENTO SUICIDA OU TENTATIVA DE SUICÍDIO” quando encontrou sim para um ou outro;
- 3- “AMBOS” (duas respostas “sim” para ambos eventos adversos: comportamento suicida e tentativa de suicídio).

- Medicamentos

Permite avaliar a quantidade de medicamentos psicotrópicos consumida por cada um dos adolescentes institucionalizados nos CENSES estudados.

- 1- 1;
- 2- Entre 2 e 4;
- 3- Entre 4 e 6;
- 4- Entre 6 e 8;
- 5- Mais de 8;
- 6- Não Informado.

3.7 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para as análises dos dados de medicação psicotrópica foi utilizada a Classificação ATC Anatomical Therapeutical Chemical – ATC que, desde 1996, passou a ser reconhecido pela Organização Mundial de Saúde como padrão

internacional para os estudos de utilização de drogas. No sistema de classificação ATC, as drogas são divididas em diferentes grupos, de acordo com o órgão ou sistema no qual eles atuam e suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas. Sendo que neste estudo, os psicotrópicos incluem-se na Classificação N que corresponde aos medicamentos a nível de Sistema Nervoso, e são considerados os de classes comumente utilizados: antidepressivos, alfa-2-agonistas, antidepressivos, anti-histamínicos, ansiolíticos, estabilizadores de humor, anticonvulsivantes neurolépticos ou agentes antipsicóticos e estimulantes. O grupo dos anti-histamínicos foi considerado como um dos grupos, pois de acordo com as indicações pediátricas do FDA possui uso em casos de insônia (cloridrato de difenidramina) e de ansiedade (cloridrato de hidroxizina).

As informações coletadas dos prontuários foram digitadas em planilhas do Excel® e posteriormente importadas para banco de dados criado no programa R, para Windows, com auxílio de estatística do Departamento de Estatística da Universidade Federal do Paraná. Para análise descritiva, utilizaram-se medidas de ocorrência como média, mediana, desvio padrão, tercis e gráficos. Foi utilizada para análise descritiva as frequências absolutas e relativas das variáveis analisadas.

As variáveis contínuas foram comparadas pelo teste Kruskal-Wallis e as proporções pelo teste de Qui-quadrado. A regressão logística, empregada para controle das variáveis de confusão, foi usada para analisar a independência da associação de cada fator que se mostrou associado à variável dependente (eventos adversos) na análise bivariada. As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,05$.

3.8 DIVULGAÇÃO

Divulgar-se-á o estudo depois da defesa da dissertação com a apresentação dos resultados à Secretaria de Estado de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Paraná e para as equipes dos CENSES estudados. Assim como, os relatórios finais da dissertação serão submetidos, sob a forma de artigos, para periódicos científicos da área.

4 RESULTADOS

A partir dos dados obtidos na pesquisa, é possível verificar a prevalência do uso de psicotrópicos nos CENSE estudados. Como mostra a TABELA 2 é possível verificar que dos 887 adolescentes em privação de liberdade que estavam em internação nos 7 CENSES da pesquisa no ano de 2018, 376 deles, ou seja, 42% fizeram o uso de algum psicotrópico durante cumprimento da medida socioeducativa.

No CENSE São José dos Pinhais, que fica na região metropolitana de Curitiba, situado na região 1, esta porcentagem fica ainda maior que a média, 52% de adolescentes, portanto, a maioria dos internos, fez uso de psicotrópicos durante o internamento.

TABELA 2 – PREVALÊNCIA DO USO DE PSICOTRÓPICOS NA POPULAÇÃO NO ANO DE 2018.

CENSES	Uso de Psicotrópicos				TOTAL
	SIM	%	NÃO	%	
1 JOANA RICHÁ	28	48%	30	52%	58
2 FAZENDA RIO GRANDE	18	18%	80	82%	98
3 SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	106	52%	99	48%	205
4 PATO BRANCO	23	47%	26	53%	49
5 LARANJEIRAS DO SUL	67	42%	94	58%	161
6 MARINGÁ	71	44%	89	56%	160
7 LONDRINA	63	40%	93	60%	156
TOTAL	376	42%	511	58%	887

FONTE: A autora (2020).

Dadas estas informações sobre o uso de psicotrópicos, cabe ressaltar que para as unidades de internação em que se atende um número de adolescentes não superior a quarenta (BRASIL, 1996) a equipe mínima para o acompanhamento deste público envolveria: 01 diretor, 01 coordenador técnico, 02 assistentes sociais, 02 psicólogos, 01 pedagogo, 01 advogado (defesa técnica), demais profissionais necessários para o desenvolvimento de saúde, escolarização, esporte, cultura, lazer, profissionalização e administração e socioeducadores (BRASIL, 2006).

A partir do que se observou em pesquisa, durante as visitas, no que diz respeito sobre os trabalhadores em saúde, existe uma equipe fixa, alternando turnos diariamente, de enfermagem, com enfermeiro e técnicos de enfermagem em cada CENSE. Da mesma forma, um cirurgião dentista, e igualmente um psicólogo, que acompanham cada CENSE semanalmente, variando o número de visitas semanais em cada instituição e um médico para cada instituição que acompanha por, pelo menos, três dias da semana, cada CENSE. A equipe de saúde, mais especificamente a de enfermagem, fica, desta forma, responsável por toda a parte de aquisição, manutenção, armazenamento, fracionamento e administração dos medicamentos. Estes, por sua vez, são adquiridos através das Unidades Básicas de Saúde de cada território adscrito, ou por parte do Centro de Distribuição de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR). Os medicamentos de controle especial (da Portaria 344, de 12 de maio de 1998) - na qual incluem-se os medicamentos psicotrópicos e os medicamentos classificados como antimicrobianos (através da RDC Nº 20, de 5 de maio de 2011) são todos prescritos pelo profissional médico responsável por cada instituição.

