

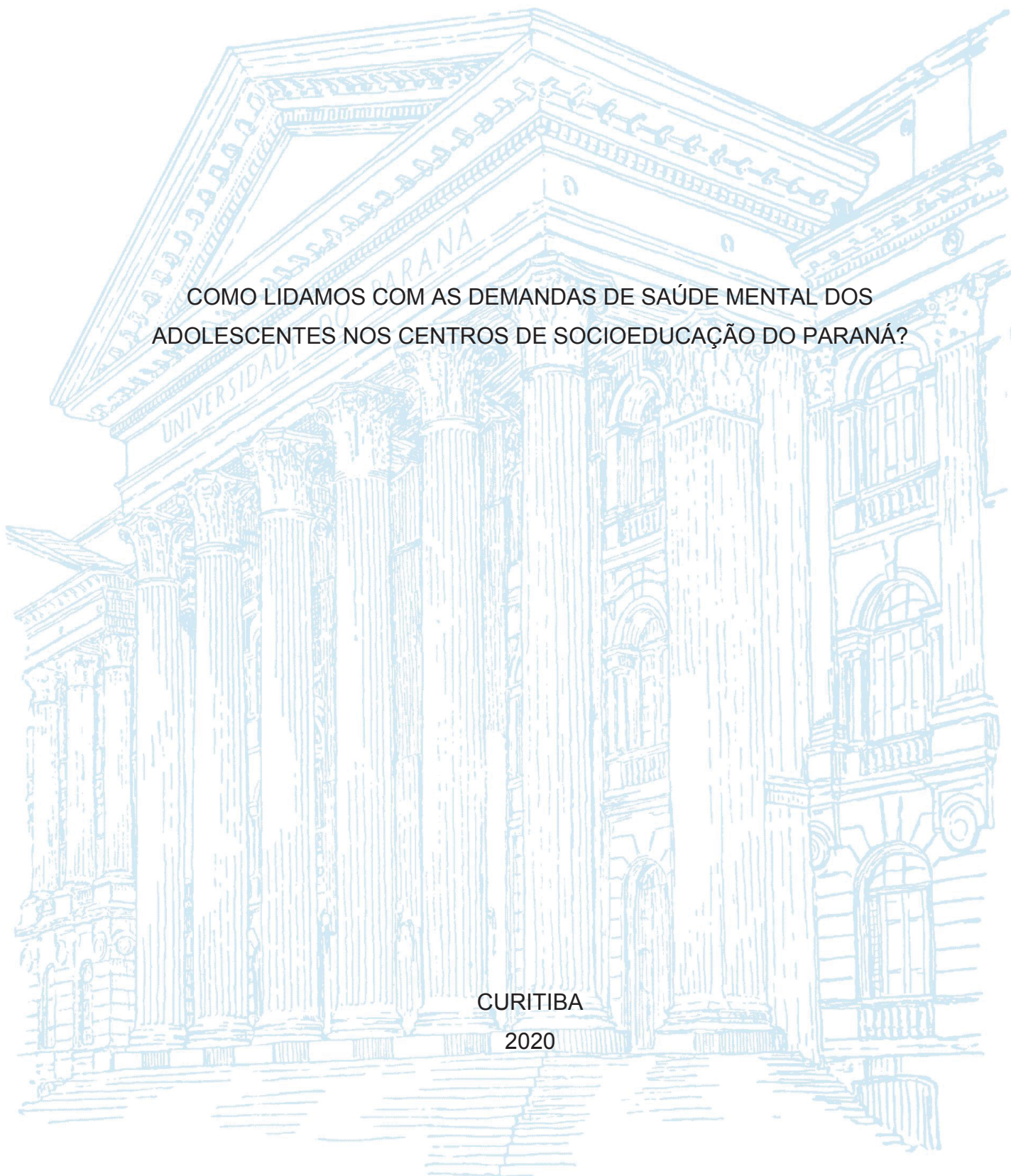
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA PAULA ALMEIDA ROCHA OHATA

COMO LIDAMOS COM AS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL DOS  
ADOLESCENTES NOS CENTROS DE SOCIOEDUCAÇÃO DO PARANÁ?

CURITIBA

2020



ANA PAULA ALMEIDA ROCHA OHATA

COMO LIDAMOS COM AS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL DOS  
ADOLESCENTES NOS CENTROS DE SOCIOEDUCAÇÃO?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva, na linha de pesquisa Políticas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Milene Zanoni Silva

Coorientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

CURITIBA

2020

O36 Ohata, Ana Paula Almeida Rocha  
Como lidamos com as demandas de saúde mental  
dos adolescentes nos Centros de Socioeducação do  
Paraná? [recurso eletrônico] / Ana Paula Almeida  
Rocha Ohata. – Curitiba, 2020.

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Milene Zanoni Silva  
Coorientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos  
Santos

1. Saúde mental. 2. Saúde do adolescente. 3.  
Pessoal de saúde. 4. Centros socioeducacionais. I.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO

COSTA JORDÃO CRB 9/991



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -  
40001016103P7

## 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 ANA PAULA ALMEIDA ROCHA OHATA intitulada: *Como lidamos com as demandas de saúde mental dos adolescentes nos Centros de Socioeducação 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

30/09/2020 16:58:18.0

MILENE ZANONI DA SILVA

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

30/09/2020 14:16:14.0

JOSÉ AUGUSTO LEANDRO

Avallador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA)

Assinatura Eletrônica

01/10/2020 15:11:15.0

DANUTA ESTRUFKA CANTOIA LUIZ

Avallador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA)

RUA PADRE CAMARGO 280, 3º ANDAR - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80060-240 - Tel: (41) 3360-7271 - E-mail: [mestradoscoletvufpr@gmail.com](mailto:mestradoscoletvufpr@gmail.com)

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 54203

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 54203

## RESUMO

As principais demandas em saúde mental dos adolescentes em privação de liberdade envolvem ideação suicida, automutilação, insônia e depressão. O estudo teve um delineamento qualitativo de cunho exploratório-descritivo, o qual buscou analisar o contexto, as práticas e a visão dos profissionais referentes às crises e ao sofrimento mental de adolescentes que estão inseridos nos CENSE. As unidades selecionadas foram: CENSE 2 Londrina, CENSE Maringá, CENSE de São José dos Pinhais, CENSE Pato Branco, CENSE Laranjeiras do Sul, CENSE Fazenda Rio Grande, as quais receberam nomes de pássaros para não serem identificadas na análise dos dados. Optou-se pela análise qualitativa de cunho exploratório-descritivo utilizando-se a técnica do Grupo Focal, duas categorias emanaram das narrativas coletadas: a) ambiência e crise em saúde mental; b) processo de trabalho e as crises em saúde mental dos adolescentes. O período da coleta dos dados primários deu-se entre os meses de junho a dezembro de 2019. Os participantes foram selecionados de dois modos, quando o GF ocorria na unidade, o Diretor dessa verificava a disponibilidade dos profissionais e convidava-os para participar. Outro momento de recrutamento foi logo após a formação em saúde mental que os profissionais estavam participando, momento em que os facilitadores explicavam o motivo da pesquisa, e convidavam os profissionais para participar do GF. O tempo médio do GF foi de 1h30min, gravados, filmados e transcritos na íntegra. Para análise dos dados utilizou-se da abordagem hermenêutica e narrativa, onde as vozes colhidas possibilitaram criar dois núcleos argumentais. Tem-se que unidades menores possibilitam o melhor cuidado; a implantação do protocolo de suicídio propiciou segurança e agilidade para os profissionais; há um excesso de medicalização dos adolescentes. Concluímos, que a atenção dispensada para o manejo das demandas de saúde mental dos adolescentes está intrinsecamente ligada as relações interpessoais da equipe, a percepção real da concepção de homem e de mundo, e a capacidade instalada das unidades.

Palavras-chave: adolescente. saúde mental. conduta profissional

## **ABSTRACT**

The main mental health demands of adolescents in deprivation of liberty involve suicidal ideation, self-mutilation, insomnia and depression. The study had a qualitative design of an exploratory-descriptive nature, which sought to analyze the context, practices and view of professionals regarding crises and mental suffering of adolescents who are part of the CENSE. The selected units were: CENSE 2 Londrina, CENSE Maringá, CENSE of São José dos Pinhais, CENSE Pato Branco, CENSE Laranjeiras do Sul, CENSE Fazenda Rio Grande, which were given the names of birds to not be identified in the data analysis. We opted for qualitative analysis of an exploratory-descriptive nature using the Focus Group technique, two categories emanated from the collected narratives: a) ambience and crisis in mental health; b) work process and adolescent mental health crises. The primary data collection period took place from June to December 2019. Participants were selected in two ways, when the FG occurred within the unit, the Director of the latter checked the availability of professionals and invited them to participate. Another recruiting moment was right after the mental health training that the professionals were participating in, when the facilitators explained the reason for the research, and invited the professionals to participate in the FG. GF's average time was 1h30min, recorded, filmed and transcribed in full. For data analysis, the hermeneutic and narrative approach was used, where the collected voices made it possible to create two argument centers. It is known that smaller units provide the best care; the implementation of the suicide protocol provided security and agility for professionals; there is an excess of medicalization among adolescents. We conclude that the attention given to the management of adolescents' mental health demands is intrinsically linked to the team's interpersonal relationships, the real perception of the concept of man and the world, and the installed capacity of the units.

Keywords: teenager. Mental health. Professional conduct

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2.</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>12</b>
<b>2.1</b>	<b>DA CONCEPÇÃO DE MENOR AO SUJEITO DE DIREITO</b>	<b>12</b>
<b>2.2</b>	<b>AS LEGISLAÇÕES E O SISTEMA SOCIEDUCATIVO</b>	<b>13</b>
<b>2.3</b>	<b>DA PRIVAÇÃO DE LIBERDADE AO SOFRIMENTO PSÍQUICO</b>	<b>21</b>
2.3.1	Crise em saúde mental	22
2.3.2	O processo de metamorfose na adolescência e o sofrimento psíquico	24
<b>3.</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO</b>	<b>27</b>
<b>3.1</b>	<b>TIPO DE ESTUDO</b>	<b>27</b>
<b>3.2</b>	<b>POPULAÇÃO e LOCAIS DE ESTUDO</b>	<b>27</b>
<b>3.3</b>	<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO</b>	<b>30</b>
3.3.1	Inclusão	30
3.3.2	Exclusão	30
<b>3.4</b>	<b>COLETA DE DADOS</b>	<b>31</b>
<b>3.5</b>	<b>ANALISE DOS DADOS</b>	<b>32</b>
<b>3.6</b>	<b>RELEVÂNCIA SOCIAL</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>33</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>48</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>50</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Após a redemocratização do País na década de 1970, dada pelos movimentos sociais organizados, deu-se o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos. Com a Carta Constitucional de 1988 foi iniciada a criação de um projeto de sociedade democrática, participativa e inclusiva, culminando na década seguinte na promulgação da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1996).

Com este aparato legislativo, houve, portanto, o redirecionamento das atribuições do Estado, o papel da família e da sociedade em relação à criança e ao adolescente (CAMPOS e FRANCISSHINI, 2005; SOUZA e COSTA, 2013). Um dos pontos mais relevantes do ECA diz respeito ao adolescente que comete ato infracional, ao criar-se um mecanismo de responsabilização por tal ato, conhecido como medida socioeducativa. É relevante salientar que, muito embora a medida socioeducativa assemelhe-se a uma pena, difere desta por aspectos essenciais, tais como a busca por uma maior individualização, no sentido da sua adequação à história de cada adolescente em particular, ao invés de adequar-se apenas à infração cometida, bem como sua intenção enquanto ação pedagógica sistematizada (BRASIL, 1996).

Somente 12 anos após o ECA, é instituído o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) através da Lei 12.594 de 18 de janeiro de 2012, esta apresenta um conjunto ordenado de princípios, regras e critérios que envolvem a execução de medidas socioeducativas, aplicadas aos adolescentes em conflito com a lei regulamentando a execução das medidas previstas no ECA como: advertência; obrigação de reparar o dano; prestação de serviços à comunidade; liberdade assistida; inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional, sendo este o último recurso a ser aplicado (BRASIL, 2006).

Destarte, almeja-se que o conjunto de ações socioeducativas envolvidas 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).



Os Centros de Socioeducação devem 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; educação; profissionalização/trabalho/previdência; família, comunidade e segurança (SILVA, 2012).

No entanto, apesar da amplitude desses parâmetros, a perda de liberdade não é apenas o ato de ir e vir, e sim a perda de sua individualidade, ocasionando alguns efeitos danosos como ansiedade, carência afetiva, baixa autoestima, ideação suicida, suicídio entre outros (MARTINS, 2017).

Pesquisa realizada no sistema socioeducativo do Rio de Janeiro, aponta que a percepção dos profissionais de saúde mental que atuam nas unidades sobre as demandas dos adolescentes em saúde mental são as alterações de humor, déficit de atenção, hiperatividade, quadros depressivos pós-internação, transtorno de estresse pós traumático, insônia, angústia, uso de drogas, ideação suicida, automutilação. (RIBEIRO; RIBEIRO; DESLANDES, 2018)

Estudos internacionais realizados com adolescentes privados de liberdade, apontam que 16% já tiveram em algum momento de sua vida pensamentos suicidas (MOORE; GASKIN; INDIG, 2015), e estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes, sendo que estas são mais frequentes entre jovens e mulheres (BOTEGA, 2014).

Ademais, 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, 2015). Para Radeloff et al. (2015), devido a combinação desses fatores, a ideação suicida, planos e tentativas são muito mais comuns em jovens privados de liberdade em comparação a população em geral considerando à idade de 12 a 18 anos, o período da privação de liberdade.

Diferentes razões podem contribuir para o suicídio em adolescentes infratores, primeiro que os jovens privados de liberdade apresentam características associadas ao abuso de substância e/ou transtornos mentais. Segundo, além desse perfil de risco “importado”, o próprio ambiente das instalações pode contribuir para o suicídio, o risco do confinamento devido às condições estressantes. (RADELOFF et al., 2015)

Fazel, Benning e Danesh (2005), apresentam estimativas consideráveis de risco relativo (RR) de suicídio em adolescentes privados de liberdade, sendo o risco aumentado 18 vezes em comparação a população geral da Grã-Bretanha.

