



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

MARIANE COMELLI DOS SANTOS

**A SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDAS
SOCIOEDUCATIVAS EM MEIO ABERTO: ABORDAGENS DAS EQUIPES
TÉCNICAS**

FLORIANÓPOLIS

2019

MARIANE COMELLI DOS SANTOS

**A SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDAS
SOCIOEDUCATIVAS EM MEIO ABERTO: ABORDAGENS DAS EQUIPES
TÉCNICAS**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, na área de concentração de Saúde Mental e Atenção e Psicossocial.

Orientadora: Prof.^a Dra. Denise Cord.

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Santos , Mariane Comelli dos

A saúde mental de adolescentes em cumprimento de
medidas socioeducativas em meio aberto : abordagens das
equipes técnicas / Mariane Comelli dos Santos ;
orientadora, Denise Cord, 2019.

90 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Socioeducação.
3. Intervenção. 4. Equipes técnicas. I. Cord, Denise. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.

Mariane Comelli dos Santos
A saúde mental de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativas em meio aberto: abordagens das equipes técnicas

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Denise Cord, Dr(a).
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Marcela de Andrade Gomes, Dr(a).
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. André Luiz Strappazzon, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas
Coordenador do Programa

Prof. Dr.(a) Denise Cord
Orientadora

Florianópolis, 27 de agosto de 2019.

Esse trabalho é dedicado a todos/as os/as trabalhadores/as de políticas públicas, que dedicam seu tempo, seus estudos e sua energia ao atendimento e à execução de serviços essenciais à população brasileira.

AGRADECIMENTOS

Parece difícil resistir aos clichês no momento de agradecer. Talvez, porque já se consolidou como inquestionável a ideia de que um trabalho acadêmico somente se torna possível a partir de muitos apoios e parcerias. Como o meu caso não escapa a essa regra inequívoca, seguem as minhas expressões de gratidão.

Ao serviço público federal: obrigada por todo investimento destinado à minha formação acadêmica e profissional, o qual eu buscarei sempre retribuir da melhor forma possível. À Universidade Federal de Santa Catarina: obrigada por me acolher e se constituir como minha segunda casa, desde a graduação até o presente momento.

À professora Denise, minha orientadora e parceira durante esse percurso: obrigada pela paciência, doçura e dedicação com que me tu me acompanhaste. Obrigada por me aceitar “no meio do caminho”, por ajudar a me conectar com meus desejos e interesses, por incentivar a minha escrita, por se fazer sempre disponível para minhas dúvidas e inseguranças acadêmicas, por me garantir uma “autonomia amparada” na escrita desse trabalho. Obrigada por me aceitar como estagiária de docência, por ter paciência com as minhas dificuldades, e por se constituir, para mim, um admirável exemplo de psicóloga, acadêmica e educadora.

A todos/as os/as professores do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Walter, Fabrício, Rachel, Daniela, Ivânia, Maria Terezinha, Magda, Aline, Sérgio, Lúcio e Joselma: obrigada por compartilharem seus conhecimentos e contribuírem para o meu desenvolvimento profissional e acadêmico.

Aos membros da minha banca, professoras Marcela e Raquel, e professor André: obrigada por aceitarem o meu convite, e por dedicarem seu tempo e seus conhecimentos para a avaliação e aperfeiçoamento desse trabalho.

Ao Flávio, meu parceiro da vida: obrigada pelo amor, tolerância e apoio em todas as etapas desse processo. Obrigada por construir comigo um lar seguro e harmonioso, e um projeto de vida que permite a realização de sonhos, como esse Mestrado.

Aos meus pais, Rosemari e Heitor: obrigada por me proporcionarem bases sólidas e amorosas para o meu desenvolvimento, e por me apoiarem e acreditarem em mim em todos os meus projetos. Aos meus irmãos, Maísa e Júnior: obrigada pela confiança e incentivo de sempre.

Às queridas, Paola, Joyce, Maísa, Fabíola e Girlane: obrigada pelo apoio acadêmico e emocional antes e durante todo esse processo. À Luciana: obrigada por me acompanhar em cada etapa desse percurso, por me auxiliar na conexão com os meus sentimentos e dificuldades,

e por me ajudar a reconhecer e acreditar nas minhas potências.

Às minhas coordenadoras, Sandra e Beatriz: obrigada por permitirem minhas mudanças de horários, que viabilizaram a conclusão desse curso. Às minhas colegas de trabalho e amigas, Bianca, Camila, Raquel, Marcela, Mariana, Luísa, Franciele, Marta, Yda, Fátima e Luciana: obrigada pela parceria diária na construção de um trabalho cada vez melhor e mais humano para o nosso público. Obrigada por tornarem mais leves esses desafios constantes que o nosso trabalho nos impõe.

A todos/as os/as participantes desse estudo, e às coordenadoras dos Serviços pesquisados: obrigada por abrirem suas portas, suas práticas e reflexões em prol da construção desse trabalho. Obrigada por tornarem possível a apresentação desse produto.

A todos/as os/as adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas que já passaram por mim ao longo dos meus quatro anos de trabalho na área: obrigada por me desafiarem a ser uma profissional melhor, e por inspirarem a construção dessa pesquisa.

RESUMO

O atendimento a adolescentes que cometeram ato infracional no país já passou por diferentes momentos históricos, sendo, atualmente, regulamentado pela Lei nº 12594/2012, que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). A partir desse sistema, o/a adolescente passa a ser compreendido/a e acompanhado pelo poder público em sua integralidade de demandas e necessidades. Dentre elas, as necessidades de saúde, em especial, de saúde mental, ganham destaque na literatura científica e na legislação. Diante disso, o objetivo desse estudo foi compreender como os/as profissionais das equipes técnicas dos Serviços de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas de Liberdade Assistida e Prestação de Serviços à Comunidade da microrregião da Grande Florianópolis abordam as questões de saúde mental no atendimento a esses/as adolescentes. O estudo, de abordagem qualitativa, descritiva e transversal, foi realizado por meio de entrevistas com 17 profissionais dos referidos Serviços. As respostas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo. Como resultados, foram construídos três blocos de análise, os quais enfatizam as percepções dos/as participantes sobre a saúde mental dos/as adolescentes atendidos/as, as estratégias de identificação e intervenção sobre essas questões, e os desafios do trabalho com saúde mental no contexto socioeducativo. Nesse sentido, parte dos/as profissionais compreende a saúde mental de forma ampliada, considerando fatores de interferência de diversas ordens e assumindo um papel ativo na abordagem a essas questões. Por outro lado, alguns participantes entendem a saúde mental mais relacionada a questões psíquicas e consideram que o seu papel é o de identificar e encaminhar as situações para a rede de saúde. Diante disso, foi possível concluir que as diferentes compreensões sobre que é saúde mental e sobre o que é uma abordagem à saúde mental influenciam no entendimento dos profissionais dos Serviços estudados sobre o seu papel perante essas demandas.

Palavras-chave: Saúde mental. Socioeducação. Intervenção. Equipes técnicas.

ABSTRACT

The service to adolescents who committed an infraction in the country has passed through different historical moments, and is currently regulated by Law 12594/2012, which establishes the National System of Socio-Educational Care (SINASE). From this system, the adolescent becomes understood and accompanied by the public power in its entirety of demands and needs. Among them, health needs, especially mental health, are highlighted in scientific literature and legislation. Therefore, the objective of this study was to understand how the professionals of the technical teams of the Services of Social Protection to Adolescents in Compliance with Socio-educational Measures of Assisted Freedom and Provision of Services to the Community of the microregion of greater Florianópolis address the mental health issues in the care of this adolescents. This qualitative, descriptive and cross sectional study was carried out through interviews with 17 professionals of the mentioned Services. The answers were analyzed using the technique of content analysis. As a result, three blocks of analysis were constructed, which emphasize the participants' perceptions about the mental health of the adolescents assisted, the identification and intervention strategies on these issues, and the challenges of working with mental health in the socio-educational context. Thereby, part of the professionals comprehends mental health in an expanded way, considering interference factors of various orders and assuming an active role in addressing these issues. On the other hand, some participants understand mental health more related to psychic issues and consider that their role is to identify and refer the situations to the health services. Thus, it was possible to conclude that the different understandings about mental health and about what is a mental health approach influences the understanding of the professionals of the Services studied about their role in these demands.

Keywords: Mental health. Socioeducation. Intervention. Technical teams.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Representação do Bloco de Análise 2	34
Figura 2: Representação do Bloco de Análise 2	44
Figura 3: Representação do Bloco de Análise 3	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Sistematização da análise de dados	20
Quadro 2: Categoria Concepções de Saúde Mental	29
Quadro 3: Categoria Questões de Saúde Mental Percebidas	34
Quadro 4: Categoria Relação entre Saúde Mental e Socioeducação	41
Quadro 5: Categoria Estratégias de Identificação das Questões de Saúde Mental	44
Quadro 6: Categoria Estratégias de Intervenção	47
Quadro 7: Categoria Dificuldades Encontradas	52
Quadro 8: Categoria Potencial do Serviço na Promoção de Saúde	56
Quadro 9: Categoria Estratégias de Aperfeiçoamento do Trabalho com Saúde Mental	58
Quadro 10: Análise da Categoria “Concepções de Saúde Mental”	77
Quadro 11: Análise da Categoria “Questões de Saúde Mental Percebidas”	77
Quadro 12: Análise da Categoria “Relação entre saúde mental e Socioeducação”	78
Quadro 13: Análise da Categoria “Estratégias de identificação”	79
Quadro 14: Análise da Categoria “Estratégias de Intervenção”	80
Quadro 15: Análise da Categoria “Dificuldades encontradas”	82
Quadro 16: Análise da Categoria “Potencial do Serviço na Promoção de Saúde Mental”	83
Quadro 17: Análise da Categoria “Estratégias de Aperfeiçoamento do Trabalho com Saúde Mental”	84

LISTA DE SIGLAS

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CNS Conselho - Nacional de Saúde
CONANDA - Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNABEM - Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor
LA - Liberdade Assistida
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNAISARI - Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescente em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória
PSC - Prestação de Serviços à Comunidade
SAM - Serviço de Assistência a Menores
SGD - Sistema de Garantia de Direitos
SINASE - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde
TC - Transtorno de Conduta
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	13
2 MÉTODO	16
2.1 Caracterização da pesquisa.....	16
2.2 Locais	16
2.3 Participantes	17
2.4 Critérios de inclusão dos participantes	17
2.5 Procedimentos de pesquisa.....	17
2.5.1 Revisão de literatura	17
2.5.2 Procedimentos éticos	18
2.5.3 Coleta de dados.....	18
2.5.4 Análise de dados.....	18
3 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS A ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI NO BRASIL	21
4 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	27
5 A SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	32
5.1 Percepções sobre a saúde mental de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto	34
5.2 Estratégias de identificação e intervenção sobre as questões de saúde mental no contexto socioeducativo em meio aberto	44
5.3 Desafios do trabalho com as questões saúde mental no contexto socioeducativo	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
7 REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	74
APÊNDICE 2 – Roteiro de Entrevista Semiestruturada	76
APÊNDICE 3 – Bloco de Análise 1	77
APÊNDICE 4 – Bloco de Análise 2	79
APÊNDICE 5 – Bloco de Análise 3	82
APÊNDICE 6 – Artigo submetido à revista “Pesquisa e Práticas Psicossociais”	86

APRESENTAÇÃO

O foco de interesse deste trabalho é problematizar a interlocução entre Saúde Mental, Assistência Social e Socioeducação. Sua origem vincula-se ao exercício da minha função como psicóloga da rede pública municipal, lotada na Secretaria de Assistência Social, em um Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas de Liberdade Assistida e Prestação de Serviços à Comunidade.

Considerando a proposta dos Mestrados Profissionais de qualificar o exercício da prática profissional e aproximar o rigor científico das realidades de trabalho e necessidades sociais, o presente estudo foi concebido a partir das minhas *inquietações profissionais* e da minha *curiosidade acadêmica* em compreender um fenômeno em profundidade. O fenômeno em questão é a atenção à saúde mental de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. A *inquietação* vem a partir da percepção, enquanto psicóloga atuante na área e em equipe interdisciplinar, de que as questões de saúde mental aparecem como transversais ao acompanhamento socioeducativo, criando redes de interações de fenômenos que podem repercutir no desenvolvimento desses adolescentes e, conseqüentemente, no atendimento oferecido a esse público. Com isso, despertou-se minha *curiosidade* em conhecer como essa atenção tem sido prestada pelos/as profissionais que executam o acompanhamento.

