



**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES EM
CONFLITO COM A LEI EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE: UMA
AVALIAÇÃO SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL DE FOZ DO IGUAÇU**

**INTEGRAL CARE TO THE MENTAL HEALTH OF ADOLESCENTS IN
CONFLICT WITH THE LAW IN DEPRIVATION OF LIBERTY: AN
EVALUATION UNDER THE PERSPECTIVE OF PROFESSIONALS AT THE
CENTER FOR PSYCHOSOCIAL CARE FOR CHILDREN AND YOUTH IN
FOZ DO IGUAÇU**

Denise Rissato¹

Amanda Damian Monteiro²

Marcela Costa Campos³

Marcos Augusto Moraes Arcoverde⁴

Resumo: Com este estudo buscou-se compreender como tem se efetivado o direito e o acesso dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade à atenção integral à saúde no município de Foz do Iguaçu-PR, a partir de uma pesquisa documental e de entrevistas com os profissionais de saúde mental que atendem no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - CAPSi. Concluiu-se que, apesar dos avanços conquistados, o direito à saúde desses adolescentes ainda é violado, sobretudo, devido ao preconceito e à predominância de um modelo biomédico de atenção à saúde mental, baseado na medicalização indiscriminada e no acesso restrito às terapêuticas não medicamentosas. Além dessas questões subjetivas, fatores objetivos também contribuem para isso: a falta de infraestrutura física, o número insuficiente de profissionais no CAPSi e a falta de uma política de formação continuada para os profissionais em toda rede de serviços de apoio à socioeducação.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Saúde do Adolescente Institucionalizado; Saúde Integral do Adolescente.

Abstract: This study sought to understand how the right and access of adolescents in conflict with the law deprived of liberty to comprehensive health care in the municipality of Foz do Iguaçu-PR has been implemented, based on documentary research and interviews with the mental health professionals who work at the Children's Psychosocial Care Center - CAPSi. It was concluded that, despite the advances made, the right to health of these adolescents is still violated, mainly due to prejudice and the predominance of a biomedical model of mental health care, based on indiscriminate medicalization and restricted access to non-drug therapies. In addition to these subjective issues, objective factors also contribute to this: the lack

¹ Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPFH/UERJ). Professora Adjunta da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. E-mail: denise.rissato@hotmail.com

² Graduanda do Curso de Direito da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. E-mail: amandadamianmonteiro@gmail.com

³ Graduanda do Curso de Direito da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. E-mail: marcelacampos0107@hotmail.com

⁴ Doutor pelo Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Professor Adjunto da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. E-mail: marcos.arcoverde2013@gmail.com



of physical infrastructure, the insufficient number of professionals in the CAPSi and the lack of a continuing education policy for professionals in the entire network of socio-education support services.

Keywords: Right to Health; Health Policy; Health of Institutionalized Adolescents; Adolescent Health.

1 Introdução

A Constituição Federal de 1988 criou um amplo e moderno sistema público de proteção social no Brasil, voltado à efetivação de direitos coletivos e individuais entendidos como direitos fundamentais e universais de todas as pessoas. Mais especificamente, no âmbito dos direitos infantojuvenis, tema que será estudado nesta pesquisa, o texto constitucional previu, em seu artigo 227, que

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 1988).

Dois anos depois, essa questão foi regulamentada pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, também conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que não apenas reconhece todas as crianças e adolescentes como sujeitos de direito, mas também como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, devendo a família, a sociedade e o Estado garantir-lhes proteção integral, sem qualquer tipo de discriminação (Brasil, 1990). Com isso, as crianças e adolescentes possuem todos os direitos concedidos aos adultos, desde que aplicáveis à sua idade, além daqueles que lhe são devidos em decorrência de sua condição própria de desenvolvimento, conforme previsto no artigo 3º e parágrafo único da referida lei,

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Parágrafo único. Os direitos enunciados nesta Lei aplicam-se a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, região e local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem (Brasil, 1990).

Naquele contexto, novas diretrizes norteadoras das ações do Estado em relação às crianças e adolescentes em conflito com a lei também foram definidas pelo ECA, com o intuito de substituir o modelo de intervenção segregativo e meramente punitivo até então vigente, por uma nova proposta pedagógica de intervenção socioeducativa, intersetorial



e multiprofissional voltada à promoção de novas oportunidades de socialização desses adolescentes, a partir da ressignificação de valores, da autorreflexão, da formação e do cuidado integral, de modo que possam retomar de forma ativa e autônoma a vida em sociedade (Shecaira, 2008).

Desde então, o processo de implementação do sistema socioeducativo previsto pelo ECA, colocou em evidência uma série de desafios a serem superados, dentre eles, a necessidade de adequar as ações em saúde e de fortalecer as interlocuções e estratégias intersetoriais necessárias para o atendimento integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, sobretudo, daqueles em cumprimento de medida socioeducativa em regime de restrição e/ou privação de liberdade.

Diante disso, o Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, publicou em 15 de julho de 2004, a Portaria Interministerial nº 1.426, instituindo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI).

Com a referida política, foram definidas as diretrizes para a realização do atendimento integral à saúde dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa com privação de liberdade em unidades masculinas e femininas, em todo o território nacional, a partir de uma programação pactuada, integrada e compartilhada entre a União e os entes federados, com ações educativas, preventivas e de cuidados específicos à saúde, especialmente aquelas voltadas à saúde mental, à atenção aos agravos psicossociais e/ou decorrentes do uso de álcool e drogas, à saúde sexual e reprodutiva desses adolescentes, à atenção às DST/HIV/Aids e às hepatites e aos adolescentes com deficiências (Brasil, 2004).

Uma década depois, considerando o princípio da incompletude institucional⁵ e os desafios enfrentados na implementação desta política, sobretudo, no que diz respeito à sua gestão e operacionalização compartilhada e multisetorial, o Ministério da Saúde publicou em 23 de maio de 2014, a Portaria GM/MS nº 1.982, redefinindo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), estendendo o direito à

⁵ O princípio da incompletude institucional representa uma ruptura em relação ao entendimento de que uma instituição deva e/ou seja capaz de atender as diversas e complexas demandas sociais que se apresentam no decorrer da realização de uma política pública. De modo geral, o atendimento integral de uma necessidade humana exige conhecimentos e ações multiprofissionais e intersetoriais, inclusive para minimizar os riscos de negligência e/ou de abuso de autoridade profissional.



atenção integral à saúde a todos os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa (em regime aberto e fechado) e estabelecendo novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da PNAISARI nas unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade (Brasil, 2014).

Em outras palavras, com esta portaria, o Ministério da Saúde busca ampliar a garantia de acesso à atenção integral à saúde, antes prevista apenas para os adolescentes privados de liberdade, também para os adolescentes que cumprem medidas em regime aberto (medida de prestação de serviço à comunidade e medida de liberdade assistida).

Contudo, a despeito dos avanços que esse conjunto de normas e direitos possam representar no âmbito da proteção social à população infanto-juvenil, diversos estudos realizados no Brasil, revelam sérias violações ao direito à atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com lei no país, tais como: Conselho Federal de Psicologia e Ordem dos Advogados do Brasil (2006); Boas *et al.* (2010); Perminio *et al.* (2018); Constantino (2019); Tonholi, Rissato e Arcoverde (2021). Esses trabalhos além de revelarem que há uma grande distância entre o ideal previsto em lei e as reais condições de realização do PNAISARI no Brasil, também revelam que ainda são escassas as pesquisas que retratam essa realidade nos municípios do interior do país.