Analisando os dados disponibilizados dos 376 adolescentes que fizeram o uso de psicotrópicos por pelo menos uma vez, durante a internação, no período de 2018 nos 7 CENSES estudados do estado do Paraná, através do TABELA 3, pôde-se verificar que a maioria (50,3%) tem mais de 16 anos de idade e 42,3% tem entre 14 e 16 anos de idade. A maior parte deles, também, não possui filhos ou não possuía qualquer informação deste gênero.

TABELA 3 – PERFIL DOS ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS EM USO DE PSICOTRÓPICOS NO ANO DE 2018.

VARIÁVEIS	CATEGORIZAÇÃO	CENSE 1 (n=28)		CENSE 2 (n=18)		CENSE 3 (n=106)		CENSE 4 (n=23)		CENSE 5 (n=67)		CENSE 6 (n=71)		CENSE 7 (n=63)		TOTAL (n=376)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade na Internação	1- Até 12 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,4	0	0	1	0,3
	2- Entre 12 e 14 anos	5	17,9	1	5,6	3	2,8	1	4,3	4	6	4	5,6	5	7,9	23	6,1
	3- Entre 14 e 16 anos	14	50	5	27,8	46	43,4	16	69,6	22	32,8	33	46,5	23	36,5	159	42,3
	4- Maiores de 16 anos	9	32,1	12	66,7	57	53,8	6	26,1	40	59,7	32	45,1	33	52,4	189	50,3
	5- Não Informado	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,5	1	1,4	2	3,2	4	1,1
Escolaridade (Ano Escolar Finalizado)	1- Até 5 anos	6	21,4	8	44,4	33	31,1	5	21,7	0	0	0	0	17	27	69	18,4
	2- Entre 5 e 9 anos	20	71,4	8	44,4	55	51,9	16	69,6	2	3	0	0	30	47,6	131	34,8
	3- Mais de 9 anos	2	7,1	2	11,1	15	14,2	2	8,7	0	0	0	0	0	0	21	5,6
	4- Não Informado	0	0	0	0	3	2,8	0	0	65	97	71	100	16	25,4	155	41,2
Filhos	1- Sem filhos	20	71,4	16	88,9	102	96,2	23	100	0	0	0	0	38	60,3	199	52,9
	2- Até 1 filho	5	17,9	2	11,1	2	1,9	0	0	1	1,5	0	0	3	4,8	13	3,5
	3- Mais de 1 filho	2	7,1	0	0	1	0,9	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,8
	4- Não Informado	1	3,6	0	0	1	0,9	0	0	66	98,5	71	100	22	34,9	161	42,8
Cor	1- Branca (B)	13	46,4	12	66,7	70	66	4	17,4	33	49,3	28	39,4	6	9,5	166	44,1
	2- Parda (P) e Negra (N)	8	28,6	6	33,3	34	32,1	19	82,6	27	40,3	36	50,7	18	28,5	148	39,4
	3- Não Informado	7	25	0	0	2	1,9	0	0	7	10,4	7	9,9	39	61,9	62	16,5
Moradia antes da Internação	1- Pais	4	14,3	4	22,2	10	9,4	0	0	0	0	0	0	0	0	18	4,8
	2- Familiar	18	64,3	12	66,7	27	25,5	0	0	0	0	0	0	0	0	41	15,2
	3- Acolhimento Inst.	5	17,9	2	11,1	1	0,9	0	0	0	0	0	0	0	0	8	2,1
	4- Não Informado	1	3,6	0	0	68	64,2	23	100	67	100	71	100	63	100	293	77,9
Uso de Múltiplas Drogas	1- Sim	28	100	17	94,44	103	97,2	8	34,8	53	79,1	17	23,9	37	58,7	263	69,9
	2- Não	0	0	1	5,6	2	1,9	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,8
	3- Não Informado	0	0	0	0	1	0,9	15	65,2	14	20,9	54	76,1	26	41,3	110	29,3

Causa da Medida Socioeducativa	1- Homicídio	10	35,7	0	0	4	3,8	4	17,4	0	0	4	5,6	16	25,4	38	10,1
	2- Outros	12	42,9	4	22,2	12	11,3	5	21,7	0	0	7	9,9	5	7,9	39	10,4
	3- Roubo	5	17,9	13	72,2	37	34,9	13	56,5	0	0	5	7	31	49,2	104	27,7
	4- Tráfico	1	3,6	1	5,6	5	4,7	1	4,3	0	0	7	9,9	11	17,5	26	6,9
	5- Não Informado	0	0	0	0	48	45,3	0	0	67	100	54	76,1	0	0	169	44,9
Diagnóstico Presente em Saúde Mental	1- Problemas relacionados a Múltiplas Drogas	0	0	4	22,2	3	2,8	7	30,4	27	40,3	10	14,1	28	44,4	79	21
	2- Transtorno de Déficit de Atenção	1	3,6	2	11,1	1	0,9	0	0	0	0	2	2,8	1	1,6	7	1,9
	3- Sintomas inespecíficos	5	17,9	2	11,1	4	3,8	4	17,4	8	11,9	20	28,2	22	34,9	65	17,3
	4- Transtorno de Personalidade	2	7,1	1	5,6	3	2,8	2	8,7	0	0	2	2,8	2	3,2	12	3,2
	5- Outros	2	7,1	3	16,7	4	3,8	2	8,7	1	1,5	1	1,4	0	0	21	5,6
	6- Não Informado	10	35,7	6	33,3	91	85,8	8	34,8	31	46,3	36	50,7	10	15,9	192	51,1
	1- Sim	12	42,9	8	44,4	70	66	4	17,4	13	19,4	1	1,4	12	19	120	31,9
	2- Não	13	46,4	8	44,4	15	14,2	0	0	27	40,3	1	1,4	4	6,3	68	18,1
	3- Não Informado	3	10,7	2	11,1	21	19,8	19	82,6	27	40,3	69	97,2	47	74,6	188	50
	1- Sim	20	71,4	16	88,9	33	31,1	18	78,3	29	43,3	28	39,4	37	58,7	181	48,1
Histórico de Tratamento PSQ Prévio	2- Não	8	28,6	2	11,1	52	49,1	5	21,7	15	22,4	25	35,2	17	27	124	33
	3- Não Informado	0	0	0	0	21	19,8	0	0	23	34,3	18	25,4	9	14,3	71	18,9
	1- Sim	21	75	4	22,2	12	11,3	6	26,1	17	25,4	9	12,7	7	11,1	76	20,2
Tentativas de Suicídio Prévias	2- Não	7	25	11	61,1	30	28,3	17	73,9	25	37,3	37	52,1	10	15,9	137	36,4
	3- Não Informado	0	0	3	16,7	64	60,4	0	0	25	37,3	25	35,2	46	73	163	43,4
	1- Sim	12	42,9	2	11,1	5	4,7	4	17,4	8	11,9	4	5,6	0	0	35	9,3
Histórico de Comportamento suicida	2- Não	14	50	15	83,3	77	72,6	19	82,6	30	44,8	12	16,9	49	77,8	216	57,4
	3- Não Informado	2	7,1	1	5,6	24	22,6	0	0	29	43,3	55	77,5	14	22,2	125	33,2
	1- Sim	10	35,7	4	22,2	11	10,4	4	17,4	17	25,4	11	15,5	3	4,8	60	16
Tentativas de Suicídio na	2- Não	17	60,7	14	77,8	89	84	19	82,6	25	37,3	29	40,8	52	82,5	245	65,2