A partir dessas questões, e unindo-as ao interesse em compreender o que os estudos brasileiros têm abordado sobre a temática, foi produzido um artigo de revisão integrativa de literatura intitulado “Adolescência, uso de drogas e prática infracional: reflexões a partir de estudos brasileiros”, o qual foi submetido, no ano de 2018, à revista “Pesquisas e Práticas Psicossociais”, ISSN 1809-8908, classificada como B4 pelo Qualis Capes, na área de Saúde Coletiva, no quadriênio 2013-2016 (Apêndice 6). A construção desse artigo e as considerações levantadas a partir dele também influenciaram o delineamento dos objetivos do presente estudo, uma vez que foram identificadas lacunas na literatura brasileira no que se refere às práticas dos/as profissionais que trabalham diretamente com essas demandas.

Diante disso, o objetivo principal do estudo aqui apresentado foi compreender como os/as profissionais das equipes técnicas dos Serviços de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de LA e PSC da microrregião da Grande Florianópolis percebem e abordam as questões de saúde mental no atendimento a adolescentes em conflito com a lei.

A partir deste objetivo, deixo ao leitor um convite para acompanhar-me neste percurso de pesquisa, por meio do qual busquei compreender como se constroem práticas profissionais que

se situam em territórios diferentes e com limites difusos: a saúde mental, a assistência social e a Socioeducação.

Para proporcionar maior fluidez no diálogo entre os artigos encontrados na revisão de literatura e os achados do presente estudo, o texto foi organizado em três capítulos, os quais dialogam com as seguintes temáticas: “Histórico das políticas públicas direcionadas ao/a adolescente em conflito com a lei no Brasil”; “Saúde Mental e Atenção Psicossocial” e “A saúde mental do/a adolescente em conflito com a lei”. Como forma de construir os capítulos, optou-se por um entrelaçamento entre os referenciais teóricos (sistematizados na etapa da elaboração do projeto de pesquisa) e a apresentação e discussão dos dados obtidos no contexto pesquisado.

O primeiro capítulo é exclusivamente teórico, e se propõe a resgatar o histórico da construção das políticas públicas direcionadas ao/a adolescente em conflito com a lei no Brasil, de modo a demonstrar como essas se desenvolveram até o modelo atual. Para tanto, se buscou obter os dados a partir da consulta a legislações, documentos oficiais, materiais didáticos e artigos científicos.

No segundo capítulo, abordam-se, de forma breve, os conceitos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, de modo a situar as escolhas teóricas para a compreensão dessa questão. Para tanto, foram utilizadas referências clássicas na área da Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Em seguida, se apresentam os achados da coleta de dados realizada no que se refere à compreensão dos/as participantes sobre o conceito de Saúde Mental, bem como se discutem as relações entre essas concepções profissionais e as teórico-acadêmicas.

Por fim, o terceiro capítulo contempla as articulações entre os referenciais teóricos que abordam a questão da Saúde Mental de adolescentes em conflito com a lei, encontrados durante a construção do projeto de pesquisa que deu origem a este estudo, e os resultados desta pesquisa.

É por meio dessa estrutura que pretendo, portanto, costurar conversações entre diferentes vozes: as vozes dos autores/pesquisadores das questões pertinentes à temática em questão e as vozes dos/as profissionais entrevistados/as. Uma terceira voz que entoará nessa conversa é a minha própria, na medida em que, enquanto ocupante desse duplo papel de pesquisadora e profissional, se calou diante da atividade de coleta, mas se manifestará nas reflexões e considerações apresentadas ao final.

1 INTRODUÇÃO

O atendimento ao/a adolescente em conflito com a lei no país já passou por diferentes momentos históricos, sendo, atualmente, regulamentado pela Lei nº 12594/2012 que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e regulamenta a execução das medidas socioeducativas em território nacional (BRASIL, 2012). Nesse cenário, compreende-se o/a adolescente em conflito com a lei enquanto um sujeito de direitos e em condição peculiar de desenvolvimento, ao mesmo tempo em que também se considera sua responsabilidade em situações de prática infracional.

Diante dessa compreensão, as medidas socioeducativas surgem como estratégia de proteção social, garantia de direitos e responsabilização dos adolescentes autores de ato infracional. Dentre as seis medidas socioeducativas existentes (Advertência, Obrigação de Reparar o Dano, Prestação de Serviços à Comunidade, Liberdade Assistida, Semiliberdade e Internação), são consideradas medidas em meio aberto a Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) e a Liberdade Assistida (LA). Essas, de acordo com a Lei do SINASE, são de responsabilidade da gestão municipal e foram incluídas dentro do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), enquanto um Serviço de Média Complexidade, localizado nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS).

Nesse serviço, denominado “Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviços à Comunidade (PSC)”, as equipes técnicas, formadas principalmente por assistentes sociais e psicólogos, devem trabalhar pela proteção e garantia de direitos dos adolescentes atendidos, bem como pela sua responsabilização pelo ato infracional cometido e rompimento com as práticas infracionais. Para isso, atuarão na identificação de necessidades dos adolescentes e suas famílias e no acesso aos direitos. Dentre as dimensões de intervenção desses/as profissionais, encontram-se as questões referentes à educação, saúde, profissionalização, inserção no mercado de trabalho, assistência social, cultura, lazer e demais garantias previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990).

Em meio a essas dimensões de intervenção, a saúde dos adolescentes ganha destaque, contando com uma Portaria específica para sua regulamentação, a Portaria nº 1.082/2014 (BRASIL, 2014). Embora as questões de saúde dos adolescentes não sejam de competência específica dos/as profissionais do CREAS, a intervenção nesse sentido se dá a partir da interlocução com a rede de serviços do SUS.

Assim, além da referida Portaria, as ciências da saúde também se interessam e se dedicam

a estudar as questões de saúde dos adolescentes em conflito com lei. Em um levantamento bibliográfico inicial, foram encontrados estudos de diversas áreas como Psicologia, Psiquiatria, Enfermagem, Saúde Coletiva, Educação Física, entre outras, que buscaram compreender quais são as principais demandas em saúde desse público.

Dentre as principais demandas encontradas na literatura, as questões de saúde mental ganham destaque. Nesse sentido, foram identificados estudos voltados à prevalência de transtornos mentais entre adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas (ANDRADE *et al*, 2011; ADAMS *et al*, 2013; DÓRIA *et al*, 2015; RIJO *et al*, 2016), a interferência de variáveis familiares (PAULA; ASSUNPÇÃO JR, 2013; BERNARDY; OLIVEIRA, 2010; PACHECO; HUTZ, 2009; PEREIRA *et al*, 2016) e ao uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (JIMENEZ; ANDRADE; BIANCHINI, 2016; MARTINS; PILON, 2008; NARDI *et al*, 2014; PEREIRA; SUDBRACK, 2008; SCHNEIDER *et al*, 2016; ZAPPE; DIAS, 2012). Foram poucos os estudos encontrados que abordavam a intervenção diante das demandas em saúde mental (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2008; 2011; MOREIRA; SILVA; MARTINS, 2009), assim como também foram escassos os trabalhos com foco nas equipes de atendimento, uma vez que a maioria dos estudos na área da saúde tem como participantes os próprios adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

Além das questões observadas a partir da busca na literatura, as quais justificam a relevância de um estudo focado nas intervenções dos/as profissionais, existe também o desejo da autora de dar voz a esses/as técnicos/as que constituem, concomitantemente, dois sistemas de proteção: o SINASE e o SUAS, e que encontram dificuldades, desafios e também resultados positivos em sua prática diária. Assim, o presente estudo também se propôs a ser um registro das compreensões dos/as participantes sobre essas experiências profissionais complexas.

Diante disso, definiu-se a seguinte pergunta norteadora: Como os/as profissionais das equipes técnicas dos Serviços de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) da microrregião da Grande Florianópolis percebem e abordam as questões de saúde mental¹ dos adolescentes atendidos?

Considerando a pergunta de pesquisa, foi traçado, como objetivo geral do presente estudo *compreender como os/as profissionais das equipes técnicas dos Serviços de Proteção Social a*

1 O termo "questões de saúde mental" é utilizado neste estudo com o intuito de abranger aspectos de promoção à saúde mental, de prevenção e tratamento de transtornos mentais, buscando, portanto, maior amplitude em relação a termos como "demandas de saúde mental" ou "problemas de saúde mental".

Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de LA e PSC da microrregião da Grande Florianópolis percebem e abordam as questões de saúde mental no atendimento a adolescentes em conflito com a lei.

A partir desse objetivo central, foram delimitados os seguintes objetivos específicos: a) compreender como os/as profissionais dessas equipes percebem as questões de saúde mental dos/as adolescentes atendidos/as no Serviço durante o processo socioeducativo; b) caracterizar as estratégias utilizadas pelos/as profissionais das equipes para a identificação de questões de saúde mental; c) caracterizar as intervenções realizadas pelos/as profissionais das equipes a partir das questões identificadas; d) compreender os desafios encontrados pelas equipes relacionados às demandas de saúde mental apresentadas pelos/as adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

Considerando as questões apresentadas, justificou-se a realização do presente estudo pela importância que a temática da saúde mental do/a adolescente em conflito com a lei apresenta, seja no âmbito da ciência, da legislação, das políticas públicas e da prática profissional. Do mesmo modo, pela escassez de estudos que abordem a questão da intervenção técnica no contexto do SINASE, principalmente sob o ponto de vista dos/as profissionais que atuam nas equipes.

2 MÉTODO

2.1 Caracterização da pesquisa

O presente estudo é de abordagem qualitativa, a qual, segundo Turato (2005), se caracteriza por: 1) buscar o significado das coisas; 2) estudar os sujeitos em seu ambiente natural; 3) o pesquisador ser o seu principal instrumento de pesquisa; 4) o método apresentar maior força no rigor da validade dos dados obtidos; 5) a generalização não ocorrer a partir dos resultados matematicamente obtidos, mas se tornar possível a partir dos conhecimentos originais produzidos.

O estudo apresenta corte transversal, na medida em que delimitou a coleta de dados em um único momento. Também se caracteriza como descritivo, uma vez que buscou descobrir e observar fenômenos existentes, situações presentes e eventos, visando descrevê-los, classificá-los, compará-los, interpretá-los e avaliá-los, com o objetivo de esclarecer situações que poderão servir como base para o planejamento de futuros planos e ações. Assim, esse tipo de pesquisa está sempre direcionada para o presente e consiste em descobrir o que é determinado fenômeno, não buscando explicar relações e nem testar hipóteses (MARTINS JÚNIOR, 2008).

2.2 Locais

Os locais de escolha para a execução do presente estudo foram os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), aonde se encontram os serviços que executam medidas socioeducativas em meio aberto (Serviços de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas de LA e PSC) na microrregião da Grande Florianópolis. Assim, dentro dessa microrregião, foram considerados apenas os municípios que possuem CREAS (Florianópolis, Palhoça, São José e Biguaçu) tendo em vista que os municípios de pequeno porte não oferecem esse serviço.

Inicialmente, foram realizados contatos telefônicos ou presenciais com as coordenadoras dos referidos Serviços, de modo a apresentar o projeto de pesquisa e convidar os mesmos a participarem do estudo. As coordenadoras, por sua vez, apresentaram a proposta ao restante da equipe, bem como aos responsáveis nas Secretarias de Assistência Social de cada município. Uma vez aceita pela equipe e chefias, foi assinada uma declaração de autorização para o estudo, conforme modelo proposto pelo site do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH/UFSC).

2.3 Participantes

Foram convidados/as a participar do estudo os/as profissionais assistentes sociais, psicólogos/as e pedagogos/as que atuam nos locais escolhidos. Somando-se os/as profissionais das equipes nos quatro municípios mencionados, tem-se um total de 31 profissionais. Os/as participantes foram convidados/as para o estudo por meio de uma Carta Convite, que foi encaminhada por e-mail. A partir das respostas positivas das pessoas convidadas, foram agendadas as datas das entrevistas, conforme a disponibilidade do/a participante e da instituição.