Diante disso, pretende-se nesta pesquisa responder a seguinte questão: como e em quais condições tem se dado o processo de operacionalização da PNAISARI, no âmbito da atenção à saúde mental dos adolescentes em conflito com a lei, privados de liberdade, em Foz do Iguaçu? Como tem se realizado o direito e o acesso dos adolescentes em conflito com a lei institucionalizados à atenção integral à saúde no município?

Com intuito de responder a esses questionamentos, este trabalho contará com mais quatro seções. Na sequência desta introdução, em uma segunda seção, é apresentada a metodologia de pesquisa empregada na realização deste estudo. Na terceira seção (3), buscou-se caracterizar a rede de atendimento em saúde mental acessada pelos adolescentes em conflito com a lei, em Foz do Iguaçu. A seguir, na quarta seção (4), é descrito o perfil clínico e psiquiátrico dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade atendidos no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), no período de 2018 a 2020 juntamente com a identificação e a discussão das condições de realização do direito à atenção à saúde mental dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade, em Foz do Iguaçu, conforme o relato dos profissionais. Por fim, são apresentadas as considerações finais deste estudo.



2 Metodologia

A primeira etapa da pesquisa seguiu o delineamento de revisões teóricas a partir de bibliografias, documentos e legislações sobre o tema, tendo como foco os estudos sobre o adolescente em conflito com a lei, as políticas públicas destinadas a esta população e as medidas socioeducativas. Do mesmo modo, foram levantadas e discutidas as principais legislações e normas vigentes no Brasil, que guardam relação com a temática desta pesquisa, tais como a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069/1990), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei (Portaria Interministerial nº 1.426, de 14/07/2004 e Portaria MS nº 1.082 de 23/05/2014), além da Lei nº 12.594 de 18/01/2012 (BRASIL, 2012), que instituiu o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo.

Para a seleção dos textos foi realizada uma revisão narrativa, a qual se trata de um tipo de revisão de literatura utilizada para elaborar sínteses narrativas e compreensivas de um dado tema a partir de informações que já foram publicadas. Esse método de pesquisa é normalmente utilizado quando se pretende abordar um tema ou assunto de forma ampla. É um método subjetivo e que não deixa explícito um critério de busca sistematizado para a seleção das fontes (Ribeiro, 2014; Mattos, 2015). Cabe destacar que se utilizou como base de busca a Biblioteca Virtual da Saúde e o Google Acadêmico. Pelo fato do objetivo era analisar uma política pública brasileira e sua realização em âmbito local, não houve necessidade de ampliação para busca em bases internacionais.

Naquele momento inicial também foram elaborados e encaminhados documentos à Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, solicitando autorização e termo de ciência do responsável pelo campo de estudo para realizar a coleta de dados no Centro de Atendimento Psicossocial Infantojuvenil. Esse documento também era necessário para submissão do projeto à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.

A segunda etapa da pesquisa teve uma abordagem qualiquantitativa, na qual foram realizadas entrevistas baseadas em um roteiro com questões semiestruturadas, junto aos profissionais da equipe de saúde do CAPSi, além de uma coleta de dados nos prontuários dos adolescentes em conflito com a lei que foram atendidos no CAPSi entre os anos de 2018 e 2021, enquanto cumpriam medida socioeducativa de internação no Centro de Socioeducação (CENSE) de Foz do Iguaçu. As informações coletas a partir dos



prontuários dos adolescentes foram: sexo, idade, se era paciente do CAPSi antes da internação socioeducativa, tipo de atendimento recebido no CAPSi e medicação.

Depois de obter a aprovação da pesquisa junto ao CEP e antes de iniciar a coleta de dados foi realizada uma visita ao CAPSi para conhecer as instalações e os profissionais de saúde, bem como, para apresentar o projeto de pesquisa a toda a equipe. Naquela ocasião também foram agendadas as entrevistas, de acordo com a agenda de cada profissional.

Com relação às entrevistas, cabe mencionar que, na ocasião da coleta, a equipe era formada por 10 profissionais de saúde, incluindo o coordenador da instituição, de diversas áreas de formação de nível superior e médio (médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, técnico em enfermagem, terapeuta ocupacional e enfermeiro). Todos participaram das entrevistas, depois de lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No que diz respeito à coleta documental, em um primeiro momento, o serviço de saúde disponibilizou 55 prontuários com a informação de que seriam dos pacientes do regime fechado atendidos no período estudado. Contudo, cinco prontuários foram rejeitados pois apresentavam preenchimento incompleto em relação à medida socioeducativa ou à assistência recebida. Portanto, foram coletadas informações dos prontuários de 50 adolescentes que foram atendidos no CAPSi, entre 2018 e 2021.

No segundo semestre de 2022, foram realizadas as transcrições das entrevistas, as sínteses dos dados coletados nos prontuários e elaborados textos com os resultados da pesquisa.

Para proceder a etapa de análise das entrevistas, recorreu-se à técnica de análise de discurso, a qual possibilita uma “interpretação fundada pela intersecção de epistemologias distintas” e em diferentes áreas de conhecimentos, tais como humanas, sociais aplicadas e saúde (Caregnato; Mutti, 2006, p. 680).

Para cumprir as etapas da análise do discurso a partir das entrevistas, foram respeitadas as seguintes etapas: a transcrição do corpus; a leitura exaustiva; compreensão dos sentidos das palavras e dos enunciados; a identificação das formações discursivas; e constituição dos processos discursivos (Lima *et al.* 2017).

Entende-se que a articulação entre o objeto discursivo e o processo social onde ele é produzido permite compreender como a formação discursiva transforma-se em uma formação ideológica, a qual “determina o dito e o não dito no interior de uma sociedade marcada pelas relações de classes antagônicas (Lima *et al.* 2017).



O projeto com registro número 07898819.8.0000.0107 teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da UNIOESTE com o parecer número 5.269.130.

Tendo em vista que eram poucos profissionais participantes e que indicar a sua função poderia favorecer a sua identificação, optou-se por identificar os trechos transcritos das entrevistas apenas com a palavra “Profissional”, seguida de um número arábico (1, 2, 3, ...).

3 A rede de atendimento em saúde mental em Foz do Iguaçu

Ao declarar “a saúde como um dever do Estado e um direito de todos, independentemente de contribuição”, a Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como um direito social universal, que deve ser assegurado e viabilizado de forma compartilhada pela União e por todos os entes da federação, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196 da CF/1988).

A Carta Magna de 1988, ainda estabelece que todas as ações e serviços públicos de saúde, organizados em três níveis de complexidade, deveriam integrar redes regionalizadas e hierarquizadas de assistência à saúde, de modo a constituir um sistema nacional único de saúde, financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, do qual a iniciativa privada poderia participar em caráter complementar. Assim, dois anos depois, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei nº 8080/1990.

