

A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil

Mental health care for Brazilian juvenile offenders

Nilson do Rosário Costa ¹
Paulo Roberto Fagundes da Silva ¹

Abstract *This paper analyzes the use of psychoactive drugs by juvenile offenders in Brazil in socio-educational facilities (USES). It describes the guidelines of the national public policy and the quality of mental healthcare coordination by subnational public governments. This work draws on the hypothesis that USEs vertical governance is associated with the use of psychoactive medication. This is a comparative study of two cases in Rio Grande do Sul and Minas Gerais. Data resulted from a sample of medical records and interviews with key informants. The paper shows that vertical governance observed in Rio Grande do Sul is directly associated with high prevalence of mental health disorder diagnosis, use of psychoactive medication and psychiatric medicalization by juvenile offenders deprived of liberty. These findings indicate that sanctions of imprisonment for illegal acts are producing a set of medicalization decisions that undermine juveniles' health rights. The national mental health policy guidelines encourage cautious decisions. Psychotherapies and rehabilitation actions are the advocated first-line interventions. The poor management of the psychopharmacological intervention favors multiple prescriptions.*

Key words *Juvenile offenders, Mental health care, Medicalization psychoactive drugs, Governance, Socio-educational facility*

Resumo *O trabalho analisa a utilização de medicamentos psicoativos por adolescentes infratores em unidades socioeducativas (USES) no Brasil. Descreve as diretrizes da política pública nacional e a qualidade da coordenação da atenção em saúde mental pelos governos subnacionais. O artigo tem como hipótese que a governança verticalizada da USES está associada à utilização de medicação psicoativa. O modelo da pesquisa foi estudo comparado dos casos do Rio Grande do Sul (RS) e Minas Gerais. Os dados resultaram da coleta em prontuários e entrevistas com informantes-chave. O artigo demonstra que a governança vertical observada no RS está associada à alta prevalência de diagnósticos de transtorno mental, uso de medicamentos psicoativos e de medicalização psiquiátrica pelos adolescentes privados de liberdade. As evidências revelam que as sanções de privação de liberdade por atos infracionais produzem decisões de medicalização que ameaçam o direito dos adolescentes no campo da saúde. As diretrizes da política nacional incentivam escolhas mais cautelosas. As psicoterapias e as ações de reabilitação são as intervenções de primeira linha defendidas. O manejo pouco cuidadoso da intervenção psicofarmacológica favorece a múltiplas prescrições.*

Palavras-chave *Adolescentes em conflito com a lei, Atenção em saúde mental, Medicamento psicoativo, Governança, Unidade socioeducativa*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Mangueiras. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. nilson@ensp.fiocruz.br

Introdução

O artigo descreve a política pública de atenção em saúde mental dos adolescentes internados em Unidades Socioeducativas (USES), com ênfase na análise da condição de prescrição e uso de medicamentos psicoativos. A fonte de informação para o artigo é a pesquisa *Diagnóstico situacional da atenção em saúde mental nas unidades socioeducativas brasileiras*¹.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990², define como crianças, as pessoas até doze anos de idade incompletos e como adolescentes aquelas entre mais de doze e dezoito anos de idade incompletos. Crianças e adolescentes estão submetidos a um processo especial de responsabilização quando cometem ato infracional, levando ao cumprimento de medidas socioeducativas em unidades sob a governança dos governos Estaduais³. Cabe chamar atenção que a maioridade civil não impede que adolescentes com mais de 18 anos cumpram as medidas socioeducativas, sendo que a liberação aos 21 anos de idade é compulsória.

As medidas socioeducativas estabelecidas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) apresentam uma gradação que deve levar em conta a capacidade de os adolescentes cumpri-las, as circunstâncias e a gravidade da infração. São elas: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional (internação em unidades socioeducativas).

A execução das medidas destinadas a adolescente que pratique ato infracional é regulamentada pela Lei nº 12.594/2012⁴ que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). O SINASE é coordenado pela União e integrado por Estados, Municípios e Distrito Federal, responsáveis pelo desenvolvimento de programas de atendimento a adolescente ao qual seja aplicada medida socioeducativa, com liberdade de organização e funcionamento, respeitados os termos desta Lei.

Em 2012, existiam 20.595 adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de internação, internação provisória e semiliberdade. O Estado de Minas Gerais estava entre os Estados que menos aplicavam medidas socioeducativas de internação, internação provisória e semiliberdade (tinham 69 adolescentes em medidas restritivas de liberdade por 100 mil habitantes em 2012). Já o Estado do Rio Grande do Sul estava

bem próximo da taxa nacional de aplicação destas medidas: 92 adolescentes privados de liberdade por 100 mil habitantes no mesmo ano. A taxa nacional era de 100 adolescentes por 100 mil habitantes. Ainda assim, em ambos os estados, as unidades socioeducativas operavam superlotadas³.

No início da atual década, as condições de ressocialização dos adolescentes privados de liberdade eram reconhecidamente sofríveis na maioria das USES estaduais. Um Relatório do Executivo Federal apontou para a necessidade de mais investimentos estatais na estrutura dos estabelecimentos de internação. Constatou que muitas instalações físicas eram inadequadas, com sérias carências de recursos humanos e de ambientes propícios à reeducação dos adolescentes e sua reintegração na sociedade⁵. Assim, não é de se estranhar que a proporção de adolescentes reincentes tenha sido de 44% em 2012⁵.

É reconhecido na literatura internacional que os adolescentes em situação de restrição de liberdade apresentam um conjunto expressivo de problemas na esfera da saúde mental^{6,7}. Karnik et al.⁸ revelam que a maior prevalência de transtornos mentais diagnosticados em adolescentes em regime fechado do que em adolescentes em programas de regime aberto.