Inicialmente, estipulou-se a realização das entrevistas com, no mínimo, 50% do total de profissionais das equipes de cada município, de modo a proporcionar um número significativo de participantes. O critério foi exposto para cada um dos municípios participantes, tendo se voluntariado para a pesquisa um total de 17 profissionais. Decidiu-se, então, pela inclusão de todos/as 17 profissionais que se disponibilizaram a participar.

Dentre os/as participantes, 16 eram do sexo feminino e um do sexo masculino. Quanto à área de formação, foram oito profissionais do Serviço Social, sete da Psicologia e duas da Pedagogia. Em relação ao tempo de experiência profissional, a média foi de 9,9 anos. Já no que se refere ao tempo de experiência de trabalho com medidas socioeducativas em meio aberto, a média foi de 4,08 anos.

2.4 Critérios de inclusão de participantes

Foram incluídos na pesquisa os/as profissionais assistentes sociais, psicólogos e pedagogos que atuam nos Serviços estudados pelo período mínimo de seis meses e que concordem em participar do estudo. Esse período foi estabelecido pois, de acordo com a Lei nº 12594/2012, esse é o prazo médio para um acompanhamento socioeducativo completo.

2.5 Procedimentos da pesquisa

2.5.1 Revisão de literatura

Para essa etapa, foram pesquisadas as bases de dados BVS/BIREME; Web of Science e SciELO, no período de 2010 a 2019, nos idiomas inglês, português e espanhol. A partir dos artigos selecionados e de outras fontes bibliográficas como livros, materiais didáticos e legislações, foram construídos três capítulos que dialogarão com os resultados encontrados no presente estudo.

2.5.2 Procedimentos éticos

O projeto foi encaminhado para a aprovação das instituições a serem pesquisadas: as Secretarias Municipais de Assistência Social dos municípios da microrregião da Grande Florianópolis. Após a aprovação das instituições, o projeto foi submetido à análise do CEPESH/UFSC, por meio do qual foi aprovado (CAAE: 96910618.9.0000.0121).

2.5.3 Coleta de dados

Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada. A entrevista, de acordo com Martins Júnior (2010), é uma enquete designada a conhecer a opinião de uma população acerca de um determinado fenômeno. Ela possibilita a obtenção do dado no presente, com maior precisão na verificação de erros de interpretação. Conforme Duarte (2012), a entrevista tornou-se uma técnica clássica de obtenção de informações nas ciências sociais, com grande adesão também em áreas como a sociologia, comunicação, antropologia, administração, educação e psicologia.

A entrevista semiestruturada, ou semiaberta tem origem em uma matriz, um roteiro de questões que irão guiar o entrevistador e que dão cobertura ao interesse da pesquisa. Nesse modelo, as questões se originam no problema de pesquisa e buscam abarcar a amplitude do tema, apresentando as perguntas da forma mais aberta possível. Assim, cada questão é aprofundada a partir da resposta do entrevistado, como uma espécie de funil, no qual as perguntas gerais vão originando específicas (DUARTE, 2012).

A coleta de dados foi realizada dentro dos princípios éticos, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional em Saúde (CNS). As entrevistas ocorreram guiadas por um roteiro (Apêndice 2), dentro da instituição em que trabalha o participante, em uma sala que garantia o sigilo. Durante a coleta, estavam presentes somente a pesquisadora e o participante, e, mediante autorização do mesmo, suas respostas eram gravadas. Dos/as 17 profissionais entrevistados/as, 16 concordaram com a gravação da entrevista, enquanto uma profissional optou por não ter seu áudio gravado. Sua fala, portanto, foi transcrita manualmente no momento da entrevista. Ao final, a participante leu o conteúdo transcrito e concordou que o material estava fidedigno à sua fala.

2.5.4 Análise de dados

Os dados obtidos foram analisados utilizando-se as técnicas de análise de conteúdo, partindo das orientações de Bardin (2016). De acordo com a autora, a análise de conteúdo é

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (p.48).

Para Bardin (2016), a análise de conteúdo apresenta dois objetivos importantes. O primeiro seria a superação da incerteza, na medida em que busca compreender se o que o pesquisador julga ver na mensagem está efetivamente contido na mesma. O segundo objetivo é o enriquecimento da leitura, por meio de um processo de leitura atenta que proporciona a descoberta de conteúdos e de estruturas que confirmam (ou não) o que se busca demonstrar a propósito das mensagens, ou pela elucidação de elementos de significações capazes de conduzir a uma descrição de mecanismos que, a princípio, não eram compreendidos. Para tanto, a organização da análise se dá por meio de três etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A primeira etapa (pré-análise) representa um momento de organização. Os procedimentos principais dessa fase são a leitura flutuante do material, a escolha dos documentos a serem submetidos à análise (no caso do presente estudo, foram as 17 entrevistas realizadas), a formulação das hipóteses e dos objetivos, a elaboração de indicadores que amparem a interpretação final e a preparação do material (BARDIN, 2016).

Nessa etapa, portanto, procedeu-se com a leitura intensiva das entrevistas transcritas, definindo-se, inicialmente, que cada questão da entrevista representaria uma categoria de análise. Desse modo, as seguintes categorias foram criadas: Concepções de saúde mental; Questões de saúde mental percebidas no cotidiano de trabalho; Estratégias de identificação das questões de saúde mental; Estratégias de intervenção; Dificuldades encontradas; Relação entre saúde mental e processo socioeducativo; Estratégias de aperfeiçoamento do trabalho com saúde mental no contexto socioeducativo e Potencial do Serviço para a promoção de saúde mental. A partir dessas categorias, foi criado um arquivo com as respostas de cada um dos/as participantes, e definiu-se que os temas emergentes em cada categoria seriam sublinhados com cores distintas, de modo a possibilitar uma posterior criação de subcategorias.

A segunda etapa, a exploração do material, é a etapa de aplicação do planejamento realizado na etapa anterior. Nela estão incluídas as operações de codificação, decomposição ou enumeração, a partir das regras previamente formuladas. Assim, foram sublinhados em cores distintas os temas que apareceram nas respostas dos/as participantes em cada categoria. Posteriormente, esses temas foram aglutinados e definidos como subcategorias.

Por fim, na terceira etapa, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados brutos são trabalhados de modo a se tornarem significativos e válidos. Os resultados podem ser organizados por meio de quadros, diagramas, figuras e modelos que sejam capazes de condensar e destacar as informações fornecidas pela análise (BARDIN, 2016).

Nessa etapa, portanto, as categorias foram organizadas em quadros, nos quais estão divididas em subcategorias, acompanhadas da frequência com que aparecem nos relatos e dos exemplos de falas dos/as participantes. Nesse processo, foi possível delimitar três grandes blocos de análise, estruturados a partir dos objetivos do presente estudo: 1) Percepções sobre saúde mental do/a adolescente em cumprimento de medidas socioeducativas; 2) Estratégias de identificação e de Intervenção e 3) Desafios do trabalho com saúde mental no contexto socioeducativo. O quadro abaixo sistematiza a etapa de tratamento dos dados. Nos Apêndices 3, 4 e 5, encontram-se os Quadros completos de cada bloco de análise.

Quadro 1: Sistematização da análise de dados

Bloco de Análise	Categorias
1 - Percepções sobre saúde mental do/a adolescente em cumprimento de medidas socioeducativas	Concepções de Saúde Mental
	Questões de Saúde Mental Percebidas
	Relação entre Saúde Mental e Socioeducação
2 - Estratégias de identificação e de Intervenção	Estratégias de Identificação
	Estratégias de Intervenção
3 - Desafios do trabalho com saúde mental no contexto socioeducativo	Dificuldades Encontradas
	Estratégias de Aperfeiçoamento
	Potencial do Serviço na Promoção de Saúde Mental

Fonte: elaborado pela autora.

3 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS A ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI NO BRASIL

No Brasil, o atendimento ao/a adolescente autor de ato infracional está ligado ao histórico de proteção ou de abandono das crianças e adolescentes. Ao longo desse processo histórico, a infância e a adolescência foram divididas em duas categorias sociais: as crianças e os menores. Esses últimos recebiam o rótulo de promotores da violência e sentiam o peso da lei e a falta de proteção do Estado (SILVA, 2017).

Ainda conforme Silva (2017), o primeiro “Código de Menores”, estabelecido pelo Decreto nº 17.943-A, de 1927, designa ao Estado a função de atender o “menor” de 18 anos. O referido Código era voltado aos delinquentes e abandonados e consolidava as leis de assistência e proteção a menores que vinham se construindo desde o início da República. No ano de 1940, foi criado, no Ministério da Educação e Saúde, o Departamento da Criança. Já no Ministério da Justiça, criou-se o Serviço de Assistência a Menores (SAM). Enquanto o primeiro se ocupava de ações de medicina preventiva, o segundo, sob orientação do “Juizado de Menores”, se dedicava a ações de reclusão. Essa divisão reforçava a ideia de dicotomia entre as categorias “criança” e “menor”.

No período da ditadura militar (1964), institui-se a Doutrina da Segurança Nacional, a qual influenciou as políticas para crianças e adolescentes, resultando na Doutrina da Situação Irregular. Assim, em sucessão ao Serviço de Assistência a Menores (SAM), surgiu a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM). Essa instituição era a responsável pela execução da Política Nacional de Bem-Estar do Menor, que se direcionava àquela parcela da população que se considerava necessário controlar e separar do restante da sociedade, a criança pobre, o menor perigoso. Essa política direcionava ao Poder Judiciário problemas complexos de ordem econômica e social (CUSTÓDIO, 2008; SILVA, 2017).

Sob essa perspectiva, surge o Código de Menores de 1979, que sustentava uma concepção de que o Estado deve intervir diretamente sobre as crianças e adolescentes em situação irregular (situações de carência, abandono e delinquência), a partir da figura central do Juiz de Menor, que legitimava o reforço de políticas de controle social, vigilância e repressão. Esse magistrado se configurava em um misto de gestor assistencialista e agente de repressão policial. Nessa concepção, estava contida uma visão estigmatizada da infância e juridicamente relacionada aos ideais positivistas clássicos de minoridade (CUSTÓDIO, 2008; SILVA, 2017).

A partir da década de 1980, um ambiente favorável à democratização passa a emergir no país, no qual os movimentos sociais encontram um lugar de destaque na construção de

alternativas ao modelo imposto. Críticas relacionadas às práticas históricas instituídas sobre a infância começam a ganhar destaque no cenário nacional, consolidando a chamada Doutrina da Proteção Integral. Essa década foi, portanto, palco de ideais de mobilização para a construção de uma sociedade em que todos teriam garantidos os direitos humanos fundamentais, incluindo as crianças e adolescentes (CUSTÓDIO, 2008).

Dois anos após a promulgação da Constituição Federal (1988), é instituído o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por meio da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. O ECA se contrapõe à Doutrina da Situação Irregular e se sustenta na Doutrina da Proteção Integral. Assim, se consolida uma compreensão da criança e do adolescente enquanto sujeitos de direitos, que necessitam de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento (SDH, 2006). A Teoria da Proteção Integral tornou-se, portanto, um referencial paradigmático para a construção de um fundamento teórico sobre o qual se constituiu o Direito da Criança e do Adolescente no Brasil (CUSTÓDIO, 2008).

O ECA também reconhece o valor prospectivo da infância e adolescência, na medida em que carregam a continuidade da nação, bem como reconhece a sua situação de vulnerabilidade, fatos que os tornam destinatários de proteção integral por parte da família, da sociedade e do Estado. Esse último deve atuar por meio de políticas públicas e sociais para a promoção e defesa dos seus direitos. Nesse sentido, a tríade Família-Sociedade-Estado não deve atuar de maneira isolada, mas conjuntamente e de forma complementar, na medida em que se constituem enquanto agentes de fiscalização e controle civil e estatal. A atuação integrada de uma rede de atendimento constitui o chamado Sistema de Garantia de Direitos (SGD), novo sistema de gestão desses direitos proposto a partir do ECA (FARINELLI; PIERINI, 2016; CONANDA, 2006a).

O SGD tem como objetivos a promoção, defesa e controle da efetivação integral dos direitos (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais, coletivos e difusos) da criança e do adolescente no Brasil. Esse sistema é estruturado de forma complexa e estratégica, com ações que vão além do atendimento de demandas e se estendem à promoção de ações que possibilitem a prioridade da infância em qualquer situação. Assim, um dos princípios norteadores para sua construção é a sua transversalidade, ou seja, as diferentes dimensões desses direitos estão mutuamente relacionadas, necessitando de articulações intersetoriais, com definições claras de papéis de diferentes atores sociais, congregando, portanto, as normativas legais, as políticas e as práticas direcionadas à infância e à adolescência (CONANDA, 2006a, 2006b; FARINELLI; PIERINI, 2016).