Apesar dos inegáveis e significativos êxitos alcançados no âmbito da saúde pública e do direito à saúde no Brasil, nas duas décadas que se seguiram à criação do SUS, em 1990, as avaliações e discussões internas das áreas técnicas do Ministério da Saúde e do Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite, composto por representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Ministério da Saúde (MS), indicavam que uma série de questões dificultavam a expansão e a consolidação da política nacional de saúde, sobretudo, no tocante à universalidade e à integralidade da assistência, dentre as quais destacavam-se: (a) a ausência de articulação entre as ações e os serviços de saúde, até então organizados por



níveis de complexidade; (b) o financiamento público pulverizado e insuficiente que favorecia a distribuição desigual dos recursos e dos serviços de saúde no território nacional, quase sempre concentrados nas regiões mais desenvolvidas do país; (c) a prevalência de um modelo de atenção à saúde dimensionado a partir da oferta, voltado prioritariamente ao atendimento dos casos agudizados e emergenciais e pouco atuante em outros campos de ação como a vigilância, a educação, a prevenção e a promoção da saúde (Brasil, 2010).

Partindo do entendimento que essas questões, em seu conjunto, potencializavam a fragmentação dos serviços e das práticas clínicas e comprometiam a integralidade, a eficiência e a resolutividade da assistência prestada pelo sistema público de saúde, o Ministério da Saúde, acatando a decisão dos gestores do SUS presentes na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada no dia 16 de dezembro de 2010, publicou a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelecendo as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), definida como um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, busca garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010).

Nessa mesma perspectiva e considerando a diversidade, a complexidade e as especificidades das demandas de atenção em saúde mental, cujo atendimento exige serviços de cuidado e acompanhamento multiprofissional, de média e longa duração, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, com o intuito de criar e ampliar o acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas a um conjunto articulado de serviços de atenção à saúde mental (Brasil, 2011).

De acordo com a referida legislação, a RAPS é constituída pelos seguintes equipamentos/serviços: **(a) Atenção Básica** (Unidades Básicas de Saúde; equipes de atenção básica para populações específicas e Centros de Convivência); **(b) Atenção Psicossocial Especializada** (Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades); **(c) Atenção de urgência e emergência** (SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e Unidades Básicas de Saúde, entre outros); **(d) Atenção residencial de caráter transitório** (Unidade de recolhimento e serviços de atenção em regime residencial); **(e) Atenção hospitalar** (Enfermaria especializada em hospital geral e serviço hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou necessidades



decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; **(f) Estratégias de desinstitucionalização** (Serviços Residenciais Terapêuticos); e **(g) Reabilitação psicossocial** (Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais) (Brasil, 2011).

Observa-se que, a rede de atenção psicossocial deve ser composta por pontos de atendimento que atuam em diferentes níveis de atenção, de modo a assegurar não apenas a assistência aos diversos casos, em suas especificidades e complexidades, mas também de forma a garantir a atenção integral e continuada, desde a prevenção e a promoção da saúde, até o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.

É importante destacar que embora a primeira versão da PNAISARI tenha sido instituída em 2004, as RAPS passaram a ser implementadas em 2011 e o CAPSi foi inaugurado, em Foz do Iguaçu, em 2012. Somente, a partir daí, a população infantojuvenil de Foz do Iguaçu, com diagnóstico de transtornos mentais graves e persistentes e/ou que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, passou a ter a possibilidade de um atendimento continuado, multiprofissional, especializado e, supostamente, adequado à sua condição peculiar de desenvolvimento. Vale mencionar que, até então, esses adolescentes, quando necessário eram encaminhados a outros serviços da rede pública que atuavam no âmbito da atenção secundária à saúde, onde recebiam um atendimento especializado, porém, de caráter emergencial, pontual e desprovido de ações voltadas à reabilitação do usuário.

[...] em junho de 2012, foi inaugurado o CAPS Infantil, com a premissa de atender indivíduos em uso abusivo e nocivo de substância psicoativa, ou que desenvolveram um transtorno mental, [...] chegamos a atender em 2013, 373 pacientes que eram usuários de drogas, e, como não tinha um outro serviço no município que atendesse esse público, surgiu ali a necessidade de atendermos também os meninos que além do uso de drogas, estavam em conflito com a lei, cumprindo medida socioeducativa em regime fechado (Profissional 9).

Entendendo que a implementação de toda política pública, incluindo disponibilização de instalações, implantação de equipes profissionais e demais recursos, pode ser lenta e processual, buscou-se identificar como estava constituída a rede de atenção à saúde mental acessada pela população em geral, em Foz do Iguaçu, constatando-se que a RAPS, no município, em 2022, era formada por:

(a) equipamentos que atendem na atenção primária (Unidades Básicas de Saúde - UBS; Estratégias de Saúde da Família - ESF; além de escolas, dos Centros de Referência de Assistência Social - CRAS, Organizações Não-governamentais (ONGS) e outras associações, uma vez que todas estas instituições atuam e/ou podem atuar na promoção



da saúde e prevenção do adoecimento mental, inclusive encaminhando os possíveis casos para avaliação e diagnóstico.

(b) equipamentos de atenção secundária são os ambulatórios, o Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) e as unidades de acolhimento, que contam com consultas especializadas; consultas multiprofissionais e atividades grupais voltadas para casos pontuais; e,

(c) equipamentos de atenção terciária que são os hospitais gerais com enfermarias psiquiátricas e os Centros de Atenção Psicossocial em várias modalidades (CAPS II; CAPS AD II; CAPSi). Entende-se que os centros de atendimento do sistema CAPS são equipamentos de nível terciário, uma vez que são acionados para o atendimento de casos graves e persistentes e que atuam não apenas no tratamento, mas também na reabilitação dos pacientes.

Assim, ao conhecer a rede de atenção psicossocial instalada em Foz do Iguaçu-PR, percebe-se que embora o município tenha um porte populacional que comporta mais unidades de CAPS (no caso de CAPSi) e/ou unidades mais equipadas (como CAPS III e CAPS AD III) para atender as demandas existentes, ainda possui equipamentos com capacidade de atendimento muito aquém daquela que pode e deve ter, tendo em vista que a legislação preconiza que municípios com mais de 150 mil habitantes comportam serviços de CAPS III e CAPS AD III (Ministério Público do Rio Grande do Sul, 2022).

4 As condições de realização do direito à atenção à saúde mental dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade, em Foz do Iguaçu

Conforme descrito anteriormente, desde 2012, a atenção à saúde mental passou a ser organizada e operacionalizada segundo o conceito de redes de atenção à saúde, em Foz do Iguaçu. Portanto, observa-se que, mais do que uma mudança na forma de organização e realização dos fluxos de atendimento, a reorganização dos serviços de atenção à saúde em sistemas de redes foi fundamental para que a Política Nacional de Saúde Mental pudesse avançar no município, em termos de integralidade e universalidade de atenção, na medida em que se viabilizou a instalação de equipamentos especializados em saúde mental, com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades.

Vale ressaltar que, com a criação do CAPSi, a população infantojuvenil passou, *a priori*, a contar com uma atenção especializada em saúde mental, em um ponto de



atendimento específico para esse grupo populacional, reduzindo as filas de espera e ampliando as probabilidades de atendimento por profissionais qualificados. Com isso, também se expandem, pelo menos em tese, as possibilidades de realização da PNAISARI.