Contudo, os dados Brasileiros não estão distantes da realidade internacional, segundo o Levantamento Anual do SINASE sobre as causas de óbito durante o período de privação de liberdade, tem-se que “as três principais causas de óbito em unidades de internação foram: 59% decorrência de conflito interpessoal (17 adolescentes); 17% conflito generalizado (cinco adolescentes) e 14% suicídio (quatro adolescentes)” (BRASIL, 2013, p.33). E, observando os dados compilados no Plano Decenal dos direitos da criança e do adolescente elaborado em 2013 no Estado do Paraná é possível verificar que, entre 2009 e 2011 registrou-se 62 casos de suicídio, sendo 3 em crianças e 59 em adolescentes.

Salienta-se que o suicídio imputa o desejo consciente de morrer, o comportamento suicida pode ser dividido em três categorias: ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar), tentativa de suicídio e suicídio consumado (VILARINS, 2014; BARROS, OLIVEIRA e MARIN-LEON, 2004). A ideação suicida é um importante preditor de risco para o suicídio, sendo considerada o primeiro “passo” para sua efetivação (WERLANG e BOTEGA, 2004).

“No caso dos adolescentes que cometeram um ato infracional, as crises no contexto da saúde mental e as ideações suicidas não costumam surgir prioritariamente durante uma medida socioeducativa. Assim como, adolescentes com algum diagnóstico de transtorno mental não agudizam ou tem episódios de agitação psicomotora de forma inata ou sem fatores ambientais aparentes relacionados, seja ao próprio histórico do adolescente, seja por questões e regras institucionais estranhas ao adolescente que acaba modulando respostas consideradas apropriadas por eles” (FERRO et al. 2018, p.98).

Como arranjo institucional, o Governo do Estado do Paraná, com intuito de prevenir as ocorrências no sistema socioeducativo elaborou 9 cadernos de socioeducação dentre estes o Caderno de Socioeducação: Prevenção do Suicídio, o qual tem como objetivo oferecer subsídios e orientações práticas para prevenção ao suicídio nas Unidades. Destaca-se que Estado é pioneiro na formulação e implantação desse protocolo, sendo considerado modelo, frente a isto é importante desenvolvermos pesquisas que possam contribuir para seu aperfeiçoamento.

Outra disposição foi a Resolução 30/GS/SEJU, a qual cria o Sistema Informatizado de Medidas Socioeducativas e o *Business Intelligence* (BI) -

Atendimento Socioeducativo, o qual contém informações para o monitoramento dos adolescentes com indicativos de transtornos mentais, com histórico de tratamento psicológico ou psiquiátrico, que fazem uso de medicamentos controlados, tentativas de suicídio ocorridas antes ou durante o período de privação de liberdade, bem como histórico familiar de tentativa de suicídio e de doença mental.

Segundo este Caderno as melhores práticas a serem desenvolvidas nas unidades de atendimento baseiam-se nos seguintes recursos: ampliar as atividades pedagógicas; adoção de práticas profissionais que estimulem o protagonismo juvenil; fortalecimento da convivência familiar e comunitária através de atividades externas às unidades socioeducativas; desenvolvimento de projetos de prevenção e promoção de saúde; programa de para equipe sobre ideação suicida; monitoramento sistematizado dos adolescentes durante todo o cumprimento da medida socioeducativa, a fim de identificar aqueles que podem apresentar alto risco (PARANA, 2018).

Frente essa inovação do Estado, foi proposta uma parceria entre Universidade Federal do Paraná e o Governo do Estado do Paraná para realizar um projeto de pesquisa o qual foi aprovado, sendo este intitulado *“Manejo e Práticas Relacionadas às Crises e ao Sofrimento em Saúde Mental nos Centros de Socioeducação (CENSE) e Casas de Semiliberdade da Secretaria de Estado de Justiça, Família e Trabalho”*, submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa com aprovação segundo CAAE 02353018.3.0000.0102.

A pesquisa na qual este projeto está inserido tem diversos eixos de investigação, sendo: primeiro eixo analisar o manejo e as práticas dos profissionais frente às demandas de saúde mental dos adolescentes; segundo eixo diz respeito às atividades ofertadas e como são estruturadas as rotinas dos adolescentes em atendimento; terceiro eixo refere-se ao uso de psicotrópicos pelos adolescentes, e o quarto eixo usa a ferramenta Terapia Comunitária Integrativa (TCI), para o manejo do sofrimento mental de trabalhadores.

O primeiro eixo proposto trata-se dos eventos adversos de crise que, apesar de ter um amplo espectro, deve ocorrer quando outros meios forem ineficazes para atingir o objetivo desejado, ou seja, quando esgotarem todas as possibilidades de diálogo, devendo ser empregado proporcionalmente à resistência oferecida e autorizada somente pelo Diretor do CENSE (PARANÁ, 2016).

Nesse interim, o objetivo precípua deste estudo é analisar o manejo e as práticas dos profissionais que atuam nos CENSE, relacionadas as demandas de saúde mental dos adolescentes inseridos neste espaço.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 DA CONCEPÇÃO DE MENOR AO SUJEITO DE DIREITO**

A concepção de infância como uma “fase da vida” pode ser pensada enquanto resultado de um processo de estudos e pesquisas ocorridas ao longo da história, marcado por transformações que propiciaram mudanças no que tange ao tratamento despendido à criança. Nesse sentido, refletir sobre a criança implica pensar a cultura, a sociedade, as diferentes instâncias sociais (MARINO, 2014).

Até o século XIX, a palavra menor era utilizada para assinalar limites etários que impediam as pessoas de ter direito a emancipação paterna ou assumir responsabilidade por crimes civis, ou canônicos. Nesse sentido a palavra menor, no período colonial, refere-se a idade, e não a conjuntura de menor abandonado (LONDOÑO, 1995; MARINO, 2014).

Nesse processo histórico, nos deparamos com documentos que apontaram o aparecimento da palavra menor no vocabulário jurídico brasileiro, no final do século XIX e começo do XX. A partir de 1920 a palavra passou a declarar e indicar a criança em relação à situação de abandono e a marginalidade, além de definir sua condição civil e jurídica, e os direitos que lhe correspondem (LONDOÑO, 1995).

Após a Proclamação da Independência, o termo menor e menoridade foram utilizados pelos juristas na determinação da idade, como um dos critérios que definiam a responsabilidade penal do indivíduo pelos seus atos.

Para Tobias Barreto de Menezes (1926), os critérios etários alegando que o limite de anos estabelecido no Código de 1890, era fruto de uma má inteligência do Direito romano. Mais do que a própria idade, é a consciência do dever, a consciência do ato que se executa, a que define se a criança tem condição de responder ante o juiz pela sua conduta.

Edson Passetti (1995, p. 146), comenta sobre a questão do menor no Brasil republicano o qual “somente passou a ser enfrentada em meados dos anos 70, através de denúncias regulares na imprensa contra a situação em que se

encontravam as crianças, principalmente após o golpe de 64 e o fracasso do milagre econômico”.

Foi com o Ato Internacional da Criança (1978) que a história da criança no Brasil e de sua repressão começou a ser pesquisada. Isso levou à formação de diversas associações que se articularam na defesa dos direitos da criança e acabaram influenciando o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Contudo, somente em 1988 com a promulgação da nova Constituição Federal, o **termo menor foi definitivamente abandonado da letra jurídica nacional**. No entanto, atualmente, ainda encontramos o uso recorrente do termo difundido pelos meios de comunicação, especialmente quando se trata da relação entre o menor de idade e a infração. Tais veículos colaboram para uma visão, a do imaginário social, dicotomizada entre crianças de famílias “estruturadas” (boas e educadas) e o “menor” de famílias “desestruturadas” (pobre e perigoso) (MATTOS e TORRALBA, 2002).

## 2.2 AS LEGISLAÇÕES E O SISTEMA SOCIEDUCATIVO

As crianças e adolescentes no Brasil ao situá-las pelo prisma historiográfico, é possível observar que o lugar das crianças esteve presente entre as linhas regimentais, nos documentos legais que, por meio de imposições e decretos, sinalizaram e sinalizam o lugar onde estão, estiveram ou deveriam estar (MARINO, 2014).

Certamente, o Estado brasileiro reconhece a criança e o adolescente como pessoas humanas especiais, ao lado das nações que afirmam a necessidade de se garantir a toda criança proteção integral para o seu pleno desenvolvimento. A Constituição de 1988 expressa esse reconhecimento, ao consagrar a doutrina da proteção integral da criança e do adolescente (SANTOS, 2007)

Reconhecer a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, a serem protegidos e garantidos pelo Estado, pela sociedade e pela família, como decorre na Constituição, implica não apenas a sua consagração como direitos fundamentais, direitos humanos, mas a principalidade de sua garantia, à medida que a prioridade nessa proteção tem como desfecho a dignidade da pessoa humana (SANTOS, 2007).

A análise anterior se impõe ao tratarmos da criança e do adolescente, considerando-se não apenas a sua condição especial de pessoa em desenvolvimento, como também as más condições sociais, que fragilizam grande número de famílias brasileiras (SANTOS, 2007).

Com base nesses documentos históricos desenhamos uma linha do tempo para que a compreensão dos fatos legislativos tornasse mais claros.

- **Até 1900 – Final do Império e início da República**

O código Brasileiro de 1820 isentava da criminalidade os menores de 14 anos quando não era provado o discernimento do fato, recolhendo-os às casas de correção até completarem 17 anos. No código de 1890 ficavam estabelecidas as fases da infância que marcavam o sujeito no ato da infração penal, os de idade inferior a 9 anos eram considerados inimputáveis, aqueles cujas idades estavam entre 9 a 14 anos eram beneficiados com atenuantes (BOEIRA; MACHIESKI e RIBEIRO, 2017).

Até o século XX, não se tem registro no Estado brasileiro de políticas sociais desenvolvidas na área da criança e do adolescente. As pessoas com recursos financeiros limitados eram entregues aos cuidados da Igreja Católica através de algumas instituições, entre elas as Santas Casas de Misericórdia. No Brasil, a primeira Santa Casa foi fundada no ano de 1543, na Capitania de São Vicente (Vila de Santos). Estas instituições direcionavam suas atividades ao atendimento dos doentes, os órfãos e desprovidos.

- **1900 a 1930 – A República**

O início do século XX foi marcado, no Brasil pelo surgimento das lutas de classes sociais, os movimentos sociais desse período se desenvolveram tendo como pano de fundo entusiasmo pela vida nacional liderado pelo proletariado nascente no meio urbano. O Comitê de Defesa Proletária foi criado durante a greve geral de 1917. Esse reivindicava, entre outras coisas, a proibição do trabalho de menores de 14 anos e a abolição do trabalho noturno de mulheres e de menores de 18 anos (BEM, 2006).

No ano de 1927, foi promulgado o primeiro documento legal para a população menor de 18 anos: o Código de Menores, que ficou popularmente conhecido como Código Mello Mattos. O Código de Menores tratava apenas das

crianças em situação irregular, definindo em seu Artigo 1º que o menor, de um ou outro sexo, abandonado ou delinquente, que tiver menos de 18 anos, será submetido pela autoridade competente as medidas de assistência e proteção contidas neste Código. (BRASIL, 1927).

O Código de Menores visava estabelecer diretrizes claras para o cuidado da infância e juventude excluídas, regulamentando questões como trabalho infantil, tutela e pátrio poder, delinquência e liberdade vigiada. O Código de Menores revestia a figura do juiz de grande poder, sendo que o destino de muitas crianças e adolescentes ficava a indulgência do julgamento e da ética do juiz (MARINO, 2014; DAMINELLI, 2017; BOEIRA; MACHIESKI e RIBEIRO, 2017; PRIORE, 1995).

- **1930 a 1945 – Estado Novo**

O Estado Novo, como ficou conhecido este período, vigorou entre 1937 e 1945, sendo marcado no campo social pela instalação do aparato executor das políticas sociais no país (MARINO, 2014; DAMINELLI, 2017; BOEIRA; MACHIESKI e RIBEIRO, 2017; PASSETTI, 1995).

Em 1942, foi criado o Serviço de Assistência ao Menor – SAM. Tratava-se de um órgão do Ministério da Justiça e que funcionava como um equivalente do sistema Penitenciário, porém, para a população menor de idade. O funcionamento era correcional-repressiva. O sistema previa atendimento diferente para o adolescente autor de ato infracional e para o menor carente e abandonado (DAMINELLI, 2017).

Além do SAM, algumas entidades federais de atenção à criança e ao adolescente foram criadas, programas estes que visavam o campo do trabalho, com práticas assistencialistas (PRIORE, 1995):

- LBA – Legião Brasileira de Assistência – agência nacional de assistência social criada por Darcy Vargas. Intitulada originalmente de Legião de Caridade Darcy Vargas, a instituição era voltada primeiramente ao atendimento de crianças órfãs da guerra.
- Casa do Pequeno Jornaleiro: programa de apoio a jovens de baixa renda baseado no trabalho informal e no apoio assistencial e socioeducativo.
- Casa do Pequeno Lavrador: programa de assistência e aprendizagem rural para crianças e adolescentes filhos de camponeses.

- Casa do Pequeno trabalhador: Programa de capacitação e encaminhamento ao trabalho de crianças e adolescentes urbanos de baixa renda. Casa das Meninas: programa de apoio assistencial e socioeducativo as adolescentes do sexo feminino com problemas de conduta.

- **1945 a 1964 – Redemocratização**

Em 1945, o Governo Vargas é deposto e uma nova constituição é promulgada em 1946, de caráter liberal, esta constituição simbolizou a volta das instituições democráticas (BOEIRA; MACHIESKI e RIBEIRO,2017).