Apesar da magnitude da população adolescente em regime de custódia, os estudos nacionais sobre o assunto são surpreendentemente escassos. A pesquisa de Martins e Pillon⁹ identificou elevada prevalência de diagnósticos de transtornos mentais (75%) na população de 218 adolescentes em regime de privação de liberdade internados na Bahia.

Outro estudo nacional constatou que o sistema socioeducativo brasileiro responde à alta prevalência de transtornos mentais entre adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação com a utilização, de modo extensivo e cumulativo, de distintas classes de medicação psiquiátrica¹⁰.

Não é assim fortuito que o Artigo 64 da Lei nº 12.594/2012⁴ que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), explicita que “o tratamento a que se submeterá o adolescente deverá observar o previsto na Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

É importante chamar atenção que este alinhamento do SINASE com a agenda reforma psiquiátrica pressupõe a garantia governamental:

(1) do acesso e tratamento de qualidade a pessoa com transtornos mentais, preferencialmente, na rede pública extrahospitalar de atenção à saúde mental, isto é, nos ambulatórios de saúde mental, nos Centros de Atenção Psicossocial, nos Centros de Convivência ou em outros equipamentos abertos da rede de atenção à saúde;

(2) da articulação dos programas socioeducativos com a rede local de atenção à saúde mental, e a rede de saúde, de forma geral, visando construir, interinstitucionalmente, programas permanentes de reinserção social para os adolescentes com transtornos mentais;

(3) da proibição de que os adolescentes com transtornos mentais sejam confinados em alas ou espaços especiais, sendo o objetivo permanente do atendimento socioeducativo e das equipes de saúde a reinserção social destes adolescentes;

(4) do tratamento dos transtornos mentais por critérios clínicos (nunca punitivos ou administrativos), sendo decidido com a participação do paciente, seus familiares e equipe multiprofissional¹¹.

É consensual que a Lei 10.216/2001 transformou em política pública instituída os objetivos originais da reforma da assistência à saúde mental no Brasil, tendo substancial sucesso na redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de alternativas assistenciais comunitárias¹².

A política de saúde mental brasileira move-se desde então com base em quatro diretrizes: 1) a garantia dos direitos civis das pessoas com transtorno mental; 2) a supressão do modelo manicomial; 3) a proteção dos pacientes em tratamento nos hospitais psiquiátricos e 4) o desenvolvimento de uma rede diversificada e comunitária para prover acesso para as pessoas com transtorno mental¹³.

Ainda que tardiamente, em razão das prisões e dispositivos socioeducativos não terem sido objetos da desconstrução institucional, as diretrizes do SINASE de 2012 indicam a necessária subordinação da assistência à saúde mental às proposições da reforma psiquiátrica.

Diante desta normativa institucional, a questão teórica que orienta este artigo diz respeito à antinomia das diretrizes da política de saúde mental (descentralizada e comunitária) frente ao insulamento das instituições de custódia dos adolescentes no âmbito dos governos estaduais.

Na hipótese deste artigo, a governança verticalizada das USES pode estar associada à adoção de regras próprias para lidar com as necessidades de saúde dos adolescentes em privação de liber-

dade, com frequência tomando decisões que não são consensuais no mundo externo. A experiência internacional revela, nesse sentido, que as regras internas das instituições fechadas usualmente desafiam o quadro legal e normativo das políticas públicas proposto para o mundo externo¹⁴.

Desse modo, quando a reestruturação da atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei é posta na agenda pública pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais das USES têm que lidar com o desafio institucional de desenvolver uma nova governança da organização dos seus serviços. No campo das ciências sociais são reconhecidos dois tipos ideais de governança: o verticalizado (comando e controle) e o horizontal¹⁵.

A escolha do mecanismo de governança na gestão pública está diretamente associada aos *custos de transação* com os quais os gestores estão dispostos a arcar no relacionamento com terceiros, isto é, no compartilhamento de responsabilidades com outros agentes públicos. Se o gestor tem garantia de que os parceiros terão um comportamento cooperativo ou adequado às suas expectativas e valores, adotará a governança horizontal e buscará a articulação com outras instâncias de governo ou da sociedade para o desenvolvimento da atividade pela qual é responsável. Caso contrário, manterão a gestão verticalizada na instância governamental própria¹⁶. As diretrizes da Reforma Psiquiátrica que informa normativamente a proposição do SINASE interpela diretamente a governança verticalizada hegemônica da organização da assistência à saúde mental dos adolescentes privados de liberdade.

Esta verticalização traduz o nível de desconfiância que os agentes governamentais depositam em terceiros ou os custos de contratualização com os quais estão dispostos a arcar para dar conta de uma responsabilidade social.

Ainda assim é possível supor que os governos operam em constante negociação sobre a escala ótima de verticalização em que pretendem operar a sua produção ou provisão de serviços de assistência à saúde mental no sistema socioeducativo. Podem optar por verticalizar a produção ou provisão de serviços para minimizar o problema do agente, ou seja, o excesso do poder de terceiros que põe em risco as preferências ou as coalizões de interesse em torno do desenvolvimento das atividades socioeducativas¹⁶.

A integração vertical da atenção em saúde mental pode ser a opção de governança preferencial da instância estadual em situações de incerteza em relação aos governos municipais, fortalecendo a tendência de fechamento organizacional

dos aparelhos estaduais de custódia. Resta responder se escolha preferencial dos governos estaduais favorece a condição de bem-estar da população adolescente sob a sua responsabilidade.

Metodologia

O artigo utilizou estratégias combinadas de coleta de informação primária e secundária para descrever o padrão de atenção em saúde mental nas unidades socioeducativas de internação (USES). O uso da medicação de psicoativos é tomado como um marcador da adequação e de qualidade da assistência em saúde mental ao adolescente na situação de restrição de liberdade.