No entanto, ciente dos inúmeros desafios que se colocam à realização das políticas sociais, sobretudo daquelas dirigidas às populações que vivem situações de extrema vulnerabilidade social, a exemplo dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade, parece fundamental conhecer as condições segundo as quais tem se dado o atendimento em saúde mental a essa população em Foz do Iguaçu, bem como, compreender suas implicações sobre a realização da PNAISARI e do direito à atenção integral à saúde desse grupo populacional no município.

Com relação à análise dos 50 prontuários dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade atendidos no CAPSi, entre os anos 2018 e 2021, constatou-se que 41 eram do sexo masculino e nove eram do sexo feminino. Verificou-se que a maioria dos adolescentes receberam o primeiro atendimento no CAPSi com idade entre os 13 anos e os 16 anos (n=28), enquanto nove adolescentes tiveram o seu primeiro atendimento ainda na infância (entre 8 e 11 anos).

No decorrer desta pesquisa, observou-se que, apesar de inúmeras garantias e proteções legais voltadas a todos os adolescentes em conflito com a lei, os equipamentos, os serviços e os fluxos de atendimento acessados por esses adolescentes, em Foz do Iguaçu, variam em função da modalidade da medida socioeducativa que os mesmos estiverem cumprindo.

No caso dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa em regime aberto e semiaberto, os profissionais do CREAS que os acompanham, ao perceber a existência de uma demanda por atendimento especializado em saúde mental, fazem o seu encaminhamento ao CAPSi, onde são acolhidos, avaliados, consultados, convidados e encaminhados aos serviços terapêuticos mais indicados para o seu caso específico.

[...] quando o adolescente em conflito com a lei cumpre medida socioeducativa em regime aberto, ou seja, de Liberdade Assistida (LA) ou de Prestação de Serviço à Comunidade (PSC). Nesse caso, a equipe do CREAS faz o encaminhamento, [...] aqui no CAPSi, esse adolescente tem acesso a todas as terapêuticas em que ele se encaixa, [...] não necessariamente, só do grupo de dependência química, pode ser o grupo de autoestima, pode ser encaminhamento para o centro da juventude, atividades extra-caps, oficinas e, algumas vezes, até mesmo o atendimento individual, dependendo das necessidades que aparecem no momento da acolhida e da escuta (Profissional 1).



No caso dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviço à Comunidade (PSC), sob o acompanhamento das equipes do CREAS II, além do atendimento por demanda espontânea (porta-aberta), também recebemos demandas encaminhadas pelo CREAS II. Do mesmo modo, quando estão cumprindo medida socioeducativa de semiliberdade, a gente tem uma maior proximidade com os adolescentes e propomos um plano terapêutico maior com atividades no CAPSi, que vão desde o grupo de dependência química, que é a maioria dos casos, até a socialização, oficina, atendimento individual com Plano Terapêutico Singular (PTS) (Profissional 9).

Do mesmo modo, os adolescentes que cumprem medida socioeducativa com restrição de liberdade ou semiliberdade também são atendidos no CAPSi, onde passam pelo acolhimento, pela triagem, pela avaliação e após o diagnóstico, recebem os cuidados e tratamentos mais adequados ao seu caso. De modo geral, “*são encaminhados e acompanhados pelos educadores sociais da Casa de Semiliberdade, e participam das diferentes atividades terapêuticas oferecidas*” (Profissional 2).

No caso dos adolescentes privados de liberdade, de modo geral, são atendidos pelos profissionais de saúde que atuam dentro do CENSE e, somente quando diagnosticados com problemas de saúde mental, são levados ao CAPSi exclusivamente para consulta com o médico psiquiatra.

[...] os adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade vêm encaminhados pelo CENSE, para uma avaliação psiquiátrica. Por exemplo, um adolescente não está muito bem no regime fechado, profissionais da equipe do CENSE nos acionam, nós damos prioridade e encaixamos um atendimento com o médico psiquiatra. Eles vêm ao CAPSi acompanhado de um profissional da equipe técnica e com escolta policial[...] ele só sai do carro para ir para o consultório e do consultório para o carro (Profissional 9).

Em outras palavras, os adolescentes institucionalizados não passam por um processo de acolhimento, triagem, avaliação e diagnóstico realizado pela equipe multiprofissional do CAPSi, e “*também não podem participar de outras atividades terapêuticas entendidas como essenciais para o tratamento em saúde mental e para a reabilitação dos pacientes*” (Profissional 2).

[...] os adolescentes internados no CENSE não fazem o acolhimento, somente fazem consultas, nós nem marcamos o retorno. O serviço costuma atender esses pacientes, mas sem uma perspectiva de continuidade, a menos que ele saia e volte para o serviço por demanda espontânea (Profissional 3).

Aqui no CAPS é ofertado a consulta psiquiatra. Poderia ter outras coisas? Acredito que sim, mas acaba sendo só a consulta psiquiátrica. A gente já questionou se eles poderiam participar de grupos, mas como eles estão em regime fechado, [...] eles não vêm participar das terapêuticas, só quando eles da prisão, aí sim, eles vêm aqui pra participar com a gente (Profissional 6).



Os dados coletados nos prontuários dos adolescentes atendidos no CAPSi, entre 2018 e 2021, enquanto cumpriam medida de internação, corroboram com essa perspectiva apontada pelos profissionais. Na tabela 1 é possível verificar que apenas 38% (n=19) deles receberam atendimentos terapêuticos associados à consulta médica, enquanto a sua ampla maioria, 56% deles (n=28) compareceu ao referido Centro, exclusivamente, para a consulta médica.

Considerando que, pelo menos 66% desses adolescentes (n=32) já haviam sido atendidos no CAPSi antes de cumprir medida de internação (Tabela 1), procurou-se identificar como foi esse atendimento anterior ao encarceramento.

Tabela 1: Tipo de atendimento recebido no CAPSi pelos adolescentes privados de liberdade em Foz do Iguaçu, antes e durante o internamento

Variáveis	Quantidade (n)	Proporção (%)
Atendimento anterior a medida socioeducacional (internamento)		
Sim	32	66,0
Não	18	34,0
Tipo de atendimento recebido no CAPSi		
Consultas médicas	28	56,0
Consultas médicas, Atendimento em grupo – oficinas e/ou Atendimento individual com equipe	19	38,0
Atendimento em grupo - oficinas e/ou Atendimento individual com equipe	3	6,0

Fonte: Dados da pesquisa

Associando os dados sobre o recebimento ou não de atendimento anterior à medida de privação de liberdade e o tipo de atendimento recebido, constatou-se que 56,2% (n=18) dos adolescentes atendidos no CAPSi antes do internamento no CENSE participaram de outras atividades terapêuticas além da consulta, enquanto a ampla maioria (77,8%) daqueles que não haviam recebido atendimento no CAPSi antes do internamento foram assistidos apenas com consultas médicas (Tabela 2). Assim, percebe-se que, possivelmente, aqueles que já eram pacientes do CAPSi antes do internamento, participaram dessas atividades terapêuticas anteriormente à sua internação.

