



FACULDADE LABORO  
CURSO DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**PATRÍCIA OLIVEIRA COSTA**

**ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL:** um estudo sobre o cuidado em saúde mental para adolescentes em privação de liberdade. Relato de caso.

São Luís  
2017

**PATRÍCIA OLIVEIRA COSTA**

**ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL:** um estudo sobre o cuidado em saúde mental para adolescentes em privação de liberdade. Relato de caso.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade Laboro, como requisito para obtenção do grau de especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Ludmilla B. L. Rodrigues

São Luís

2017

**PATRÍCIA OLIVEIRA COSTA**

**ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL:** um estudo sobre o cuidado em saúde mental para adolescentes em privação de liberdade. Relato de caso.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade Laboro, como requisito para obtenção do grau de especialista.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profª Ludmilla B. L. Rodrigues** (Orientadora)  
Faculdade Laboro

---

**1º Examinador**  
Faculdade Laboro

---

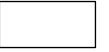
**2º Examinador**  
Faculdade Laboro



## RESUMO

Atenção à saúde mental à crianças e adolescentes é um tema que suscita intensos debates tendo em vista o processo complexo que se configura a Reforma Psiquiátrica e as idiosincrasias desse movimento no contexto específico da infância e adolescência. Diante desta realidade, a proposta desse estudo foi, através do relato de caso, descrever como se tem dado esse processo no contexto específico dos adolescentes em cumprimento de Medida Socioeducativa de Internação em São Luís do Maranhão. Tendo como referência o entendimento que a Reforma Psiquiátrica ultrapassa o movimento de desospitalização, ou seja, ultrapassa a mudança de um modelo de assistência e defende prioritariamente a superação da lógica manicomial pela lógica de atenção psicossocial, intentou-se discorrer como esse processo tem se materializado na promoção de atenção à saúde mental de adolescentes em privação de liberdade. Para obtenção de dados para o estudo utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada, análise de documentos e observação participante. Verificou-se que apesar do resultado do acompanhamento realizado pelo Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil – CAPSI seja a suspensão dos sintomas que originam o encaminhamento dos adolescentes para o referido órgão, este ainda não contempla toda a complexidade da Política de Saúde Mental direcionada para este público.

**Palavras-chave:** Saúde Mental, Atenção Psicossocial, Adolescente em privação de Liberdade e Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil.



## **ABSTRACT**

Mental health care for children and teenagers is a topic that raises intense debates in view of the complex process that configures the Psychiatric Reform and the idiosyncrasies of this movement in the specific context of childhood and adolescence.

Given this reality, the proposal of this study was, through the case report, describe how this process has been given in the specific context of adolescents in compliance with the Socio-educational Measure of Internment in São Luís do Maranhão. Based on the understanding that the Psychiatric Reform exceeds the de-hospitalization movement, that is, it goes beyond the change of a care model and defends as a priority, the overcoming of the asylum logic by the psychosocial care logic, it was attempted to discuss how this process has materialized in promoting mental health care for teenagers in deprivation of liberty. To obtain data for the study, the semi-structured interview, document analysis and participant observation were used as a data collection instrument. It was verified that despite the result of the follow-up carried out by the Center for Psychosocial Child and Adolescent Care - CAPSI, it is the suspension of the symptoms that originate the referral of the adolescents to this organ, it does not yet contemplate all the complexity of the Mental Health Policy directed to this public.

**Keywords:** Mental Health, Psychosocial Attention, Adolescent in deprivation of liberty and Center for Psychosocial Child and Adolescent Care.



## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	06
2	ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NO BRASIL.....	08
3	ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE: o desafio da saúde mental.....	11
4	ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: políticas e serviços ofertados.....	14
5	OBJETIVO.....	16
6	DESCRIÇÃO DO LOCAL .....	16
7	DESCRIÇÃO DO CASO .....	17
8	DISCUSSÃO .....	19
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	20
	REFERÊNCIAS .....	22
	APÊNDICES .....	26



## 1. INTRODUÇÃO

As décadas de 70 e 80 são destacadas como um período de intensas transformações no cenário brasileiro. Tais modificações se tornaram possíveis após o desencadear de sucessivas crises nos setores econômicos, sociais e político do país. Nestes período o Brasil atravessava a Ditadura Militar que, após um período de apogeu, entrou em uma severa crise que se evidenciava na queda do produto interno bruto, na aceleração inflacionária e redução da capacidade de investimento econômico. Tais descontroles resultaram na retração dos rendimentos dos assalariados, na queda da oferta de empregos e na aceleração da desigualdade social (FIORI; KORNIS, 1994 apud DÍAS, 2007 p.48).

A severa crise vivenciada no Brasil criou um ambiente propício para diversas mobilizações que buscavam a superação da mesma, serviços públicos de qualidade e a redemocratização no país.

Os serviços públicos em saúde, assim como os demais setores, foram significativamente afetados durante este período. A intensa privatização do setor (que resultou na degradação dos serviços públicos na área) e a organização do mesmo em intervenções curativas, especializadas e concentradas nos hospitais se mostraram insuficientes para as demandas da população, que tinha seu acesso orientado pelos critérios da contribuição e meritocracia (DÍAS, 2007, p.50)

No contexto específico da saúde mental verificava-se um crescimento frenético das internações. Destas 82,7% estavam sob responsabilidade de hospitais privativos e filantrópicos ,que além de consumir significativa porção da verba já deficitária destinada ao setor, não oferecia respostas eficazes em sua atuação (DÍAS 2007, p.52)

Contemporânea da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiatria lutou por mudanças no paradigma dos cuidados e gestão em saúde mental. Reivindicou equidade na oferta dos serviços, protagonismo dos trabalhadores e pacientes destes serviços de saúde e defendeu a saúde coletiva. Este movimento entendia que os cuidados promovidos até então não davam conta da complexidade do acompanhamento de pessoas com transtornos mentais, além de violarem diversos direitos dos mesmos impossibilitando-os a uma possível reabilitação e reinserção na sociedade (MOURA 2011).