A categoria analítica *medicalização* apreende as situações em que um problema individual ou coletivo é definido em termos médicos, frequentemente como doença ou transtorno ou utiliza estritamente uma intervenção médica para tratá-lo¹⁷. Publicações recentes têm destacado o componente farmacêutico da medicalização, denominando-o farmacêuticalização. O termo designa o processo pelo qual condições sociais, comportamentais e corporais são tratadas ou consideradas com necessidade de tratamento medicamentoso por médicos, pacientes ou ambos¹⁸.

O modelo da pesquisa utilizado foi de estudo transversal com o desenho de estudo de caso. O estudo de caso possibilitou a descrição do padrão de governança das unidades socioeducativas, em dois Estados brasileiros, tipificando as experiências investigadas, como sugere Gerring¹⁹, pela tipicidade do modelo de governança verticalizado do Rio Grande do Sul e o modelo desviante (Minas Gerais) em relação ao padrão hegemônico no país.

Além das estatísticas descritivas e da análise das diferenças entre as proporções, o artigo demonstra a chance que adolescentes que estiveram em tratamento em saúde mental anterior à medida socioeducativa de privação de liberdade ter diagnóstico, estar em uso de medicação, em tratamento de saúde mental durante a internação, ter sido submetido à medida de isolamento e ter sido medicado de emergência. O artigo pressupõe que o coeficiente de incidência de um evento é uma medida de risco de um grupo populacional em qualquer contexto²⁰.

A coleta dos dados se deu através das seguintes estratégias:

1) Entrevista com instrumento estruturado como os responsáveis pela gestão das USES.

2) Transcrição de informações de prontuários de saúde dos adolescentes em regime de res-

trição de liberdade nas unidades para formulário estruturado.

3) Entrevistas abertas com informantes-chave: gestores de nível central do sistema socioeducativo e médicos psiquiatras.

Cada participante responsável institucional foi informado sobre a finalidade do estudo, a questão do sigilo e a não obrigatoriedade da participação. Os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A identidade dos adolescentes foi mantida em sigilo, sendo garantida a confidencialidade e a privacidade das informações obtidas.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

O estudo de caso do Rio Grande do Sul

A maioria dos prontuários sorteados na amostra das USES de Porto Alegre eram de adolescentes masculinos cumprindo medida socioeducativa (Tabela 1). O Centro de Atendimento Socioeducativo Regional de Porto Alegre I (POA I), que é responsável pela internação de adolescentes do Município de Porto Alegre, concentrou mais da metade dos prontuários analisados (56,5%). Entre os adolescentes cujas informações foram analisadas, predominavam os que residiam Porto Alegre (62%), os de etnia branca (53%) e a baixíssima escolaridade (87% não completaram o ensino fundamental). O percentual de adolescentes reincidentes era igualmente elevadíssimo (55%). O percentual de adolescentes que foram submetidos a tratamento em saúde mental antes da internação alcançava dois dígitos (19%), indicando a relevância da questão na população custodiada, ainda que não houvesse associação estatisticamente significativa entre a condição de reincidência e o tratamento em saúde mental antes da internação. O principal ato infracional que resultou em privação de liberdade em Porto Alegre foi roubo, seguido dos homicídios, seguindo o padrão nacional³.

A relevância da assistência em saúde mental nas USES situadas em Porto Alegre é revelada pelo fato de 86% dos prontuários informarem que os adolescentes tinham sido submetidos a algum tratamento durante a internação em curso (Tabela 1). A pesquisa considerou como 'tratamento em saúde mental' tanto o uso de medicação psiquiátrica quanto outras modalidades de atenção, como, por exemplo, os atendimentos psicológicos ou a participação em oficinas terapêuticas.

O tratamento em saúde mental *estritamente interno*, ou seja, realizado na própria USES, pre-

Tabela 1. Distribuição dos adolescentes em atendimento de saúde mental em USES de Porto Alegre.

Nome da Unidade	Adolescentes Internados (A)	Adolescentes com Registro de Atendimento em Saúde Mental (B)	B/A*100
POA I	104	81	77,9
CASE	20	18	90,0
CSE	60	59	98,3
Total	184	158	85,9

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico situacional da atenção em saúde mental nas unidades socioeducativas brasileiras”. DCS/ENSP/Fiocruz. 2015.

dominava nas unidades de Porto Alegre (72,5% dos adolescentes em tratamento). Apenas 25 adolescentes realizaram tratamento externo, majoritariamente em algum tipo de CAPS (88%) da cidade de Porto Alegre. Não foram referidos atendimentos em saúde mental nas estruturas de atenção básica para nenhum dos adolescentes cujos prontuários foram analisados.

Cabe reiterar que o sistema socioeducativo do Rio Grande Sul foi escolhido para o estudo de caso pela presença da governança verticalizada da assistência à saúde mental.

Nesse sentido, as entrevistas qualitativas informaram que os profissionais de saúde atuam no sistema socioeducativo desde a década de 1970 (Entrevista com Gestor de Nível Central. Porto Alegre, em 2 de Junho de 2015).

Como observado nas visitas da equipe de pesquisa, a oferta de serviços ambulatoriais é realizada no espaço físico das unidades. Outra característica da organização verticalizada da atenção em saúde mental no âmbito da FASE é a forte presença de médicos psiquiatras que atendem na própria unidade socioeducativa, contratados por meio de cooperativa médica.

A contratação de profissional por cooperativa é um procedimento comum no Rio Grande do Sul, sendo muito utilizada pelas Prefeituras. Na FASE os contratos de psiquiatras por meio de cooperativas ocorrem há cerca de 10 anos (Entrevista com Gestor de Nível Central. Porto Alegre, em 2 de Junho de 2015).

Os psicólogos que trabalham na FASE estão dedicados à gestão dos delitos na esfera da ressocialização. Realizam intervenções breves na direção da mudança de projeto de vida, responsabilização em relação ao delito e desenvolvimento de autocrítica. Não existe a oferta de terapias ou grupos. As unidades carecem de alternativas de tratamento, além da medicação (Entrevista com Médico Psiquiatra. Porto Alegre, em 3 de Junho de 2015).