Partindo desses princípios, em seu Art. 3º, o ECA prevê que a criança e o adolescente

gozam de todos os direitos humanos fundamentais, sendo-lhes assegurado por Lei todas as oportunidades e facilidades, de modo a lhes propiciar, em condições de liberdade e dignidade, desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social. A referida Lei também ressalta que todos esses direitos enunciados devem ser aplicados a todas as crianças e adolescentes, sem distinção de nascimento, situação familiar, idade, sexo, etnia, religião, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, local de moradia ou qualquer outra condição que as diferencie (BRASIL, 1990).

Essa transição de paradigma da Situação Irregular para a Proteção Integral resultou em mudanças de referenciais também no trato das questões de prática infracional. Juridicamente, essa mudança representou uma opção pela inclusão social do/a adolescente autor de ato infracional, ao invés da mera intervenção punitiva que se aplicava até então. Com isso, se estabelecem as Medidas Socioeducativas enquanto estratégias de intervenção diante dessa demanda (CONANDA, 2006b).

O Título III do ECA dispõe sobre a prática de ato infracional e considera penalmente inimputáveis os menores de 18 anos, sobre os quais, quando comprovada a conduta infracional, serão aplicadas as medidas socioeducativas pela autoridade judicial competente. São elas: I) Advertência; II) Obrigação de Reparar o Dano; III) Prestação de Serviços à Comunidade; IV) Liberdade Assistida; V) Internação em Regime de Semiliberdade; VI) Internação em Estabelecimento Educacional (BRASIL, 1990).

Partindo-se das definições do ECA, a medida de Advertência consiste em uma medida admoestatória, que será reduzida a termo e assinada pelas partes envolvidas. Já a Obrigação de Reparar o Dano se refere à restituição do dano ou prejuízo à vítima. As medidas socioeducativas de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) e Liberdade Assistida (LA) são chamadas “medidas em meio aberto”. A PSC consiste na realização de tarefas gratuitas de interesse geral, por período máximo de seis meses, em instituições públicas ou não governamentais. Já a LA se caracteriza por um acompanhamento sistemático do/a adolescente, por um período mínimo de seis meses, na figura de um orientador, que buscará a promoção social do/a adolescente e sua família, supervisão da frequência escolar, inserção no mercado de trabalho e/ou atividades de profissionalização. As medidas socioeducativas de Internação em Regime de Semiliberdade e Internação em Estabelecimento Educacional se caracterizam como “medidas privativas de liberdade” (BRASIL, 1990).

Assim, apesar dos avanços trazidos pelo ECA no que se refere à prática infracional na adolescência, de acordo com Silva (2017), dois aspectos foram nocivos ao estabelecimento das novas bases para o atendimento ao/a adolescente em conflito com a lei. Em primeiro lugar, o

conflito entre as representações sociais em torno de adolescentes que infringem a lei. Apesar da promulgação do ECA, o dilema entre a ideia de “menor” ou de “sujeito de direitos”, “Código de Menores” ou “Estatuto da Criança e do Adolescente” ainda permanecia no imaginário social.

O segundo aspecto negativo apontado por Silva (2017) se refere à desorganização político-administrativa, diminuição de recursos, redução nos quadros técnicos e/ou terceirização dos recursos humanos para a execução e coordenação dessa política. Assim, para além da descrição das medidas socioeducativas, era necessário construir uma política pública que regulamentasse a execução dessas medidas no país. Com esse intuito, no ano 2000, a organização dos Magistrados e Promotores da Infância e Adolescência criou uma comissão para elaborar um novo texto que reordenaria a aplicação das medidas socioeducativas sob a forma de uma proposta de lei. Esse documento foi, posteriormente, encaminhado ao Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), que estabeleceu uma nova comissão para discussão da temática, com ampla participação de diversos atores do SGD.

A partir da referida comissão, o processo se desenvolveu durante quatro anos, resultando em dois documentos: um que seria encaminhado ao Congresso Nacional como Projeto de Lei de Execução das Medidas Socioeducativas, e o outro que se referia aos instrumentos de gestão dos atendimentos socioeducativos que seriam necessários para a coordenação de uma política pública nacional por meio dos Conselhos de Direitos. Assim, por meio da Resolução Nº 119, de 11 de dezembro de 2006, é criado do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE (CONANDA, 2006b; SILVA, 2017).

Essa Resolução define o SINASE como uma política pública designada à inclusão de adolescentes em conflito com a lei, por meio da articulação de diferentes campos das políticas públicas e sociais. Também estabelece que o Sistema se constitui como um conjunto organizado de princípios, regras e critérios de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo, abrangendo desde o processo de apuração do ato infracional até a execução das medidas socioeducativas. Nele, estão incluídos os sistemas nacional, estadual, distrital e municipais, assim como todas as políticas, planos e programas específicos de atenção a esses adolescentes (CONANDA, 2006b).

Por fim, em 2012, o projeto de Lei foi aprovado e sancionado, constituindo-se na Lei nº 12.594, de 12 de janeiro de 2012, também conhecida como Lei do SINASE. Um dos aspectos relevantes da referida Lei é a divisão de responsabilidades da gestão e execução das medidas socioeducativas entre os entes federativos. Com isso, foi designada a responsabilidade dos municípios pela execução das medidas em meio aberto, e aos Estados as medidas de privação de liberdade (BRASIL, 2012).

Em se tratando das medidas em meio aberto, que serão o foco do presente estudo, as mesmas foram assumidas pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sendo incluídas na Proteção Social Especial de Média Complexidade, conforme a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2014). Nessa categorização, localiza-se o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o qual inclui o Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) (CNAS, 2009).

Tanto as medidas em meio aberto, quanto as privativas de liberdade têm como objetivos: a responsabilização do/a adolescente pelo ato infracional cometido; a sua integração social e a garantia dos seus direitos individuais e sociais, por meio da construção de um Plano Individual de Atendimento (PIA) e a desaprovação da conduta infracional. O Plano Individual de Atendimento (PIA) é o documento fundamental do acompanhamento socioeducativo e tem a função de previsão, registro e gestão das atividades a serem realizadas com o/a adolescente. É um instrumento que guia a ação da equipe técnica, na medida em que armazena as informações do/a adolescente atendido/a, considerando diversas dimensões de sua vida (saúde, educação, acesso a direitos, composição familiar, informações socioeconômicas, etc), bem como registra os acordos e ações pactuadas entre adolescente, família e equipe técnica (BRASIL, 2012).

Desse modo, é possível perceber que as medidas socioeducativas associam aspectos de natureza coercitiva e aspectos educativos, de proteção integral, de abertura de oportunidades e de acesso à formação e informação. Para tanto, adota-se o princípio da *incompletude institucional*, que se refere à utilização de diversos serviços da rede intersetorial de atendimento na busca por garantir todos os direitos e necessidades de cada adolescente atendido (VOLPI, 2010).

Outro destaque realizado por Volpi (2010) na lei do SINASE é a compreensão de que a prática infracional na adolescência não se caracteriza apenas como transgressão da lei e, portanto, extrapola os limites da dimensão jurídica. Assim, as demais problemáticas que atingem os adolescentes em conflito com a lei devem ser objeto de intervenção do Estado por meio de um conjunto de políticas públicas, dentre as quais a saúde ocupa um papel importante. Além da determinação de que a dimensão saúde esteja contemplada no PIA do/a adolescente, o Capítulo V da lei trata especificamente dessa questão, dividindo-se entre “Disposições Gerais” e “Atendimento a Adolescente com Transtorno Mental e com Dependência de Álcool e de Substância Psicoativa” (BRASIL, 2012).

Dentre as diretrizes para a atenção à saúde dos adolescentes no SINASE, incluem-se: a

inserção de ações e serviços para a promoção, proteção, prevenção de agravos e doenças e recuperação da saúde; cuidados especiais em saúde mental, incluindo os relacionados ao uso de álcool e outras drogas, e atenção aos adolescentes com deficiências; garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde; capacitação das equipes de saúde e dos profissionais das entidades de atendimento. Ainda, no Art.61, destaca-se que as entidades que oferecem as medidas socioeducativas em meio aberto e a medida de semiliberdade deverão prestar orientações aos adolescentes sobre o acesso aos serviços do SUS (BRASIL, 2012).

Considerando a importância da dimensão saúde no contexto do SINASE, foi publicada a Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014, que redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se, também, as medidas em meio aberto. Também define novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em privação de liberdade (BRASIL, 2014).

O objetivo geral dessa política é garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde do/a adolescente em cumprimento de medidas socioeducativas. Também visa estimular ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado dos adolescentes; incentivar a integração dos Projetos Terapêuticos Singulares (elaborados pela equipe de saúde) aos Planos Individuais de Atendimento; garantir ações de atenção psicossocial; priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas; e promover a reinserção social dos adolescentes. A Portaria também define que essas ações deverão ser organizadas e estruturadas na Rede de Atenção à Saúde, mas sempre articuladas com os demais setores envolvidos (BRASIL, 2014).

4 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

“Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (WHO, 1948). Essa definição de saúde foi amplamente difundida e adotada no mundo todo, representando um avanço importante na medida em que ultrapassa a compreensão de mera oposição ao conceito de doença. Apesar da importância histórica dessa definição, ela vem sofrendo objeções e suscitando ampliações, como a discussão sobre a necessidade de uma nova conceituação que valorize o ser humano e o meio em que vive, e os fatores relacionados à qualidade de vida (ARAÚJO; BRITO; NOVAES, 2008). Embora não seja objetivo desse trabalho resgatar a construção e evolução do conceito, faz-se importante destacar essa definição da Organização Mundial de Saúde, pois, conforme será discutido adiante, ela permeia os saberes e práticas na atualidade.

Considerando-se a amplitude da discussão acerca do conceito de saúde e, especificamente, de saúde mental, optou-se pela apresentação de uma proposta de compreensão do tema que norteará o presente estudo. Não se trata da adoção de um conceito, o que significaria contradizer as ideias dos autores, mas de apresentar uma forma de entendimento possível. Portanto, parte-se das proposições de Almeida Filho, Coelho e Peres (1999), os quais refletem que a saúde deve ser entendida como um conceito aberto, uma vez que os signos, significados e práticas apresentam consideráveis variações. Portanto, como não é possível definir um padrão unificado de normalidade para a saúde, esse conceito não deve ser limitado a um modelo explanatório único, na medida em que distintas formas de viver (sejam histórica, cultural ou individualmente determinadas) se colocam como possibilidades diversas de normalidade.

Em relação à saúde mental, os autores fazem um apanhado da evolução dessa noção no âmbito da ciência e da clínica, destacando, por fim, a importância de uma conceituação positiva de saúde mental em diversos níveis: sub-individual, individual e social. Com isso, a noção de saúde mental deve ser encarada sob uma perspectiva transdisciplinar, na medida em que engloba questões relacionadas a emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, equidade, etc. Assim, embora a noção de saúde utópica seja alvo de críticas, os autores afirmam que não é possível desvencilhar o conceito de saúde mental de uma pauta emancipatória do sujeito e, indiscutivelmente, política (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999).

Para melhor compreensão da temática, é importante, também, destacar que o histórico de construção da saúde mental e da atenção psicossocial enquanto um campo de trabalho envolveu

a transformação de saberes, práticas, estruturas jurídicas e crenças compartilhadas socialmente (Amarante, 2011). Para esse autor, amparado pelas ideias de Rotelli *et al* (1990), o campo da saúde mental e atenção psicossocial se constituiu por meio de um processo de transformação da Psiquiatria, que é social e complexo, e que se ancora a partir de mudanças de paradigmas em quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

Na dimensão teórico-conceitual, o autor considera que o processo da Reforma Psiquiátrica se deu em consequência de uma transformação natural da ciência. A partir dessa transformação, o foco da Psiquiatria deixa de ser a doença mental enquanto um objeto natural e externo ao sujeito, deixando o próprio sujeito assumir o lugar de destaque e de interesse fundamental do campo de conhecimento. Assim, considerando essa mudança epistemológica fundamental, a dimensão técnico-assistencial também requer transformação, na medida em que deixa de ocupar-se da repressão da doença e de seus sintomas para dedicar-se ao cuidado dos sujeitos, com suas vivências, relações e emoções (AMARANTE, 2011).