A Reforma Psiquiátrica lutou por mudanças de ideologias e sugeriu novas

formas acompanhamento em saúde mental. Sugeriu que tais cuidados fossem promovidos em bases comunitárias que, além de acompanhamento especializado, oferecesse serviços que reforçassem a autonomia de seus usuários e o fortalecimento do vínculos sociais (MOURA 2011).

A lei 10.216 promulgada em 2001, apesar das significativas modificações do seu texto original, representou um significativo avanço, reconhecimento e efetivação nacional da Reforma Psiquiátrica. Tal texto dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, dando prioridade ao oferecimento de tratamentos na comunidade do usuário (SILVA, 2012, p.40).

Após 16 anos da promulgação da lei que trata sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, a Reforma Psiquiátrica permanece na luta por serviços não violadores dos direitos de usuários da Rede de Saúde Mental. Atualmente segue-se a construção de uma rede de Saúde Mental que substitua o cuidado anteriormente oferecido apenas em hospitais psiquiátricos, ao passo que progressivamente se diminua o número de leitos psiquiátricos.

Tal empreendimento tem encontrado diversos embaraços para a efetivação dos cuidados em saúde mental com base nos territórios de seus usuários e quando tais cuidados tem como alvo crianças e adolescentes as dificuldades aumentam exponencialmente devido ao histórico de assistência institucionalizada, higienista e não integradora que tradicionalmente foram alvos.

Com o propósito de ampliar o conhecimento sobre o tema em questão, o trabalho ora apresentado se inicia mostrando alguns dados que revelam a situação da atenção à saúde do adolescente no Brasil; em seguida trata-se da situação específica da atenção à saúde do adolescente em privação de liberdade, a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes e por fim a problemática que propomos a investigar neste artigo: a resposta que Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil tem dado as demandas em saúde mental dos adolescentes em privação de liberdade.



## 2. ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NO BRASIL

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) empreendida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgada em 2015, 26,6% da população brasileira é composta por pessoas entre 0 e 17 anos.

Observa-se que após da chamada revolução de prioridades, representada no âmbito internacional pela Convenção sobre os direitos da criança e do adolescente (1989) e na esfera nacional pela Constituição de 1988 que, em seu artigo 227, estabelece a infância e a adolescência como prioridade absoluta, culminando na lei 8.069 de 13 de julho de 1990 que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), houve significativo avanço nas políticas direcionadas a primeira infância, o que resultou na redução da taxa de mortalidade de 52,4 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 19,3 em 2007, no aumento do acesso ao ensino fundamental, que em 2009 acolhia 97,9% dos indivíduos entre 7 e 14 anos, e na queda dos números de exploração do trabalho infantil. Tais números demonstram importantes avanços, todavia ainda existe muito a ser feito, sem deixar de investir-se na garantia de direitos da primeira e segunda infância, é necessário ampliar esta cobertura para os brasileiros que atravessam a adolescência (UNICEF, 2011 p.14).

Números revelam que os mesmos avanços consolidados na cobertura da primeira e segunda infância não tem logrado o mesmo êxito na adolescência. Dados mostram que, apesar da queda da desigualdade de renda no país, o número de adolescente vivendo em extrema pobreza cresceu, sendo, em 2009, representado pelo percentual de 17,6%. Outro dado importante é o que revela o nível de escolarização dos adolescentes. Em 2009, 85,2% dos adolescentes estavam matriculados, porém apenas 50,9% destes estavam no nível adequado, o que revela que muitas crianças e adolescentes têm chegado à escola, mas nem todos estes têm conseguido aprender e avançar em sua escolaridade, o que poderá estar relacionado com a qualidade de educação e aos poucos recursos no ambiente de aprendizagem e culmina no alto número de repetência e abandono escolar. Em 2009 a escolaridade média do adolescente brasileiro era de 7,3 anos, o que expressa que muitos nem completaram o ensino fundamental que contem 9 anos de estudos (UNICEF, 2011, p. 31).

Apesar de representarem um significativo contingente, a população adolescente brasileira não tem sido alvo de Políticas Públicas que os atendam em

sua totalidade (universalidade) e que também assistam às especificidades das “adolescências” presentes no território brasileiro. (UNICEF, 2011 p.76). Em um país com dimensões continentais como o Brasil tais políticas precisam observar os quesitos variedade e desproporção, já que além das mudanças psíquicas e biológicas, existem construções sociais sobre o que é ser adolescente, o que proporciona vivências diferentes para os indivíduos que atravessam essa etapa (UNICEF, 2011, p.28).

Na assistência à saúde, assim como nas áreas já citadas, também é possível observar pouco sucesso nas ações empreendidas para este público. O programa Saúde do Adolescente – PROSOAD, ações programáticas endereçadas aos adolescentes que foram implementadas em 1989, após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e as leis Orgânicas de Saúde é um exemplo dos insucessos logrados nesse território, sendo alvos de severas críticas, destacando-se o pouco alcance das ações propostas por este (BURSTYN; RIBEIRO 2005, p.13).

A atenção integral a saúde de adolescentes no país representa um grande desafio a todos os atores envolvidos no processo. A observação do cotidiano dos setores responsáveis pelo serviço, a apreciação da literatura acadêmica e das portarias que tratam sobre o tema revelam os desencontros existentes entre o que se é previsto nas normativas, sobre o que se é ofertado de fato e sobre as necessidades reais dos adolescentes brasileiros. (FERNANDES; RIBEIRO: MOREIRA 2015, p. 122).

Horta e Sena (2010), em um estudo promovido sobre a abordagem dos adolescentes e jovens nas políticas de saúde no Brasil, trazem dados que possibilitam uma melhor compreensão sobre as dificuldades para a implementação dos serviços que deveriam assistir esta população. A concepção da adolescência apreendida pelo setor saúde foi apontado como entrave nesse processo, tal setor centra-se apenas nas transformações físicas, crescimento, desenvolvimento e maturação sexual, abordando-as sempre na perspectiva do risco.