A provisão de serviços na rede de saúde mental e de atenção básica da cidade de Porto Alegre para os adolescentes é também restrita. Os CAPS AD de Porto Alegre só atendem os casos graves, principalmente relacionados ao uso de cocaína e crack. O CAPSI raramente atende adolescentes da FASE (Entrevista com Gestor de Nível Central. Porto Alegre, em 2 de Junho de 2015).

Existe seleção de um perfil de pacientes pelos diferentes CAPS da cidade, o que dificulta o encaminhamento dos adolescentes, que costumam estar disponíveis para o tratamento em função dos ganhos secundários associados à saída momentânea do ambiente prisional e à possibilidade de passeio ou fuga (Entrevista com Médico Psiquiatra. Porto Alegre, em 3 de Junho de 2015).

Atualmente, os casos emergenciais da FASE – geralmente quadros psicóticos e risco de suicídio – são encaminhados para o pronto-atendimento em saúde mental da unidade de pronto-atendimento Cruzeiro do Sul. Caso seja avaliada a necessidade de internação, os adolescentes são encaminhados para 2 clínicas privadas (São José e Gramado). (Entrevista com Gestor de Nível Central. Porto Alegre, em 2 de Junho de 2015). Em geral, os casos de agitação considerados disciplinares são acompanhados dentro das próprias USES, com avaliação da equipe de saúde, que conta com enfermeiros em horário parcial e técnicos de enfermagem nas 24 horas do dia, com concurso ativo dos agentes socioeducativos. Se necessário, é utilizada medicação psiquiátrica. Se houver prescrição de emergência, ela é utilizada em ausência do médico. As algemas para contenção podem ser utilizadas no primeiro momento. Outra opção também utilizada é a contenção por faixas de tecido.

O regime verticalizado atua face às condições de alta prevalência de transtorno mental identificado na população custodiada pelas USES. Como já mencionado, 19% dos adolescentes tinham história de tratamento em saúde mental

anteriores à medida de privação de liberdade. A Tabela 2 demonstra também que 80% dos adolescentes internados em Porto Alegre receberam pelo menos 1 (um) a 3 (três) diagnósticos em saúde mental. A revisão dos prontuários também evidenciou que 37% dos adolescentes receberam dois (2) diagnósticos psiquiátricos.

O diagnóstico psiquiátrico mais frequente foi de transtornos de conduta, recebido por 73 adolescentes (40%). O segundo diagnóstico mais citado foi o de transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (27%). O terceiro foi o de transtornos de adaptação (21%). Não resta dúvida de que existe a difusa compreensão de que os transtornos de adaptação são quase sempre decorrentes da própria institucionalização com perda da liberdade. Em geral, o diagnóstico de transtorno de conduta é atribuído a jovens que têm dificuldade com as regras sociais (Entrevista com Médico Psiquiatra. Porto Alegre, em 3 de Junho de 2015).

A pesquisa sobre o uso de medicação mostra que 151 (82%) adolescentes receberam algum tipo de medicação psiquiátrica durante a internação na cidade de Porto Alegre, sendo que 113 (61,4 %) usavam medicação no dia em que seu prontuário foi examinado (Tabela 2).

A pesquisa em Porto Alegre aponta para padrões bastante convergentes na [alta] prevalência na prescrição de medicamentos psicoativos das unidades pesquisadas. No CSE (unidade masculina) apenas 1 adolescente entre as 60 em cumprimento de medida de privação de liberdade não havia usado medicação psicoativa durante a internação. O mesmo padrão se repete na unidade feminina onde apenas dois (2) adolescentes

dos 20 internados não haviam usado medicação (10%). No POA I, a proporção dos adolescentes utilizando medicamentos psicoativos foi um pouco menos dramática, embora tenha alcançado a 71% dos prontuários revisados.

A Tabela 2 mostra a utilização simultânea de múltiplas drogas psicoativas por 38% dos adolescentes no momento da pesquisa, ratificando as evidências obtidas pela pesquisa nacional já comentada¹⁰. A Tabela 2 demonstra igualmente que 21,3 % dos adolescentes em privação de liberdade estavam sendo medicados com 3 ou mais psicofármacos concomitantemente.

A elevada escala de farmacologização põe em discussão o contexto das atividades de agentes socioeducativos que argumentam que trabalham sobrecarregados, em número insuficiente, em um ambiente insalubre, sem atividades pedagógicas e em situação contínua de superlotação. Por um lado, estas condições podem ser uma fonte primária de pressão da equipe sobre os psiquiatras para o uso de medicação. Por outro, na própria cultura da especialidade médica existe indicativos de que o uso de psicoativos em ampla escala pode ser uma conduta clínica considerada apropriada para população em condição de privação de liberdade. De uma forma geral, as taxas de diagnósticos psiquiátricos e as prescrições de medicamentos têm aumentado intensamente nos últimos anos, em parte por uma maior aceitação em relação aos transtornos mentais e um maior acesso ao cuidado, mas também pela proliferação de diagnósticos e excesso de tratamentos²¹. *De qualquer modo, pode existir a expectativa de parte da equipe interna de que o adolescente esteja*

Tabela 2. Características da atenção em saúde mental nas unidades socioeducativas de Porto Alegre em 2014 (n = 184).

Descritores	Frequência	Percentual e Intervalo de Confiança
Sem diagnóstico	37	20 (14; 26)
1 diagnóstico	68	37 (30; 44)
2 diagnósticos	68	37 (30; 44)
3 diagnósticos	11	6 (3; 9)
Usou medicação na atual internação	151	82 (76; 88)
Não usou medicação na atual internação	33	18 (12; 24)
Estavam usando uma medicação no momento da coleta no prontuário	113	61 (54; 68)
Usava duas medicações no momento da coleta no prontuário	69	38 (31; 45)
Usava três ou mais medicações no momento da coleta no prontuário	43	21 (15; 27)

Fonte: Pesquisa "Diagnóstico situacional da atenção em saúde mental nas unidades socioeducativas brasileiras". DCS/ENSP/Fiocruz. 2015.

medicado e até sedado (Entrevista com Médico Psiquiatra. Porto Alegre, em 3 de Junho de 2015).