A partir dessas transformações, também se tornou imperativa a mudança jurídico-política, uma vez que, se a doença mental já não era mais entendida enquanto sinônimo de irracionalidade/incapacidade civil e periculosidade, os direitos dos sujeitos em sofrimento mental também precisaram ser revistos na legislação. Para tanto, um marco importante no país foi a promulgação da Lei nº 10.216 de 11 de abril de 2001, também conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica”, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Posteriormente, seguindo a mesma lógica, é publicada a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, a qual institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), modificada posteriormente pela Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017 (AMARANTE, 2011; BRASIL, 2001; 2011; 2017).

Por fim, a transformação sociocultural é um processo constante de mudanças individuais e coletivas da compreensão do sofrimento mental e de como ele se manifesta singularmente em cada sujeito. Assim, o conjunto de transformações anteriores deve amparar a construção de um novo imaginário social sobre a loucura e os sujeitos em sofrimento, em uma lógica de reciprocidade e solidariedade. Portanto, a dimensão sociocultural é estratégica no processo da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2011).

Partindo das ideias de Amarante (2011) sobre o processo de construção do campo da saúde mental e atenção psicossocial, e resgatando o processo de construção do campo da proteção aos direitos da criança e do adolescente, é possível considerar que essas

transformações teórico-conceituais, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e socioculturais também estão presentes quando se trata de adolescentes que cometeram ato infracional no Brasil. Deste modo, entende-se que abordar a questão da saúde mental desses/as adolescentes envolve a associação de processos de superação de estigmas de diferentes ordens, processos que se encontram em constante aperfeiçoamento e que demandam contínuas reflexões.

Assim, o presente estudo buscou congregar a compreensão do ECA, do SINASE e da Reforma Psiquiátrica Brasileira para abordar a questão da saúde mental do/a adolescente em cumprimento de medidas socioeducativas, considerando-o/a sujeito de direitos em sua condição peculiar de desenvolvimento e, quando for o caso, em situação de sofrimento psíquico.

Os sujeitos desta pesquisa, quando motivados a compartilharem suas compreensões acerca do conceito de saúde mental, evidenciaram em suas respostas as contradições recorrentes no campo. Com isso, originou-se a categoria “Concepções de Saúde Mental”, a qual compõe o Bloco de Análise 1, cujos dados estão sistematizados no Quadro abaixo:

Quadro 2: Categoria Concepções de Saúde Mental

Concepções de Saúde Mental	Subcategoria	Frequência
	1. Conceito ampliado de saúde	10
	2. Questões psíquicas	7
	3. Capacidade de cumprir atividades cotidianas	3
	4. Forma de viver, história de vida	3
	5. Relacionada a questões sociais	3
	6. Capacidade de fazer escolhas adequadas	3
	7. Capacidade de manter relações saudáveis	2
	8. Capacidade de lidar com os desafios da vida	2
	9. Capacidade de autocuidado	2
	10. Acesso a direitos	1

Fonte: elaborado pela autora

Observa-se que a subcategoria mais frequente foi “Conceito ampliado de saúde”, conforme pode ser observado neste exemplo: “A saúde, de acordo com o próprio conceito da OMS, ela não se refere apenas à ausência de doença, mas envolve um **conceito mais amplo**, certo?! E se refere ao completo bem estar físico, mental e social, ao bem estar psicossocial” (P1).

Nessa mesma subcategoria, o conceito ampliado de saúde como sinônimo de saúde mental também aparece relacionado à noção de qualidade de vida. Em pelo menos sete respostas, essas expressões aparecem como sinônimas: “Acho que serve pra isso, pra chamar a atenção para isso. A categoria saúde mental, né. Porque ela é, assim como a **saúde como um todo**, quer dizer **qualidade de vida, estar bem no mundo, se sentir bem**” (P17).

Essa conjunção de compreensões de “conceito ampliado de saúde”, “bem estar” e “qualidade de vida” indica uma possível dificuldade de elaboração de um conceito próprio de

saúde mental. Resgatando a discussão de Almeida Filho, Coelho e Peres (1999), identifica-se, portanto, que essa é uma dificuldade inerente ao campo da saúde, que se deve à complexidade dos fenômenos de interesse do campo, e não de uma suposta inabilidade de elaboração de conceitos dos sujeitos desta pesquisa.

Problematizando o conceito de qualidade de vida, Minayo, Hartz e Buss (2000), afirmam que se constitui como uma síntese, um híbrido biológico-social, intermediado por condições mentais, ambientais e culturais. Assim, conforme os autores, a qualidade de vida apresenta componentes objetivos e subjetivos. Os componentes objetivos são aqueles que compõem um patamar mínimo e universal no que se refere à satisfação de necessidades mais elementares da vida humana, como alimentação, água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer. Já os componentes subjetivos se relacionam a como as pessoas sentem ou o que pensam das suas vidas, ou como percebem o valor dos componentes objetivos.

A segunda subcategoria mais recorrente se refere à vinculação da saúde mental com questões exclusivamente psíquicas. Ou seja, enquanto alguns participantes consideram que fatores de várias ordens (biológicas e sociais, por exemplo) se relacionam com a saúde mental, outros a vinculam essencialmente às demandas psíquicas. Com isso, é possível pensar em certa ambivalência do conceito: por conter “saúde” pode ser compreendido de forma mais ampla, e, por conter “mental”, se associa mais fortemente às questões psíquicas.

Outras subcategorias encontradas foram: capacidade de cumprir com atividades cotidianas, formas de viver/história de vida, questões predominantemente sociais, capacidade de fazer escolhas adequadas, capacidade de manter relacionamentos saudáveis, capacidade de lidar com os desafios cotidianos, capacidade de autocuidado, e de acesso a direitos. Percebe-se, portanto, a partir das respostas dos/as participantes, a multiplicidade de sentidos evocados pelo termo saúde mental.

Focalizando a subcategoria “acesso a direitos”, é interessante refletir que a mesma tenha aparecido em apenas uma das entrevistas, considerando que os serviços estudados são pertencentes ao SUAS, que tem como um de seus princípios basilares o acesso a direitos. Assim, embora essa noção de acesso a direitos possa estar “embutida” na subcategoria “conceito ampliado de saúde”, a relação saúde e direitos só foi colocada em destaque por uma pessoa dentre as entrevistadas.

Observa-se, também, que as definições apresentadas pelos/as participantes sempre partem de uma associação/relação com algo, evidenciando a dificuldade de demarcar a saúde mental como um conceito isolado, que existe por si só. Nesse sentido, entende-se que as noções de saúde mental encontradas nas entrevistas estão sustentadas por relações estabelecidas, por

exemplo, com pessoas (relacionamentos saudáveis), com coisas (atividades cotidianas), com situações (desafios cotidianos), com processos (história de vida), etc.

Outro destaque a ser realizado é o de que a maior parte das subcategorias apresentadas na análise dessa categoria aponta para aspectos relacionados à capacidade dos sujeitos de fazer algo, de se relacionar, de lidar com questões, ou seja, fazem referências a potencialidades. Nesse sentido, foi possível identificar que a compreensão dos/as profissionais entrevistados/as, de fato, ultrapassa a noção de saúde como ausência de doença, na medida em que se relaciona com potências e habilidades dos sujeitos.

Em contrapartida, nota-se também certa contradição nas respostas: por um lado, os participantes relacionam a compreensão de saúde mental ao conceito ampliado de saúde, o qual engloba variáveis de diversas ordens. Contudo, a noção de “capacidade”, que aparece em cinco das 10 subcategorias encontradas, indica uma compreensão individualizante da saúde mental, na medida em que relaciona esse conceito à funcionalidade dos sujeitos, a certa aptidão para a vida produtiva, saudável e adaptada em sociedade.

Diante disso, percebe-se que, com exceção das subcategorias “Conceito ampliado de saúde”, “Relacionada a questões sociais” e “Acesso a direitos”, as demais localizam a saúde mental num nível individual. Embora esse indivíduo seja entendido a partir de relações com os outros e com o seu entorno, ainda assim, a compreensão é centrada na ideia de indivíduo, distanciando-se de uma ideia de produção social da saúde. Com isso, é possível refletir em que nível o “conceito ampliado de saúde” é compreendido, de fato, como ampliado para além dos sujeitos.

Partindo dessas noções múltiplas acerca do conceito foco desse estudo, o próximo capítulo busca compreender como as questões de saúde mental aparecem no contexto socioeducativo, e como são abordadas. Isso se fará por meio da apresentação dos estudos mais relevantes encontrados na revisão de literatura, os quais serão relacionados com as respostas apresentadas nas entrevistas com os/as participantes desse estudo.

5 A SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Estudos analisando a prevalência de transtornos mentais entre adolescentes em conflito com a lei foram realizados, tanto a nível nacional quanto internacional. Dentre os estudos brasileiros, Andrade *et al* (2011) avaliou a prevalência de transtornos psiquiátricos em adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de internação no Rio de Janeiro. Os resultados encontrados apontam que a prevalência de transtornos psiquiátricos nesse público é maior do que aquela esperada para a população geral da mesma faixa etária. Os transtornos encontrados como mais prevalentes foram: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno de Conduta, Transtorno Desafiador Opositivo, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Depressivo, Abuso/Dependência de Substâncias. Outro achado do estudo foi de que, apesar da alta prevalência, apenas 6% dos/as adolescentes pesquisados/as receberam atendimento em saúde mental, fato que aponta para as dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Resultados semelhantes foram encontrados por Dória *et al* (2015), que avaliou 69 adolescentes em medida de privação de liberdade, dos quais 81,1% apresentavam algum diagnóstico psiquiátrico, encontrando, também, uma associação significativa entre os diagnósticos de TDAH e Transtorno de Conduta (TC) com o abuso/dependência de substâncias. As taxas de prevalência TDAH e de TC encontradas na amostra foram de 43,5% e 59,4%, enquanto essas taxas entre adolescentes brasileiros em geral são de 5,8% e 7%.

Seguindo essa linha, outro estudo brasileiro, realizado por Silva *et al* (2015), encontrou em sua amostra de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto um percentual de 67% de problemas de saúde mental, além de 84% de baixo ou médio suporte social. Já Dias, Serafim e Barros (2014) encontraram uma prevalência de 69% de diagnósticos psiquiátricos em uma amostra de adolescentes em privação de liberdade, relacionando os tipos de diagnósticos com a variável reincidência.

No que se refere aos estudos internacionais, Adams *et al* (2013) examinaram a prevalência e associação de transtornos psiquiátricos, problemas com o uso de substâncias e exposição a trauma em uma amostra de 3614 adolescentes “infratores” e “não infratores”. Os resultados indicam que adolescentes que cometeram atos infracionais são mais expostos a vivências traumáticas, além de relatarem mais Transtorno de Estresse Pós Traumático, Episódio Depressivo, abuso de álcool e outras drogas do que adolescentes “não infratores”. Outros estudos também encontraram alta prevalência de transtornos mentais entre adolescentes em conflito com a lei, como Rijo *et al* (2016) em Portugal, Gilbert *et al* (2015) nos Estados Unidos,

Gaete *et al* (2014) no Chile, Kinner *et al* (2014) na Austrália, Aida *et al* (2014) na Malásia, Colins; Andershed (2015) na Bélgica, e Vinkers; Duits (2011) na Holanda.

Diante disso, é possível refletir sobre os impactos que estudos como esses podem trazer para as discussões e intervenções sobre a questão da saúde mental de adolescentes que cometeram ato infracional. Se, por um lado, podem apontar para necessidades de saúde desse público, também podem reforçar estigmas e endossar intervenções individualizantes e culpabilizadoras dos adolescentes pela situação em que se encontram. Em estudos como os apresentados acima, assim como aqueles que investigam variáveis familiares, dados de escolarização, de histórico de violência familiar ou comunitária, mais uma vez, são destacadas fragilidades/necessidades dos/as adolescentes, deixando de lado os determinantes sociais, culturais e econômicos do fenômeno em questão.