Internação	3- Não Informado	1	3,6	0	0	6	5,7	0	0	25	37,3	31	43,7	8	12,7	71	18,9
Frequência de Eventos Adversos	1- Nenhum	11	39,3	14	77,8	92	86,8	19	82,6	48	71,6	53	74,6	60	95,2	297	79
	2- Comportamento suicida tentativa suicídio OU de	12	42,9	2	11,1	11	10,4	0	0	13	19,4	13	18,3	3	4,8	54	14,4
	3- Ambos	5	17,9	2	11,1	3	2,8	4	17,4	6	9	5	7	0	0	25	6,6
Medicamentos Que utilizou	1- Monoterapia	6	21,4	7	38,9	55	51,9	3	13	11	16,4	25	35,2	10	15,9	117	31,1
	2- Entre 2 e 4	12	42,9	8	44,4	44	41,5	15	65,2	34	50,7	41	57,7	47	74,6	201	53,5
	3- Entre 4 e 6	5	17,9	2	11,1	5	4,7	2	8,7	5	7,5	0	0	0	0	19	5,1
	4- Entre 6 e 8	3	10,7	1	5,6	0	0	0	0	1	1,5	0	0	0	0	5	1,3
	5- Mais de 8	2	7,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,5
	6- Não Informado	0	0	0	0	2	1,9	3	13	16	23,9	5	7	6	9,5	32	8,5

FONTE: A autora (2020).

Além disso, a maior parte dos adolescentes que fizeram uso de psicotrópicos tem entre 5 e 9 anos completos de sua formação escolar e apresentam a cor da pele branca (44,1%) seguida de negros e pardos (39,4%).

No que tange a medida socioeducativa e o motivo pelo qual estes adolescentes foram institucionalizados, dos prontuários a que tivemos acesso a esta informação, o motivo mais recorrente foi o de roubo (27,7%), seguido de homicídio (10,1%) e tráfico (6,9%).

Com relação a saúde mental destes adolescentes, a maior parte deles (51,1%) não tinha qualquer informação sobre diagnóstico presente, ou seja, não apresentou no prontuário ou nos dados de evolução durante o internamento qualquer informação relacionada à saúde mental destes. Dos que apresentaram informação de diagnóstico, a maioria (21%) possui problemas relacionados ao uso de múltiplas drogas, seguido de sintomas inespecíficos, ou seja, quadros inespecíficos de insônia, ansiedade e/ou depressão (17,3%).

Este dado anterior, pode ser correlacionado com o fato de que 263 destes adolescentes, ou seja 69,9%, faziam uso de múltiplas drogas, ou seja, declarou fazer uso ou já ter feito uso de alguma(s) droga(s) ilícita(s).

Com relação ao suicídio, no ano de 2018, nos 7 CENSES estudados, houve 60 tentativas de suicídio e todas as instituições estudadas tiveram tentativas computadas.

A respeito do uso de psicotrópicos, constatou-se que em 53,5% dos adolescentes em uso, a terapia consiste em mais de 2 medicamentos simultaneamente, ficando entre 2 e 4 medicamentos por adolescente. A monoterapia aparece em 31,1% dos casos.

A classe de medicamentos psicotrópicos mais utilizada segundo a classificação ATC foi, segundo a TABELA 4, foi a N05 dos psicolépticos com 49,81% do total, sobretudo os antipsicóticos, tendo a clorpromazina como o representante mais expressivo. A segunda classe mais utilizada foi a N06 dos psicoanalépticos (28,79%), com ênfase nos antidepressivos, em que a amitriptilina e a fluoxetina foram as mais utilizadas.

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELOS ADOLESCENTES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE NOS 7 CENSES ESTUDADOS NO ANO DE 2018.

Classe Terapêutica	n	total	%
N Sistema Nervoso			
N05 Psicolépticos		384	49,81%
N05A Antipsicóticos		344	
Clorpromazina	143		
Risperidona	94		
Haloperidol	40		
Lítio	37		
Outros	29		
N05B Ansiolíticos		38	
Diazepam	38		
N05C Hipnóticos e Sedativos	3	3	
N06 Psicoanalépticos		222	28,79%
N06A Antidepressivos		218	
Amitriptilina	85		
Fluoxetina	65		
Clomipramina	28		
Outros	40		
N06B Psicoestimulantes		4	
Metilfenidato	4		
N03 Antiepilépticos		107	13,88%
N03A Anticonvulsivantes		107	
Ácido Valpróico	41		
Carbamazepina	39		
Clonazepam	25		
Outros	2		
N04 Drogas Anti-parkinsonianas		23	2,98%
Biperideno	23		
R Sistema Respiratório		35	4,54%
R06 Anti-histamínicos de Uso Sistêmico		35	
Prometazina	35		

FONTE: A autora (2020).