Tal concepção resulta em formulações de políticas que não alcançam de maneira eficiente o público a quem se destinam, políticas reativas que enxergam a adolescência apenas como período de risco, limitando-se ao limite etário, oferecendo serviços como pacotes fechados, que focam na medicalização e desconsideram potencialidades e idiosincrasias desta fase (HORTA; SENA 2010).

Na visão de Sposito e Carraro (2003), citado por Raupp e Milnitsky-Sapiro

(2005), as concepções sobre os adolescentes e suas características além de resultarem na conformação das políticas a essa imagem resultará também na modulação das imagens dominantes que a sociedade terá de tais sujeitos. Tal efeito se confirma quando se observa um número considerável de programas destinados a estes indivíduos objetivando tratar ou prevenir algum tipo de risco, restringido tal fase etária a um período patológico com potenciais riscos sociais, favorecendo a produção de respostas discriminatórias por parte da sociedade (TRAVERSO-YÉPEZ: PINHEIRO 2002 *apud* RAUPP; MILNITSKY-SAPIRO 2005).

A adolescência é um período psicossociológico que se estende por alguns anos e é caracterizado pela transição da infância para a idade adulta (PALACIOS-OLIVA, 2009 p. 311), período este marcado por transformações em diversas áreas do indivíduo e vivenciada de maneira singular. Quando se apreende esta fase com um período onde se busca um lugar próprio consequentemente questiona-se se as políticas públicas pensadas para estes são adequadas, tendo em vista que muitas vezes são planejadas para adultos ou para crianças, e acabam reafirmando a falta de lugar específico para o adolescente em nossa sociedade (RAUPP; MILNITSKY-SAPIRO 2005, p.62).

A Coordenação – Geral de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem é o órgão responsável, na esfera federal, pela formulação e implementação das ações, estratégias e políticas de saúde para adolescentes e jovens. Tal órgão integra o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (FERNANDES; RIBEIRO: MOREIRA 2015, p. 122). Criado em 2005, após o pacto pela saúde<sup>1</sup>, este órgão é responsável por ações que tem por foco o cuidado integral à saúde do adolescente e jovem com a promoção da saúde, fortalecimento da atenção básica e redução da mortalidade materna e infantil. As estratégias desenvolvidas pela CGASAJ abordam predominantemente a prevenção aos agravos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, complicações resultantes da violência, prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, crescimento e atenção à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL 2010,

---

<sup>1</sup>O Pacto pela Saúde foi definido pelo Ministério da Saúde, Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde para estabelecer prioridades nacionais que respondessem aos desafios demográficos, epidemiológicos e sanitários. Este pacto teve como objetivo superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, a desassistência, iniquidade de acesso, baixo investimento na qualificação de recursos, pouca articulação com outras políticas públicas, a precarização do trabalho e o modelo burocratizado de gestão (BRASIL 2010, p.14).

p.15).

### **3. ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE: o desafio da saúde mental.**

A garantia da efetivação do acesso à saúde a todas as pessoas se apresenta como objetivo principal do Ministério da Saúde. Neste contexto se incluem os adolescentes em privação de liberdade que de maneira mais severa convivem com a violação desse direito. Tal situação se atesta ao se verificar a atuação mínima das secretarias municipais/estaduais no subsídio às necessidades de atendimentos de saúde e/ou manutenção dos mesmos, embaraços nos agendamentos de consultas e exames na rede SUS, desconhecimento por parte dos profissionais de saúde das especificidades do atendimento socioeducativo e as dificuldades de comunicação entre gestores do sistema socioeducativo e da saúde (BRASIL 2012, p.8).

Para garantir que estes adolescentes tenham acesso adequado aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos e a Secretaria de Política para as mulheres elaboraram preceitos para nortear e assegurar à atenção integral a saúde dos adolescentes em privação de liberdade. Tal parceria resultou, em junho de 2004, na Portaria Interministerial nº1. 426 e na Portaria específica nº340, sendo esta última específica do Ministério da Saúde. Tais documentos formalizaram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (Pnaisari). Posteriormente, em 2008, a Portaria 340 foi substituída pela de número 647, que firmou os valores de incentivo financeiro a ser repassados a estados e municípios, reconhecendo assim, nas três esferas do governo, a necessidade estratégica de efetivação das ações nesse campo. (BRASIL 2012, p.5-8).

Consolidada nas Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção Proteção e Recuperação da Saúde, a Pnaisari trás como principal proposta a integração do SUS com o sistema socioeducativo (FERNANDES; RIBEIRO: MOREIRA 2015, p. 123).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com lei, em documento que trata sobre normas e reflexões sobre este serviço, atribui atenção especial para o cuidado em saúde mental ressaltando a necessidade

de integração da saúde nas ações socioeducativas. Este documento trás o entendimento que este cuidado é direcionado para um sujeito psíquico, social e histórico. Logo a assistência prestada a este deve compreender que os sofrimentos psíquicos apresentados são multideterminados e não redutíveis a um processo mórbido único. Estas ações, segundo as concepções das políticas nacionais, devem ser promovidas de forma intersetorial e territorial, buscando assim, a partir da contemplação dos diversos olhares e saberes, oferecer serviços que assistam de maneira adequada à população alvo dos mesmos. (BRASIL 2012, p.55).

Os Centros Atenção Psicossociais - CAPS são alguns dos principais dispositivos para a oferta dos cuidados em saúde mental. Com alicerce territorial e comunitário, promovem ações em saúde sem afastar os usuários da vida cotidiana, desconstruindo assim a lógica do atendimento centrado no hospital. O Capsi é o dispositivo que oferta serviços específicos para a atenção de crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL 2012, p.54).