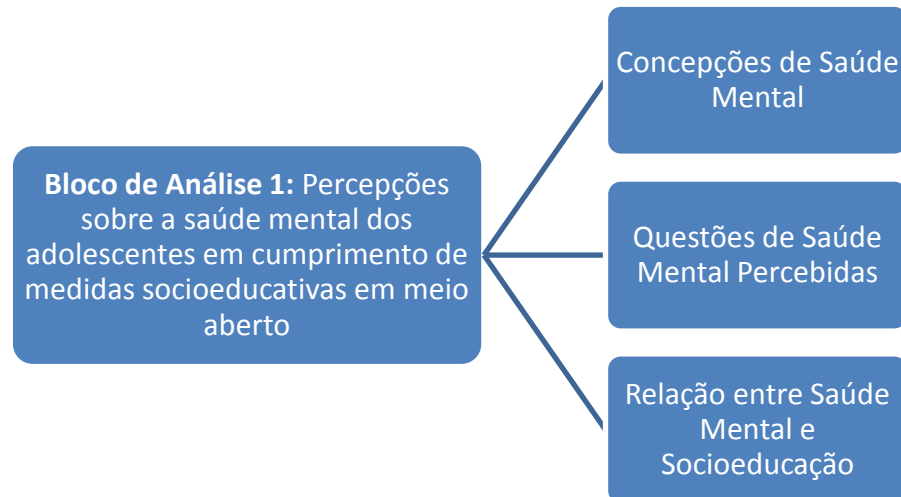
Considerando um contraponto, estudos como os de Braverman e Murray (2011) e Gama (2017) problematizam a alta prevalência de transtornos mentais entre adolescentes em conflito com a lei encontrada pela literatura, chamando a atenção para possíveis vieses como o uso de métodos não padronizados para os diagnósticos, desconsideração de outras variáveis sociodemográficas, dados que não são generalizáveis por serem específicos de uma instituição ou localidade, “timing” da avaliação, etc. As autoras também refletem que, muitas vezes, o sistema de justiça pode ser o último recurso disponível ao/a adolescente que não teve acesso aos serviços de saúde mental necessários na comunidade (BRAVERMAN; MURRAY, 2011).

É importante pontuar, também, que a maior parte desses estudos avaliaram adolescentes que cumpriam medidas em meio fechado, ou seja, que estavam privados de sua liberdade. Dos estudos citados, apenas três avaliaram adolescentes em conflito com a lei que se encontravam em liberdade (KINNER *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2015; RIJO *et al.*, 2016), sendo que o primeiro e o terceiro compararam os/as que estão em liberdade com aqueles que estão em detenção, e o segundo avaliou apenas os/as que se encontram em cumprimento de medidas em meio aberto. Em todos, a prevalência de transtornos mentais e abuso de substâncias foi considerada alta mesmo entre aqueles que se encontram em liberdade. Com isso, é possível observar uma tendência da literatura científica em enfatizar os/as adolescentes em privação de liberdade.

5.1 Percepções sobre a saúde mental de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto

O presente estudo, por ser qualitativo e baseado na concepção dos/as participantes, e não em algum tipo de mensuração dos possíveis transtornos apresentados pelos/as adolescentes atendidos pelos serviços estudados, não poderá ser utilizado para comparação com os estudos de prevalência apresentados acima. Nesse tópico, será apresentado o “Bloco de Análise 1” (Apêndice 3), que se refere às percepções dos/as participantes sobre as questões de saúde mental apresentadas por adolescentes nos contextos atendidos. A Figura 1 esquematiza as categorias contidas nesse bloco de análise.

Figura 1: Representação do Bloco de Análise 1.



Fonte: elaborada pela própria autora.

Vale lembrar que a primeira categoria desse bloco de análise, Concepções de Saúde Mental, foi apresentada no capítulo anterior, de modo a se articular com os autores que abordam as questões conceituais da área. Considerando, portanto, a segunda categoria desse bloco, foi elaborado o Quadro 3, contendo as subcategorias e respectivas frequências com que aparecem nas respostas dos/as participantes.

Quadro 3: Categoria Questões de Saúde Mental Percebidas

	Subcategoria	Frequência
Questões de Saúde mental Percebidas	1. Uso/abuso/dependência de Substâncias Psicoativas	14
	2. Diagnósticos psiquiátricos (transtornos psicóticos, ansiedade, depressão, transtorno de conduta)	10
	3. Sofrimento decorrentes de diversas situações (violência, família, ato infracional, vulnerabilidade social, sofrimento psíquico não especificado)	9

	4. Fragilidades/Limitações de diversas ordens (recursos simbólicos, autoconhecimento, autoestima, acesso a direitos)	6
--	--	---

Fonte: elaborado pela autora.

No que se refere a essa categoria, identificou-se que a subcategoria mais frequente foi o uso/abuso/dependência de substâncias psicoativas:

Eu diria que, num primeiro momento, no início do acompanhamento, que eu acho mais explícito, acho que é isso, mais fácil de identificação são as questões de uso de álcool e outras drogas. Pra mim, é o mais recorrente, mais comum, e que é mais evidente. Então, essa seria a primeira, a primeira a ser dita. E, no meu tempo de experiência, é a mais recorrente também, muito a questão de uso de drogas (P17).

Essa questão também aparece com frequência na literatura. No Brasil, três estudos de revisão de literatura buscaram investigar a questão do uso de drogas entre adolescentes em conflito com a lei (SCHNEIDER *et al*, 2016; JIMENEZ; ANDRADE; BIANCHINI, 2016; HEIM; ANDRADE, 2008). Esses três estudos se propuseram a investigar a possível relação entre as variáveis “uso de drogas” e “prática infracional” na literatura, sendo que os dois primeiros se restringiram aos estudos brasileiros e o terceiro não selecionou o país de origem dos artigos analisados.

No estudo de Heim e Andrade (2008), as autoras identificaram, nas pesquisas nacionais e internacionais selecionadas, uma relação estreita entre o uso e abuso de álcool e de drogas ilícitas e a prática infracional. Como reflexão final, apontam o questionamento sobre qual variável é a precedente: se o uso de substâncias induz o comportamento delituoso, ou se adolescentes com “problemas de conduta” (p.64) têm maior probabilidade de consumirem drogas. Schneider *et al* (2016) também identificaram essa relação positiva entre as duas variáveis nos estudos analisados, embora tenham considerado, também, a relevância de outras questões, como contextos familiares e as intervenções que são direcionadas a esse público, para uma compreensão mais ampliada em relação à temática.

Na busca realizada por Jimenez, Andrade e Bianchini (2016), embora as autoras tenham encontrado 19 estudos que relacionam o ato infracional ou sua reincidência ao fato de os/as adolescentes estarem sob efeito de alguma substância ou em abstinência, elas problematizam que a distância entre os métodos e sujeitos eleitos para essas pesquisas inviabiliza a possibilidade de relacionar diretamente o uso de drogas e a prática infracional. Elas concluem com uma reflexão sobre a importância de se substituir a busca dos por quês dos atos infracionais ou do uso drogas por uma compreensão sobre o como esse cenário se configurou socialmente, dando ênfase, portanto, para uma compreensão histórica e coletiva ao invés de um olhar individual e personalizado.

Analisando-se esses três estudos sobre o mesmo tema, com metodologias semelhantes e

conclusões focadas em diferentes aspectos, é possível considerar que esse é um campo de disputas, no qual se confrontam ideias sobre responsabilização diante da questão (individual, familiar, social, política e/ou histórica). O foco escolhido por cada um dos autores para suas discussões e considerações reflete as racionalidades (SCHNEIDER, 2010) envolvidas na compreensão dos fenômenos em estudo. De acordo com essa autora, a questão do uso de drogas é permeada por polêmicas e desafios teóricos e epistemológicos, que influenciarão a compreensão sobre as formas de se definir o problema, sobre os processos de tratamento e sobre o engajamento dos sujeitos.

No caso dos/as participantes do estudo, em nenhuma das respostas foi estabelecida uma relação causal entre o uso de substâncias e o ato infracional. Isso pode indicar que, embora os/as profissionais entrevistados/as identifiquem a questão como frequente em sua prática, ela aparece como uma das questões observadas no atendimento a adolescentes, e não como um fator determinante para a conduta infracional. Nesse sentido, portanto, a perspectiva culpabilizante dos/as adolescentes, observada em alguns estudos analisados nos artigos de revisão de literatura, não foi identificada nas entrevistas.

Para Dameda e Bonamigo (2018), existe uma imposição social implícita de afastamento desse público das drogas, a qual desconsidera que, muitas vezes, elas se constituem como atores da rede desses sujeitos, podendo agenciar a convivência em grupo e momentos prazerosos. Portanto, para as autoras, assim como parece ser para os/as participantes do presente estudo, é incongruente tratar as drogas como um único aspecto que influencia negativamente a vida dos/as adolescentes. Com isso, tanto o ato infracional quanto o uso de substâncias são considerados como efeitos e não como determinantes do processo produzido pela ação de diferentes atores na composição e manutenção da sua rede de vínculos.

Na mesma direção, Jimenez, Adorno e Marques (2018) refletem que as razões pelas quais adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa fazem uso de substâncias psicoativas, e a relação disso com a prática infracional e a saúde dos/as mesmos/as, devem ser consideradas em sua complexidade. As dificuldades na execução das políticas públicas direcionadas aos direitos da criança e do adolescente promove sofrimento social, que pode ser amenizado, em parte, pelo uso recreativo ou problemático de drogas, em especial, da maconha. Para os autores, um maior acesso a possibilidades de atividades de lazer, esporte, educação e ao trabalho poderia substituir ou reduzir os efeitos prejudiciais do uso abusivo de drogas entre esse público.

No que se refere à Subcategoria 2 - Diagnósticos psiquiátricos, observa-se que esses aparecem nos relatos como situações pontuais que já foram vivenciadas no contexto de trabalho, e não como situações que aparecem com frequência, diferentemente das menções ao uso de

substâncias psicoativas. Isso pode ser demonstrado em afirmações como: “Já acompanhei casos em que o adolescente apresentava transtorno psíquico propriamente dito, e aí foram encaminhados para a rede de atendimento” (P1), ou “E aí eu atendi um caso de uma adolescente que tinha sido internada no IPQ, que tinha algum diagnóstico” (P6).

Interessante destacar que os dados encontrados diferem do estudo realizado por Silva *et al* (2015), que avaliou 33 adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, afirmando uma prevalência de 67% de alguma dificuldade relacionada à saúde mental, pontuando como “clínico” no escore total do instrumento utilizado para avaliação. Como já mencionado, as diferenças entre os delineamentos dos estudos não permitem essa comparação direta, entretanto, justifica-se pontuar que pesquisas com diferentes metodologias e realizadas em contextos sociais diversos, mesmo tratando da mesma temática, podem apresentar achados que indicam distintas direções e que permitem, portanto, reflexões e problematizações de diferentes ordens. Diante disso, é preciso considerar que a produção discursiva sobre as questões apresentadas pelos/as adolescentes finda por ressoar na produção de modos diversos de intervenção e formas de encaminhamentos às demandas apresentadas por eles.

Nessa direção, para compreender o que as produções acadêmicas vinham discutindo acerca da saúde de adolescentes em conflito com a lei, Neto, Constantino e Assis (2017) realizaram um estudo de revisão sistemática integrativa de literatura. A partir de critérios de seleção definidos, foram encontrados 42 estudos brasileiros da área da saúde entre os anos de 2000 a 2015. Dos estudos analisados, nove tratavam especificamente de questões de saúde dos/as adolescentes, sendo seis relacionados a questões de saúde mental, dois de saúde bucal e um de fatores protetivos e risco. Considerando os resultados, os autores problematizam que vários artigos partem de diagnósticos de saúde mental, tendendo a uma psicopatologização dos/as adolescentes autores/as de ato infracional. Segundo eles, isso contribui para o direcionamento das ações terapêuticas para questões biomédicas, nas quais a medicalização² é utilizada como forma de controle social e não como tratamento direcionado a esse público.