Além disso, pode-se verificar com mais detalhe o uso destes medicamentos, de acordo com cada CENSE estudado, através da TABELA 5.

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELOS ADOLESCENTES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE EM CADA CENSE ESTUDADO NO ANO DE 2018.

Classificação ATC/ Medicamento		CENSE 1	CENSE 2	CENSE 3	CENSE 4	CENSE 5	CENSE 6	CENSE 7	TOTAL	%
N03	Ácido Valpróico	11	1	5	2	8	9	5	41	5,32
	Carbamazepina	3	0	7	8	10	0	11	39	5,06
	Clonazepam	2	0	2	2	14	5	0	25	3,24
	Lamotrigina	1	0	0	0	0	0	0	1	0,13
	Topiramato	1	0	0	0	0	0	0	1	0,13
N04	Biperideno	9	1	2	2	6	3	0	23	2,98
N05A	Clorpromazina	4	12	36	12	21	20	38	143	18,55
	Risperidona	10	5	23	4	12	21	19	94	12,19
	Haloperidol	15	1	5	2	5	9	3	40	5,19
	Lítio	12	4	4	3	3	6	5	37	4,80
	Levomepromazina	0	2	5	1	2	5	3	18	2,33
	Quetiapina	4	2	0	0	1	0	0	7	0,91
	Aripiprazol	2	0	0	0	0	0	0	2	0,26
	Olanzapina	1	0	0	0	0	1	0	2	0,26
N05B	Diazepam	7	2	9	2	6	10	2	38	4,93
N05C	Zolpidem	0	1	0	0	0	1	0	2	0,26
	Nitrazepam	1	0	0	0	0	0	0	1	0,13
N06A	Amitriptilina	7	1	36	1	11	12	17	85	11,02
	Fluoxetina	14	7	20	6	2	10	6	65	8,43
	Clomipramina	0	0	0	1	0	4	23	28	3,63
	Imipramina	0	1	1	2	3	3	3	13	1,69
	Sertralina	0	0	0	2	9	1	0	12	1,56
	Citalopram	0	0	0	1	5	1	0	7	0,91
	Bupropiona	0	0	1	2	1	1	0	5	0,65
	Paroxetina	0	2	0	0	0	0	0	2	0,26
	Venlafaxina	0	0	0	0	0	1	0	1	0,13
N06B	Metilfenidato	0	0	0	1	1	1	1	4	0,52
R06	Prometazina	3	3	22	0	1	2	4	35	4,54
TOTAL		107	45	178	54	121	126	140	771	

FONTE: A autora (2020).

Em que se é possível observar que cada um dos CENSES estudados, possui um padrão de uso de medicamentos psicotrópicos analisados. No CENSE 1, o medicamento mais utilizado foi o Haloperidol, seguido da Fluoxetina, enquanto nos CENSES 2, 3, 4, 5 e 7 a Clorpromazina aparece como o mais utilizado.

Ainda diante deste uso, a TABELA 6 mostra o uso de medicamentos psicotrópicos utilizados em cada CENSE levando-se em consideração o total de adolescentes institucionalizados em uso dessas medicações por instituição, no ano de 2018.

TABELA 6 – USO DE MEDICAÇÃO PELOS ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS DE ACORDO COM O N TOTAL DE CADA INSTITUIÇÃO.

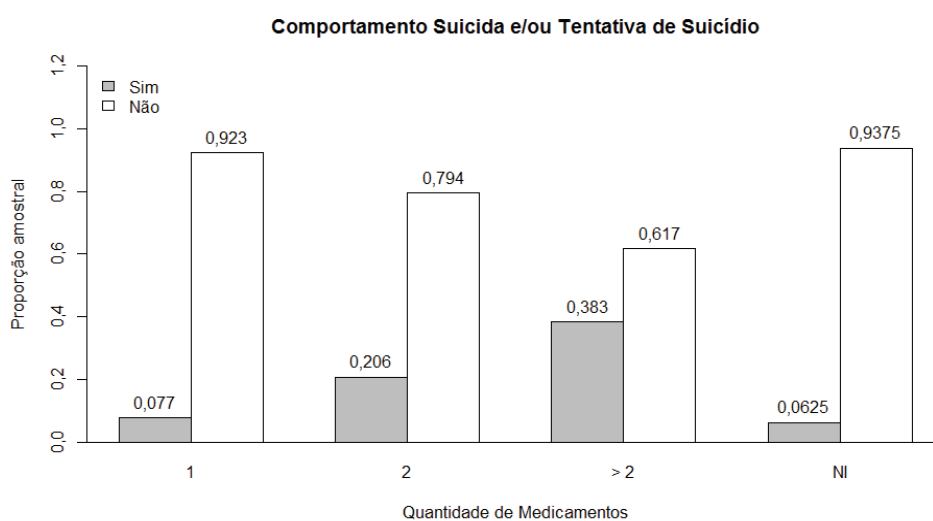
	CENSE 1	CENSE 2	CENSE 3	CENSE 4	CENSE 5	CENSE 6	CENSE 7	Total
N de cada CENSE	28	18	106	23	67	71	63	376
Total de medicamentos utilizados por CENSE	107	45	178	54	121	126	140	771
Total dividido pelo N de cada CENSE	3,8	2,5	1,7	2,3	1,8	1,8	2,2	2,1

FONTE: A autora (2020).

Nesta, pode-se verificar quantos medicamentos foram utilizados por cada um dos adolescentes institucionalizados. Tendo o CENSE 1 com a maior taxa de medicamentos por indivíduo, seguido do CENSE 2, 4 e 7.

De acordo com o objetivo proposto, fez-se, também, uma associação entre duas variáveis do presente estudo, ou seja, o uso dos medicamentos, se monoterapia ou uso de dois medicamentos ou mais, correlacionando com a ocorrência de tentativas de suicídio ou comportamentos considerados suicidas, que está disposta no GRÁFICO 1.