Tabela 2: Análise do tipo de atendimento conforme ter iniciado a assistência no CAPSi em Foz do Iguaçu antes ou não da internação como medida socioeducativa

Atendimento no CAPSi anterior ao internamento no CENSE		
Tipo de atendimento	SIM (%)	NÃO (%)



Apenas consulta médica	14 (43,8)	14 (77,8)
Consulta médica e /ou outros atendimentos	18 (56,2)	04 (22,2)
Total	32 (100,0)	18 (100,0)

Fontes: Dados da pesquisa

Essas informações, mais uma vez, corroboram com o depoimento dos profissionais que afirmam que o atendimento dispensado aos adolescentes privados de liberdade é limitado, pois se restringe à consulta médica, enquanto os demais adolescentes, incluindo aqueles que cumprem medida socioeducativa em regime aberto e semiaberto, têm acesso a um atendimento ampliado, plural e adequado ao seu caso específico, conforme preconizado pelas normas institucionais brasileiras.

Em outras palavras, esses dados reafirmam a existência de um acesso desigual ao atendimento por parte dos adolescentes em conflito com a lei em privação de liberdade. De qualquer modo, independentemente das motivações que possam justificar essa prática, a mesma se configura como uma discriminação negativa.

Essas condições, nas quais tem se dado o encaminhamento e o atendimento aos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade, inquietam os profissionais do CAPSi, no sentido de se questionar

se, de fato, há algo para ser atendido nesses adolescentes? [...] esse adolescente de fato tem algum problema de saúde mental ou os sintomas que ele vem apresentando são próprios da situação de estar num sistema prisional, encarcerado, privado de liberdade? (Profissional 1).

[...] a psiquiatria tem evoluído num modelo contraditório à reforma psiquiátrica, um modelo biocentrado, biomédico e biomedicamentoso. [...] essa lógica favorece uma patologização da infância. [...] nem sempre, se está medicamento um transtorno mental, mas sim, tentando controlar os sentimentos e emoções (tristeza, raiva, indignação, medo, culpa, etc) e os comportamentos socialmente indesejáveis que derivam das dificuldades de lidar com tais emoções (Profissional 9).

[...] a maioria dos adolescentes em conflito com a lei, tem várias comorbidades juntas, não é só depressão, transtorno de conduta, uso de substâncias psicoativas, [...] então não tem exatamente um remédio específico para isso, né, [...] acabam usando bastante medicação para tentar conter o comportamento do adolescente ou da criança. [...] no geral, não faltam medicamentos, mas faltam outras práticas terapêuticas (Profissional 8).

As discussões supracitadas colocam em evidência outra questão de extrema relevância nesse campo de estudo: o risco da medicalização indevida e abusiva. Essa



preocupação aparece de forma explícita no discurso de um entrevistado, quando ele afirma que

[...] é muito difícil a gente ver um paciente sair do CAPSi sem uma medicação. [...] o problema é que essa medicalização produz um falso bem-estar apenas enquanto o indivíduo estiver sob o efeito do remédio, [...] podendo-se criar aí, uma dependência química. [...] a dependência de benzodiazepínico, de hipnótico sedativo e de antidepressivo, [...] e isso não é um problema menos grave do que a dependência química em álcool, cocaína, maconha (Profissional 9).

A preocupação manifestada pelos entrevistados em relação à medicalização abusiva é condizente com as informações levantadas nos prontuários dos adolescentes privados de liberdade atendidos no CAPSi, entre 2018 e 2021, os quais indicam que 96% dos adolescentes já fizeram uso de medicação psicoativa.

Acredita-se que a privação de liberdade e o isolamento social são capazes de gerar desconforto emocional e transtornos comportamentais e, evidentemente, de produzir o adoecimento físico e psíquico. Contudo, autores como Arêas Neto, Constantino e Assis (2017) acrescentam que, não raramente, o processo de padronização e normatização do sofrimento psíquico fazem com que comportamentos e problemas inerentes à existência humana sejam tratados como patologias médicas levando, muitas vezes, à prescrição indiscriminada de medicamentos psicoativos. O predomínio dessa terapêutica biomédica, em geral, trata apenas os sintomas e controla comportamentos socialmente indesejáveis que derivam das dificuldades e da imaturidade para lidar com emoções e frustrações sem, no entanto, ajudar o indivíduo a enfrentar os desafios inerentes à vida.

Isto posto, cabe destacar que a maioria dos profissionais entrevistados entendem que o atendimento ao adolescente em conflito com a lei não é integral, é insuficiente, e precisa superar importantes desafios para que se efetive como direito. Os profissionais entrevistados destacam que, apesar da equipe do CAPSi buscar ao máximo oferecer uma assistência integral e para além do atendimento biomédico, “*[...] o adolescente em conflito com a lei em privação de liberdade não têm recebido um atendimento integral, [...] de modo geral, o atendimento deles é baseado apenas em sintomas e em medicalização*” (Profissional 1) e que “*[...] os adolescentes que estão no CENSE cumprindo medida de internação não participam das oficinas e nem das demais atividades terapêuticas*” (Profissional 2).

Para os adolescentes privados de liberdade, a gente consegue apenas atendimento com o médico psiquiatra. Outros atendimentos, atendimento psicológico, acolhimento, oficinas e atendimentos em grupo, a gente não consegue garantir. Chegam algemados, vão para o consultório e voltam para o carro (Profissional 10).

Outra questão apontada pelos entrevistados refere-se à questão do preconceito, dos estigmas e estereótipos atribuídos a esses jovens que, muitas vezes, “[...] são vistos como um rótulo, não como pessoas” (Profissional 3). A subjetividade dos profissionais da rede de proteção social e das autoridades também acaba interferindo no modo como esses adolescentes são tratados, conforme percebe-se nos depoimentos abaixo.

Esse adolescente não pode ser reduzido ao ato infracional que cometeu. [...] não pode ser tratado somente como mais um que precisa cumprir encaminhamentos para ficar em dia com a justiça. [...] é necessário colocá-lo como ator da sua vida, ouvi-los sobre o que acham importante e esperam (Profissional 1).

[...] é preciso olhar diferente para o adolescente em conflito com a lei, ao invés de julgá-lo, acolhê-lo, [...] ainda existe muito preconceito, juízo de valores da própria população e alguns profissionais que não conseguem entender a realidade vivida por essas crianças (Profissional 4).

[...] Os encaminhamentos são bem complexos para os adolescentes internados. No CENSE, eles são atendidos por assistentes sociais e psicólogos, e vem ao CAPSi somente para consultar. É bem complicado, constrangedor para os adolescentes e assustador para outros pacientes e responsáveis, quando eles chegam acompanhados pelo educador e com escolta policial, com os pés e mãos algemados. Já questionamos a juíza e o CENSE sobre essa questão do armamento pesado e uso de algemas, mas não tivemos resoluções (Profissional 2).

[...] A PM é muito truculenta, principalmente com um adolescente em conflito com a lei, truculenta a ponto da gente ver um Policial Militar dar um soco num adolescente aqui, no CAPSi [...] já aconteceu de um paciente ter um evento agudo e o policial militar realizar a manobra “mata leão” e o puxar para dentro de uma sala”. [...] esses policiais que fazem a escolta são escalados para as escoltas da penitenciária, da PF1, da PF2 e às vezes do CENSE, [...] para eles, a princípio, até que se prove o contrário, todos são bandidos, eles realmente são truculentos. É claro que existem exceções (Profissional 9).

Tem esse problema deles virem algemados, [...] a gente sempre questiona, mais isso é algo que nunca mudou, mesmo a gente questionando. [...] essa situação é muito difícil, [...] é muito constrangimento para eles, muitos adolescentes já foram atendidos aqui, então eles sentem vergonha da gente e também de outros pacientes que aguardam atendimento (Profissional 10).