Neste contexto é que a prescrição de medicação de emergência tanto por via oral quanto intramuscular (no jargão médico “Se necessário” ou “SOS”) possibilita à equipe a utilização de medicação psiquiátrica sem a presença do médico. A pesquisa constatou que 71 prontuários (39%) tinham registro desta modalidade de prescrição. As justificativas mais comuns nas unidades de Porto Alegre eram insônia (38 em 71) e agitação (24 em 71).

O estudo de caso de Minas Gerais

Os prontuários pesquisados em Belo Horizonte pertenciam, como em Porto Alegre, predominantemente a adolescentes masculinos – 173 (80 %) em um total de 215. Eram prontuários de moradores de Belo Horizonte 135 (63%) e 33 (19%) de etnia branca. Os adolescentes informados como de etnia negra eram amplamente majoritários. Não completaram o ensino fundamental 90% dos adolescentes. Em relação aos atos infracionais motivadores do ingresso na instituição, observa-se que a causa mais frequente é o roubo (60%), seguido dos homicídios (11%). Os reincidentes alcançavam 17,7% da amostra.

As informações do prontuário mostram que 88 (40,9%) dos adolescentes tinham sido submetidos a algum tratamento de saúde mental durante a internação em curso (Tabela 3). Foram considerados como tratamento de saúde mental o uso de medicação psiquiátrica e outras modalidades de atendimento (principalmente por psicólogo). Realizaram algum tipo de tratamento não medicamentoso 57 adolescentes (26,5 %). A prestação de atendimento de saúde mental variou expressivamente entre as unidades estudadas. Na Unidade Horto a proporção é de 23,4 % dos internos, mas na unidade feminina São Jerônimo o atendimento alcançou 64% das adolescentes. Nesta

unidade, 20% das adolescentes tinham histórico de tratamentos em saúde mental.

Os serviços externos foram os mais utilizados para o tratamento dos adolescentes (59%). Apenas 24% dos que demandaram foram assistidos exclusivamente somente no âmbito das USES. Uma parcela residual de 15% dos adolescentes foi tratada interna e externamente.

A referência mais importante de atendimento externo são as unidades de saúde da família (33% dos adolescentes foram atendidos nestas estruturas municipais). As entrevistas qualitativas assinalavam que o atendimento em saúde mental nas unidades de saúde da família estava na época da pesquisa ainda em processo de consolidação.

A direção do trabalho já visava há alguns anos a articulação da atenção à saúde mental à provisão do Sistema Único de Saúde. Uma medida para acelerar esta diretriz foi a paulatina transferência de médicos psiquiatras das equipes das USES para a Secretaria Municipal de Saúde (Entrevista com Gestor de Nível Central. Belo Horizonte, em 10 de Agosto de 2015).

Chama atenção a participação residual dos CAPS nos atendimentos: apenas 7 adolescentes frequentavam um CAPS AD (Centro Mineiro de Toxicomania – CMT) e 5 no único CAPS infanto-juvenil (CERSAMI) da cidade. Foram atendidos em uma unidade privada (conveniada com o serviço público) especializada na atenção a problemas relacionados com o uso de álcool e outras drogas (Centro de Atendimento e Proteção a Jovens Usuários de Tóxicos – CAPUT) 16 adolescentes.

Na época da pesquisa, o CAPUT estava sendo desligado do SUS e, portanto, do atendimento aos adolescentes. As entrevistas qualitativas indicavam que a decisão era controversa entre os gestores e desagradava aos adolescentes. O CAPUT era a principal referência para problemas associados ao uso de substâncias psicoativas. Por fim, sete adolescentes tinham registro de atendimen-

Tabela 3. Distribuição dos adolescentes em tratamento de saúde mental nas USES de Belo Horizonte em 2015.

Unidade	Total de Adolescentes Internados (A)	Total em Tratamento de saúde mental (B)	B/A*100
Horto	64	15	23,4
Santa Clara	70	27	38,6
CEAD	39	19	48,8
São Jerônimo	42	27	64,3
Total	215	88	41

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico situacional da atenção em saúde mental nas unidades socioeducativas brasileiras”. DCS/ENSP/Fiocruz. 2015

to em hospital psiquiátrico (Centro Psíquico da Adolescência e Infância - CEPAI), que dispõe de emergência e ambulatório para pessoas com idade igual ou menor de 18 anos.

Nas USES estudadas, as situações que geram a iniciativa de tratamento em saúde mental estão associadas aos quadros agudos produzidos pela angústia causada pelo ambiente de cárcere que leva, em alguns casos, inclusive a tentativa de suicídio por enforcamento (principalmente com uso de lençol). Existe para estes casos um protocolo de encaminhamento para o CEPAI (emergência psiquiátrica), onde o adolescente poder ser medicado, retornando à unidade. Este tipo de situação enseja a posterior demanda à rede de saúde mental.

Em outros casos, o adolescente é acompanhado na rede de saúde mental e entra em conflito com a lei. Neste caso, ele é automaticamente encaminhado para o dispositivo onde realizava o tratamento. No caso de adolescentes do interior do Estado, o atendimento pode ser no CEPAI (unidade psiquiátrica estadual com emergência e ambulatório).

Outra motivação de atendimento é a queixa de insônia. Os quadros de insônia levam a utilização da medicação. Como estratégia para diminuir o uso de medicação foi criado na unidade São Jerônimo um grupo (roda de conversa) de insônia que tenta desvincular a questão da insônia do uso de psicotrópicos. Mesmo assim quando o sofrimento mental está ligado mais ao acautelamento tenta-se manejar no âmbito da unidade, mas o atendimento psicológico interno tem baixa disponibilidade porque os profissionais estão muito voltados para questões ligadas ao judiciário.