GRÁFICO 1 – Correlação entre o uso de medicamentos psicotrópicos com comportamento suicida e/ou tentativa de suicídio pela população em 2018



FONTE: A autora (2020).

Neste, constata-se a relação entre o número de medicamentos utilizado por indivíduo, com a ocorrência de comportamento considerado suicida, ou seja, episódios de crise, tentativas de suicídio e automutilação, com resultado estatisticamente significativo (valor de $p = 2.307$).

5 DISCUSSÃO

O sistema de socioeducação do Paraná têm se destacado no cenário nacional. O Governo do Estado, por meio da Secretaria de Justiça, Trabalho e Direitos Humanos, implantou o Sistema Informatizado de Medidas Socioeducativas (SMS) e investiu em construção e melhoria dos Centros de Socioeducação. O estado é também um dos mais organizados em termos de informações, dados e protocolos.

A partir disso, foi possível que este trabalho fosse consolidado. Diante de uma larga amostra, com um total de 2436 adolescentes que estiveram em unidades de internação no Estado do Paraná em 2018, foi estabelecido um recorte representativo da realidade encontrada. A partir da visitação dos 7 CENSES incluídos na pesquisa, que representam mais do que um terço das instituições existentes no Paraná (total de 19), foi viável chegar no número de 887 documentos e prontuários de adolescentes analisados.

Tendo em vista que 376 adolescentes destes 887 que se encontravam em cumprimento de medida socioeducativa em internação no ano de 2018 no estado do Paraná fez uso de medicação psicotrópica por pelo menos uma vez, e que este total representa 42% deles, pode-se iniciar a discussão acerca do uso de medicação psicotrópica em adolescentes e então em adolescentes em privação de liberdade.

Vale ressaltar que existe diferença nos dados de acordo com cada CENSE e isto pode ser correlacionado com a própria equipe de profissionais de saúde presente em cada um e sua forma de organização. Bem como com as particularidades no que diz respeito a recursos e disponibilidade de local de cada uma das instituições, cada CENSE dispunha, por exemplo de uma maneira distinta de armazenamento de dados, fichas de evolução e cadastro diferentes.

Uma prevalência considerável de consumo de psicotrópicos por esta população inserida num contexto tão específico de privação de liberdade para jovens pode alavancar inúmeras discussões. Primeiramente, um olhar para dentro desta realidade se faz importante. Pode-se comparar o perfil da população de adolescentes que usa medicamentos psicotrópicos e a população de adolescentes internos em geral.

Por meio do relatório sobre o Perfil Epidemiológico de Uso de Drogas dos Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade

do Estado do Paraná – DEASE (2016), têm-se que quanto à cor declarada dos adolescentes, estes são predominantemente pardos (46,9%), seguidos de brancos (37,9%) e negros (12%). Portanto, considerando Pardos e Negros juntos, somam 58,9%, dado que difere do encontrado na pesquisa para adolescentes em uso de medicação psicotrópica, em que observou-se um total de 39,4% de adolescentes Pardos e Negros, 44,1% de Brancos e em 16,5% não declarados ou sem constar a informação (DEASE, 2016).

Outro dado passível de comparação, segundo o mesmo relatório, a faixa etária dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa pode variar entre 12 e 21 anos, sendo que a maior incidência se dá entre 15 e 18 anos (92,5%), da mesma forma, dos adolescentes que consomem medicação psicotrópica, a incidência de jovens acima de 14 anos e maiores de 16 anos representa 92,6%.

Já com relação ao uso de drogas, dos adolescentes apreendidos na data da coleta dos dados, tão somente 8,5% dos adolescentes alegaram não fazer uso de drogas lícitas ou ilícitas. Dos adolescentes pesquisados em 2018, têm-se um resultado que se mostra dentro das mesmas realidades, apenas 0,8% deles declararam não fazer uso de drogas ilícitas e em 29,3% esta informação não estava descrita nos prontuários analisados (DEASE, 2016).

Desta forma, há uma compatibilidade do perfil geral com o perfil encontrado da população que usa psicotrópicos, diferindo pouco nesses aspectos, a distribuição do uso de psicotrópicos respeita o perfil dos adolescentes que estão internados, não foram encontrados dados que possam apontar diferença no uso dos psicotrópicos para a população negra e parda, por exemplo, mesmo havendo indícios de que pode ocorrer mais intervenções desnecessárias para esta população mais vulnerável.

Por ser possível fazer comparações deste nível e dado o fato de o Paraná ser um sistema mais organizado, previsões são passíveis de serem feitas e algumas questões podem ser levantadas em outros estados brasileiros que estão implementando ações e melhorias em seus respectivos sistemas socioeducativos. Todas estas questões podem servir para prevenir e olhar mais adiante de outros sistemas.

Entre estas questões, encontra-se o tema da alta prevalência encontrada no uso de medicamentos psicotrópicos e o que este fato pode acarretar na vida destes adolescentes, o que representa para o sistema e com base em que, ou seja, em

quais parâmetros e aspectos este dado está enraizado ou apoiado. Para que depois de um mínimo entendimento, possa-se pensar em políticas públicas e ações em saúde. Há a necessidade de se conhecer os desafios e trazê-los para dentro da socioeducação e da realidade encontrada neste contexto.

Para Vitiello (2009) o tratamento em saúde mental de crianças e adolescentes requerem tratamento farmacológico como primeira linha somente quando há a prevalência de quadros de transtornos psicóticos. Porém, segundo o mesmo autor, pacientes com transtornos não psicóticos podem frequentemente ser tratados de forma assertiva preferencialmente iniciando com intervenções não farmacológicas. Nem todos os indivíduos, no entanto, obtêm melhora com intervenções psicossociais puramente e, para elas, medicamentos podem se fazer necessários para otimizar sua funcionalidade. Vale ressaltar ainda que psicoterapia e medicação não são mutuamente excludentes: em muitas condições, como depressão e ansiedade, o uso combinado foi descoberto como mais benéfico do que uma única abordagem.