A atual organização dos serviços de saúde mental é resultado de um recente processo histórico – Reforma Psiquiátrica Brasileira – que alterou de maneira significativa a assistência prestada às pessoas com transtornos mentais no Brasil (BRASIL 2012, p.53). A primeira legislação federal direcionada às pessoas com transtorno mental foi promulgada no dia 22 de dezembro de 1903. O decreto 1.132, texto este que teve como relator o psiquiatra e deputado João Carlos Teixeira Brandão, teve como objetivo a reorganização da assistência prestada aos até então chamados alienados (DÍAS 2007, p.25) (MACEDO 2006). Este texto refletiu os esforços de uma até então recente especialização médica, a psiquiatria, em garantir para si um campo de atuação. Segundo o decreto o hospício era o único lugar apropriado para a admissão e tratamento dos loucos e que caberia exclusivamente ao médico todas as decisões referentes ao tratamento, não sendo permitido ao paciente opinar ou conhecer o cuidado a ele direcionado. Este decreto também legitimou a incapacidade da pessoa com transtorno mental de gerir a si e seus bens, cabendo então a submissão da mesma a um curador (MACEDO 2006).

Após trinta e um anos de vigência o decreto 1.132 foi revogado pelo decreto 24.559 que dispõe sobre a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas (DÍAS 2007 p.30). Neste último decreto a incapacidade da pessoa com transtorno mental foi reafirmada e facilitou-se a internação da mesma. Estabeleceu – se então que o único tratamento viável para transtornos mentais era a internação

(MACEDO 2006).

Seguindo o mesmo padrão das políticas que inicialmente foram elaboradas para as pessoas em sofrimento mental, as políticas de defesa dos direitos de crianças e adolescentes também possuíam caráter segregador, com a assistência centrada na institucionalização objetivando a proteção social e higienização das cidades (BRASIL 2005, p.7).

As primeiras legislações direcionadas a este público surgiram na década de 1920. A lei de Assistência Social dos Menores Delinquentes e abandonados, em 1923, o Código de Menores (Mello Mattos) de 1927 que estabelecia que pessoas com idade maior de quatorze anos e inferior a dezoito anos estariam submetidas ao mesmo e o Serviço de Assistência ao Menor, criado em 1942, são marcos que revelam o atendimento de menores infratores no Brasil, que pautados na suposta incapacidade dos menores os recolhiam sem investigações para se comprovar a culpa do recolhido, sem previsão de soltura, alojando-os em locais insalubres de forma indiscriminada infratores, abandonados e vítimas. Estes sistemas preconizavam o mito da reeducação e da ressocialização a partir de métodos higienistas, abrigavam menores em situação irregular para serem “tratados”. Com o pretexto de assegurar o superior interesse desses jovens ocorreram diversas atrocidades, casos atípicos pelos quais adultos jamais seriam detidos resultavam em internações (SARAIVA, 2009, p.40-54).

A década de 70 no Brasil foi marcada por diversas inquietações que clamavam por transformações políticas e serviços públicos humanizados. Em sindicatos, associações e congressos debates incessantes e clandestinos ocorriam, visando a redemocratização do país e a garantia de serviços que respondessem as demandas da população. Nestes encontros seus participantes articularam-se em diversos movimentos sociais que denunciaram diversas irregularidades e questionaram as dinâmicas dos serviços públicos (PITTA 2011).

Neste período presenciou-se no país significativo aumento nas internações psiquiátricas que beneficiava apenas o setor privado que geria este serviço, enquanto os pacientes eram mal assistidos e o serviço público sucateado (PITTA 2011). Neste mesmo período, 1979, também ocorreu a revisão do Código de Menores que reafirmou a arbitrariedade e o assistencialismo direcionados a população Infante – juvenil (LORENZI 2008).

Durante esta década após um período de apogeu a Ditadura Militar entrou em

severa crise que foi acentuada pelos protestos de diversos setores insatisfeitos com a situação do país e que se uniram em prol da redemocratização do mesmo. No contexto da saúde, a Reforma Sanitária e na saúde mental, a Reforma Psiquiátrica ganharam destaque como os movimentos sócio-políticos que lutavam por estas transformações (PITTA 2011). Na situação de crianças e adolescentes observa-se a parceria da FUNABEM, SAS e o UNICEF que criticaram o código da época e a maneira como o serviço era gerido, união esta que resultou no Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (ATAIDE-SILVA 2014, p.9).

Após diversos embates a Ditadura Militar foi derrubada e o país alcançou a tão sonhada redemocratização e viu muitas de suas solicitações atendidas na Constituição Federal promulgada em 1988. A partir de então diversas mudanças ocorreram no ambiente político do Brasil, novas leis foram aprovadas e a participação da população valorizada. Em 1990 houve a aprovação da Lei 8.069 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, que revogou o código de menores e em abril de 2001 a Lei 10.216 que trata sobre os direitos e proteção de pessoas em sofrimento mental.

Desde então se verifica notável mudança no aparato legal e na maneira de administração desses serviços, Saúde Mental e Sistema Socioeducativo, todavia tais mudanças não tem assegurado que estes serviços sejam promovidos de maneira adequada. Formações tradicionais, desconhecimento das políticas vigentes ou falta de comprometimento com as mesmas tem sido apontados como obstáculos atuais que precisam ser transportados para que ocorra promoção adequada de direitos já assegurados (HIRDES 2008, p. 300-301).

#### **4. ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: políticas e serviços ofertados.**

O reconhecimento da necessidade de uma Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes no Brasil possui data recente, começo do século XXI. Anteriormente, durante aproximadamente 80 anos, esse cuidado foi oferecido pelos setores da educação, assistência social, justiça e direitos. Todavia tais ações não eram pautadas em cuidados clínicos ou psicossociais, possuíam natureza pedagógica-corretiva que desconsiderava os padecimentos mentais na infância e adolescência, os sub reconhecendo como resultado da pobreza material e moral

(COUTO;DELGADO 2015).