Outro tipo de motivação para encaminhamento ao atendimento psiquiátrico decorre do comportamento agitado ou agressivo, que interfere na rotina da unidade (Entrevista com Médico Psiquiatra. Belo Horizonte, em 11 de Agosto de 2015).

É quando, de certa maneira, a unidade afirma seu caráter de dispositivo de segurança e, para tanto, utiliza o concurso da psiquiatria.

Em fevereiro de 2015, o Município de Belo Horizonte foi habilitado a receber o incentivo para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei. Como já comentado, o Plano Operativo Municipal de Atenção integral à Saúde do adolescente em conflito com a lei tem como objetivo primordial o direcionamento do tratamento dos adolescentes para a Rede de atenção à saúde do SUS. No que tange à saúde mental espera-se

interromper o circuito Centros de Internação – CEPAI (Centro Psíquico da Adolescência e Infância), que evidencia uma intervenção focada na urgência e na internação (Entrevista com Gestor de Nível Central. Belo Horizonte, em 10 de Agosto de 2015).

As questões de coordenação de agenda e as barreiras operacionais para a realização do atendimento externo foram lembradas nas entrevistas. A maioria dos diretores das USES sublinhou a falta de presteza do agendamento da saúde da família (apenas a unidade Santa Clara não assinalou a questão). Outra limitação operacional crítica no atendimento externo está associada indisponibilidade de transporte para deslocamento dos adolescentes na cidade, sendo comum a perda de agendamentos. A limitação operacional é agravada pela escassez de funcionários para acompanhamento dos jovens nos deslocamentos.

A Tabela 4 demonstra que é relativamente baixa a proporção de adolescentes em privação de liberdade com diagnóstico psiquiátrico em Belo Horizonte. Especialmente as situações de adolescentes em que a informação de dois ou mais diagnósticos no prontuário são residuais (5% dos casos). *As equipes de saúde fazem a opção de não formalizar os diagnósticos em Belo Horizonte. Em discussões de caso as hipóteses diagnósticas dos adolescentes são trazidas, porém não registradas em prontuários. Uma das causas possíveis é uma cautela referente à forma estigmatizante com que o sistema de justiça lida com a questão e que acaba trazendo prejuízos na deterioração da identidade dos adolescentes. Essa prevalência pode indicar o cuidado da equipe de saúde mental em evitar o efeito da etiquetagem diagnóstica sobre o futuro do adolescente* (Entrevista com Gestor de Nível Central. Belo Horizonte, em 10 de Agosto de 2015).

A influência da psicanálise na formação dos profissionais possivelmente contribui para a cautela da equipe de saúde mental. A psicanálise tem uma visão sobre o diagnóstico mais estrutural do que fenomenológica e, logo, as categorias diagnósticas clássicas da psiquiatria perdem a sua significação²².

A parcimônia da equipe de saúde produz um efeito que merece cuidadosa reflexão porque, entre os 88 que foram submetidos a tratamento de saúde mental, 54 adolescentes não tinham registros de diagnósticos nos prontuários eletrônicos da Secretaria Municipal de Saúde ou nos das unidades socioeducativas pesquisadas. Além disso, quatro adolescentes que tinham registro de diagnóstico nos prontuários não estavam sob o cuidado de saúde mental.

Tabela 4. Características da assistência mental nas unidades socioeducativas de Belo Horizonte (n = 215).

Descritores	Frequência	Percentual e intervalo de confiança (95%)
Sem diagnóstico	177	82 (77; 87)
1 diagnóstico	27	13 (9; 17)
2 diagnósticos	7	3,5 (1; 5)
3 diagnósticos	4	2 (0; 4)
Usou medicação durante a atual internação	77	36 (29; 43)
Não usou medicação durante a atual internação	166	77 (70; 84)
Usava uma medicação no momento da coleta no prontuário	25	12 (8; 16)
Usava três ou mais medicações no momento da coleta no prontuário	24	11,5 (7; 15)

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico situacional da atenção em saúde mental nas unidades socioeducativas brasileiras”. DCS/ENSP/Fiocruz, 2015.

Cabe considerar que, entre os 4 indicadores de monitoramento e avaliação assistencial definidos para o Plano Municipal de atenção aos adolescentes, dois envolvem a produção de diagnósticos - % de diagnóstico de transtorno mental em acompanhamento na Rede de Atenção Psicossocial e % de adolescentes diagnosticados por uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas.

Entre os 14 adolescentes que receberam o diagnóstico de Esquizofrenia, 12 realizaram tratamento de saúde mental durante a internação e todos receberam a indicação de uso de medicação. No momento da pesquisa, oito (8) estavam efetivamente tomando medicação e seis (6) realizaram alguma modalidade de tratamento não medicamentoso.

A Tabela 4 informa que 35,9% adolescentes usaram medicação psicoativa em algum momento da atual internação, enquanto 22,8% estavam usando no momento da visita da equipe de pesquisa. A descrição das informações por unidade socioeducativa aponta para um padrão ligeiramente diferenciado na utilização de medicação. Em duas unidades (Santa Clara e CEAD) a proporção da utilização alcançava um pouco mais de 1/3 (36 %) dos adolescentes. Na unidade feminina de São Jerônimo 45 % das usuárias femininas receberam medicação psiquiátrica durante a internação. A prevalência na unidade Horto estava bastante abaixo da observada nas demais de Belo Horizonte, com 26,6 % dos adolescentes com uso de medicação ao longo da internação.