Diante da realidade observada nos CENSES do Paraná, o que se constatou foi uma dificuldade, no diagnóstico dos transtornos em saúde mental presentes, já esperada para esta população mesmo sem estar dentro da realidade de internação. O que se pode notar por meio do dado obtido é que destes 376 adolescentes em uso de medicação psicotrópica, 51% não possuía diagnóstico para este fim. A partir desta dificuldade, cabe discutir o impacto e a real necessidade do uso dos psicotrópicos nesta população.

Andrade et al. (2011) descrevem o cenário de prevalência de transtornos psiquiátricos em adolescentes privados de liberdade, afirmando ser maior o número de adolescentes internos com transtornos psiquiátricos do que o esperado para a população geral da mesma faixa etária. Os mesmos autores, trazem ainda em discussão que meninas tendem a ter perfil psicopatológico com mais transtornos que meninos em todas as áreas diagnósticas, informação que pode ser comparada com os dados obtidos no CENSE de população feminina, em que 48% da população feminina estava em uso de psicotrópicos, e apresentou o maior número de medicamentos utilizados por indivíduo (média de 3,8 medicamentos por adolescente) de todos os CENSES analisados.

Cabe ressaltar ainda, diante disso, que não somente o diagnóstico em saúde mental destes adolescentes é dificultado, tanto pela dificuldade de acesso a uma

equipe de saúde mental, quanto pela dificuldade em tratar destes adolescentes que estão em uma realidade completamente diferente da realidade dos demais. Resta entender se metade deles não possui diagnóstico, mas será que realmente há o diagnóstico? Poderia ser também um sobrediagnóstico. Adolescentes privados de liberdade sofrem, mas não necessariamente sofrem de mais transtornos. A Medicalização Social neste meio se destaca não somente pela prescrição e administração de medicamentos, como também em designar os adolescentes que sofrem, em internação, com transtornos mentais.

Já Vilarins et al. (2014) ao analisarem como são atendidos os adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação, criticam o atendimento em saúde mental realizado nas unidades socioeducativas ou na rede externa de saúde, afirmando que consiste apenas em uma medicalização dos transtornos. Pouco se faz pelo "sujeito" por trás do infrator. E para a mesma autora, os adolescentes com transtorno mental autores de ato infracional são submetidos à correção, ao tratamento e à medicalização por serem considerados perigosos para o convívio social.

A medicalização pode ser vista como uma forma de controle social, a medicalização social. De acordo com o conceito de biopolítica, segundo Foucault (1988), esse processo se origina quando a regulação médico-sanitária da vida é utilizada como estratégia para ordenar a relação entre o Estado e indivíduos. A medicina, para Foucault, é uma das instituições ou disciplinas, assim como a escola, o exército, os presídios, que auxiliam e constituem o Estado moderno nessa tarefa de organizar a vida coletiva e individual (TESSER, POLI NETO, CAMPOS, 2010).

A medida socioeducativa de internação não oferece de forma efetiva os direitos garantidos pela política de infância e adolescência e política de saúde mental no que se refere à atenção aos adolescentes com transtorno mental autores de ato infracional. Segundo Vilarins (2014), ainda que haja esforços para a garantia de direitos e por ações socioeducativas, ela sempre se apresentará como geradora de sofrimento devido à separação social que promove na vida desses adolescentes.

Costa e Silva em 2017 fizeram uma pesquisa em Porto Alegre apontando resultados semelhantes aos que foi encontrado no presente estudo, alertando para padrões bastante convergentes na [alta] prevalência na prescrição de medicamentos psicoativos das unidades pesquisadas. No CSE (unidade masculina) apenas um

adolescente entre as 60 em cumprimento de medida de privação de liberdade não havia usado medicação psicoativa durante a internação (COSTA, SILVA, 2017).

O que foi possível observar acerca deste assunto através dos dados é que dos adolescentes medicados com psicotrópicos em 53,5% deles, a terapia consiste em mais de 2 medicamentos simultaneamente, com média entre 2 e 4 medicamentos por adolescente. Sendo preconizado, segundo Kaplan (1998), que preferencialmente, por cautela, a terapia para crianças e adolescentes seja de um medicamento por vez.

Costa e Silva (2017) diante do mesmo assunto, trazem que as situações de adolescentes extensivamente medicados, como observado no modelo de atenção verticalizada, dificultam a detecção de transtornos. E afirmam que devem ser tomadas condutas cautelosas em relação à medicação. As psicoterapias e as ações de reabilitação devem ser usadas como intervenções de primeira linha. O manejo farmacológico deve ser utilizado após constatação da insuficiência destas intervenções. O que se pode perceber através dos dados obtidos pelas visitas nos CENSES em questão, é que não necessariamente ocorre desta forma, diante das porcentagens de diagnóstico e de uso de medicação psicotrópica. Além disso, o acesso a psicoterapia não é muito facilitado, por não haver psicóloga no quadro de trabalhadores fixos de cada instituição e por haver a necessidade de se buscar este tratamento na rede de apoio à saúde de cada município.

Outro ponto chave que contribui para a medicalização neste cenário é a necessidade que foi constatada por meio dos prontuários e fichas de avaliação dos adolescentes em uso de medicamentos controlados. O que se mostrou foi uma busca considerável por parte dos próprios internos para acessar os medicamentos prescritos, a fim de sanar suas queixas.

Um dado que contribui para esta discussão aparece no GRÁFICO 1 que traz que quanto maior a quantidade de medicamentos utilizada, maior a quantidade de um dos eventos suicidas e este resultado foi estatisticamente significativo. Neste, podemos estabelecer que há uma relação entre a ocorrência destes eventos considerados suicidas e do uso de medicamentos psicotrópicos. Não se pode afirmar que um ocorre em razão do outro, ou qual dos dois se estabelece como razão do outro. Segundo Costa e Silva (2017), por exemplo, não pode ser descartada a existência de transtornos mentais graves não diagnosticados. Tanto é possível que quadros mais graves sejam mascarados pela adição a substâncias ou

por comportamento opositivo, como, do mesmo modo, a prescrição de medicamento abaixo do que seria recomendável pode afetar o bem-estar dos adolescentes. As prescrições medicamentosas voltadas para situações agudas (por exemplo, sintomas psicóticos ou risco de suicídio) são, não somente aceitáveis, mas um imperativo ético.