Ainda, com o intuito de conhecer as reais condições de realização da política de atenção à saúde mental dirigida aos adolescentes privados de liberdade, os entrevistados foram questionados acerca da disponibilidade de profissionais e de recursos materiais necessários para que o CAPSi possa atender as demandas que se apresentam. Mais uma vez, os relatos foram unânimes não apenas no que se refere ao número insuficiente de profissionais (de diferentes áreas) para atender a demanda em saúde mental, mas também no que diz respeito à precariedade da infraestrutura e à falta de instalações adequadas para que se possa prestar o devido atendimento às populações que demandam atenção em saúde mental. Quanto à infraestrutura e aos recursos materiais, os entrevistados relataram



uma precariedade na estrutura do CAPSi que prejudica o desenvolvimento de atividades, visto que, a falta de salas impossibilita a realização de oficinas e trabalhos em grupos.

Precisaria de mais profissionais. o CAPSi atende toda a cidade [...] são muitas demandas e nós ficamos limitados pois gostaríamos de oferecer mais, mas devido à falta de profissionais e de infraestrutura nós não conseguimos [...] o nosso espaço é pequeno, não temos salas disponíveis, precisamos disputar as salas. [...] precisaríamos de mais enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, médicos, mais salas e mais recursos (Profissional 3).

Faltam profissionais em todas as áreas, [...] por exemplo, hoje temos dois psicólogos que atendem aqui no CAPSi, [...] para suprir a demanda seriam necessários pelo menos uns cinco profissionais, coisa que parece impossível, pois por muito tempo tivemos apenas um psicólogo, foi uma batalha de anos para conseguir a contratação de um segundo profissional e só conseguimos mediante a intervenção do Ministério Público (Profissional 2).

Faltam profissionais de várias áreas: psicologia, serviço social, enfermagem. [...] falta infraestrutura, [...] não tem uma sala específica para atendimento individualizado, e, às vezes, compartilhamos as salas com os demais profissionais. [...] mas tá, o direito à privacidade do adolescente como fica? Isso é complicado, não existe o sigilo, e quando estamos atendendo os adolescentes isto é muito importante (Profissional 4).

Quanto aos profissionais, nós estamos desfalcados, estamos sem profissional médico, estávamos sem assistente social [...] faltam técnicos de enfermagem, enfermeiro, faltam psicólogos. Referente à infraestrutura do CAPSi, a estrutura é pequena e não comporta adequadamente as atividades a serem desenvolvidas pela equipe, precisamos de novas salas, novos locais de atendimento, salas de recreação, de cursos, de oficinas. Às vezes perdemos a oportunidade de ofertar um curso ou uma oficina porque não tem sala (Profissional 5).

Quanto aos recursos humanos, estão faltando bastante profissionais e a infraestrutura do CAPSi é insuficiente. O espaço não comporta um médico por sala, não temos recepção, sala de espera e nem salas para grupos terapêuticos [...] se tivéssemos mais salas poderíamos ofertar mais grupos e oficinas (Profissional 6).

Em relação a recursos humanos, nós somos poucos profissionais para uma demanda muito grande [...] nós encaixamos muitos pacientes na agenda, mas às vezes não sobra tempo para encaixar outros que também são importantes, como no caso dos adolescentes em conflito com a lei. Claro que a gente tenta priorizar, o que é mais urgente. [...] Sobre infraestrutura, a falta de salas é um problema sério (Profissional 7).

Sobre a infraestrutura, nós estamos batalhando para ampliar o CAPSi. As vezes todas as salas estão ocupadas e nós não conseguimos fazer acolhimentos e atividades em grupos. Precisamos de mais espaço, eu acho que estamos funcionando no limite (Profissional 10).



Vale acrescentar que, com a revisão de literatura realizada nesta pesquisa, em especial dos trabalhos de Fernandes, Ribeiro e Moreira (2015), Costa e Silva (2017), Perminio *et al.*, (2018) e Rissato, Arcoverde e Alves (2021), constatou-se que as violações mais comuns estão associadas à precariedade das instalações físicas e ambientais das unidades socioeducativas, ao número insuficiente de profissionais de saúde, a negligências com a saúde dos adolescentes (condições de higiene, salubridade e privacidade), ao uso extensivo de medicamentos psicoativos, entre outros.

Apesar desta pesquisa não ter investigado a Unidade de Internação de Foz do Iguaçu, ela também revela que a falta de investimentos do Estado em infraestrutura, na contratação e na formação para os diferentes profissionais que atuam na rede de apoio à socioeducação, contribuem para que o direito à atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade seja violado de inúmeras formas, seja pelo preconceito e pela violência física e moral infringida aos mesmos, seja pela prevalência de uma cultura biomédica que aposta exclusivamente na medicalização indiscriminada ou ainda pela falta de condições materiais para oferecer terapêuticas para além da medicalização.

Ainda que outros estudos sejam necessários para que se possa conhecer mais profundamente como tem se dado a realização da socioeducação e a efetivação do direito à saúde dos adolescentes privados de liberdade em Foz do Iguaçu, esta pesquisa traz à luz importantes indícios de violações aos direitos dessa população, bem como, de que a PNAISARI, a despeito dos avanços que já possam ter ocorrido, ainda é uma política a ser consolidada. Os resultados desta pesquisa corroboram com estudos realizados em outros municípios ou regiões do Brasil, apontando que fatores materiais e objetivos juntamente com questões subjetivas, de cunho ideológico, social e político, contribuem para esse cenário.

Por fim, parece fundamental enfatizar que, apesar da PNAISARI ter sido criada, em sua primeira versão ainda em 2004 e dos profissionais do CAPSi, atuarem diretamente em sua operacionalização, em sua maioria, eles afirmam não conhecer a referida política: “*Estou ouvindo agora dessa política, nunca tinha ouvido falar antes*” (Profissional 6); ou então, declararam desconhecer a PNAISARI, seus objetivos e suas diretrizes, apesar de já terem ouvido menções ao nome da referida política: “[...] *Já ouvi falar, mas eu mesmo nunca participei de nenhuma discussão sobre o tema*” (Profissional 5); “[...] *Eu já ouvi falar na pós em saúde mental que eu fiz*” (Profissional 4); “*Eu já ouvi falar, mas eu nunca li, por isso que não sei responder como funciona*” (Profissional 10).



Isso revela, primeiramente, que essa política foi elaborada e instituída sem uma ampla participação dos profissionais da saúde e, em segundo lugar, que não houve a preocupação, por parte do Estado, de capacitar, informar e atualizar os profissionais da rede pública de saúde que são responsáveis por sua execução.

Essa informação é reiterada, de forma unânime, pelos entrevistados que declararam não existir uma política de formação continuada para os profissionais da rede de saúde mental, nem de qualificação e especialização profissional, nem de capacitação sobre a política socioeducativa e/ou sobre a PNAISARI.

Não, para lidar com o adolescente em conflito com a lei, não, nada. Nem para conhecermos a PNAISARI. Nós estamos sempre estudando e procurando nos capacitar por conta própria, cada profissional faz suas pós-graduações. Aqui, cada profissional busca a sua especialização (Profissional 2).