A entrevista qualitativa indica que a explicação para o baixo uso de medicação na CSE Horto é que seu regime de privação de liberdade é considerado brando por possibilitar saídas e muitas atividades externas. É também uma unidade mais recente, já

planejada dentro de uma filosofia menos restritiva da interação dos adolescentes com o ambiente social externo. Observa-se também maior propensão aos encaminhamentos externos, na busca de uma abordagem menos medicamentosa (Entrevista de Gestor de Unidade Socioeducativa. Belo Horizonte, em 11 de Agosto de 2015).

Em relação à unidade São Jerônimo, a utilização de medicação acima da média observada nas USES em Belo Horizonte pode estar relacionada tanto às características de severidade do regime institucional da Unidade – como poucas saídas e interações externas – como à presença do psiquiatra atendendo no âmbito da própria unidade.

A Tabela 4 ratifica o padrão minimalista da medicação constatado nas USES na cidade. Observa-se que a medicação cumulativa alcança uma proporção residual dos adolescentes (12%) que utilizava medicamento no momento da pesquisa.

O protocolo de contenção devido à agressividade e agitação inclui o uso de algemas e encaminhamento à emergência psiquiátrica como último recurso. O CEPAD isoladamente atua com uma cela individual dentro da estratégia de contenção. O São Jerônimo tem 3 alojamentos individuais, mas não os está utilizando nas estratégias de contenção. O procedimento de contenção é na maioria das vezes administrado pelos agentes socioeducativos e pelo coordenador de plantão (é um procedimento preliminarmente da esfera da segurança). Segundo as regras vigentes, os adolescentes não podem dormir/ficar nos alojamentos algemados. Logo, caso a crise não esteja resolvida, eles serão encaminhados para uma emergência psiquiátrica. Durante a contenção por algema, adolescente fica em um ambiente mais isolado (no Horto, no salão de visitas).

Tabela 5. Efeito do regime de governança na assistência em saúde mental nas USES em Porto Alegre em comparação à condição em Belo Horizonte.

Condição de assistência em Saúde Mental	Razão de chance e intervalo de confiança
Ter diagnóstico*	18,5 (11,2; 30,6)
Estar tomando medicação no momento da pesquisa*	8,2 (5,1; 13,1)
Ter recebido a tratamento em saúde mental durante a internação*	8,8 (5,3; 14,4)
Uso de antipsicótico*	3,7 (2,3; 6,0)
Ter sido submetido à medicação de emergência*	18,7 (8,3; 41,9)

*Nível de significância de 0,05 da diferença entre os regimes de governança

Fonte: Pesquisa “Diagnóstico situacional da atenção em saúde mental nas unidades socioeducativas brasileiras”. DCS/ENSP/Fiocruz. 2015.

Os procedimentos de isolamento são padronizados e avaliados por comissão disciplinar. Os mais comuns são restrições de atividades como as esportivas, televisão e saídas externas. As atividades profissionalizantes e escolares não podem ser suspensas.

A Tabela 5 ratifica a forte associação entre o regime de governança verticalizado e o padrão de atenção em saúde mental intensivo de produção diagnóstica e uso de medicação psicoativa. A razão de produtos cruzados comprova que os adolescentes privados de liberdade em Porto Alegre tinham a probabilidade de ter recebido diagnóstico, utilizar medicamentos psicoativos, atendimento em saúde mental, e serem submetidos à medicação psiquiátrica de emergência significativamente mais elevada que aqueles na mesma condição em Belo Horizonte. Para a utilização de medicamentos psicoativos, a probabilidade era 8 vezes maior que a observada em Belo Horizonte. Para a situação do uso de medicação de emergência, a probabilidade em Porto Alegre era de 19 vezes maior do que o verificado na Capital de Minas Gerais.

Discussão

O conceito de governança aplicado ao desenvolvimento deste artigo capturou as experiências governamentais no Brasil nas quais a cooperação e a mediação do poder municipal favoreceram escolhas clínicas de menor ênfase na prescrição de medicamentos na atenção à saúde mental aos adolescentes privados de liberdade.

As diretrizes nacionais, em consonância com estudos acadêmicos e guias clínicos propõem, nas situações de privação de liberdade, condutas cautelosas em relação à medicação. As psicoterapias e as ações de reabilitação devem ser usadas

como intervenções de primeira linha. O manejo farmacológico deve ser utilizado após constatação da insuficiência destas intervenções⁸.

Em uma perspectiva normativa, os estudos mostram que a adoção da medicação deve incluir uma permanente avaliação sobre os riscos e os benefícios. O manejo pouco cuidadoso da intervenção psicofarmacológica pode acarretar situações nas quais os adolescentes são submetidos a múltiplas prescrições sem um claro entendimento sobre suas interações e possíveis efeitos adversos²¹.

Em relação aos diagnósticos psiquiátricos, os estudos apresentam uma confluência em relação à prevalência de transtornos mentais em populações de adolescentes em situação de privação de liberdade por conflito com a lei. Cabe ainda assim considerar a possibilidade de existir uma ampliação de sintomas face à situação de aprisionamento. Destaque-se que um diagnóstico prevalente em Porto Alegre – o de *Transtornos de conduta* – é uma definição redundante dos próprios motivos que levam à institucionalização dos adolescentes²³.

As situações de adolescentes extensivamente medicados, como observado no modelo de atenção verticalizada, dificultam a detecção de transtornos. Não pode ser descartada a existência de transtornos mentais graves não diagnosticados, o que não é achado incomum na prática clínica com adolescentes. É possível que quadros mais graves sejam mascarados pela adição a substâncias ou por comportamento opositivo, que são mais facilmente identificáveis que outros transtornos mentais²⁴.

Do mesmo modo, a prescrição de medicação abaixo do que seria recomendável pode afetar o bem-estar dos adolescentes. Em muitos casos, a medicação adequada é um recurso assistencial crucial. As prescrições medicamentosas voltadas para situações agudas (por exemplo,

sintomas psicóticos ou risco de suicídio) são, não somente aceitáveis, mas um imperativo ético²⁵.