A questão que mais ocorreu diante dos dados estabelecidos, foi a de: “Qual a alternativa para mudar a prevalência no uso de psicotrópicos?”. Não existe uma única resposta.

É possível listar alguns dos fatores que poderiam de alguma forma contribuir para modificar esta realidade. A rotina dos adolescentes pode ser citada, por meio das atividades ofertadas no contraturno das aulas, tornar os adolescentes ocupados com atividades, de alguma forma, prazerosas, que dispendem energia. Para isso, muitas vezes, necessita-se também de equipe em número adequado, para supervisionar atividades ao ar livre, por exemplo. Desta forma, a questão da rotina foi muito discutida durante as visitas e seria um ponto a possibilitar campos para rever, para modificar a realidade encontrada. Outro fator, seria novamente com relação à possibilidade de um acesso mais facilitado a uma equipe especializada em saúde mental. Acesso às terapias não medicamentosas e às terapias integrativas e complementares, por exemplo.

O mandato social dos psicotrópicos em ambiente de privação de liberdade e a influência do meio na prescrição também seria outro ponto. O meio ao qual os adolescentes estão inseridos, ou mesmo o tamanho da instituição corrobora com o fato que instituições mais verticalizadas possuem maiores taxas de prescrição. Como é possível observar na TABELA 1, o CENSE com menor prevalência no uso de psicotrópicos é o Fazenda Rio Grande, de porte pequeno, que foi apontado, junto aos outros CENSES do Estado do Paraná, como um dos modelos a serem seguidos nos sistemas de socioeducação, no que diz respeito a tamanho, equipe e número de profissionais, estrutura e organização.

A própria medicação encontrada nos dados de maior prevalência das prescrições diz muito sobre tudo que já foi exposto. A classe de medicamentos mais utilizada foi a de psicolépticos – antipsicóticos, sendo a Clorpromazina e a Risperidona os representantes majoritariamente encontrados.

Os autores Moreira e seus colaboradores (2014) trazem, com relação a medicação psicotrópica em adolescentes que é importante fazer um diagnóstico

preciso e identificar e quantificar os sintomas-alvo. Estes devem ser graves o suficiente a ponto de interferir no funcionamento e no desenvolvimento do paciente. Em alguns casos, continuam os autores, esta decisão é facilitada, pois a mesma medicação é efetiva tanto na patologia de base como nos sintomas-alvo. Por exemplo, os antipsicóticos são utilizados para tratar tanto a esquizofrenia como os seus sintomas-alvo, alucinações, delírios e distúrbios do pensamento, por exemplo (MOREIRA et al., 2014).

Vilarins (2014) conclui sua pesquisa afirmando que a partir do uso de medicamentos psicotrópicos, os adolescentes passam não somente pela experiência do encarceramento físico, mas também a experimentar um encarceramento químico, por meio do qual se buscou ajustar seu comportamento, além de aliviar o sofrimento causado pela medida de internação. Continua dizendo que o estudo sobre esses adolescentes mostrou a privação de liberdade como um potencializador de sofrimento psíquico.

Lorberg e colaboradores (2020) atentam para o impacto dessas medicações num período de mudanças no desenvolvimento, em que há diferente atividade hormonal no organismo e particularidades desta faixa etária, com relação a atividade, eficácia e segurança que ainda não são bem compreendidas. E que existem diferenças significativas observadas entre crianças e adultos em eficácia e segurança, sugerindo que isto pode influenciar significativamente nos efeitos dos psicotrópicos. Por exemplo, antidepressivos tricíclicos, embora comprovadamente eficazes na depressão em adultos, não têm efeito antidepressivo demonstrável em crianças, estimulantes à base de anfetaminas são mais propensos a induzir euforia em adultos do que em crianças; antipsicóticos têm efeitos metabólicos mais fortes na juventude do que nos adultos (CORRELL et al., 2009); antidepressivos serotoninérgicos aumentam o risco de ideação suicida em crianças, adolescentes e adultos jovens, mas não na meia-idade ou na terceira idade (LORBERG et al., 2020).

Desta forma, quando utilizados de maneira assertiva, a partir de diagnósticos, análises de risco-benefício e um profundo conhecimento dos fatores que levaram a esta conduta, os medicamentos têm um papel importante no tratamento de jovens com transtornos mentais graves. Existem evidências de que alguns medicamentos podem não só ajudar a controlar os sintomas, mas também a melhorar o funcionamento e acelerar a recuperação. Uma avaliação diagnóstica

minuciosa e completa antes de considerar a medicação é fundamental, bem como a necessidade de monitoramento consistente durante o tratamento. Há também que considerar que mais pesquisas para entender melhor o impacto da farmacoterapia a longo prazo em crianças e adolescentes são necessárias (LORBERG et al., 2020).

6 CONCLUSÃO

Diante dos dados estabelecidos conclui-se que a institucionalização de adolescentes se mostra como um assunto delicado no que diz respeito ao desenvolvimento destes jovens, sendo um grande desafio no que diz respeito à saúde, e mais ainda quando se trata de saúde mental.

Os dados obtidos vão de encontro com estudos que apontam que as principais demandas em saúde mental dos adolescentes em internação envolvem ideação suicida, automutilação, insônia e depressão, relacionadas à clausura e ao sofrimento que a internação produz, tendo em vista que a privação de liberdade, acaba por gerar ou agravar as demandas em saúde mental.

O presente estudo concluiu que nos CENSES estudados, que acabam por demonstrar um perfil significativo da realidade das instituições de cumprimento de medida socioeducativa do Paraná, existe um número significativo de adolescentes em uso de medicamentos psicotrópicos, mesmo que a maioria deles não possua diagnóstico.