O SAM passa a ser considerado, perante a opinião pública, repressivo, desumanizante e conhecido como “universidade do crime”. O início da década de 60 foi marcado, portanto, por uma sociedade civil mais bem organizada, e um cenário internacional polarizado pela guerra fria, em que parecia ser necessário estar de um ou outro lado (DAMINELLI, 2017; BOEIRA; MACHIESKI e RIBEIRO,2017).

- **1964 a 1979 – Regime Militar**

O Golpe Militar de 64 posicionou o Brasil, frente ao panorama internacional da guerra fria, em linha com os países capitalistas. Com a ditadura militar instituída, foi interrompido por mais de 20 anos o avanço da democracia no país. Em 1967, houve a elaboração de uma nova Constituição, que estabeleceu diferentes diretrizes para a vida civil. A presença autoritária do estado tornou-se uma realidade. Restrição à liberdade de opinião e expressão; recuos no campo dos direitos sociais e instituição dos Atos Institucionais que permitiam punições, exclusões e marginalizações políticas eram algumas das medidas desta nova ordem trazidas pelo golpe. Como forma de conferir normalidade a está prática de exceção foi promulgada em 1967, nova constituição Brasileira (DAMINELLI, 2017; BOEIRA; MACHIESKI e RIBEIRO,2017).

O período dos governos militares foi pautado, para a área da infância, por dois documentos significativos e indicadores da visão vigente:

- A Lei que criou a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Lei 4.513 de 1/12/64)
- O Código de Menores de 79 (Lei 6697 de 10/10/79)

A Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor tinha como objetivo formular e implantar a Política Nacional do Bem Estar do Menor, herdando do SAM o prédio e



peçoal e, com isso, toda a sua cultura organizacional. A FUNABEM propunha-se a ser a grande instituição de assistência à infância, cuja linha de ação tinha como foco a internação dos abandonados e carentes como dos infratores (BOEIRA; MACHIESKI e RIBEIRO,2017).

O Código de Menores de 1979 constituiu-se em uma revisão do Código de Menores de 27, não rompendo, no entanto, com sua linha principal de arbitrariedade, assistencialismo e repressão junto à população infanto-juvenil. Esta lei introduziu o conceito de “menor em situação irregular”, que reunia o conjunto de meninos e meninas que estavam dentro do que alguns autores denominam infância em “perigo” e infância “perigosa”. Esta população era colocada como objeto potencial da administração da Justiça de Menores. É interessante que o termo “autoridade judiciária” aparece no Código de Menores de 1979 e na Lei da Fundação do Bem Estar do Menor, respectivamente, 75 e 81 vezes, conferindo a esta figura poderes ilimitados quanto ao tratamento e destino desta população (DAMINELLI, 2017; BOEIRA; MACHIESKI e RIBEIRO,2017).

A política nacional do bem-estar do menor, introduzida através da lei 4.513 de 1/12/1964, é apresentada em setembro de 1965, nove meses após a criação da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor. A lei invoca a participação da comunidade para que junto ao governo participem da “tarefa urgente” de procurar encontrar soluções para o problema do menor no Brasil (DAMINELLI, 2017; BOEIRA; MACHIESKI e RIBEIRO,2017).

A criação da FUNABEM emerge como imperativo para a dissolução do antigo Serviço de Atendimento ao Menor - SAM – do estado da Guanabara, devido às sucessões de rebeliões providas pelos internos e por considerar obsoletas as técnicas de reeducação ao menor (BOEIRA; MACHIESKI e RIBEIRO,2017; PASSETTI, 1995).

- **Década de 80 – Redemocratização**

A década de 80 permitiu que a abertura democrática tornasse uma realidade materializada na Constituição Federal de 1988 (BOEIRA; MACHIESKI e RIBEIRO,2017).

Para os movimentos sociais pela infância brasileira, a década de 80 representou também importantes e decisivas conquistas. A organização dos grupos em torno do tema da infância era basicamente de dois tipos: os menoristas e os

estatutistas. Os primeiros defendiam a manutenção do Código de Menores, que se propunha a regulamentar a situação das crianças e adolescentes que estivessem em situação irregular (Doutrina da Situação Irregular). Já os estatutistas defendiam uma grande mudança no código, instituindo novos e amplos direitos às crianças e aos adolescentes, que passariam a ser sujeito de direitos e a contar com uma Política de Proteção Integral (DAMINELLI, 2017; BOEIRA; MACHIESKI e RIBEIRO,2017).

Formada em 1987, a Assembleia Nacional Constituinte, nesta organizou-se um grupo de trabalho sobre o tema da criança e do adolescente, cujo resultado concretizou-se no artigo 227 da Constituição Federal de 88, que introduz conteúdo e enfoque próprios da Doutrina de Proteção Integral da Organização das Nações Unidas, trazendo os avanços da normativa internacional para a população infanto-juvenil brasileira. Este artigo garantia às crianças e adolescentes os direitos fundamentais de sobrevivência, desenvolvimento pessoal, social, integridade física, psicológica e moral, além de protegê-los de forma especial, ou seja, através de dispositivos legais diferenciados, contra negligência, maus tratos, violência, exploração, crueldade e opressão (DAMINELLI, 2017; BOEIRA; MACHIESKI e RIBEIRO,2017).

Estavam lançadas, portanto, as bases do Estatuto da Criança e do Adolescente. É interessante notar que a Comissão de Redação do ECA teve representação de três grupos expressivos: o dos movimentos da sociedade civil, o dos juristas (principalmente ligados ao Ministério Público) e o de técnicos de órgãos governamentais (notadamente funcionários da própria Funabem). (DAMINELLI, 2017; BOEIRA; MACHIESKI e RIBEIRO,2017).

Muitas das entidades vindas dos movimentos da sociedade civil surgiram em meados da década de 80 e tiveram uma participação fundamental na construção deste arcabouço legal que temos hoje. Como exemplos, destaca-se o Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua (MNMNR), que surgiu em 1985 em São Bernardo do Campo, um importante centro sindical do país, e a Pastoral da Criança, criada em 1983, em nome da CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, envolvendo forte militância proveniente dos movimentos sociais da igreja católica (DAMINELLI, 2017; BOEIRA; MACHIESKI e RIBEIRO,2017).

- **Década de 90 – Consolidando a Democracia**

A promulgação do ECA (Lei 8.069/90) ocorreu em 13 de julho de 1990, consolidando uma grande conquista da sociedade brasileira: a produção de um documento de direitos humanos que contempla o que há de mais avançado na normativa internacional em respeito aos direitos da população infanto-juvenil. Este novo documento altera significativamente as possibilidades de uma intervenção arbitrária do Estado na vida de crianças e jovens. Como exemplo disto pode-se citar a restrição que o ECA impõe à medida de internação, aplicando-a como último recurso, restrito aos casos de cometimento de ato infracional (DAMINELLI, 2017; BOEIRA; MACHIESKI e RIBEIRO,2017).

Desde a promulgação do ECA, um grande esforço para a sua implementação vem sendo feito no âmbito governamental e não-governamental. A crescente participação do terceiro setor nas políticas sociais, fato que ocorre com evidência a partir de 1990, é particularmente forte na área da infância e da juventude. A constituição dos conselhos dos direitos, uma das diretrizes da política de atendimento apregoada na lei, determina que a formulação de políticas para a infância e a juventude deve vir de um grupo formado paritariamente por membros representantes de organizações da sociedade civil e membros representantes das instituições governamentais (DAMINELLI, 2017; BOEIRA; MACHIESKI e RIBEIRO,2017).

No entanto, a implementação integral do ECA ainda representa um desafio para todos aqueles envolvidos e comprometidos com a garantia dos direitos da população infanto-juvenil. Antonio Carlos Gomes da Costa, em um texto intitulado “O Desafio da Implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente”, denomina de salto triplo os três pulos necessários à efetiva implementação da lei. São eles:

1. Mudanças no panorama legal: os municípios e estados precisam se adaptar à nova realidade legal. Muitos deles ainda não contam, em suas leis municipais, com os conselhos e fundos para a infância.
2. Ordenamento e reordenamento institucional: colocar em prática as novas institucionalidades trazidas pelo ECA: conselhos dos direitos, conselhos tutelares, fundos, instituições que executam as medidas sócio-educativas e articulação das redes locais de proteção integral.
3. Melhoria nas formas de atenção direta: É preciso aqui “mudar a maneira de ver, entender e agir dos profissionais que trabalham diretamente com as crianças e adolescentes”. Estes profissionais são historicamente marcados pelas práticas

assistencialistas, corretivas e muitas vezes repressoras, presentes por longo tempo na história das práticas sociais do Brasil.

Com isto, há ainda um longo caminho a ser percorrido antes que se atinja um estado de garantia plena de direitos com instituições sólidas e mecanismos operantes. No entanto, pode-se dizer com tranquilidade que avanços importantes vêm ocorrendo nos últimos anos, e que isto tem um valor ainda mais significativo se contextualizado a partir da própria história brasileira, uma história atravessada mais pelo autoritarismo que pelo fortalecimento de instituições democráticas. Neste sentido, a luta pelos direitos humanos no Brasil é ainda uma luta em curso, merecedora da perseverança e obstinação de todos os que acreditam que um mundo melhor para todos é possível.

- **Século XXI – Criação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)**

Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, instituído pela Lei 12.594 de 18 de janeiro de 2012, apresenta um conjunto ordenado de princípios, regras e critérios que envolvem a execução de medidas socioeducativas, aplicadas aos adolescentes em conflito com a lei. Aquela regulamenta a execução das medidas socioeducativas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) como: advertência; obrigação de reparar o dano; prestação de serviços à comunidade; liberdade assistida; inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional.

Contudo, compete aos Estados da Federação elaborar o Plano de Atendimento Socioeducativo, os quais incluem a criação, o desenvolvimento, o cofinanciamento e a manutenção de programas para a execução das medidas socioeducativas de semiliberdade e internação (BRASIL, 2006), distribuindo-os de forma regionalizada (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 (BRASIL, 2006). Assim sendo, 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).

Almeja-se desta forma, 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).

Ao enumerar direitos, estabelecer princípios e diretrizes para o atendimento, definir competências e atribuições, a Constituição Federal e o ECA instalaram um sistema de Garantia de Direitos (SGD), o qual inclui princípios e normas que regem a política de atenção integral à criança e adolescentes, cujas ações são promovidas pelo Poder Público em suas três esferas (Federal, Estadual e Municipal), e pelos três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e pela sociedade civil, dos três eixos (Promoção, Defesa e Controle Social) (BRASIL, 2006).

A Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SEJU) 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 Departamento tem como atribuição primordial a gestão e a qualificação do atendimento socioeducativo de internação, internação provisória e semiliberdade, de acordo com as normas e recomendações do (SINASE) e dos compromissos internacionais de direitos humanos (PARANÁ, 2014).

### 2.3 DA PRIVAÇÃO DE LIBERDADE AO SOFRIMENTO PSÍQUICO

O sistema socioeducativo tem como premissa o processo de internação de crianças e adolescentes, com a finalidade jurídica e pedagógica, no entanto, o caráter institucional pode gerar inúmeros fenômenos. Segundo Goffman (2008), as instituições totais são impregnadas por uma ruptura do “eu civil”, em que o interno é impedido de decidir sobre aspectos da vida cotidiana, como ir ao banheiro, deitar-se, ler um livro, praticar esporte, entre outras atividades.

Neste sentido, pode-se considerar como instituição total o sistema socioeducativo na privação de liberdade, pois os adolescentes perdem o “eu civil”

seguindo a padronização da estrutura, como horário para acordar, escolarização, almoço, banheiro e dormir. A perda de liberdade não é apenas o ato de ir e vir, e sim a perda de sua individualidade, ocasionando alguns efeitos danosos como ansiedade, carência afetiva, baixa autoestima, crises, ideação suicida, entre outros (BRASIL, 2006; MARTINS, 2017).

### 2.3.1 Crise em saúde mental

Neste tópico, é necessário diferenciar a nomenclatura utilizada na área de saúde relacionada ao termo “crise” e aquele utilizado na área dos CENSE, isso porque tal termo é polissêmico, permeado por significados e sentidos diversos (MARTINS, 2017). Na primeira, entende-se a crise como um estado de agudez dos sintomas psiquiátricos (MARTINS, 2012), já na segunda, como um evento ou situação crucial que ameace a segurança interna ou externa, comprometa o desenvolvimento da proposta pedagógica da unidade e exija uma resposta especial imediata, a fim de assegurar uma solução aceitável (PARANÁ, 2016).

A palavra crise tem sido apropriada por diferentes matrizes teóricas e pode significar diferentes fenômenos. Sua relação com o conceito de urgências psiquiátricas faz-se a partir do reconhecimento de que se está falando de situações em que o denominador comum é o sofrimento psíquico grave, associado ou não por comorbidades clínicas (SOUZA, 2008).

Para Boff (2002), a crise possui vitalidade criadora, que leva a pessoa a questionar sua existência e o mundo que a cerca. Ela é convocada a opinar e a decidir. É um momento crítico, uma descontinuidade e uma perturbação na normalidade da vida, quando algo é abandonado e abrem-se novas possibilidades de ser e de estar no mundo (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Apesar do momento de crise possuir dimensão de possibilidade, de inovação, acarreta certa turbulência na vida de quem passa por ela, pois retira a pessoa seu estado habitual de ordem e a coloca em uma situação de incômodo, de tomada de decisão. Na crise, o sofrimento é inegável. A pessoa sente-se deslocada do lugar-comum, da rotina estável e segura, da experiência da maioria. Em um mundo de identidades rígidas, essa experiência é dolorosa (BICHUETTI, 2000)

Especificamente no campo da saúde mental, é necessário considerarmos que qualquer esquema para definir *crise* deve analisar a organização psiquiátrica

existente em determinada época e em um momento histórico particular, uma vez que é problemática uma definição única de crise em saúde mental (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991; FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Dell'Acqua e Mezzina (1991) defendem que as situações de crise são aquelas nas quais se identificam pelo menos três dos seguintes parâmetros: - Grave sintomatologia psiquiátrica aguda; - Grave ruptura das relações familiares e/ou sociais; - Recusa das intervenções, mas aceitação do contato com a equipe; - Recusa de qualquer forma de contato; e situações emergenciais no contexto familiar e/ou social ou, ainda, impossibilidade pessoais de enfrentá-las.