Não, eu não recebi nenhuma capacitação. Eu senti necessidade de conhecer onde esses adolescentes estão inseridos, então, eu pedi uma visita ao CENSE e uma visita à casa semiliberdade, mas isso foi uma iniciativa minha, não houve nenhum oferecimento por parte da gestão (Profissional 3).

Curso? Não. Aqui temos as orientações do nosso coordenador, ele explica como que funcionam as coisas em relação ao CAPS. [...] eu não tive um curso específico para isso, foram só orientações sobre o funcionamento da instituição que a coordenação geral explicou quando entrei, a equipe orienta como funciona (Profissional 6).

Se, por um lado, em alguma medida, isso pode ser explicado pelo fato de muitos desses profissionais terem iniciado suas atividades profissionais no CAPSi, após a criação do PNAISARI, por outro lado, também parece evidenciar que esses profissionais operacionalizam as políticas de saúde mental sem, necessariamente, conhecer seus objetivos e diretrizes institucionais, seja pela falta de uma política de formação continuada dos servidores, seja pela própria rotina extenuante de trabalho marcada pela crescente demanda de atendimento no município, pela falta de contratação de profissionais para compor a equipe de trabalho, além da falta de investimentos em infraestrutura.

Isto posto, é essencial salientar que se é dever do Estado garantir a atenção integral à saúde da população, também é seu dever assegurar condições decentes de trabalho aos profissionais de saúde, o que inclui propiciar-lhes espaços de estudo, atualização e de interlocução interdisciplinar durante a sua jornada laboral sobre diferentes sentidos, dimensões e percepções do seu processo de trabalho.

É necessário ter em mente que com a modernidade veio o desenvolvimento das ciências e a divisão do conhecimento humano em áreas específicas. O conhecimento humano ganhou profundidade e perdeu unidade, tornando-se cada vez mais fragmentado. Paralelamente ao progresso sem precedentes, a humanidade se viu envolvida por questões



sociais cada vez mais complexas e desafiadoras que exigem conhecimento multiprofissional, perspectiva interdisciplinar e ações articuladas. Isso torna imprescindível que os profissionais envolvidos na operacionalização das políticas públicas voltadas ao enfrentamento desses problemas sociais recebam formação continuada e interdisciplinar, de modo que possam superar os limites de suas áreas específicas de conhecimento e compreender a complexidade das questões sociais, contribuindo para o seu equacionamento.

5 Considerações finais

Com esta pesquisa foi possível conhecer e compreender os principais marcos legais de proteção à infância e adolescência, instituídos a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 que, de forma inovadora, previu em seu artigo 227, a doutrina da proteção integral à criança e ao adolescente, posteriormente é regulamentada com a Lei 8.069/1990, também conhecida como o Estatuto da Criança e do Adolescente. No que diz respeito mais especificamente aos adolescentes em conflito com a lei, essa nova legislação propõe a socioeducação como medida educativa, restaurativa e inclusiva, em substituição às práticas meramente segregativas e punitivas historicamente aplicadas às crianças e adolescentes em conflito com a lei.

Com o intuito de assegurar a efetivação desses direitos, posteriormente, foram instituídos o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), que se constitui, propriamente, no objeto de estudo desta pesquisa. Porém, apesar de uma legislação tão completa e densa e da conquista coletiva que ela representa, observa-se que há uma expressiva distância entre o direito positivado e os direitos propriamente assegurados aos adolescentes em conflito com a lei.

Os estudos realizados no Brasil reiteram esse distanciamento entre as garantias legais e a realidade enfrentada por essa população, expondo variadas situações de violações aos direitos dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa, sobretudo, daqueles que se encontram privados de liberdade. A revisão de literatura sobre o tema revelou que as violações mais comuns estão associadas à precariedade das instalações físicas e ambientais das unidades socioeducativas, número insuficiente de profissionais de saúde, negligências com a saúde dos adolescentes (condições de higiene, salubridade e privacidade), uso extensivo de medicamentos psicoativos, entre outros.



Essa realidade revela que esses adolescentes, na maioria das vezes, além de serem privados de sua liberdade, também o são das condições mínimas para uma vida saudável e digna. Esses trabalhos também apontam a necessidade de maior articulação entre os entes públicos (as três esferas – União, Estados Federados e DF, e Municípios), a rede pública de saúde, os profissionais que atuam no âmbito da socioeducação e os demais serviços da rede de proteção social, de modo que possam ser garantidas, de fato, as relações intersetoriais essenciais para a socioeducação. Acrescenta-se que, apesar dessas pesquisas realizadas em diferentes localidades e regiões brasileiras reconhecerem a relevância da PNAISARI enquanto política pública, elas também revelam que, ainda há um longo caminho a ser trilhado para a sua consolidação e efetivação.

Com relação a esta pesquisa, observou-se que, desde sua instalação em 2012, o CAPSi tem realizado o atendimento em saúde mental aos adolescentes privados de liberdade em Foz do Iguaçu, revelando que o serviço socioeducativo adota o modelo de governança horizontal preconizado em lei.

Todavia, verificou-se que os equipamentos, os serviços e os fluxos de atendimento acessados por esses adolescentes variam em função da modalidade da medida socioeducativa que os mesmos estiverem cumprindo. Enquanto os adolescentes que cumprem medida em regime fechado, de modo geral, são atendidos pelos profissionais de saúde que atuam dentro do CENSE e, quando diagnosticados com problemas de saúde mental, são encaminhados ao CAPSi, exclusivamente, para consulta com o médico psiquiatra, os adolescentes que cumprem medida socioeducativa em regime aberto, sob o acompanhamento dos profissionais dos CREAS, são encaminhados ao CAPSi, onde são acolhidos, avaliados, consultados e convidados a participar de diversas atividades terapêuticas individuais e em grupo.

Ademais, verificou-se que, o direito à atenção integral em saúde mental desses adolescentes tem sido violado, devido a predominância de um modelo de atenção à saúde mental biomédico, baseado na medicalização indiscriminada e no acesso restrito às terapêuticas não medicamentosas. Isso decorre, em grande medida, da falta de infraestrutura física e de um número insuficiente de profissionais para atender às demandas dirigidas ao CAPSi. Acredita-se que a ausência de uma política de formação continuada para os profissionais que atuam, não apenas no sistema CAPS, mas em toda rede de serviços de apoio à socioeducação, somada a um pensamento conservador e punitivo, ainda existentes na sociedade e nas instituições, corroboram para ampliar a distância entre o direito positivado e o direito efetivamente assegurado a essa população.



Percebe-se, portanto, que vários fatores, de diferentes naturezas, dificultam e limitam a realização da PNAISARI no Brasil. Alguns desses fatores decorrem dos próprios limites materiais do Estado, como a sua real capacidade de financiamento, afinal seria irracional dizer que se trata apenas de falta de vontade política. A Constituição Federal de 1988 inaugurou importantes avanços sociais em diversas áreas, ampliando a participação do Estado na vida socioeconômica e exigindo uma gradativa e permanente ampliação da sua estrutura física e institucional.

Evidentemente, dadas as dimensões territoriais e as desigualdades existentes no Brasil, já era esperado que o desenvolvimento e as adequações do aparato estatal de daria de forma lenta e processual, seja pelo grande montante de recursos públicos demandados, seja pelo tempo necessário à sua concretização e consolidação ou ainda, pela resistência de grupos contrários às mudanças propostas.