Diante de tal reconhecimento o acompanhamento desses indivíduos foi confiado as instituições que possuíam caráter normalizador e corretivos, deslocadas do sistema formal de Saúde Mental (COUTO 2004 apud COUTO;DELGADO 2015 p 19).

No território da Saúde Mental de crianças e adolescentes a Reforma Psiquiátrica não resultou na superação de um modelo de atenção centrado em hospitais psiquiátricos, e sim na superação da desassistência e ausência de ações organizadas de cuidados em saúde mental específicas para essa demanda (COUTO;DELGADO 2015 p 28).

Vale destacar que, apesar de serem acompanhados por instituições externas ao sistema oficial de saúde mental, crianças e adolescentes que, de acordo com as concepções da época, necessitavam de acompanhamento especializado para serem devidamente recuperados, também eram submetidos a internações arbitrárias em reformatórios, educandários, asilos e internatos (COUTO;DELGADO 2015 p.24).

Esse reconhecimento tardio só se tornou possível após diversos movimentos, já citados anteriormente, que possibilitaram mudanças nas concepções de crianças e adolescentes e sugeriram novas propostas para o tratamento em saúde mental dos mesmos (COUTO;DELGADO 2015 p 21).

Os novos paradigmas para o cuidado em saúde mental para este público foram sugeridos na III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2001, que a partir da experiência em território, reconheceu a urgência na estruturação de um serviço específico para atender essa demanda. As deliberações desta conferência resultaram na portaria 336/02, que inaugurou os Centros de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil – CAPSi (COUTO;DELGADO 2015 p 29).

O CAPSi são serviços territoriais, financiados integralmente com os recursos do Sistema Único de Saúde – SUS- e tem como missão a promoção do cuidado em saúde mental de forma integral. São responsáveis pelo atendimento regular de pacientes e suas famílias em regimes diferenciados de acompanhamento, a saber, intensivo, semi - intensivo e não intensivo. Promovendo junto a estes diversas terapêuticas (BRASIL 2002)

Além dos atendimentos clínicos, cabe ao CAPSi a ordenação da demanda em Saúde Mental Infanto Juvenil no território de sua responsabilidade. A intersectoriedade, junto a criação do CAPSi, é considerada uma das chaves para o



fortalecimento de uma rede pública ampla para a promoção destes cuidados, pois possibilita a ampliação do acesso ao serviço e torna a rede sensível as diferentes ordens de problemas envolvidos na promoção deste cuidado para crianças e adolescentes (COUTO; DUARTE; DELGADO 2008, p 393).

Os CAPSi são compostas por equipes multiprofissionais que devem possuir, no mínimo, um psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental infantil, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (pedagogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social) e cinco profissionais de nível médio. Estes centros foram projetados para cidades com 200.000 habitantes ou mais, e nas cidades onde não estão instalados suas demandas são absorvidas pelas demais tipologias de CAPS (BRASIL 2002).

## **5. OBJETIVO**

Descrever sobre o cuidado em Saúde Mental oferecido aos adolescentes em privação de liberdade que fazem acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial Infante – Juvenil em São Luís do Maranhão.

## **6. DESCRIÇÃO DO LOCAL**

Instituída pela Lei nº 5.650 de 13 de abril de 1993, a Fundação da Criança e do Adolescente<sup>2</sup> foi criada com finalidade de promover, no âmbito estadual, a execução das políticas de proteção especial às crianças e adolescentes em risco pessoal e social. Substituindo assim a Fundação Estadual do Bem estar do Menor do Maranhão, que era regida pela Lei Delegada nº 128/1977. Atualmente é responsável pela a execução das medidas socioeducativas, é um órgão do Poder Executivo Estadual, vinculado à Secretaria de Direitos Humanos e Participação Popular (SEDIHPOP).

Os parâmetros de fundamentação do referido órgão são a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 12.594/2012 – Sistema Nacional Socioeducativo e normativas internacionais das quais o Brasil é signatário, tais como: Diretrizes de Riad, Regras de Beijing e

---

<sup>2</sup> Disponível em : < <http://www.funac.ma.gov.br/pagina-exemplo/>>. Acesso em 10 de Fevereiro de 2017.

Convenção da Organização das Nações Unidas.

Na atualidade a Fundação da Criança e do Adolescente dispõe de 07 unidades na cidade de São Luís – 01 unidade para internação provisória masculina, 04 unidades de internações masculinas devidamente organizadas em fases de atendimento, 01 unidade para semiliberdade masculina e 01 unidade de internação feminina que é responsável pelo gerenciamento de todas as medidas socioeducativas de privação de liberdade aplicada as adolescentes, bem como todas as fases que compõe a medida de internação.

Na época do estudo a maior parte do público assistido pelo CAPSi era do sexo masculino e estava cumprindo sua medida em um dos dois Centros de Internação responsáveis pela evolução padrão das fases de atendimento, a saber, fases inicial, intermediária e conclusiva. Tais unidades são responsáveis pelo gerenciamento de 75% das vagas direcionadas para a internação masculina, logo absorve uma grande demanda de atividades necessárias para o atendimento integral dos indivíduos em cumprimento de medida, o que reflete não apenas na frequência dos adolescentes nos serviços de saúde mental, reflete também em outros atendimentos externos não considerados urgentes.

## **7. DESCRIÇÃO DO CASO**

Este estudo foi realizado em março de 2017 em uma das unidades de internação masculina da FUNAC . Para a realização desse trabalho, o projeto de pesquisa foi submetido à Diretoria Técnica da Fundação da Criança e do Adolescente e aprovado, sendo então apresentado aos funcionários da unidade de internação masculina onde ocorreu o estudo.

O adolescente que participou desse estudo cumpria a medida socioeducativa de internação, e, após a apresentação da proposta da pesquisa e da autorização de seus responsáveis expressa pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se dispôs a colaborar com a pesquisa.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram a entrevista semiestruturada, análise de documentos e observação participante.