Portanto, a definição de Crise e Urgência é sobremaneira subjetiva na medida em que depende de como o profissional interpreta o comportamento do sujeito. Segundo Amarante (2008), esses profissionais e os serviços em que atuam, apresentam grande dificuldade em oferecer aquilo que a pessoa em crise mais necessita: empatia, diálogo, corresponsabilização, humanização, subjetividade e criatividade. Dessa forma, o que se percebe no cotidiano da atenção às situações de crise e urgência em saúde mental permanece entre a pré-concepção de tratar-se de uma questão da ordem da segurança pública, ou da redução ao aplacamento de sintomas a serem silenciados.

Neste sentido, ressignificar a atenção às crises para além do silenciamento dos sintomas e do isolamento do sujeito inclui lidar com a complexidade e com a incerteza, impactando diretamente na capacidade dos profissionais e serviços em disponibilizar-se a atuar (LUZIO, 2010)

Para tanto, o movimento inglês da antipsiquiatria, nas décadas de 1960 e 70, ampliou as concepções de crise por intermédio de reflexões que iam além da sua sintomatologia, incluindo nela aspectos do contexto social, familiar e relacional, aprofundando a reflexão sobre a vivência da crise e sua singularidade para o sujeito que a vivencia concretamente (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Para Luzio (2010), enquanto experiência singular e disruptiva, a crise vai produzir experiências dolorosas, marcadas pela solidão, incerteza, temor e estranhamento. Por outro lado, mostra a sua importância como momento de produção de mudanças uma vez que contém elementos criativos, que expressam a particularidade do sujeito e seu desejo.

Na perspectiva do movimento antipsiquiatria pelos ingleses, e no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a noção de crise mudou significativamente,

passou a ser encarada de modo não uniforme, permitindo encontrar sua especificidade na singularidade do sujeito.

O sintoma passou a ser reelaborado como significante de uma realidade que se torna inteligível. Objetivava-se conectar o sujeito em crise ao seu sistema de relações e de recursos humanos, materiais e simbólicos. O paciente deveria conseguir atravessar a crise conservando sua continuidade existencial e histórica. A intervenção na crise pode ocorrer em qualquer lugar, em lugares da vida do paciente com a manutenção dos vínculos e a construção de novas redes de relação (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991).

A relação entre sujeito e enfermidade comporta as diferentes resultantes possíveis, compreendendo que a mesma entidade nosológica incide de forma diferenciada, e, porque não dizer única, conforme a história e os recursos materiais e subjetivos de cada sujeito.

Neste sentido, ao trazer o conceito de crise em saúde mental para o espaço do sistema socioeducativo é um desafio, desafio este que a pesquisa propõe analisar e compreender quais os caminhos necessários para um cuidado implicado deste adolescente privado de liberdade.

### 2.3.2 O processo de metamorfose na adolescência e o sofrimento psíquico

Os problemas mentais infantis mais comuns incluem os transtornos de conduta, os transtornos de atenção e hiperatividade, e os transtornos emocionais. Esses distúrbios são importantes na medida em que impõem sofrimento aos jovens e àqueles com quem convivem, e porque interferem no desenvolvimento psicossocial e educacional, com o potencial de gerar problemas psiquiátricos e de relacionamento interpessoal na vida adulta (ASSIS, 2009; FEITOSA, 2011).

A gênese dos problemas em crianças e adolescentes vincula-se a vários fatores: determinismo genético; desordens cerebrais, a exemplo da epilepsia; violência; perdas de pessoas significativas; adversidades crônicas; eventos estressantes agudos; problemas no desenvolvimento; adoção; abrigamento; além de problemas culturais e sociais que repercutem de forma significativa no desenvolvimento infantil (ASSIS, 2009; CRIVELATTI, 2007; ALCÂNTARA, 2010)

Associações entre problemas de comportamento e variáveis do ambiente familiar têm sido verificadas de forma consistente. A quantidade ou qualidade de



eventos negativos provenientes da família é apontada como particularmente prejudicial ao desenvolvimento infantil, sendo fator que predispõe a problemas de comportamento (CRIVELATTI, 2007).

Um sistema importante e de grande influência para a criança e o adolescente em sofrimento psíquico, é a família. Ela é o foco central da construção, da transformação, da mudança e do dinamismo, constituindo uma importante instituição formadora e capacitadora dessas crianças e adolescentes. O contexto em que essa família se insere influencia nas relações, nas mudanças no seu ciclo de vida, sendo importante considerar o impacto provocado por condições socioeconômicas e culturais. Para tanto, faz-se necessária uma estrutura familiar consistente o bastante para enfrentar as adversidades e conflitos que possam vir a surgir (MONTEIRO, 2012).

Por estar começando a se estruturar como sujeito perante a sociedade, a criança necessita de apoio emocional, social e psicológico, sendo a família a responsável direta por esse suporte.

Já o adolescente, por estar em uma fase de transição entre a vida infantil e a vida adulta, encontra-se em um momento em que muitas escolhas serão feitas. Essas escolhas gerarão grandes transformações, podendo trazer mudanças repentinas no humor, que significaria, por exemplo, passar da tristeza para a raiva ou para a euforia de forma intensa. Nessa fase, a busca incessante por desafios é o que o motiva, sendo o principal destes a aceitação nos grupos sociais que participa (MONTEIRO, 2012).

Os adolescentes se deparam com várias situações novas e pressões sociais, favorecendo condições próprias para que apresentem flutuações do humor e mudanças expressivas no comportamento. Alguns, entretanto, mais sensíveis e sentimentais, podem desenvolver quadros francamente depressivos com notáveis sintomas de descontentamento, confusão, solidão, incompreensão e atitudes de rebeldia (CRIVELATTI, 2007).

Para Who (2002), na adolescência, ocasionalmente, podem aparecer ideias de morte, uma vez que fazem parte do processo de desenvolvimento de estratégias, que acontece na infância e na adolescência, para lidar com problemas existenciais como, por exemplo, compreender o sentido da vida e da morte. A questão torna-se preocupante quando o suicídio passa a ser a única alternativa para suas dificuldades. A intensidade desses pensamentos, sua profundidade, duração, o

contexto em que surgem e a impossibilidade de desligar-se deles é que são fatores que distinguem um jovem saudável de um que se encontra à margem de uma crise suicida (BORGES, 2008).

É importante destacar que o suicídio é uma das dimensões do comportamento suicida que inclui um *continuum* de comportamentos que vão desde pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio até o desfecho fatal, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato (WERLANG e BOTEGA, 2004). Meleiro e Wang (1995) constatam que o comportamento suicida abrange uma vasta gama de cognições e comportamentos de intensidades variadas, ao mesmo tempo, em que envolve, no ato, fatores de mais diversa e complexa natureza.

A presença de ideação suicida e de uma história prévia de tentativa de suicídio constituem importantes fatores de predição quando se busca avaliar o risco de suicídio, podendo caracterizar um primeiro passo para a consolidação do ato destrutivo fatal (TURECKI, 1999; WERLANG, BORGES e FENSTERSEIFER, 2004). Botega et al (2005), sinalizam que a presença de idéias suicidas representa um elevado risco de uma futura tentativa de suicídio, havendo entre as duas variáveis forte relação.

Além disso, alguns autores afirmam que a existência de depressão acentua a possibilidade de o adolescente apresentar ideias suicidas (BECK; STEER e GRISHAM, 2000; BECK; BROWN e STEER, 1997).

Segundo Guattari (1992, p. 378), “a influência dos amigos supera a dos pais” no meio da adolescência, e a influência dos amigos está fortemente ligada à delinquência adolescente, comportamentos de saúde e comportamentos pró-sociais (CULP; CLYMAN e CULP, 2008).

No Estado do Paraná há uma regulamentação que estabelece o fluxo e as hipóteses diagnósticas e os elementos preventivos realizados pelas equipes técnicas dos Centros de Socioeducação (CENSE) quando do recebimento de adolescentes com indicativos de transtornos mentais ou histórico de ideação, ou tentativas de suicídio outros agravos. Para, além disso, a Secretaria da Justiça, Cidadania e Direito do Estado do Paraná criou uma publicação destinada especificamente para tratar sobre o tema da prevenção do suicídio (PARANÁ, 2015).

Este caderno visa trazer subsídios e orientações práticas para prevenção do suicídio na Socioeducação, de modo que os fluxos e diretrizes propostos permitam uma prática voltada à garantia de direitos.

### **3. MATERIAL E MÉTODO**

Este estudo está vinculado a pesquisa intitulada *“Manejo e Práticas Relacionadas às Crises e ao Sofrimento em Saúde Mental nos Centros de Socioeducação (CENSE) e Casas de Semiliberdade da Secretaria de Estado de Justiça, Família e Trabalho”* em parceria com o Governo de Estado do Paraná, submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa com aprovação segundo CAAE 02353018.3.0000.0102.

Ressalta-se que a pesquisa na qual este projeto está inserido tem diversos eixos de investigação, os quais não serão debatidos e aprofundados neste trabalho o segundo, terceiro e quarto eixo.

Portanto, o foco desta pesquisa é analisar o manejo e as práticas dos profissionais frente às demandas de saúde mental dos adolescentes.

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

O estudo teve um delineamento qualitativo de cunho exploratório-descritivo, o qual buscou analisar o contexto, as práticas e a visão dos profissionais referente às crises e ao sofrimento mental de adolescentes que estão inseridos nos CENSE.

#### **3.2 POPULAÇÃO E LOCAIS DE ESTUDO**

A população estudada foram servidores públicos dos CENSE do Estado do Paraná, contratados como agentes socioeducativos, profissionais de saúde (técnico de enfermagem, enfermeiro, médico), terapeuta ocupacional, educador físico, pedagogo, professor.

O Estado do Paraná possui 19 unidades de CENSE, divididas em três regiões (1,2,3), conforme apresentado na figura 1.

FIGURA 1 – DIVISÃO TERRITORIAL DOS CENSE NO ESTADO DO PARANÁ, 2019.



FONTE: PARANÁ (2019)

Para coleta de dados, tendo em vista a parceria com a Secretaria de Estado do Paraná, os critérios para a escolha dos 6 CENSE foi por capacidade instalada, entre o mínimo até 40 vagas e o máximo de 90 vagas, conforme Resolução de nº 46/96 do CONANDA, ficando apenas na Região 2, duas unidades com capacidade superior a 40 vagas, conforme representado no quadro 1.

Sendo assim, as unidades selecionadas foram: CENSE 2 Londrina, CENSE Maringá, CENSE de São José dos Pinhais, CENSE Pato Branco, CENSE Laranjeiras do Sul, CENSE Fazenda Rio Grande.

QUADRO 1 – CAPACIDADE INSTALADA DOS CENSE NO ESTADO DO PARANÁ, 2019.

Região	Município	Unidade	Sexo		Capacidade Instalada				Total
					Internação Provisória		Internação		
					M	F	M	F	
REGIÃO 1	Ponta Grossa	CENSE Ponta Grossa	M	F	22	8	58	0	88
	Curitiba	CENSE Curitiba	M	F	92	8	0	0	100
	Fazenda Rio Grande	CENSE Fazenda Rio Grande	M		0	0	30	0	30
	Piraquara	CENSE São Francisco	M		0	0	60	0	60
	São José dos Pinhais	CENSE São José dos Pinhais	M		28	0	50	0	78
REGIÃO 2	Paranavaí	CENSE Paranavaí	M		8	0	20	0	28
	Umuarama	CENSE Umuarama	M		4	0	13	0	17

	Londrina	CENSE 1 Londrina	M	F	56	4	0	0	60
	Londrina	CENSE 2 Londrina	M		0	0	60	0	60
	Maringá	CENSE Maringá	M		20	0	66	0	86
	Santo Antônio da Platina	CENSE Santo Antônio da Platina	M		10	0	10	0	20
	Campo Mourão	CENSE Campo Mourão	M		5	0	15	0	20
REGIÃO 3	Cascavel	CENSE 1 Cascavel	M		20	0	0	0	20
	Cascavel	CENSE 2 Cascavel	M		0	0	78	0	78
	Foz do Iguaçu	CENSE Foz do Iguaçu	M	F	40	3	54	0	97
	Toledo	CENSE Toledo	M		10	0	15	0	25
	Pato Branco	CENSE Pato Branco	M		5	0	13	0	18
	Laranjeiras do Sul	CENSE Laranjeiras do Sul	M		10	0	78	0	88

Fonte: Quadro adaptado pela autora, segundo dados do DEASE (2019)

As unidades são classificadas como masculina e feminina, totalizando 560 vagas de internação e 339 vagas de internação provisória. Neste aspecto é importante diferenciar internação de internação provisória. A internação constitui medida privativa da liberdade, sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. A internação provisória segue os mesmos princípios, porém, o ECA determina que sua duração é de, no máximo, 45 dias, exigindo-se para sua decretação que a decisão seja justificada e fundamentada em indícios suficientes de autoria e materialidade, devendo ser demonstrada a sua imperiosa necessidade (artigo 108, “caput” e parágrafo único do ECA).

Para esta pesquisa optou-se pelas unidades que acolhem preferencialmente meninos, pois segundo dados epidemiológicos o perfil das pessoas que se suicidaram no período de 2011 a 2017 era majoritariamente do sexo masculino (79%). (BRASIL, 2019)

Faremos uma breve caracterização dos municípios, ondes unidades estão instaladas (IBGE, 2020):

- **Laranjeiras do Sul:** conforme Censo 2010 - IBGE a população era de 30.777 com estimativa para 2020 de 32.139 habitantes. Dividida em população urbana com 23.778 e população rural com 6.462. A proporção de homens é de 14.993 e de mulheres 15.790.