Nestas situações, o uso de psicotrópicos se apresenta como uma das estratégias mais utilizadas para amenizar demandas em saúde mental. Assim, as sanções de privação de liberdade por atos infracionais produzem decisões de medicalização. O emprego da medicação deve incluir, portanto, uma permanente avaliação sobre os riscos e os benefícios e idealmente as psicoterapias e as ações de reabilitação são as intervenções de primeira linha defendidas.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, R.C.D. *et al.* Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro: estudo de gênero e relação com a gravidade do delito. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2179-2188, abr. 2011.
- BALEN, E. *et al.* Interações medicamentosas potenciais entre medicamentos psicotrópicos dispensados. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 172-177, Sept. 2017.
- BORGES, T. L. *et al.* Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 344-349, 2015.
- BRASIL. Lei nº 12.594 de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. DIÁRIO Oficial da União, 2012.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 1996.
- BRASIL. Resolução CONANDA nº 46 de 29/10/1996. Regulamenta a execução da medida sócio-educativa de internação prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/90, 1996.
- BRASIL. Resolução Nº46/96 CONANDA Regulamenta a execução da medida sócio-educativa de internação prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/90.
- BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). Brasília: Conanda; 2009.
- BRASIL. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Secretaria Especial dos Direitos Humanos – Brasília-DF: CONANDA, 2006.
- BRAUS, H. M. Psychiatric polypharmacy: hazard through drug-drug-interaction and possibilities for prevention. **Versicherungsmedizin** 2012; 64:127-31.
- CAMPOS, H. R.; FRANCISCHINI, R. Adolescente em conflito com a lei e medidas socioeducativas: limites e (im)possibilidades. PSICO, **Revista da PUC-RS**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 267-273, Set./Dez, 2005.

CORRELL, C. *et al.* Cardiometabolic risk of second-generation antipsychotic medications during first-time use in children and adolescents. **Journal of the American Medical Association**, 2009.

COSTA, J. O. *et al.* Gender differences and psychotropic polypharmacy in psychiatric patients in Brazil: a cross-sectional analysis of the PESSOAS Project. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, e00168915, 2017.

COSTA, N. R.; SILVA, P. F. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1467-1478, Mai. 2017.

FILARDI, A. F. R.; MENDONÇA, S. A. M.; RAMALHO, D. O. The use of psychotropic medications and non-pharmacological approaches in everyday life: a qualitative study of the lived experience. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 859-883, Dec. 2019.

FOUCAULT, M. História da sexualidade: a vontade de saber. vol. 1. Rio de Janeiro: Graal; 1988.

FRANCES A, RAVEN M. The Need for Caution in Diagnosing and Treating Mental Disorders. **Am Fam Physician**, 88(8):490C-490D, 2013.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2019.

KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J., Trad. D. B. Manual de Psiquiatria. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

LOYOLA F. A. *et al.* Tendências no uso de antidepressivos entre idosos mais velhos: Projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública**. 48(6):857-65. Dez. 2014.

MARINHO, F. *et al.* Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**, 392:760, 2018.

MARTINS, A. G. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. **Mental**. 2017, vol.11, n.20, pp. 226-242, 2017.

MARTINS, A. G. A Noção de Crise no Campo da Saúde Mental: saberes e práticas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Dissertação de Mestrado, Programa de PósGraduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

MOREIRA, M. S. *et al.* Uso de Psicofármacos em Crianças a Adolescentes. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 1013-1049, ago./dez. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. transtornos mentais e comportamentais. Departamento de Saúde Mental. Genebra, 2000.

Organização Mundial da Saúde. Ministério da Saúde (BR). A report of the assessment of the mental health system in Brazil using the World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS). Brasília (DF): World Health Organization; 2007. 51 p.

Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.

PARANÁ. Lei Estadual nº18374 de 2014. Extinção da Secretaria de Estado do Trabalho, Emprego e Economia Solidária e adoção de outras providências, 2014.

PARANÁ. Cadernos de Socioeducação. Secretaria da Justiça, Cidadania e Direito. Prevenção do Suicídio. 84 pgs, 2ª Edição, 2015a.

PARANÁ. Decreto nº 10.285, de 25 de fevereiro de 2014. Institui os procedimentos de solicitação para realização de pesquisa científica nas unidades vinculadas à Secretaria de Estado da Educação, 2014.

PARANÁ. Relatório de ações. Departamento De atendimento Socioeducativo do Estado do Paraná. Secretaria da justiça, cidadania e direitos humanos (SEJU), 2015b.

PARANÁ. Relatório de ações. Departamento De atendimento Socioeducativo do Estado do Paraná. Secretaria da justiça, cidadania e direitos humanos (SEJU), 2015b.

PARANÁ. RESOLUÇÃO N° 44/2016 – GS/SEJU. Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, 2016.

PRADO, M. A. M. B.; FRANCISCO, P. M. S. B; BARROS, M. B. A. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 747-758, 2017.

RIBEIRO, W.S *et al.* The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in São Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. **PLoS One** 2013; 8:e63545

RODRIGUES M.A.P, FACCHINI L.A., Lima M.S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 2006; 40(1): 107-114.

SOUZA, L. A. de; COSTA, L. F. A significação das medidas socioeducativas para as famílias de adolescentes privados de liberdade. *Psico-USF*, Itatiba, v. 18, n. 2, p. 277-287, Ago. 2013.

SOUZA, T.T. *et al.* Drug utilization research in a primary mental health service in Northeast of Brazil. **Rev Port Sau Pub.** 2012; 30(1):55-61.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M.T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 360-372, Dez. 2014.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, Jun. 2005.

VILARINS, N. P. G. (2014). Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(3), 891-898.

VIOLA, R. *et al.* Reasons for polypharmacy among psychiatric patients. **Pharm World Sci**, 26:143, 2004

VITIELLO, B. Combined cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy for adolescent depression: does it improve outcomes compared with monotherapy? **CNS Drugs**, 23:271-280; 2009a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ATT/DDD Index. Disponível em: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/.

ANEXO 1 – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Manejos e práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde mental nos Centros de Socioeducação (CENSE) e casas de Semi Liberdade da Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Paraná.

Pesquisador: Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 02353018.3.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.139.990