João<sup>3</sup>, branco, 15 anos, solteiro, ensino fundamental Incompleto,

---

<sup>3</sup> Nome fictício

socioeducando da fase conclusiva. Em março de 2017, período do estudo, estava há doze meses em cumprimento de medida socioeducativa de internação.

Aos 13 anos, antes da sua privação de liberdade, o socioeducando foi diagnosticado com Transtorno de Déficit Atenção e Hiperatividade e aos 14 anos iniciou o uso de substâncias psicoativas ilícitas e abandonou o acompanhamento especializado. Após os seis primeiros meses de cumprimento de medida, o adolescente foi encaminhado ao Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil devido a sucessivas queixas de insônia, ansiedade e comportamentos impulsivos, que devido a sua complexidade, não puderam ser atendidas apenas pela equipe de saúde da unidade de internação.

Atualmente para que um adolescente em privação de liberdade tenha acesso aos serviços do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil – CAPSi, é necessário que este seja inicialmente submetido a uma avaliação promovida pela equipe técnica que analisa se a queixa trazida pelo mesmo configura-se como uma demanda do serviço solicitado.

João foi inscrito na modalidade de tratamento semi-intensivo, que é oferecido quando se entende que a pessoa alvo da intervenção não possui a necessidade de um suporte contínuo para lograr êxito em suas atividades cotidianas. De acordo com os registros a ida deste ao serviço se dá, em média, a cada 60 dias.

Entretanto, é interessante notar na fala dos profissionais que acompanham o adolescente na unidade, que a inscrição deste nessa modalidade de atendimento se deu não pela verificação de que este possuía o perfil para determinado regime e sim pela realidade logística atual da unidade de internação, que muitas vezes não consegue garantir uma maior frequência dos socioeducandos no serviço.

O adolescente em epígrafe trás em seu relato que antes do acompanhamento realizado pelo CAPSi se sentia agoniado, nervoso, não parava quieto (sic) e que após o reinício<sup>4</sup> do uso dos medicamentos prescritos se sentia tranquilo, logo estava satisfeito com o atendimento do órgão.

“Não me sentia bem, não dava conta porque eu era muito nervoso. Muito ativo entende? Ficava... por isso que comecei a ir pro CAPSi e to me sentindo mais melhor”

Quando questionado sobre os profissionais e atividades do CAPSi que tinha

---

<sup>4</sup> João já havia feito uso das medicações quando recebeu o diagnóstico de TDAH.

acesso, João afirmou que seu acompanhamento era restrito ao atendimento com psiquiatra.

“[...] só ele que conversa comigo, pergunta sobre minha vida, essas coisas.”

Apesar de afirmar estar satisfeito com o seu acompanhamento, o socioeducando verbalizou o desejo de ser alvo de outras intervenções por parte do órgão.

“ Tem que ter mais coisa tia. Pra animar a pessoa, porque só chega lá conversa “ta bom, já sei” passa a receita e vai embora.”

“Tia eles precisam saber mais da vida da pessoa, saber por que entrou nessa vida e tal. Lá é só chegar “o que tu ta sentindo?”. Essas coisas sabe? Pra ouvir mais o cara, desabafar um pouco, ter mais noção da gente entende?”

João também afirmou não conhecer tão pouco ter participado da construção do seu Projeto Terapêutico Singular – PTS.

## **8. DISCUSSÃO**

As demandas das unidades de internação socioeducativa que geralmente são encaminhadas para o Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil geralmente constituem-se de adolescentes com histórico de uso abusivo de substâncias psicoativas que estão em severo sofrimento devido as crises de abstinência.

No caso do adolescente em questão a demanda apresentada extrapolava a questão da dependência química, este já trazia um diagnóstico prévio. Todavia, de acordo com os registros de acompanhamento e relatos do mesmo, seu acompanhamento não se diferenciava dos demais.

O atendimento restrito ao psiquiatra também é um ponto a se destacar, tendo em vista que a proposta vigente de atenção a saúde mental expressa que o cuidado deve ser construído, promovido e reconstruído de maneira compartilhada pelos profissionais que compõe o órgão em questão, e não apenas pelos profissionais, também pelos pacientes e seus familiares. Quando estes critérios são negligenciados a própria proposta da política que norteia o serviço é descaracterizada (BRASIL 2002) , pois acaba se perpetuando modos de intervenção institucionalizantes.

A desinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica é compreendida como a desconstrução de discursos e intervenções psiquiátricas que entendiam a

loucura como sinônimo de desrazão, periculosidade e reconhecia o isolamento em hospitais psiquiátricos como única possibilidade de intervenção terapêutica. (AMORIM- DIMENSTEIN, 2007 p.196)

Logo verifica-se que a desospitalização não contempla toda a complexidade da desinstitucionalização, pois mesmo em intervenções extra muros é possível se perpetuar práticas institucionalizantes. No momento em que o adolescente não é reconhecido em sua singularidade, não participa da construção do seu projeto terapêutico e é submetido a uma intervenção indiferenciada, as práticas do CAPSI, apesar de promovidas fora do clássico manicômio, acabam tendo como foco final o já conhecido objetivo deste último: a exclusão de elementos perturbadores de uma ordem social e de seus valores (BASAGLIA 2010 apud ELIA 2013, p. 21).

Baseada nas obras de Franco Basaglia, a Política de Atenção a saúde mental delega ao CAPS a responsabilidade sobre a demanda em saúde mental do território em que seus pacientes estão inseridos, *existência-sofrimento em relação ao corpo social*. Dentro de tal proposta se entende que o sofrimento psíquico não ocorre de maneira isolada, está relacionado e reflete diretamente no contexto social e estes critérios não podem ser negligenciados (ELIA 2013, p. 36).

Verifica-se no caso em questão que tais critérios não foram observados, já que o adolescente não se sentiu acolhido e nem reconhecido pelo serviço em sua totalidade. O acompanhamento restrito a prescrição de medicação, apesar de conceder ao socioeducando a suspensão dos sintomas e conseqüentemente o seu bem estar, não contemplou a complexidade do acompanhamento em saúde mental de acordo com a política que rege o serviço atualmente (BRASIL 2002).