- **Pato Branco:** conforme Censo 2010 - IBGE a população era de 72.370 com estimativa para 2020 de 83.843 habitantes. Dividida em população urbana com

68.091 e população rural com 4.279. A proporção de homens é de 34.984 e de mulheres 37.389.

- **Maringá:** conforme Censo 2010 - IBGE a população era de 357.077 com estimativa para 2020 de 430.157 habitantes. Dividida em população urbana com 349.120 e população rural com 7.997. A proporção de homens é de 171.748 e de mulheres 185.369.

- **Londrina:** conforme Censo 2010 - IBGE a população era de 506.701 com estimativa para 2020 de 575.377 habitantes. Dividida em população urbana com 493.457 e população rural com 13.188. A proporção de homens é de 243.017 e de mulheres 263.628.

- **Fazenda Rio Grande:** conforme Censo 2010 - IBGE a população era de 81.675 com estimativa para 2020 de 102.004 habitantes. Dividida em população urbana com 75.940 e população rural com 5.747. A proporção de homens é de 34.984 e de mulheres 37.389.

- **São José dos Pinhais:** conforme Censo 2010 - IBGE a população era de 264.210 com estimativa para 2020 de 329.058 habitantes. Dividida em população urbana com 236.233 e população rural com 27.255. A proporção de homens é de 130.211 e de mulheres 133.277.

### 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

#### 3.3.1 Inclusão

Participaram da pesquisa servidores públicos, contratados como os agentes socioeducativos, profissionais de saúde (técnico de enfermagem, enfermeiro, médico), terapeuta ocupacional, educador físico, pedagogo, professor, que atuam nos CENSE, sem nenhum déficit cognitivo aparente, que sejam maiores de 18 anos.

#### 3.3.2 Exclusão

Foram excluídos da pesquisa os trabalhadores que estivessem em licença, afastamento médico, férias e que se recusaram a participar da mesma.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Elegemos a técnica do Grupo Focal (GF), pois permite a obtenção de dados a partir de encontros grupais entre pessoas que compartilham um traço em comum. Tais grupos permitem a coleta de informações relevantes sobre um determinado tema, possibilitando a apreensão não somente do que pensam os participantes, mas também do porquê eles pensam de determinada forma. Além disso, possibilita a observação da interação entre seus participantes e as diferenças, consensos e dissensos existentes (CARLOMAGNO e ROCHA, 2016).

Foram duas categorias que emanaram das narrativas coletadas: a) ambiência e crise em saúde mental; b) processo de trabalho e as crises em saúde mental dos adolescentes.

O período da coleta dos dados deu-se entre os meses de junho a dezembro de 2019. Os participantes foram selecionados de dois modos, quando o GF ocorria na unidade, o Diretor dessa verificava a disponibilidade dos profissionais e convidava-os para participar. Outro momento de recrutamento foi logo após a formação em saúde mental que os profissionais estavam participando, momento em que os facilitadores explicavam o motivo da pesquisa, e convidavam os profissionais para participar do GF.

No roteiro foram contempladas temáticas como: quando você percebe que o adolescente não está bem? Quando um adolescente fala que pensa em se matar? Como a unidade lida diante desta situação? Como você se sente frente a estas situações (surto/agitação/tentativa de suicídio/suicídio)?

O tempo médio do GF foi de 1h30min, gravados, filmados e transcritos na íntegra. Foram suprimidas quaisquer informações que pudessem identificar os trabalhadores e os locais de atuação, os CENSE receberam nome de pássaros (Beija-flor, Quero-quero, Pica-pau, Sabia, Pardal, Andorinha) e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

QUADRO 2 – CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

CATEGORIA PROFISSIONAL	CENSE ANDORINHA	CENSE BEIJA-FLOR	CENSE SABIA	CENSE PICA PAU	CENSE QUERO-QUERO	CENSE PARDAL	TOTAL
	GF	GF	GF	GF	GF	GF	
AGENTE SOCIEDUCAÇÃO	3	4	2	9		2	20
ASSISTENTE SOCIAL	1	0	0	0	1	1	3
AUX ENFERMAGEM	0	0	1	1			2
ENFERMEIRO	0	0	1	1		1	3
PEDAGOGO	2	3	2	0		1	8
PROF NIVEL SUPERIOR	1	1	1	0	1		4
PSICOLOGO	1	2	4	6	3	1	17
TÉC ADMINISTRATIVO	0	0	0	0	2		2
TEC. ENFERMAGEM	2	1	0	0	1		4
TERAP OCUPACIONAL	0	1	1	0	1		3
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>66</b>

Autor: Quadro elaborado pela autora, 2020

No encontro com cada grupo, foi explicada a proposta geral da pesquisa, suas motivações e questões pertinentes aos investigadores. Foram também levantadas e debatidas questões específicas dos participantes em relação aos CENSES que foram considerados no processo avaliativo tais como, quais as percepções, interpretações das situações vividas e quais as insatisfações expressas.

### 3.5 ANALISE DOS DADOS

A análise e a interpretação dos dados foram construídas valendo-se da abordagem hermenêutica e narrativa. Segundo Pacheco e Campos (2018, p. 2),

“A produção e a análise de narrativas vem sendo utilizadas em estudos qualitativos em saúde coletiva como estratégia metodológico-conceitual para investigar e interpretar um campo vasto, mas que pode ser tomado como o campo-subjetivo por excelência – da mediação entre as experiências dos sujeitos e seus diferentes contextos, os discursos que produzem e que os produzem.”

Os textos foram o resultado da coleta de dados e o instrumento para sua interpretação. Analisamos sujeitos que estão no mesmo ambiente (CENSE), porém cada estrutura possui sua dinâmica de trabalho e isto enriquece nossa pesquisa.



Portanto, as transcrições foram lidas diversas vezes para identificarmos as categorias de análise, as vozes colhidas foram transformadas em narrativas por extração de seus núcleos argumentais (RICOEUR, 1997, 1990). Posteriormente foi montada uma grade de análise com todas as categorias obtidas, comparando-se os trechos extraídos do material. Os textos – na proposta metodológica feita, constituem os dados essenciais, a base para as interpretações e o meio de comunicação dos achados da pesquisa.

Como ressalta Gadamer (1997), a hermenêutica não deve ser considerada uma metodologia no sentido cartesiano, mas uma postura interrogativa que se aplicaria fundamentalmente ao estudo de textos.

Os textos são o resultado da coleta de dados e o instrumento para sua interpretação e, por fim, estes resultados serão discutidos conforme o que se encontra na literatura nacional e internacional à luz do Sistema de Garantia de Direitos.

### 3.6 RELEVÂNCIA SOCIAL

Almeja-se que a pesquisa proposta possibilite um melhor entendimento de como são atendidas as demandas de saúde mental nos Centros de Socioeducação (CENSE) compactuam com a atenção quista 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).

Quanto à sua relevância social pretende-se que a identificação e compreensão de práticas de manejo ao sofrimento mental possa auxiliar na catalogação de “boas” práticas ou ao menos práticas relacionadas a melhor performance narrada pelos trabalhadores.

Por fim, a reflexão acerca do tratamento dispensado em situações de extrema vulnerabilidade produzida por uma crise de saúde mental, possibilitou uma análise crítica quanto ao caráter sancionatório e, sobretudo, psicopedagógico intencionado e suas possíveis vantagens e desvantagens para os projetos de vida dos sujeitos.

## 4 RESULTADOS

Foram realizados seis GF com a participação de 66 profissionais entrevistados, as categorias profissionais foram: agentes de socioeducação 30% (n=20), em seguida os psicólogos com 26% (n=17); os pedagogos representam 12% (n=8); técnico administrativo (n=2) e auxiliar de enfermagem (n=2) representam 3% cada categoria, terapeuta ocupacional (n=3), enfermeiro (n=3) e assistente social (n=3) representam 5% cada categoria, professores de nível superior (n=4) e técnico de enfermagem (n=4) representaram 6%.

Os núcleos argumentais extraídos formaram duas categorias sendo: a) ambiência e crise em saúde mental; b) processo de trabalho e as crises em saúde mental dos adolescentes.

#### **a. Ambiência e crise em saúde mental**

O termo ambiência, segundo a Política Nacional de Humanização, é o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, oportunizando um processo reflexivo, de inclusão e participação. Na composição ambiência estão presentes elementos como: forma, cor, luz, cheiro, som, texturas entre outros. (BRASIL, 2013)

Neste sentido, os trabalhadores das unidades referem que o ambiente desencadeia um processo depressivo facilmente nos adolescentes, devido às inadequações da estrutura como: as cores, os furos nas paredes, a falta de iluminação natural por questões de segurança e a insalubridade em todos os setores.

*“a maioria de nós, concordamos que os furos e a cor das paredes, a funcionalidade é inadequada, não tem iluminação natural por questão da segurança, é muito fácil desencadear um processo depressivo.” (Narrativa do GF CENSE Quero-quero)*

*“a respeito da insalubridade, tem insalubridade na unidade inteira”. (Narrativa do GF CENSE Beija-flor)*

Nos CENSE de grande porte, os trabalhadores narram a de falta tempo para dialogar com os adolescentes fragilizando o processo de vinculação, eles não conseguem perguntar como o adolescente está, como foi a ligação dele, isto tudo devido as diversas atividades que eles precisam acompanhar, como as audiências,

os deslocamentos demorados entre uma atividade e outra, ocasionando uma rotina estressante pelo déficit de funcionários. Com isso o adolescente fica a maior parte do tempo sozinho na casa. Diferenciando dos CENSE de pequeno porte, no qual a operacionalização das atividades torna-se mais fácil e o atendimento humanizado, porque segundo os trabalhadores, estão o tempo todo cuidando, chamando pelo nome e conhecendo todos os internos.

***“quanto tempo tenho para conversar com o menino? Pra perguntar se ele está bem, como foi lá a ligação dele, porque preciso ir à tal lugar, tem audiência, e o menino fica a maior parte do tempo sozinho, o funcionário não tem tempo para conversar” (Narrativa do GF CENSE – Pardal)***

***“temos mais demanda e menos efetivo” (Narrativa do GF CENSE – Beija-flor)***

***“a dinâmica do CENSE é complexa, porque é muito grande, então os deslocamentos são longos, diferente de um CENSE de pequeno porte que está tudo muito próximo e é muito mais fácil você operacionalizar isso e até o trato com menino acaba sendo muito mais humanizado, porque você está o tempo todo cuidando” (Narrativa do GF CENSE - Pica pau)***

Os trabalhadores dos CENSE reconhecem que a estrutura física das unidades com capacidade acima de 40 adolescentes dificulta o manejo das crises em saúde mental, o melhor modelo – segundo eles – são as unidades menores, bem estruturadas, pois possibilita a vinculação entre os funcionários e os adolescentes. Nas unidades menores há maior proximidade eles não chamados por um número e sim pelo nome, todos na unidade conhecem os que estão no alojamento, o gerenciamento é melhor. No entanto, essa humanização do atendimento, esse vínculo é perdido nas unidades maiores em que muitas vezes os agentes não conhecem o menino.

***“apesar de ser pequeno e a falta de estrutura, o melhor modelo que deveria ter para socioeducação, seriam unidades pequenas do que unidade grande imitando uma penitenciária. Essa aproximação com os adolescentes, a gente os trata pelo nome e não por número, “a número 10”, conhecemos todos os meninos que estão aqui dentro”. (Narrativa do GF CENSE – Andorinha)”***

Outro fator narrado pelos trabalhadores das unidades menores, é a possibilidade de o adolescente ter acesso a outros meios culturais como ir ao cinema, feiras de exposições, parques, com isto eles conseguem diminuir o estresse dentro da unidade. Logo, nas unidades maiores os adolescentes só têm acesso à televisão no sistema de progressão de medida, de responsabilização, seguindo a lógica do sistema de fases, dentro da unidade para poder alcançar esse benefício.

Essas fases são do sistema de progressão de medida, é o percurso formativo, onde os adolescentes realizam conquistas, e assistir TV é um benefício para quem alcançou as últimas fases.

*“se o juiz dá essa autorização de saída externa, as professoras levam geralmente para o parque [...], cinema, feira, exposições (Narrativa do GF - CENSE – Andorinha)”*

*“existe um sistema de níveis de progressão da medida, são fases do percurso formativo, são conquistas, e as casas de cima alfa e a bravo, são duas casas que tem TV que seriam as últimas fases, como se ele tivesse conquistado esse benefício (Narrativa GF – CENSE Pica-pau)”*.

Os trabalhadores dos 6 CENSE referem que a estrutura física é um fator considerável para o bom andamento da unidade, ou seja, nas unidades acima de 40 vagas os grandes deslocamentos aliados a falta de recursos humanos dificultam o desenvolvimento das atividades, ocasionando uma permanência maior do adolescente dentro do seu alojamento. Pois, o ambiente não é feito para punir, porém os adolescentes estão em espaço que é uma cela, e apesar dos esforços da equipe para melhorar o ambiente, esse é gerador de sofrimento, com sua rotina, com as medidas socio disciplinares, ou seja, existe uma rotina de sofrimento

*“E como uma pessoa fica a vontade num ambiente desse? A estrutura não proporciona isso, a rotina não proporciona isso, o menino está tenso nervoso, além do que deveria estar.” (Narrativa do GF CENSE Quero-quero)*

*“é próprio da medida, da unidade, do nosso ambiente o sofrimento dos meninos. Nós não somos medida punitiva, a ideia não é punir, mas se você for ver no resumo da ópera, os meninos estão em alojamentos, que é uma cela. Eles estão em uma medida sócio disciplinar, uma medida socioeducativa desculpe, que ele se refere a estar preso. Então por mais que você mude a retórica da coisa, existe uma rotina de sofrimento.” (Narrativa do GF CENSE Pardal)*

Os trabalhadores sentem-se incomodados com este modo de operar, alegando que o modelo de socioeducação não funciona, que o Estado deveria investir em políticas preventivas, para evitar que o adolescente cometa um ato infracional e tenha que cumprir medida dentro do CENSE, afirmam que se o adolescente entrar no sistema o Estado, a família e a comunidade falharam.