Também partindo para uma discussão sobre práticas medicalizantes no contexto socioeducativo, Costa e Silva (2017) analisaram a atenção à saúde mental de adolescentes em medidas socioeducativas de privação de liberdade, com ênfase na prescrição e uso de medicamentos psicoativos. Para tanto, pesquisaram unidades socioeducativas em dois estados

² Conforme cartilha do Conselho Federal de Psicologia, medicalização é o “processo que transforma questões de ordem social, política, cultural em ‘distúrbios’, ‘transtornos’, atribuindo ao indivíduo uma série de dificuldades que o inserem no campo das patologias, dos rótulos, das classificações psiquiátricas” (CFP, 2013, p.6).

distintos, e identificaram que as estratégias de governança (vertical ou horizontal) adotadas em cada estado influenciam a atenção à saúde mental ofertada aos/as adolescentes. No estado em que a governança foi considerada verticalizada, houve alta incidência de diagnósticos de transtornos mentais e uso de psicotrópicos entre esse público.

Para Vicentim, Gramkow e Rosa (2010), a associação entre ato infracional e transtorno mental tem direcionado argumentos para modificações no ECA e para a produção de práticas voltadas a adolescentes que são contrárias aos paradigmas do ECA e da política nacional em saúde mental. Assim, a autora convida a pensar o exercício clínico em sua dimensão ética, não como um lugar de controle, tutela ou disciplinarização da vida, mas a partir da crítica de si mesmo.

Em relação à Subcategoria 3 - Sofrimentos decorrentes de situações diversas, foram citados eventos oriundos de situações de violência, de situações familiares, da situação socioeconômica, do ato infracional, e sofrimento psíquico não especificado. Essa associação entre situações que geram sofrimento e o impacto na saúde mental dos/as adolescentes reitera a compreensão ampliada do conceito de saúde manifestada pelos/as participantes, conforme foi discutido no capítulo anterior.

No que se refere ao sofrimento relacionado às situações de violência vivenciadas pelos/as adolescentes, entrevistados/as relatam que: “A gente percebe muito a convivência em contextos de violência, desde novos. Violência doméstica, violência na comunidade, a ausência de atividades de lazer” (P8), ou “Eu percebo que é mais difícil o atendimento né, de dar certo, de eles aderirem. Quando eles estão envolvidos no tráfico, quando tem muita violência onde eles vivem” (P7).

Na mesma direção, um estudo realizado por Jimenez (2014) buscou identificar os principais agravos à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas em meio aberto, do gênero masculino, a partir da compreensão dos socioeducadores. Por meio de entrevistas com seis profissionais da área, a autora identificou que um dos grandes temas que, na percepção dos mesmos, afetam a saúde dessa população é a violência policial e a violência do contexto do tráfico de drogas. Assim, a autora discute que as práticas de violência presentes no tráfico de drogas se confundem com práticas de masculinidade, na medida em que não são percebidas pelos adolescentes como violência, mas como um comportamento que garante o seu lugar dentro do grupo. Já no que se refere à violência policial, a autora analisa que essa prática se sustenta pelo estigma de que é justo que esse público sofra violência, uma vez que também já se comportaram de formas violentas (JIMENEZ, 2014).

Outros estudos relacionados a essa temática foram realizados por Basto-Pereira *et al*

(2016) e Dória *et al* (2015), sendo que o primeiro relacionou experiências adversas de violências na infância à situações de envolvimento com a justiça e problemas psicossociais durante a adolescência. Já o segundo identificou em seus resultados que a exposição à violência se configura como fator de risco para transtornos comportamentais e envolvimento infracional. O foco desses estudos, portanto, foi no impacto de situações passadas no presente dos/as adolescentes, enquanto os estudos de Jimenez (2016), Bastos (2017) e os relatos dos/as participantes do presente estudo se referem ao sofrimento advindo de situações atuais de violência. Outra diferença a ser assinalada entre esses estudos é a compreensão do sofrimento decorrente da violência de um lado, e, do outro lado, a compreensão das situações de violência vivenciadas como preditoras de práticas infracionais e/ou conduta infracional.

Em relação ao sofrimento decorrente de situações familiares, alguns participantes identificam que a família pode se constituir como fonte geradora de sofrimento aos/as adolescentes, embora não demonstrem uma compreensão culpabilizadora do grupo familiar. Na afirmação a seguir, o participante identifica que situações familiares podem ocasionar sofrimento, mas busca ressaltar que essas famílias também sofrem negligências por parte do Estado, ocasionando a dificuldade em oferecer o amparo do qual o/a adolescente precisa.

Mas, é um sofrimento que já surge antes da adolescência, que vem de outros contextos, da família e das privações que essa família já sofreu. Quando a família não está protegida pelo Estado, ela não consegue ter o suporte necessário para também ofertar esse cuidado, essa atenção (P13).

Foram encontrados alguns estudos que abordam questões familiares de adolescentes em conflito com a lei, embora a maioria deles desenvolva o tema buscando relações com a prática infracional, e não os possíveis impactos das relações familiares na sua saúde mental. Alguns estudos com foco nas relações familiares dessa população são: Silveira, Maruschi e Bazon (2012), Zappe e Del'Aglio (2016) e Ávilla *et al* (2018). Em contraponto com a afirmação de P13 acima, observa-se a pesquisa desenvolvida por Pereira *et al* (2016), cujo objetivo foi descrever as características pessoais e familiares entre adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Para tanto, foram avaliados 40 sujeitos, por meio de dois instrumentos: T-ASI (Teen Addiction Severity Index) e DUSI-R (Drug Use Dcreening Inventory). A partir dos resultados encontrados, as autoras concluem que:

Percebe-se a influência da família na vida do adolescente, sugerindo inclusive que ela perpassa as questões relacionadas ao ato infracional, uma vez que os resultados apresentaram uso de droga ilícita e envolvimento em delitos pelos familiares, além da presença de conflitos, falta de regras ou não cumprimento delas no contexto familiar e pouca atividade conjunta. Considera-se que estas situações revelam fragilidade do cuidado com os adolescentes, tornando-os vulneráveis a situações de risco, resultando

no ato infracional (p.2220).

Assim, novamente, é possível identificar diferentes concepções sobre as mesmas problemáticas, no caso em questão, das influências das famílias sobre a saúde mental dessa população. Embora todos os estudos citados identifiquem que a família pode atuar como fator de risco ou proteção, a forma de responsabilizar o grupo familiar pelo sofrimento e comportamento dos/as adolescentes é diversa entre os estudos analisados e as falas dos/as participantes entrevistados/as no presente estudo.

Diante disso, levanta-se a hipótese de que as mudanças paradigmáticas explicitadas nas últimas décadas, cujo resultado no contexto brasileiro foi a consolidação de um conjunto de políticas públicas de direitos humanos, tais como SUS, SUAS, ECA, SINASE, dentre outras, afetaram diretamente a formação crítica dos/as profissionais atuantes nestes contextos. Neste sentido, os novos saberes e práticas direcionados à população, as novas formas de compreender e atuar sobre os fenômenos sociais, apreendidas das falas dos/as entrevistados/as são entendidos como explicitação desta mudança.

No que se refere aos demais modos de sofrimento contidos na Subcategoria 3 - decorrente das condições socioeconômicas e do ato infracional, é possível considerar que esses/as profissionais estão atentos/as a demandas de diversas ordens e conseguem relacionar a saúde mental dos/as adolescentes com questões que não se localizam na esfera individual e familiar, considerando, portanto, a dimensão social e econômica dos indivíduos e populações.

Em relação ao sofrimento psíquico não especificado, também mencionado nessa Subcategoria, retoma-se a discussão do capítulo anterior sobre a associação direta entre saúde mental e questões psíquicas, a qual deve ser compreendida como verdadeira, mas não exclusiva. No caso dos/as participantes que apresentaram essa resposta, observou-se que metade se deteve na relação exclusiva entre os dois termos, ou seja, trouxe o sofrimento psíquico como resposta única à questão. A outra metade elencou o sofrimento psíquico como uma das questões de saúde mental percebidas, mas do mesmo modo, relacionaram-no a outros fatores localizados para além dos sujeitos.

Por fim, no que se refere à Subcategoria 4 - fragilidades/limitações de diversas ordens, foram identificadas respostas como: “Uma pobreza de recursos, tanto materiais, também a escolaridade, uma pobreza gigante de recursos simbólicos, assim, muito grande” (P9). Ou, também:

Vai ter questões mesmo do próprio... para mim também entra uma coisa de saúde mental, do autoconhecimento. Às vezes, eles não se percebem. Isso, pra mim, é uma questão que tem a ver com amadurecimento, mas tem a ver também com um

pouquinho... né, se você não se percebe, fica difícil de tomar decisão, né, de melhorar ou sair de uma situação (P2).

Assim, dentre as fragilidades identificadas pelos/as profissionais entrevistados/as, a dificuldade de elaboração e de desenvolvimento de recursos simbólicos é percebida como uma possível interferência na saúde mental dos/as adolescentes, assim como as limitações no que se refere ao autoconhecimento. Nesse sentido, alguns dos/as participantes mencionam em suas falas ao longo das entrevistas que, em muitos casos, a medida socioeducativa é o primeiro contato que eles/elas têm com algum tipo de atendimento individualizado, o primeiro espaço proporcionado para um olhar sobre si. Diante disso, é possível compreender a dificuldade apontada pelos/as profissionais, uma vez que parte do público atendido não teve oportunidades anteriores de desenvolver autoconhecimento e construir elaborações sobre si mesmos/as.

Por fim, tem-se a última categoria do Bloco de Análise 1, organizada no Quadro 4.

Quadro 4: Categoria Relação entre Saúde Mental e Socioeducação.

	Subcategoria	Frequência
Relação entre Saúde Mental e Socioeducação	1- Influências do estado de saúde mental dos/as adolescentes no processo socioeducativo	9
	2- Potencial do Serviço na atenção à saúde mental dos/as adolescentes	8
	3- Não há relação	2
	4- Conclusão da medida sem resolução da demanda	1

Fonte: elaborado pela autora.

Analisando-se a subcategoria 1, Influências do estado de saúde mental dos/as adolescentes no processo socioeducativo, foram apresentadas percepções relacionadas a: situações em que as dificuldades relacionadas à saúde mental se sobrepõem à medida socioeducativa, inviabilizando a sua continuidade; situações em que as demandas de saúde mental prejudicam o comparecimento aos atendimentos ou à instituição de PSC, o andamento dos objetivos do PIA, o estabelecimento de vínculo com a equipe do Serviço e a promoção da responsabilização pelo ato infracional.

Nessa direção, um estudo realizado por Bastos (2017) buscou analisar as demandas em saúde mental e as práticas institucionais e clínicas voltadas a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Para tanto, foram analisados os discursos e ações de equipes intersetoriais (do CREAS, CRAS, CAPSad e coordenação de saúde mental do município) referentes a dois casos de adolescentes com demandas em saúde mental e que passaram por medida socioeducativa. A partir das falas dos profissionais envolvidos nesses casos, a autora discute que as práticas de cuidado em saúde mental dos adolescentes são atravessadas pelas questões relacionadas à obrigatoriedade da medida socioeducativa e aos motivos de sua determinação. Ao mesmo tempo, identificou que o andamento da execução da medida

socioeducativa também é permeado pelas demandas em saúde mental de cada adolescente.

Com isso, observa-se a existência de uma via de mão dupla entre Socioeducação e Saúde Mental. A partir das falas dos/as participantes desse estudo, é possível identificar algumas interferências das questões de saúde no processo socioeducativo, enquanto, a partir do estudo de Bastos (2017), identifica-se que o cuidado em saúde mental de adolescentes que cumprem medidas socioeducativas também é transpassado pelas práticas socioeducativas, pelo envolvimento do poder judiciário e pela consequente obrigatoriedade do acompanhamento com profissionais de diversos setores.

Diante disso, Bastos (2017) aponta para a “dificuldade de construir cuidado lado a lado da correção” (p.149). Na referida citação, observa-se que, mesmo que a autora busque discutir o lugar do “cuidado” no contexto socioeducativo, o uso da palavra “correção” indica resquícios de práticas sancionatórias do período anterior ao ECA. Nesse sentido, questiona-se a coerência em vincular cuidado e correção como termos praticáveis num mesmo contexto. Ou seja, é possível exercer cuidado em instituições e políticas que ainda se pautam em uma lógica de correção?

Vicentin, Gramkow e Rosa (2010), discutem que o campo da saúde mental pode apresentar contribuições significativas sobre a relação do sujeito com a lei, ou sobre como um sujeito faz laço social atravessado pelo campo jurídico. Para as autoras, é necessário que haja espaços para se pensarem as relações entre os sistemas assistenciais e os de justiça para que eles não se posicionem como fontes de legitimação um do outro.