Contudo, sem qualquer pretensão de negar a existência real das restrições materiais, acredita-se que ainda mais determinantes são os fatores de ordem subjetiva e cultural, tais como as crenças, os valores e os princípios que orientam o entendimento, o juízo de valor e a tomada de posição de cada indivíduo diante das mais diversas circunstâncias da vida que, em alguma medida, acabam interferindo na práxis política e social, ora de forma mais direta e explícita, ora de modo mais sutil e dissimulado.

Desse modo, entende-se que para além do preconceito explícito e perceptível, denunciado na literatura revisada e constatado por esta pesquisa, como um dos fatores que compromete a qualidade e a integralidade da assistência à saúde prestada dos adolescentes em conflito com a lei privados de liberdade, também merecem atenção os valores conservadores, elitistas e individualistas que caracterizam parcelas da sociedade e que estão presente nos espaços de decisão política, de onde interferem no desenho da política pública e na legislação que regulamenta a sua operacionalização.

Isso pode ser visto na forma de organização dos serviços, no modo de governança adotado e na execução propriamente dita da política pública, ou ainda, na própria lei que não é suficientemente clara, específica e objetiva sobre o modo como deve ser operacionalizada a socioeducação e a PNAISARI, deixando margem para ações discricionárias, por parte daqueles que atendem esses adolescentes dentro e fora das instituições e que, mesmo dentro dos limites da lei, podem contribuir para a violação dos direitos desses adolescentes.

Esses fatores associados à subjetivação humana explicam, em grande medida, não somente a decisão política das autoridades que optam por não realizar os investimentos



necessários à efetivação dos direitos humanos dos adolescentes em conflito com a lei, como se isso se tratasse apenas de uma questão de responsabilidade fiscal e financeira, mas também os avanços e os retrocessos que caracterizam a ação estatal em relação a essas políticas, nos diferentes momentos históricos e contextos político-territoriais. Isto posto, é possível acrescentar que, somando-se às limitações de cunho objetivo e material, essa subjetividade eivada de conservadorismos explica, em grande medida, as dificuldades que se colocam à efetivação e ao maior alcance social da PNAISARI em diferentes regiões brasileiras.

Além disso, parece oportuno mencionar que tanto a socioeducação quanto PNAISARI são políticas públicas cuja implementação e operacionalização exige não apenas a participação conjunta e articulada da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios onde se localizam as unidades socioeducativas, mas também de diversos setores da administração pública (educação, saúde, segurança, cultura, direitos humanos, assistência social, entre outros), o que, por si só, é um grande desafio. Primeiramente, porque a política pública normalmente é pensada, elaborada e executada por pessoas diferentes. Segundo, pelas dimensões populacionais e territoriais do Brasil e por sua configuração política-administrativa que conta com um grande número de estados e municípios, com aportes financeiros-administrativos-institucionais diferenciados e profundamente desiguais e, em terceiro lugar, pela diversidade política que caracteriza os grupos que dirigem o Estado brasileiro, em suas diferentes instâncias.

Apesar da inquestionável relevância social dessas políticas e dos avanços já alcançados, parece importante mencionar que tanto a PNAISARI quanto a socioeducação foram instituídas e implantadas graças à luta de grupos politicamente e socialmente comprometidos com sua efetivação, mas não sem enfrentar a resistência dos grupos sociais mais conservadores. Além disso, as condições precárias nas quais estas políticas ainda estão sendo realizadas no país refletem que, em muitos casos, as mesmas foram implementadas somente por exigência da lei, para funcionar com o mínimo de recursos, de equipamentos e de profissionais e que, desde então, praticamente não receberam os investimentos públicos necessários para que pudessem se consolidar como serviços públicos e direitos sociais e, em alguma medida, isto também mostra que as forças políticas conservadoras de outrora seguem presentes em todas as esferas decisórias do Estado, disputando e garantindo que os interesses privados se sobreponham aos interesses sociais e coletivos.



Referências

ARÊAS NETO, N. T.; CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G. de. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 03, p. 511-40, 2017.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300008>.

BOAS, C.; CUNHA, C.; CARVALHO, R. Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p. 225-233, abr/jun. 2010.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2023. 496 p. Disponível em:

https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/623234/CF88_EC129_livro.pdf. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde no 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-pl.html>. Acesso em: 10 dez. 2022.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-norma-pl.html>. Acesso em: 21 nov. 2022. Não

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (Pnaisari)**. Portaria 1.426, 14 de julho de 2004. Brasília, 2004. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pri1426_14_07_2004_rep.html. Acesso em: 03 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 28 jan. 2023.

BRASIL. **Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012**. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase); regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. Brasília, DF, 2012. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm. Acesso em: 21 nov. 2022.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.082, 23 de maio de 2014**. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html. Acesso em: 12 nov. 2022.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 04, p. 679-684, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. **Um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei**: Inspeção Nacional às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei. Brasília, DF: OAB / CFP, 2006. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/08/relatoriocaravanas.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.

COSTA, N. do R.; SILVA, P. R. F. da. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 05, p. 1467-78, maio. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33562016>.

CONSTANTINO, P. Adolescentes em conflito com a lei: violadores ou violados?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 08, p. 2780-2782, ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.17482019>.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, (nsp), p. 120-31, dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005119>.

LIMA, D. W. da C.; VIEIRA, AL.N.; GOMES, A. M. T.; SILVEIRA, L. C. Historicidade, conceitos e procedimentos da análise do discurso. **Rev. enferm.**, Rio de Janeiro, v. 25, p. e12913, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12913/21717>. Acesso em: 05 de out. 2023

MATTOS, P. C. **Tipos de Revisão de Literatura**. Botucatu, 2015. Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO SUL. **Compreendendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**: Portaria de Consolidação nº 3 de 2017 - Anexo V, Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017. Porto Alegre, s/d. Disponível em: https://www.mprs.mp.br/media/areas/dirhum/arquivos/cartilha_compreendendo_raps.pdf. Acesso em: 20 jan 2023.



PERMINIO, H. B.; SILVA, J. R. M.; SERRA, A. L. L.; OLIVEIRA, B. G.; MORAES, C. M. A. de; SILVA, J. P. A. B. da; FRANCO NETO, T. L. do; Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 09, p. 2859-2868, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.13162018>.

RISSATO, D.; ARCOVERDE, M. A. M.; ALVES, M. S. A assistência integral à saúde dos adolescentes privados de liberdade no Brasil: avanços e limites. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 11, p. e529101120030-e529101120030, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.20030>.

RIBEIRO, J. L. Pais. Revisão de investigação e evidência científica. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, Portugal, v. 15, n. 3, p. 672- 683, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150309>.

SHECAIRA, S. S. **Sistema de Garantias e o Direito Penal Juvenil**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.

TONHOLI, A. V.; RISSATO, D. ARCOVERDE, M. A. M. Privação de liberdade e saúde mental: algumas evidências acerca da socioeducação no Brasil. In: SEMANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS DA UNIOESTE FOZ, 1., 2021, Foz do Iguaçu. **Anais [...]**. Foz do Iguaçu: Unioeste, 2021. Disponível em: <https://midas.unioeste.br/sgev/eventos/SEMCCSAFOZ/anais>. Acesso em: 25 de jan. 2023.

Recebido em: 06 de maio de 2023.

Aceito em: 06 de outubro de 2023.