#### **b. Processo de trabalho e as crises em saúde mental dos adolescentes**

Há uma fala recorrente relacionada a comunicação da equipe como o tamanho da estrutura, o quadro reduzido de profissionais e a divisão de carga horária ocasionam desgaste físico e mental nos trabalhadores. Nos CENSES com capacidade acima de 40 vagas, a dificuldade em marcar e realizar as reuniões para discussão de caso, a falta de proximidade entre os profissionais da equipe técnica e de segurança torna-se difícil.

***“Às vezes um profissional fica em determinado posto, e fica muito tempo de ter contato com os demais membros da equipe. É difícil trocar, e por isso é diferente na uma unidade pequena que você se encontra toda hora.” (Narrativa GF CENSE – Sabiá)***

Outro fator considerado pelos trabalhadores dos CENSE Pica-pau, Beija-flor e Quero-quero é a forma de gestão do serviço que, dependendo do perfil do gestor a comunicação da equipe pode melhorar ou piorar. A ausência de comunicação interna entre os setores, ausência de cronograma, gera insatisfação, desconfiança e boa vontade para desempenhar o trabalho, ocasionando desgaste entre a equipe. Os espaços profissionais estão delimitados não favorecendo a interação da equipe, o diálogo entre os profissionais/setores acontece quando há demanda pontual sobre o adolescente.

***“muitos dos problemas que temos em equipe, é de gestão”. (Narrativa GF, CENSE – Pica-pau)***

***“existe uma dificuldade muito grande, a comunicação é péssima. A conversa acontece quando há uma situação pontual de um menino que tem uma demanda. O compartilhamento é muito difícil, os setores estão muito delimitados.” (Narrativa GF CENSE Quero-quero)***

***“essa falta de integração, de horário específico vem da ausência de cronograma. Outra questão é a estrutura e a falta de pessoal, isso vai minando a confiança, a boa vontade”. (Narrativa GF CENSE – Beija-flor)***

Para as unidades do CENSE Pardal e Andorinha, que são unidades com capacidade instalada abaixo de 40 vagas, os trabalhadores narraram a facilidade na comunicação, em observar através do monitoramento como está o comportamento do adolescente e informa os demais integrantes da equipe as alterações percebidas. Além de propiciar espaços para discussão dos casos através de reuniões semanais, a proximidade diária com os colegas de todas as áreas auxiliando no manejo das situações.

***“às vezes no monitoramento, é observado que o menino estava circulando demais, tá andando demais, aí já fala “ó fulano lá tá precisando de atendimento”. (Narrativa GF CENSE – Andorinha)***

***“uma das coisas que ajuda aqui, é justamente a estrutura. Nós temos uma estrutura que ela é aberta, compacta, entrou ali todo mundo te vê, exceto a galeria, mas se você for ali os meninos vão te ver, então nós temos essa facilidade, esse contato com os adolescentes, mesmo que esteja só você ali”. (Narrativa GF CENSE Pardal)***

Os agentes de segurança consideram que no setor de segurança as dificuldades são maiores por estarem em contato direto com os adolescentes, a ausência de pessoal não permite manter o trabalho mínimo exigido, conforme relatam os trabalhadores do CENSE Pica-pau, onde há momentos em que o agente de segurança fica sozinho na casa com 10 adolescentes, que se for necessário desempenhar outra atividade, como ir a administração, buscar roupa para o banho, a casa fica sem profissional da área de segurança, ocasionando desgaste para o trabalhador.

***“não tem pessoal para manter o trabalho mínimo exigido, esse mês tem uma profissional na casa, tem 10 adolescente, tiver que sair pra ir na administração a casa fica sozinha, se tiver que buscar roupas pro internos, passar o banho pra eles, a casa tá sozinha, atualmente uma agente acaba fazendo a função de 3, o desgaste é absurdo”. (Narrativa do GF CENSE – Pica-pau)***

Os profissionais comungam de que o Estado não proporciona ações na área da saúde do trabalhador, não oferta atendimento individualizado ou em grupo, a sensação relatada por eles é que estão sendo julgados e punidos. A ausência de suporte, de amparo para o atendimento mínimo ao adolescente não condiz com os princípios éticos da dignidade humana. As condições de trabalho não permitem a pessoa ficar à vontade, pois o profissional precisa desempenhar a função de 2 ou 3 trabalhadores ficando sobrecarregados, o que gera sofrimento e transtorno. Coadunam de que o cerceamento com os servidores públicos não precisa ser com bombas e cassetetes, mas sim com a falta de amparo configurando um tipo de violência. As expressões “enxugar gelo”, impotência, insegurança, desmotivação, crise profissional, adoecimento do trabalhador é recorrente.

***“não existe nenhuma forma de prevenção, nenhuma forma de acolhimento, absolutamente nada para a saúde do trabalhador, é só julgamento e punição, (Narrativa do GF CENSE Pica-pau)***

***“a expressão utilizada é enxugar gelo, o lugar não te traz satisfação”. (Narrativa do GF CENSE Beija-flor)***

***“são questões que batem nos princípios éticos de dignidade humana, de atendimento básico e não temos o suporte em termos de estado para dar o atendimento minimamente para esse sujeito. Acaba a equipe e o adolescente sofrendo, gera todo um transtorno”. (Narrativa do GF CENSE-Andorinha)***

***“O Estado é bastante violento com os servidores públicos, não precisa ser com bombas e cassetete, mas no dia a dia, com essa falta de amparo isso é uma violência”. (Narrativa GF CENSE – Quero-quero)***

***“seria uma violência institucional, porque os trabalhadores acabam fazendo o trabalho de 2/3 pessoas, e não importa nada, tem que dar conta daquilo”. (Narrativa GF CENSE – Pica-pau)***

A respeito das práticas utilizadas no manejo da crise, é comum os agentes de segurança encaminharem os adolescentes para atendimento com a terapeuta ocupacional quando eles ficam ansiosos, tristes, cansados de ficar no alojamento (“chapando”). Alegam que os atendimentos são bons, que conseguem acompanhar os casos, que falham em estudo de caso, a atenção dispensada ocorre para os casos mais complexos, e não dos casos, atendem as situações evidentes. Consideram que a prática de esporte contribui para tranquilidade e melhora no sono, percebem que a ausência das atividades físicas deixa os adolescentes mais agitados.

***“muito comum eles mandarem o adolescente para o atendimento de terapia ocupacional, quando o menino tá chapando, que tá aparentando início de crise, ou tá ansioso de mais, está triste”. (Narrativa do GF CENSE Beija-flor)***

***“a equipe é muito boa e nosso atendimento muito bom, a gente atende muito de perto acompanha os casos de perto, a gente falha em estudo de caso de serem com mais frequência de todos os casos não só dos mais problemáticos”. (Narrativa do GF CENSE Beija-flor)***

***“a respeito de esporte, sempre fazemos futebol, quando não tem o futebol, os educadores à noite dizem: olha, os meninos hoje estavam mais agitados, vocês não fizeram futebol hoje? Porque eles vão para o futebol, é uma hora e meia que ele gastou energia, passa um dia mais tranquilo, à noite conseguem dormir mais tranquilos”. (Narrativa do GF CENSE – Parda)***

Concernente a implantação do Protocolo de Suicídio, esse possibilitou a equipe diferenciar tentativa de suicídio de uma simulação, pois o adolescente criava a situação para sair da unidade, julgando que indo para o hospital psiquiátrico teria mais liberdade e facilidade para fuga. A simulação é configurada quando na ala existem 4 adolescentes e eles resolvem que um precisa se jogar, o agente não tem

como saber porque ele não demonstrava nenhum comportamento fora do normal e está fazendo o que os outros mandaram, senão ele vai apanhar quando for para sala de aula, e o adolescente se joga na hora que o agente chega. Essa situação causa raiva no profissional, porque se sentem afetados psicologicamente, são atitudes que acontecem corriqueiramente, e consideram que eles brincam com a situação até o momento que conseguem.

Para os casos em que o adolescente refere se matar, esse é colocado imediatamente em protocolo, a ação é retirar o enxoval ou deixar algemado. Contudo, quando é verbalizado “não estou aguentando mais”, “não aguento mais ficar aqui”, a equipe realiza atendimento para compreender o significado dessas palavras, depois é discutido com o setor de saúde se encaminha ou não para o internamento.

Um dos agentes narra um episódio de ideação suicida, em que ele chegou a tirar a corda do pescoço do adolescente, queixou-se e somente depois de muito insistir encaminharam para o sistema de saúde internar. O hospital deu alta uma semana depois onde alegaram que ele queria chamar atenção, esse adolescente tentou se matar mais duas/três vezes e a na última tentativa se matou na unidade.

*“o protocolo diminuiu muito, antigamente os adolescentes simulavam, a simulação pode virar um suicídio, criavam uma situação com o intuito de sair da unidade, de receber uma internação no hospital psiquiátrico, que eles julgavam que lá ele teria mais liberdade, para fugir é mais fácil. O protocolo deu legalidade, começamos a tirar o enxoval, a escrever, antes a gente não escrevia.” (Narrativa do GF CENSE – Sabiá)*

*“eles fantasiam que é ideação, exemplo, existe uma ala com 4 adolescentes outra com 4, eles resolvem que o fulano lá menorzinho precisa se jogar, chega o agente que não tem como saber porque ele não demonstra nenhum comportamento fora do normal e simplesmente tá fazendo o que os outros mandaram ele fazer senão vai apanhar quando for pra sala de aula, aí você não sabe se você tem raiva, aí você percebe que o adolescente estava ali e se jogou a hora que você chegou, dá uma confusão mental na gente, mexe com o psicológico e isso acontece muito, ele vai brincando, e como alguns comentaram, ele vai e quase consegue, isso dá um sentimento de raiva, quase que você conseguiu, isso é uma coisa que acontece é normal isso aí.” (Narrativa GF CENSE – Pica-pau)*

*“quando ele diz “quero me matar”, ele é colocado automaticamente no protocolo. Agora, quando tem uma fase anterior, quando ele fala “não tô aguentando mais”, “não aguento ficar aqui”, ele recebe atendimento para entender o significado desse não aguentar mais. Não entra imediatamente nesse protocolo, entra na avaliação da equipe junto com a saúde, para ver se encaminha ou não.” (Narrativa GF CENSE – Beija-flor)*

*“tinha um caso explícito de ideação suicida, cheguei a tirar a corda do pescoço e me queixei, encaminharam e depois de muito insistir encaminharam para o sistema de saúde para internação. Ficou uma semana lá mandaram de volta dizendo que ele só estava querendo chamar atenção, a gente mandou duas ou três vezes e ele acabou se matando lá na unidade. A gente manda e eles sempre dizem: “Ah, esse aí tá só*



***querendo se aparecer, essa coisa da ideação". (Narrativa do GF CENSE – Quero-querer)***

No CENSE Andorinha, o compromisso dos trabalhadores com o acolhimento dos adolescentes que chegam na unidade está explícito na narrativa deste caso, os profissionais contam que alguns dias antes de acontecer o grupo focal, receberam um adolescente em condições péssimas de higiene e cuidado mental, no momento que o receberam o cheiro era insuportável no ambiente, encaminharam-no para o banho e orientaram sobre questão básica de higiene. Na manhã seguinte foi realizado outro atendimento no qual o adolescente referiu haver pensado em se matar diversas vezes durante a noite, que ele não servia para nada, que ninguém gostava dele. Na escuta a equipe percebeu o risco de suicídio, e pela debilidade física que o mesmo se encontrava, intensificou os cuidados.

***"nós recebemos um menino essa semana, ele chegou um fiapo de ser humano, higiene péssima, terrível infestou o ambiente [...], a polícia civil que veio trazer ele, o pessoal da polícia quando ele tirou a roupa dele, começou tirar a bota a polícia se retirou do local porque ficou insuportável o ambiente, o cheiro, como ele veio com a determinação dos 45 dias, a gente tem a possibilidade de cortar o cabelo, por uma questão de higiene... então, na hora que fui cortar o cabelo dele, cheio de piolho e lêndea, ele foi para o banho. Nós temos uma linha de 5 minutos de banho para fazer higiene e o menino tomou banho em dois minutos. Então eu falei para ele "você já tomou banho?" "já" eu falei "agora você volta de novo" [...] a gente tem a parte do sabonete, do shampoo e ele nem tinha usado o shampoo... perguntei a questão no shampoo... Ele não tem necessidade. Então a gente vai orientando, no dia a dia, para que eles comecem a fazer a higiene básica. [...]***

***no dia seguinte de manhã, eu o atendi e ele ainda estava com mau cheiro, por isso é importante o atendimento imediato... não deixar o menino ir para ala sem o atendimento, porque aí ele falou muitas coisas... que ele pensou várias vezes se matar durante a noite, que ninguém gostava dele, que ele não servia para nada, aquele sofrimento todo. Aí a gente já faz a investigação sobre o uso de substância [...], quando você se depara com a realidade do garoto é absurdo é muito craque é só craque, [...] mas o que a gente faz assim é ouvi nesse momento e perceber esse risco do suicídio, na hora que o menino chega o estado físico a debilidade física". (Narrativa GF CENSE – Andorinha)***

Outra conduta, é o diálogo estabelecido com o adolescente, buscando no histórico de vida tentativas anteriores, histórico familiar de suicídio, uso de psicofármacos. Caso o adolescente tente se matar, este é encaminhado diretamente para Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

***"verificam o histórico do adolescente, não só o psicólogo, mas a equipe verifica se tem histórico de tentativa, se tem histórico na própria família; se for necessário ele vai para o UPA". (Narrativa do GF CENSE - Andorinha)***

Há um dissenso entre os trabalhadores referente a conduta quando ocorre a ideação suicida, algumas unidades utilizam como manejo a retirada do enxoval deixando o adolescente somente de cueca e outras utilizam as algemas, em ambos os casos a equipe reavalia, porém, os trabalhadores narram que além do sofrimento há um constrangimento para o adolescente ficar somente de cueca, sendo menos agressivo psicologicamente o uso de algemas. Para outro grupo de trabalhadores o fato de o adolescente ficar algemado por alguns dias aumenta o sofrimento do menino.