## **9. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A atenção em Saúde Mental a crianças e adolescentes possui complexidades próprias e quando acrescentadas as questões de privação de liberdade e dependência química e outros transtornos vê seus já conhecidos desafios aumentarem consideravelmente.

A escassez de recurso dos equipamentos (FUNAC e CAPSi), o saturamento de ambos e o entendimento sobre o acompanhamento em saúde mental existente entre os adolescentes que são assistidos pelo serviço e profissionais que atuam nestes são possíveis fatores que influem diretamente no cotidiano destes

atendimentos e no alcance ou não do objetivos estabelecidos pela portaria nº336/2002 do Ministério da Saúde.

Verificou-se que o cuidado em saúde mental promovido pelo CAPSI aos adolescentes em privação de liberdade, apesar de promover a suspensão de determinados sintomas que geravam desconfortos aos mesmos, ainda não contempla toda a complexidade da Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes, DIMENSTEIN, Magda. **Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico**. Ciên. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 195-204. Jan-Fev 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a25v14n1.pdf>  
Acesso em 02 de fevereiro de 2017.

ATAIDE, Jussara Barbosa; SILVA, Mayara Thayane da. **Violação dos direitos infante-juvenis: o combate à violência letal e o programa de proteção a crianças e adolescentes ameaçados de morte no estado de Alagoas – PPCAAM/AI**. 2014. 87 f. Monografia (Graduação) Curso de Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014.

Disponível em: <http://www.ufal.edu.br/noticias/2014/02/pesquisa-aponta-que-maceio-lidera-ranking-de-ameacas-de-morte-a-criancas-e-adolescentes/tcc-violacao-dos-direitos-infante-juvenis-o-combate-a-violencia-letal-e-o-ppcaam-ai.pdf>  
Acesso em 11 de julho de 2016.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal 8.060/90). CEDCA, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infante-juvenil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.76 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde).

Disponível em: [http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini\\_cd/pdf](http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdf)  
Acesso em 14 de julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. / Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf)  
Acesso em 15 de agosto de 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei: normas e reflexões** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-das-populacoes-privadas-de-liberdade/saude-dos-adolescentes-em-conflito-com-a->

lei/legislacao/pnaisari\_17\_01\_2012\_versao\_preliminar.pdf  
Acesso em 02 de setembro de 2016

BRASIL Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002  
Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)  
Acesso em 01 de outubro de 2016

BURSZTY, I.; RIBEIRO J. M. **Avaliação participativa em programas de saúde**: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 404-416, mar - abr, 2005.  
Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n2/07.pdf>  
Acesso em 18 de agosto de 2016

COUTO, M. C V.; DUARTE. C. S; DELGADO. P. G.G. **A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira**: situação atual e desafios. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2008, 30 (04), 390-398.  
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>  
Acesso em: 10 de novembro de 2016

COUTO, M. C V.; DELGADO. P. G.G. **Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira**: inclusão tardia, desafios atuais. Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, vol. 27, N.1, p 17-40.  
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00017.pdf>  
Acesso em: 12 de novembro de 2016

DIAS, Míriam Thais Guterres. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental**: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro. 2007. 293 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.  
Disponível em:  
[http://tede.pucrs.br/tde\\_arquivos/21/TDE-2007-05-08T150137Z-564/Publico/389624.pdf](http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/21/TDE-2007-05-08T150137Z-564/Publico/389624.pdf)  
Acesso em 15 de julho de 2016.

ELIA, Daniel Duba Silveira. **O CAPS fora de si**: um estudo sobre a atenção à crise no município do Rio de Janeiro.. 2013. 182 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,, Rio de Janeiro, 2013.  
Disponível em: <<http://docplayer.com.br/18944728-O-caps-fora-de-si-um-estudo-sobre-a-atencao-a-crise-no-municipio-do-rio-de-janeiro-por-daniel-duba-silveira-elia.html>>.  
Acesso em: 15 de janeiro 2017.

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 Debate, Rio de Janeiro, v.39, n. especial, p. 120 – 131, dez 2015.



Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00120.pdf>

Acesso em 20 de agosto de 2016.

GOMES, R; et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C.S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p.185-221.

HORTA, N. C.; SENA, R. R. **Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão**. Physis [online]. 2010, vol.20, n.2, pp.475-495.

Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312010000200008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312010000200008&script=sci_abstract&tlng=pt)

Acesso em 30 de Agosto.

MACEDO, Camila Freire. **A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil**. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 11, n.1017, 14 abr. 2006. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/8246>

Acesso em 10 de julho de 2016.

MOURA, Joviane A.. **História da Assistência à Saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica à Construção de mecanismos de Atenção Psicossocial**. 2011.

Disponível em: <<https://psicologado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial>>.

Acesso em: 1 de dezembro de. 2016

LORENZI, Gisella Werneck (São Paulo). Promenino Fundação Telefônica (Org.). **Uma breve história dos direitos da criança e do adolescente no Brasil**. 2008

Disponível em: <http://www.promenino.org.br/noticias/arquivo/uma-breve-historia-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-no-brasil-14251>

Acesso em 15 de julho de 2016

PALACIOS, J.; OLIVA, A. A adolescência e seu significado evolutivo. In: COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS, J. Desenvolvimento psicológico e educação. **Psicologia evolutiva**. Vol. 1. 2. ed.. Porto Alegre: Artmed, 2009 p. 309-322.

PNAD, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: síntese de indicadores 2014/ IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91983.pdf>

Acesso em 15 de agosto de 2016

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas**. Ciênc. Saúde coletiva vol. 16 no.12 Rio de Janeiro dez. 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>

Acesso em 09 de julho de 2016.

RAUPP, L., MILNITSKY-SAPIRO, C. **Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes:** o caso da drogadição. Saúde e Sociedade, v.14, n.2, p.60-68, maio-ago 2005.

Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7147/8626>

Acesso em 30 de agosto de 2016

SARAIVA, J. B. C. **Adolescente em conflito com a lei: da indiferença a proteção integral:** uma abordagem sobre a responsabilidade penal juvenil. 3. ed. Revista atual – Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009.

SILVA, Priscila Soares. **A intervenção do assistente social na saúde mental: a experiência dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS de Juiz de Fora - MG** /. 2012. 137 f. : il. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2012/05/priscila.pdf>

Acesso em 03 de dezembro de 2016

UNICEF. **O direito de ser adolescente:** oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: UNICEF, 2011.

Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_saprep11.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_saprep11.pdf)>

Acesso em: 10 ago. 2016

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Responsável do adolescente)**

FACULDADE LABORO

DEPARTAMENTO DE PÓS GRADUAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Atenção psicossocial Infanto juvenil: um estudo sobre o cuidado em saúde mental para adolescentes em privação de liberdade.

ORIENTADORA: Ms. Ludmilla Barros Leite

ORIENTANDA: Patrícia Oliveira Costa

Em caso de dúvidas a respeito dos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade CEUMA.

**Telefone do CEP Universidade CEUMA:** (98) 3214-4212

**Endereço CEP Universidade CEUMA:** Rua Josué Montello, Nº 01 –  
Renascença II – CEP 65075-120 – São Luís – MA.

O seu filho (a) (ou adolescente o qual você é responsável) está sendo convidado a participar da pesquisa “Atenção psicossocial infanto juvenil: um estudo sobre o cuidado em saúde mental para adolescentes em privação de liberdade.”. Esta pesquisa tem como objetivo descrever sobre o cuidado em Saúde Mental oferecido aos adolescentes em privação de liberdade que fazem acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial Infanto – Juvenil em São Luís do Maranhão. Para colhermos as informações necessárias para a pesquisa serão realizadas entrevistas individuais com os adolescentes e durante estas será utilizado um gravador. Em momento algum o adolescente será identificado, mesmo após a publicação, a identidade do adolescente será preservada. A participação do adolescente sob sua responsabilidade nesta pesquisa não resultará em nenhum privilégio, de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo este se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a Vossa Senhoria ou ao adolescente. Caso a participação deste no projeto gere algum custo, será garantido o ressarcimento do valor consumido, assim também como a devida indenização caso sofra algum dano. Este projeto oferece como risco ao adolescente a sensação de



constrangimento durante a entrevista, quando este relatar o sofrimento psíquico que atravessa e/ou possíveis dificuldades encontradas no serviço de atenção psicossocial. O adolescente, caso queira, poderá recusar responder qualquer pergunta que lhe cause desconforto. A participação neste estudo tem como benefício à promoção de um maior entendimento sobre os cuidados em saúde mental promovidos aos adolescentes em privação de liberdade. Caso o Sr. (a) permita a participação do seu filho (a) no estudo, assine o final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. A qualquer momento você pode solicitar novas informações e modificar sua decisão, se assim desejar. Em caso de recusa pela participação do seu filho (a), isso não causará nenhum prejuízo ao adolescente ou a você como responsável.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do responsável pelo adolescente:

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento livre e esclarecido (Profissionais)**

FACULDADE LABORO

DEPARTAMENTO DE PÓS GRADUAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Atenção psicossocial Infanto juvenil: um estudo sobre o cuidado em saúde mental para adolescentes em privação de liberdade.

ORIENTADORA: Ms. Ludmilla Barros Leite

ORIENTANDA: Patrícia Oliveira Costa

Em caso de dúvidas a respeito dos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade CEUMA.

**Telefone do CEP Universidade CEUMA:** (98) 3214-4212

**Endereço CEP Universidade CEUMA:** Rua Josué Montello, Nº 01 –  
Renascença II – CEP 65075-120 – São Luís – MA.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Atenção psicossocial infanto juvenil: um estudo sobre o cuidado em saúde mental para adolescentes em privação de liberdade.”. Esta pesquisa tem como objetivo descrever sobre o cuidado em Saúde Mental oferecido aos adolescentes em privação de liberdade que fazem acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial Infanto – Juvenil em São Luís do Maranhão. Para colhermos as informações necessárias para a pesquisa serão realizadas entrevistas individuais e durante estas será utilizado um gravador. Em momento algum você será identificado, mesmo após a publicação, sua identidade será preservada. A participação nesta pesquisa não resultará em nenhum privilégio, de caráter financeiro ou de qualquer natureza, e você pode se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a Vossa Senhoria. Caso a sua participação neste projeto gere algum custo, será garantido o ressarcimento do valor consumido, assim também como a devida indenização caso sofra algum dano. Este projeto oferece como risco a sensação de constrangimento ao relatar, durante a entrevista, possíveis dificuldades encontradas no serviço de atenção psicossocial. Caso queira, você poderá recusar-se responder qualquer pergunta que lhe cause desconforto.. A



participação neste estudo tem como benefício à promoção de um maior entendimento sobre os cuidados em saúde mental promovidos aos adolescentes em privação de liberdade. Caso o Sr. (a) aceite participar deste estudo, assine o final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. A qualquer momento você pode solicitar novas informações e modificar sua decisão, se assim desejar. Em caso de recusa, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Local e data \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista Semiestruturada (Adolescente)**

1. Pergunta disparadora: Há quanto tempo está fazendo o acompanhamento no CAPSi?
2. Por qual razão você iniciou este acompanhamento?
3. Como se sentia antes de ser acompanhado pela equipe do CAPSi?
4. Você participa de quais atividades promovidas por esta instituição?
5. Você conhece ou participou da construção do seu Projeto Terapêutico Singular?
6. Como você passou a cumprir a medida de internação após o início deste acompanhamento?
7. Como você analisa o acompanhamento promovido pela instituição.
8. Comportamentos atuais