O artigo argumenta, adicionalmente, que a opção por uma governança horizontal é um desafio institucional não trivial para Municípios e Estados em razão da natureza prescritiva da política nacional no campo da atenção à saúde mental. A garantia dos direitos civis das pessoas com transtorno mental é uma orientação crucial¹³.

O texto demonstra que a assistência à saúde mental no ambiente verticalizado do sistema socioeducativo do estado do Rio Grande do Sul está associada à alta prevalência de realização de diagnóstico e utilização de medicação psicoativa. Esta elevadíssima prevalência parece indicar que as sanções de privação de liberdade por atos infracionais podem favorecer, no ambiente verticalizado, decisões de medicalização e farmacêuticalização que afetam os direitos dos adolescentes no campo da saúde mental²³.

As estruturas de governança verticalizadas que tenham limitações para prover cuidado dentro das diretrizes da política nacional devem transferir a atenção em saúde mental dos internos para outros dispositivos. Impõe-se a discussão de onde a atenção deve ser realizada, especialmente diante de intercorrências agudas em saúde mental durante as internações no sistema socioeducativo. Ainda que as diretrizes da PNAISARI para a articulação entre instâncias federativas sejam muito recentes, as ações de matriciamento entre a saúde municipal e o sistema socioeducativo são um procedimento estratégico para a reforma da atenção em saúde mental nas instituições de custódia brasileiras que parece extremamente promissor. O estudo de caso sobre a cooperação horizontal, como observado em Minas Gerais, oferece evidências encorajadoras na direção de uma reforma setorial viável e adequada sob o ponto de vista do pacto federativo.

Colaboradores

NR Costa e PRF Silva contribuíram para a concepção, pesquisa, desenvolvimento e revisão do artigo.

Referências

1. Costa NR, Silva PRF. *Diagnóstico Situacional da Atenção em Saúde Mental nas Unidades Socioeducativas Brasileiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ministério da Saúde; 2016.
2. Brasil. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 16 jul.
3. Brasil. Secretaria Geral da Presidência da República. *Mapa do Encarceramento*. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República; 2014.
4. Brasil. Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis nos 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 7.998, de 11 de janeiro de 1990, 5.537, de 21 de novembro de 1968, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, os Decretos-Leis nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943. *Diário Oficial da União* 2012; 20 jan.
5. Brasil. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). *Panorama Nacional. A Execução de Medida Socioeducativa de Internação*. Brasília: CNJ; 2012
6. Vermeiren R, Jespers I, Moffitt T. Mental health problems in juvenile justice populations. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 2006; 5(2):333-351.
7. Wasserman GA, McReynolds LS, Lucas CP, Fisher P, Santos L. The voice DISC-IV with incarcerated male youths: Prevalence of disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 41(3):314-321.
8. Karnik NS, Soller MV, Steiner H. Psychopharmacology and Juvenile Delinquency. In: Kessler CL, Kraus LS, editors. *The Mental Health Needs of Young Offenders - Forging Paths toward Reintegration and Rehabilitation*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007. p. 308-339.
9. Martins MC, Pillon SC. A relação entre a Iniciação do Uso de Drogas e o Primeiro Ato Infracional entre Adolescentes em Conflito com a Lei. *Cad Saude Publica* 2008; 24(5):1112-1120.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Levantamento Nacional da Atenção em Saúde Mental aos Adolescentes Privados de Liberdade e Sua Articulação com as Unidades Socioeducativas*. Brasília: MS; 2008.
11. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Sistema Nacional De Atendimento Socioeducativo – SINASE*. Brasília: Conanda; 2006
12. Costa NR, Siqueira SV, Uhr D, Silva PRF, Molinaro AA, Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da saúde pública no Brasil. *Cien Saude Colet* 2011; 16 (12):4603-4614.
13. Alves DSN, Silva PRF, Costa NR. Êxitos e Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 22 Anos Após a Declaração de Caracas. *Medwave* 2012; 12(10):45-55.
14. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1974.
15. Pierre J, Peters BG. *Governance, Politics and the State*. London: Macmillan Press Ltd; 2000.
16. Epstein D, O'Halloran S. *Delegating Powers*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
17. Conrad P. The shifting engines of medicalization. *J Health Soc Behav* 2005; 1(6):3-14.
18. Bell SE, Figert AE. Medicalization and Pharmaceuticalization at the intersections: a commentary on Bell and Figert. *Soc Sci Med* 2012; 75(5):775-783.
19. Gerring, J. Case Selection for Case-Study Analysis In: Box-Steffensmeier JM, Brady HE, Collier D, editors. *The Oxford Handbook of Political Methodology*. Oxford: Oxford University Press; 2008. p. 645-684.
20. Dever GEA. *Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde*. São Paulo: Pioneira Ed.; 1998.
21. Frances A, Raven M. The Need for Caution in Diagnosing and Treating Mental Disorders. *Am Fam Physician* 2013; 88(8):490C-490D.
22. Figueiredo AC, Machado OMR. O Diagnóstico em Psicanálise: Do fenômeno à estrutura. *Ágora* 2000; III(2):65-86.
23. Stahlberg O, Anckarsater, H, Nilsson T. Mental Health Problems in Youths Committed to Juvenile Institutions: Prevalences and Treatment Needs. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19(12):893-903.
24. Erickson CD. Using Systems of Care to Reduce Incarceration of Youth with Serious Mental Illness. *Am J Community Psychol* 2012; 49(3-4):404-416.
25. Desai RA, Goulet JL, Robbins J, Chapman JF, Migdole SJ, Hoge MA. Mental Health Care in Juvenile Detention Facilities: A Review. *J Am Acad Psychiatry Law* 2006; 34(2):204-214.

Artigo apresentado em 01/07/2016

Aprovado em 12/09/2016

Versão final apresentada em 07/12/2016