***“questão da ideação suicida tem um sofrimento as vezes mental tem a questão de quando tira os pertences e a questão do constrangimento, algumas unidades usam algema como protocolo e aqui eles ficam só de cueca. O uso de algema em muitos casos é menos agressivo psicologicamente do que ele ficar só de cueca”. (Narrativa do GF – CENSE - Pica-pau)***

***“ele já está sofrendo porque tentou suicídio ou a ideação, agora ele ficar algemado alguns dias, gera um sofrimento maior”. (Narrativa do GF - CENSE - Andorinha)***

Os trabalhadores referem a utilização de medicamento para conter as crises, para os trabalhadores do CENSE Pica-pau, Sabia, Pardal, Beija-flor, o medicamento deve ser ministrado na entrada do adolescente na unidade, porém o adolescente acaba utilizando o psicofármaco até o final da medida, ocorrendo uma omissão coletiva da equipe em não fazer a intervenção, esperando o adolescente solicitar a retirada. Outra ocasião, é que os adolescentes pedem para utilizar medicação por referirem estarem “chapando” na unidade, por ficarem muito tempo ociosos. Os trabalhadores fazem a alusão de que quanto mais suporte os adolescentes tiverem, menos psicofármacos utilizam.

***“chapando que os adolescentes descrevem é, como se fosse um ócio, um sofrimento psíquico, tristeza, ansiedade muito grande, a própria situação aflige.” (Narrativa do GF CENSE -Beija Flor)***

***“quanto mais ele tiver suporte menos psicofármacos ou nem precisa usar em alguns casos”. (Narrativa do GF CENSE Quero-quero)***

O uso do medicamento é um subterfúgio para controlar e conter o adolescente na unidade, além de comedi-los no alojamento e com regras. Por outro lado, a equipe pressiona a utilização do medicamento, porque o adolescente incomoda com suas demandas, ou seja, usar o medicamento acalma, e permite que

eles possam conviver entre si e com a equipe. Reforçam que, atualmente, possuem adolescentes que estão contidos quimicamente, se ocorrer a retirada da medicação não controlam eles no alojamento.

***“à medicalização é uma medida de controle sim [...], acaba sendo uma contenção, e acaba fazendo muita contenção medicamentosa [...], você contém no alojamento, você contém com remédio, você contém com regras o tempo todo, porque é o que dá para fazer dentro dessa proposta.” (Narrativa do GF - CENSE Quero-quero)***

***“o adolescente quando não toma nada, existe uma pressão da equipe, porque entre aspas incomoda [...], ele incomoda toda a equipe, a demanda é muito maior, a medicação faz ele ficar mais calmo, hoje temos meninos que eles estão contidos quimicamente, se você tirar a medicação dele não segura no alojamento, eles não convivem entre eles, tem muitos meninos aqui hoje que estão controlados, só isso.. que é infelizmente é realidade, mas é nossa realidade é alojamento coletivo. (Narrativa do GF – CENSE Andorinha)***

## 5 DISCUSSÃO

Compreendíamos que as unidades que tivessem reunião de equipe, discussão de caso, apoio da rede intersetorial possuiriam os melhores manejos. Para isso, foi necessário analisar os CENSE com capacidade abaixo e acima de 40 vagas, seguindo a classificação do CONANDA (1996), como pequeno e grande porte. No entanto, ao mergulharmos no mundo da socioeducação deparamo-nos com diversas realidades, que perpassam pela estrutura física, falta de recursos humanos, dinâmica de trabalho exaustivo, sofrimento dos trabalhadores e dos adolescentes.

Ao debatermos o tema ambiência e crise em saúde mental, constatamos que as estruturas maiores não contribuem para o manejo das situações de crise em diversos aspectos tais como: vínculo fragilizado com o adolescente em virtude do número expressivo de internos, as unidades possuem áreas de convivência, espaço para futebol de campo, que são subutilizadas pela falta de efetivo no setor de segurança e outros profissionais que poderiam contribuir para o projeto pedagógico da unidade. A queixa dos trabalhadores, principalmente dos agentes de segurança é a falta de tempo para ficarem com os adolescentes, devido à rotina estressante, os grandes deslocamentos nas unidades maiores.

Pesquisa realizada por Silva (2003) nas unidades socioeducativas, apontou que em 71% (setenta e um por cento) destas o ambiente físico não era adequado às necessidades pedagógicas estabelecida pelo ECA, havia unidades sem espaços

para atividades esportivas e de convivência, e naquelas que possuíam os lugares eles não eram utilizados.

O SINASE (2006) sugere que a composição do quadro de pessoal do atendimento socioeducativo deve considerar que a relação educativa pressupõe o estabelecimento de vínculo, que por sua vez depende do grau de conhecimento do adolescente, que o profissional tenha tempo para prestar atenção no adolescente e que tenha um grupo reduzido destes sob sua responsabilidade.

Ademais, segundo Cossetin (2012), a proposta política-pedagógica da socioeducação, deve ter a pretensão de formar sujeitos capazes de compreender e agirem politicamente em sociedade na busca da superação, não apenas de sua situação individual, mas com perspectiva de coletividade. Para isso, nas estruturas, torna-se necessário a composição de equipes multidisciplinares, para que as diferentes áreas de conhecimento e especialidades possam construir vínculos com os adolescentes, potencializando a construção de diversas possibilidades de futuro através de ações programadas e com isto romper com a visão de que a instituição de atendimento deve ser total, abarcando todas as necessidades do sujeito, ou seja, a organização deve pautar-se no princípio da incompletude institucional.

Entretanto, há certa dicotomia entre o termo “Instituição total” apresentada nas ciências jurídicas e na sociologia por Goffmann (1987), em que este estudando as instituições totais, observou serem locais definidos como de residência e de trabalho, de muitos indivíduos com situação semelhante. São consideradas como instituições totais aquelas de tratamento psiquiátrico, colégios internos, instituições religiosas e quartéis, a partir do binarismo entre equipe dirigente e grupo controlado.

E, para Foucault (1979) a prisão cria e mantém uma sociedade de delinquentes, o meio, com suas regras, sua solidariedade, em verdade passa a contribuir para a manutenção dela, como círculo vicioso sem precedentes. A existência dessa minoria delinquente, longe de ser a medida estrondosa de um fracasso, é muito importante para a estrutura do poder da classe dominante.

Em uma sociedade dividida em classes fundamentadas nas contradições, a violência afigura-se como parte do contexto, surgindo nos espaços em que as desigualdades são vivenciadas de modo mais severo, nos contextos de miséria nos quais as necessidades básicas não são atendidas (VÁZQUEZ, 2007). Contudo, “nenhum homem e nenhum adolescente nascem com característica biológicas ou genéticas que o leve a infracionar, todos vem ao mundo com as possibilidades de

desenvolverem-se da melhor forma possível, distante do mundo da criminalidade” (COSSETIN, p. 16, 2018).

A concepção de Foucault sobre a dominação dos corpos como forma de poder, traz uma reflexão sobre a compreensão da concepção de homem e sociedade, a qual orienta o trabalho daqueles que estão à frente das propostas socioeducativas, sendo essencial compreender que esta concepção demarca o posicionamento desses sujeitos, tanto em relação ao seu fazer profissional, quanto em relação à própria proposta socioeducativa. (COSSETIN, 2018)

Embora os trabalhadores tentem desempenhar suas atividades, o Estado do Paraná ainda necessita cumprir as Regras Mínimas das Nações Unidas para Proteção de Jovens Privados de Liberdade estabelece o princípio (ratificado pelo ECA nos art. 94 e 124), que o espaço físico das unidades de privação de liberdade deve assegurar os requisitos de saúde e dignidade humana.

Tal situação gera sofrimento para os trabalhadores e para os adolescentes, que pode ser apresentado de diversas formas, exaustão, medo, desamparo, impotência e depressão, que na linguagem de Goffman (1987) é o caso da mortificação das experiências. Para Bittencourt (2009), trata-se de uma violência silenciosa, desencadeada pelo excesso que o cotidiano institucional provoca nos indivíduos e que enfraquece a convivência institucional. É uma violência que dificulta distinguir o que seria normalidade e o que seria uma reação patológica (VICENTIN, 2016).

Neste caso, os sintomas expressados pelo sujeito podem ser semelhantes aos de outras pessoas, mas, a manifestação subjetiva do sofrimento é sempre exclusiva do indivíduo não podendo limitá-lo a uma classificação geral. Assim, a noção de sofrimento psíquico grave remete a noção de crise como sendo “um momento de ruptura ou uma mudança de curso de um equilíbrio previamente estabelecido, levando a desarticulações que podemos chamar de psicossociais da pessoa” (COSTA, p. 98, 2007)

Apreendemos que o manejo das situações de crise ou das demandas de saúde mental no sistema socioeducativo variam de acordo com a percepção dos profissionais. No entanto, essa percepção pode estar distorcida da realidade, como observado nos relatos dos grupos focais em que há diferenciação do que é simulado e do que é real. Nesses casos, é essencial evitar julgamentos morais (certo e

errado), não tentar doutrinar, não banalizar os problemas do adolescente (FERRO et al. 2018).

Ao comentarem quando o adolescente com ideação suicida é encaminhado para o serviço especializado e o próprio serviço banaliza a crise, isto reforça a questão moral interferindo na avaliação, todo comportamento suicida, toda crise precisa de atenção, mesmo se ela for uma simulação precisa de cuidado, de atendimento. O adolescente não pode ser punido por estar em sofrimento, não existe nenhum protocolo, nenhuma escala que possa estimar com precisão o risco de suicídio. Por isso, os mecanismos de escuta e formulação de vínculo, são as melhores ferramentas para o apoio a adolescentes com esta demanda. (FERRO et al. 2018)

Campos parafraseando Freud, diz que “as histéricas têm o que dizer. O advento da psicanálise é o resgate da escuta. Mas essa escuta permanecerá até hoje descolada do olho que examina” (CAMPOS, p.99, 2001).

Nessa perspectiva de cuidado, para quem as vozes falam? Para quem os gritos de socorro estão sendo direcionados? Qual é a perspectiva de cuidado dos trabalhadores com os adolescentes, uma vez que o eco se faz presente? Neste aspecto Campos (2001) pontua que na clínica ampliada ou a clínica do sujeito, a doença nunca ocuparia o lugar do sujeito, a doença entra na vida do sujeito, mas nunca o desloca totalmente. O sujeito é sempre biológico, social e subjetivo (CAMPOS, 2001), o cuidado em saúde diz respeito a uma relação entre profissional e usuário que inclui a subjetividade de ambos, nesta relação implica acolhimento, a visão e a escuta num sentido global, não isolando o usuário do seu contexto sociocultural (RINALDI, 2005; RINALDI e BURSZTYN, 2008).

Moreira (p.16, 2013), elucida que:

“o imaginário “menor” – sujeito marginalizado/marginal, que é inculcado da visão de delinquência, violência e risco social, passa os mais diversos segmentos da sociedade. Como sistema simbólico que dialetiza sentidos de exclusão e culpa, de abandono e de desajuste, o adolescente em conflito com lei têm criado em torno de si um imaginário de perigo e de nocividade, gerando “entendimentos” que vão desde piedade à aniquilação. Estes entendimentos são advindos, muitas vezes, de formações e conceitos interiorizados, de crenças cristalizadas a partir da rotina do cotidiano e que, por isso mesmo, acabam neutralizando-se como práticas coletivas de segmentação, exclusão e indiferença”.

Seguindo a visão da autora, o adolescente em conflito com a lei não pode queixar-se, não pode adoecer, não pode ter crises de saúde mental, romper com o

imaginário social é romper com o silenciamento e a invisibilidade desses sujeitos. Como romper esse paradigma, se nas unidades o uso de psicofármacos é como subterfúgio para controlar e conter o adolescente, além de comedi-los no alojamento e com regras, com a justificativa para que eles possam conviver entre si e com a equipe.

Foucault (2004), traduz essas condutas como um controle cuidadoso das operações do corpo, que realizam a submissão constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade. É por meio das instituições sociais que a disciplina irá se estabelecer e se firmar como meio de controle social.

Para Vidal et al (2007), a crise que emerge quando o sujeito é colocado em questão, representa a tentativa de lidar com o insustentável, sendo um arranjo providencial que se estabelece quando todos os recursos psíquicos já foram utilizados.

Sobre a dominação dos corpos através do uso de medicamento, temos a contribuição Conrad (1992), o qual aponta a influência da medicina em campos que até então não lhes pertenciam, o complexo processo da medicalização consiste em uma forma de transformar em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, às vezes no próprio ambiente familiar e comunitário, envolvendo interpretações e técnicas de cuidado. Nessa circunstância, podemos considerar que a medicalização corrobora para uma redução da perspectiva terapêutica menosprezando a abordagem do modo de vida, dos aspectos subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença (TESSER, 2006)

No entanto, na medida que o comportamento é medicalizado, o seu significado naquele momento e em um determinado contexto deixa de existir. Medicalizar é uma maneira de ignorar o que o comportamento está buscando falar (MARTINHAGO, 2017). A medicalização da vida passa a ser uma nova forma de lidar com o comportamento e a subjetividade humana, inclusive esta forma passa a ser adotada pelo Estado no âmbito de suas instituições como política pública e mecanismo de controle social (ROSE, 2007)

A medicalização desloca o debate de outros elementos de exclusão e vulnerabilidade social destes sujeitos reduzindo o cumprimento da medida socioeducativa à categoria de “adolescente infrator com transtorno mental” (BUJES, 2014).

## 6 CONCLUSÃO

O Estatuto da Criança e do Adolescente completa 30 anos, e o marco para a instituição da Doutrina da Proteção Integral a qual pode ser compreendida como um paradigma ou como uma filosofia que fundamenta o Direito das Crianças e adolescentes através do Sistema de Garantia de Direitos (SGD). Este pode ser entendido como a estrutura operacional de proteção dos direitos infanto-juvenis, em outras palavras, o SGD cumpre não apenas a função de proteger os direitos previstos, mas, também, de atualizá-los, adaptá-los e ampliá-los, de forma a não os deixar enrijecer-se em fórmulas vazias e enunciados distantes (CUNHA, 2018).

Neste sentido, há necessidade de ressignificar as práticas no sistema socioeducativo, o que inevitavelmente levará a uma ressignificação da atenção às demandas de saúde mental dos adolescentes, indo além do silenciamento dos sintomas e do isolamento social do sujeito incluindo lidar com a complexidade e com a incerteza, o que impacta diretamente na capacidade dos profissionais e serviços em reorganizar seus processos de trabalho (LUZIO, 2010; MARTINS, 2017)

Precisamos reconhecer que as ações desenvolvidas dentro do sistema socioeducativo são complexas, e com isso o Estado precisa se comprometer com a saúde física e emocional dos servidores e dos adolescentes das unidades de internação, pois ambos são submetidos ao mesmo ambiente estressor, insalubre, inadequado e mal conservados.

A mortificação das experiências nas instituições totais, devido uma disciplina de atividades é apontada por Goffman (1987) como sendo a disciplina do ser, que impõem uma obrigação de ser uma determinada pessoa, com um determinado caráter que deve habitar um determinado mundo. Essa concepção de mundo pelos trabalhadores do sistema socioeducativo, gera sofrimento tanto para eles quanto para os adolescentes, traduzidas na não escuta das demandas de saúde mental pelos trabalhadores e na não escuta das demandas de saúde mental pela gestão.

Os ecos produzidos acabam sendo preenchidos por medicamentos que amortecem os sofrimentos, calam as dores, mas não resolvem os problemas, a medicalização da vida transforma problemas sociais em questões individuais, o que inviabiliza intervenções que poderiam ser admissíveis.



Concluimos, que a atenção dispensada para o manejo das demandas de saúde mental dos adolescentes está intrinsicamente ligada as relações interpessoais da equipe, a percepção real da concepção de homem e de mundo, e a capacidade instalada das unidades.

## REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, C.M. **Sofrimento psíquico grade de adolescente em privação de liberdade: um estudo exploratório**. Dissertação de Mestrado – Universidade de Brasília. Departamento de Psicologia Clínica, 2010.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- ASSIS, S. G de. et al. **Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência**. Revista de Ciência e Saúde Coletiva. V.14, p. 349-361, 2009.
- BACKES, D.S. et al. **Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas**. Ver. O mundo da saúde. São Paulo, v. 35, p. 438-442, 2011.
- BARRETO, T. **Menores e loucos**. Edição do Estado de Sergipe, 1926.
- BARROS, M. B. A; OLIVEIRA, H. B.; MARIN-LEON, L. **Epidemiologia no Brasil**. In: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. (Orgs.). *Comportamento suicida*, Porto Alegre: Art Med, 2004, p. 45-58.
- BECK, A T., STEER, R. A.; GRISHAM, J. R. **Risk Factors for Suicide in Psychiatric Outpatients: A 20-Year Prospective Study**. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v.3, n. 68, p. 371-377, 2000.
- BECK, A. T., BROWN, G. K. e STEER, R. A. **Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients**. Behavior Research and Therapy, v. 35, n. 11, p.1039-1046, 1997.
- BEM, A. S. do. **A Centralidade dos movimentos sociais na articulação entre Estado e a Sociedade Brasileira nos séculos XIX e XX**. VER. Educ. Soc., Campinas, vol. 27, n.97, p. 1137-1157, set/dez. 2006.
- BICHUETTI, J. L. **Crisevida: outras lembranças**. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2000.
- BITTENCOURT. L, **Orientações básicas para atenção à saúde mental de adolescentes em conflito com a lei e/ou privados de liberdade**. MINEO, 2009
- BOEIRA, D.A.; MACHIESKI, E.S.; RIBEIRO, J.B. (2017). **Castigos, revoltas e fugas: a Fundação do Bem-estar do Menor retratada e do Adolescente em 1990**. Aedos, Porto Alegre, v.9, n.20, p. 456-480. Ago.2017
- BOFF, L. **Crise: oportunidade de crescimento**. Campinas, SP: Verus, 2002.
- BORGES, V.R. **Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos**. Barbarói. Santa Cruz do Sul, n.28, jan-jun, 2008.
- BOTEGA, J.N. **Comportamento suicida: epidemiologia**. Psicol. USP. Vol.25, nº 3. São Paulo set/dec.2014. DOI 10.1590/0103-6564D20140004

BRASIL Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). **Levantamento Anual Sinase 2013**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2015. Disponível em: < <https://goo.gl/58VrZV>>. Acesso em: 09 ago.2020

BRASIL. **Boletim epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. V.50, nº24, set/2019. ISSN 9352-7864

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. 1ª edição. Brasília-DF, 2013.

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. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)**. Brasília-DF: CONANDA, 2006.

BUJES, J. de S. **Governar infratores ou tratar corpos? A medicalização de jovens internados na FASE/RS como política pública da/na socioeducação**. R. Dir. Fund., Vitória, v.15, n.1, p.105-124, jan/jun. 2014

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.

CAMPOS, R.O. **Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

CARLOMAGNO, M.C; ROCHA, L.C da. (2016). **Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica**. Revista Eletrônica de Ciência Política, vol. 7, n. 1, 2016. 173-188.

CONRAD, P. **Medicalization and social control**. Annual Review of Sociology, 18 (1), 209-232. 1992

COSSETIN, M. **A proposta político pedagógica na socioeducação: a busca pela superação na mera adaptação social**. In: Cadernos de Socioeducação: Bases Teórico-Metodológicas da Socioeducação, p. 89-105. Paraná, 2018. ISBN 978-85-66413-21-2.

COSTA, M. S. **Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 94-108, 2007.

CRIVELATTI, M.M.B. (2007). **Sofrimento psíquico na adolescência**. Texto Contexto Enfer. Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 64-70.

CULP, A. M., CLYMAN, M. M.; CULP, R. E. **Adolescent depressed mood, reports of suicide attempts, and asking for help.** *Adolescence*, v. 30, n. 120, p. 827-837, 1995. *Barbarói. Santa Cruz do Sul*, n. 28, jan./jun. 2008 p.121

CUNHA, J. R. **A garantia de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes: uma perspectiva normativa e filosófica brasileira.** *RJLB*, ano 4. 2018. n.6, 2207-2243.

DAMINELLI, C.S. (2017). **História, legislação e ato infracional: privação de liberdade e medidas socioeducativas voltadas aos infantojuvenis no século XX.** *CLIO: Revista de Pesquisa Histórica*. Vol. 35.

DELL 'ACQUA, G.; MEZZINA, R. **Resposta à crise.** In: \_\_\_\_\_. *A loucura na sala de jantar.* São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-79.

FAZEL, S.; BENNING, R.; DANESH, J. (2005) **Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978–2003.** *Lancet* 366(9493):1301–1302. doi:10.1016/S0140-6736(05)67325-4

FEITOSA, H.N. et al. **A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas.** *Revista Bioética*, vol. 19, núm. 1, 2011, pp. 259-276. Conselho Federal de Medicina Brasília, Brasil.

FERIGATO, S. H., CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. **O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos.** *Rev. Psicol. UNESP. Assis, SP*, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FERRO, L.F.; FREI, A. E.; VIANNA, D.; STEFANELLO, S.; **Interfaces da saúde mental na socioeducação.** In: *Cadernos de Socioeducação: Bases Teórico- Metodológicas da Socioeducação*, p. 89-105. Paraná, 2018. ISBN 978-85-66413-21-2.

FOUCAULT, M. **História da loucura.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **VIGIAR E PUNIR: nascimento da prisão.** Editora Vozes. 29ª edição. Petrópolis, 2004. p.262

GADAMER, H. G. **Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica.** Tradução de Flávio Meurer. Petrópolis: Editora Vozes. 1997, 731p.

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

GOLDMAN, S.; BEARDSLEE, W. R. **Suicide in Children and Adolescents.** In: JACOBS, D. G. (Ed.). *Suicide Assessment and Intervention.* San Francisco: Jossey-Bass Inc, 1999, p. 417-442.

GROHOLT, B. et al. **Sex differences in adolescent suicides in Norway, 1990-1992.** *Suicide and Live Threatening Behavior, Illinois*, v. 29, n. 4, p. 295-308, 1999.

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético.** Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2020

LONDOÑO, F. T. **A origem do conceito menor.** In Mary Del PRIORE (Org.). *História da Criança no Brasil.* (3a ed.). (p.129-145). São Paulo: Contexto, 1995. ISBN 85-7244-001-1.

LUZIO, C. A. **Atenção psicossocial: reflexões sobre o cuidado em saúde mental no Brasil.** 2010. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2010.

MARINO, A.S. **Do infans ao ‘menor’ à concepção de criança e adolescente como sujeitos de direitos.** Journal: Mnemosine, vol. 9; p. 54-79. 2014.

MARTINHAGO, F. **Contágio social de transtornos mentais: análise das estratégias biopolíticas de medicalização da infância.** Tese. Universidade Federal de Santa Catarina – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. Florianópolis, 2014. 300 p.

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

MATTOS, M.; TORRALBA, R. **Intervindo nas práticas de alguns personagens que atuam na área da infância e juventude.** In Maria Lívia NASCIMENTO (Org.). PIVETES: a produção de infâncias desiguais. (p.74-82). Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 2002.

MELEIRO, A.M. A. DA S.; WANG, Y. P. **Suicídio e tentativa de suicídio.** In: NETO, M. R. L. et al. (Orgs.) *Psiquiatria Básica.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 376-396.

MONTEIRO, A. R. M. et al. **Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 16, núm. 3, setembro, 2012, p. 523-529. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-Brasil.

MOORE E, GASKIN C, INDIG D. Attempted Suicide, Self-Harm, and Psychological Disorder Among Young Offenders in Custody. *J Correct Health Care.* 2015;21(3):243-254. doi:10.1177/1078345815584849

MOREIRA, R.R. **Meninos do Cense: práticas e discurso de inclusão/exclusão.** Conexão Letras, vol. 8, nº 10, 2013.

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.

PACHECO, R. A.; CAMPOS, R.O. **“Experiência – narrativa” como sintagma de núcleo vazio: contribuições para o debate metodológico na Saúde Coletiva.** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.28(2), 2018. DOI 10.1590/S0103-7331201828022012.

PARANÁ. **Cadernos de Socioeducação**. Secretaria da Justiça, Cidadania e Direito. Prevenção do Suicídio. 3ª Edição, revisada e ampliada, 2018.

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), 2015.

PARANÁ. RESOLUÇÃO Nº 170/2018 – GS/SEJU. Secretaria da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos, 2018.

PARANÁ. RESOLUÇÃO Nº 44/2016 – GS/SEJU. Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, 2016.

PASSETI, E. **O menor no Brasil Republicano**. In Mary Del PRIORE (Org.). História da Criança no Brasil. (3a ed.). (p.146-175). São Paulo: Contexto, 1995. ISBN 85-7244-001-1.

PRIORE, M. D. **O Papel do Branco, A Infância e os Jesuítas na Colônia**. In Mary Del PRIORE (Org.). História da Criança no Brasil. (3a ed.). (p.10-25). São Paulo: Contexto, 1995. ISBN 85-7244-001-1.

RADELOFF, D.; LEMPP, T.; HERRMANN, E.; KETTNER, M.; BENNEFELD, K.; FREITAG, C.M. **National total Survey of German adolescent Suicide in Prision** Eur Child Adolesc Psychiatry. 2015. V.24: 2019-225. DOI 10.1007/s00787-014-0568-1

RIBEIRO, D.S.; RIBEIRO, F.M.L.; DESLANDES, S.F. **Discurso sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de internação no Rio de Janeiro, Brasil**. DOI 10.1590/1413-81232020182410.23182017.

RINALDI, D. L. **Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental**. In: MELLO, M.; ALTOÉ, S. (Org.). Psicanálise, clínica e instituição. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.66

RINALDI, D. L.; BURSZTYN, D. C. **O desafio da clínica na atenção psicossocial**. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, jun. 2008.

ROSE, N. **The politics of life itself: biomedicine, power, subjectivity in the twenty-firts century**. Princeton: Princeton University Press, 2007.

SANTOS, E. A. **Criança e adolescente – sujeitos de direitos**. Rev. Inclusão Social, Brasília, v.2, n. 1, p. 130-134. Out/2006/mar. 2007

SILVA, E. **Mapeamento nacional da situação das Unidades de execução da medida socioeducativa de privação de liberdade ao adolescente em conflito com a lei**. Brasília, IPEA/DCA-MJ, 2003. Mimeografado.

SILVA, S.C. **Socioeducação e juventude: reflexões sobre a educação de adolescentes e jovens para a vida em liberdade.** DOI 105433/1679-4842.2012.v14n2p96

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, Aug, 2013.

SOUZA, P. J. C. **Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte.** Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

TESSER, C.D. **Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde.** *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. P.61-76. 2006

TURECKI, G. **O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo.** *Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo*, v. 21, n. 2, p. 18-22, 1999.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da Práxis.** São Paulo: Expressão Popular, 2007.

VIDAL, F. B. et al. **A abordagem da crise na psicose.** In: SILVA, M. V. O. (Org.). *A clínica psicossocial das psicoses: programa de intensificação de cuidados a pacientes psicóticos.* Salvador: UFBA, FFCH, 2007.

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

WERLANG, B. S. G. e BOTEGA, N. J. Introdução. In: \_\_\_\_\_. (Eds.) *Comportamento Suicida.* Porto Alegre: Artmed, 2004.

WHO (World Health Organization). **Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors –SUPRE-MISS.** Disponível em: <who.int.mental-health/ suicide>. Acesso em: 20 set. 2019

WHO (World Health Organization). **Suicide rates.** Disponível em: <who.int.mentalhealth/suicide> Acesso em: 20 set. 2019