Em continuidade, a subcategoria 2 - Potencial do Serviço na atenção à saúde mental dos/as adolescentes apontou práticas possíveis a um Serviço de medidas socioeducativas em meio aberto no que se refere as demandas dessa ordem:

E eu acho que, na medida socioeducativa, há essa escuta, há essa acolhida. No momento que ele tem uma assistente social, uma psicóloga, que vão parar para ouvi-lo, que vão levar em consideração o que ele tá trazendo. É como se ele tivesse uma voz nesse momento. (...) Ele não vai ser julgado. Eu acho que a isenção de julgamento, ser ouvido, eu acho que faz toda uma diferença, eu acho que é o início para alguma coisa eu acho que é nesse momento que ele se sente acolhido e daí ele pára um pouco para pensar e aceite algum encaminhamento (P16).

E eu acho que isso aí tem uma ideia muito de não enxergar isso daqui como uma obrigação apenas, mas também conseguir entender que isso aqui pode ser um suporte para eles, um espaço para eles, né. Mas... eu pensei agora, talvez seja algo de um ponto de partida para eles começarem a pensar o que é a saúde mental, sabe? Ou de eles se perceberem mesmo a partir desse espaço. Talvez em nenhum outro espaço da vida deles eles pararam para refletir sobre isso, talvez (P14).

As duas falas acima exemplificam as ideias dos/as profissionais sobre como uma medida socioeducativa em meio aberto pode ser um momento peculiar de escuta e atenção na vida do/a adolescente atendido/a, de modo que possa ser um primeiro passo para a atenção à sua saúde mental. Assim, percebe-se uma compreensão de que a atenção à saúde mental não necessariamente está associada a um serviço de saúde, mas que pode ser iniciada em qualquer espaço em que se disponibilize uma escuta sensível e sem julgamentos.

Considerando essa abordagem às questões de saúde mental de adolescentes em atendimento socioeducativo, Young *et al* (2017), em um estudo de revisão de literatura, discutem que as demandas de saúde mental devem ser alvo de intervenções no acompanhamento desse público, contudo, as ações não devem se concentrar apenas nas manifestações clínicas. A partir dos estudos analisados pelos autores, observou-se que uma boa relação entre o/a adolescente e sua equipe de referência, pressão positiva dos pares, abordagem individualizada, estabelecimento de limites e expectativas claros e promoção das relações familiares são fatores associados a bons resultados em programas de atendimento direcionados a esse público.

Em contraponto, Bastos (2017), que também entrevistou profissionais da rede sobre as abordagens em saúde mental a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, verificou que os profissionais entrevistados do CREAS negavam que suas intervenções apresentassem alguma direção às demandas de saúde mental. Para aqueles participantes, o trabalho psicossocial (considerado o trabalho desenvolvido no processo socioeducativo) não se relaciona com o trabalho em saúde mental. A autora, por sua vez, reflete sobre essas ideias dos entrevistados, e questiona se há, de fato, uma distinção evidente entre práticas em saúde mental e trabalho psicossocial.

Voltando-se para os/as participantes do presente estudo, é possível identificar que uma parcela significativa estabelece uma relação de complementaridade entre essas duas práticas, identificando que a escuta, o estímulo ao autoconhecimento e a atenção individualizada à população atendida são práticas psicossociais reconhecidas como parte do trabalho socioeducativo e que podem ser constituintes de uma concepção de cuidado em saúde mental.

Por outro lado, uma pequena parcela dos/as participantes compreende, assim como os participantes do estudo de Bastos (2017), que essas práticas estão separadas. Assim, é possível supor que a questão não é consensual entre os/as profissionais da área. Para duas participantes, não há uma relação evidente entre essas duas questões, fato que deu origem à subcategoria 3. Para elas, aspectos de outras ordens, em especial, as questões sociais, são mais significativos em seu impacto sobre o processo socioeducativo. Isso pode ser observado no exemplo a seguir:

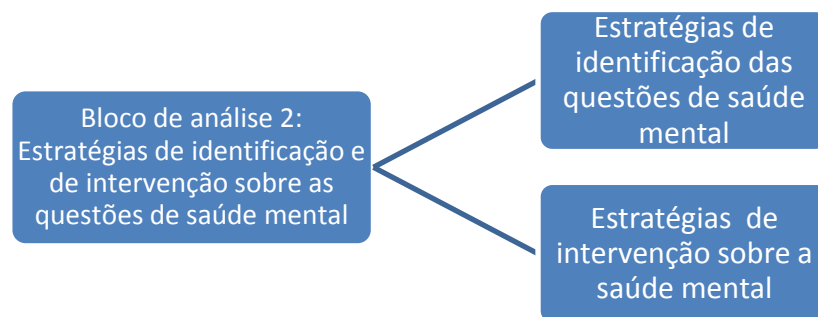
“Eu não percebo assim um impacto direto, não. O que eu percebo mais, pelo menos nos atendimentos que eu tô fazendo aqui há dois anos e dois meses, são mais as questões sociais mesmo, que eu vejo que tem um impacto direto com o atendimento socioeducativo, sabe?” (P10).

Por fim, a subcategoria 4 - Situações em que a medida socioeducativa é concluída sem a resolução das demandas do/a adolescente, representa as situações em que a demanda de saúde mental é identificada, mas não consegue ser trabalhada e nem encaminhada durante o processo socioeducativo. Essa subcategoria foi citada por apenas uma participante, mas parece relevante ao indicar que nem sempre a questão de saúde identificada interfere no acompanhamento, assim como nem sempre se consegue oferecer algum direcionamento adequado a cada demanda apresentada pelo/a adolescente atendido/a.

5.2 Estratégias de identificação e intervenção sobre as questões de saúde mental no contexto socioeducativo em meio aberto.

Nesse tópico, será apresentado o Bloco de Análise 2 (Apêndice 4), por meio do qual buscar-se-á compreender como as equipes estudadas têm lidado, na prática socioeducativa, com as questões percebidas e apresentadas no tópico anterior. A Figura 2 esquematiza esse Bloco de Análise.

Figura 2 – Representação do Bloco de Análise 2.



Fonte: elaborado pela autora.

Em se tratando da categoria “Estratégias de identificação”, percebeu-se uma grande diversidade de respostas e uma pequena frequência de menções em cada uma delas. Com exceção da subcategoria 1 - A partir dos atendimentos psicossociais, a qual foi unânime entre os/as participantes, as demais subcategorias foram dispersas, conforme indica o Quadro 5.

Quadro 5: Categoria Estratégias de Identificação das Questões de Saúde Mental

	Subcategoria	Frequência
--	--------------	------------

Estratégias de Identificação	1. A partir do atendimento psicossocial (relato do/a adolescente, de familiares, atividades realizadas, construção do PIA e linguagem não verbal)	17
	2. A partir do vínculo construído com o/a adolescente/jovem	4
	3. Psicólogo como profissional mais habilitado da equipe para a identificação das questões de saúde mental.	3
	4. A partir de demandas vindas do Poder Judiciário	3
	5. A partir dos estudos de caso entre as equipes de atendimento	2
	6. Identificação de questões de saúde mental não é o foco do atendimento socioeducativo	2
	7. A partir de pesquisas na rede de atendimento	1
	8. A partir do ato infracional cometido	1
	9. A partir do reconhecimento do/a adolescente/jovem	1

Fonte: elaborado pela autora.

A partir da análise da subcategoria 1, percebe-se a centralidade do atendimento psicossocial como ferramenta do trabalho socioeducativo, também utilizada, de acordo com os/as profissionais entrevistados/as, como a principal estratégia para a identificação das questões emergentes de cada caso. “Nós identificamos essas questões durante o atendimento. Alguns falam diretamente, outros não falam, aí a gente identifica pelo contexto da fala” (P13).

Outras subcategorias, embora citadas com pouca frequência pelos/as participantes, são interessantes de serem analisadas. A referência ao profissional psicólogo como o principal ator no processo de identificação das demandas remete à construção histórica desse profissional ocupando um lugar de destaque no campo da saúde mental. Essa relação será mais discutida adiante, uma vez que a ênfase ao profissional da psicologia aparecerá novamente ao longo das entrevistas, especialmente quando se referem à questão da intervenção.

A subcategoria relacionada às demandas advindas do Poder Judiciário também merece destaque, uma vez que foi enfatizada por alguns participantes, conforme o exemplo a seguir: “E, geralmente, quando vem com a demanda identificada, é pelo uso de substância. Eu acho que é isso assim. O promotor identifica que o uso da droga tem que ser tratado com psiquiatra, que vem, às vezes, de um transtorno psiquiátrico (P9)”.

Na literatura, essa questão também é discutida. O estudo de Soares *et al* (2017) buscou analisar a orientação adotada em cinco decisões judiciais em casos de adolescentes em conflito com a lei que foram encaminhados para tratamento relacionado ao uso de substâncias psicoativas. A partir disso, os autores discutem que a determinação de medidas protetivas de tratamento em saúde mental, juntamente com a aplicação das medidas socioeducativas, representa o entendimento de que o/a adolescente em conflito com a lei está subordinado/a, por um lado, ao cumprimento de uma medida de caráter sancionatório em razão de sua prática infracional, e, por outro lado, está submetido/a a tratamento em saúde mental. Para os autores,

essa dupla imposição pode encobrir um processo de psiquiatrização desse público, ou seja, quando o domínio dos saberes e fazeres psi se coloca na gestão das problematizações e dos conflitos relacionados à juventude, despontando na dupla aplicação das medidas socioeducativas e protetivas.

Nesse sentido, a fala dos/as profissionais aponta que as medidas protetivas de tratamento de saúde mental partem da “avaliação” dos operadores do direito, que tem o poder instituído para determinar um tratamento de saúde, mesmo sem a capacidade técnica de avaliar a real pertinência de tal medida. Com isso, muitas vezes, são geradas determinações judiciais para tratamento em saúde mental que poderiam não ser a indicação de um profissional de saúde, bem como não se adequam às reais necessidades do/a adolescente.

Assim, o que se chama de medida protetiva pode, na verdade, se constituir como mais uma imposição ao/a adolescente, a qual parte de uma percepção externa e não qualificada tecnicamente para tal decisão. Para Vicentin, Assis e Joia (2015), um tratamento de saúde mental judicialmente determinado pode representar, para esse público, mais uma forma de “cumprimento”, transformando o direito à saúde em um dever, o qual cumpre também uma função de compensação pelo ato infracional cometido.

Partilhando dessa compreensão, Checa *et al* (2018) realizaram um estudo teórico sobre a noção de obediência, tomada como articuladora entre a moral cristã, o sistema jurídico-penal e a segurança pública no contexto da juventude em conflito com a lei. Em seu texto, discutem que adolescentes, sobretudo os/as empobrecidos/as, quando capturados pela malha jurídica, são tratados/as a partir de quem são, e não apenas em razão de seus atos. Desse modo, a compreensão jurídica contemporânea, herança de uma velha geração moral-cristã, possibilita a gestão dos sujeitos a partir de uma essência do seu ser, ultrapassando os limites do sistema punitivo penal para além da medida socioeducativa, numa condição de permanente vigilância sobre eles.

Na subcategoria 2, a menção à importância do vínculo construído com o/a adolescente como meio para possibilitar a identificação de demandas indica a preocupação das equipes em estabelecer um contato genuíno com o público atendido, buscando uma compreensão aprofundada de suas dinâmicas de vida antes de qualquer tentativa de identificação. No exemplo a seguir, essa compreensão fica evidente:

Quando a gente consegue, não só a gente consegue, mas ele também permite **algum tipo confiança, um vínculo**, eles trazem relatos, assim, de depressão, de tristeza, de não saber o que fazer... Eu acho que é no próprio atendimento mesmo. Eu acho que o atendimento é um espaço bem rico, né, esse ambiente de escuta que a gente tem,

mesmo que não tenha esse foco psicoterapêutico, que a gente não trabalha né, eu penso que é assim que a gente identifica (P15).

Também nesse sentido, a subcategoria 9, embora tenha aparecido apenas uma vez, indica uma direção semelhante de pensamento, na medida em que considera que a demanda só se apresenta para aquele profissional quando é reconhecida pelo/a adolescente. Essa compreensão vai no sentido oposto, portanto, da noção de medida protetiva para tratamento de saúde, uma vez que, segundo o relato dessa profissional, para que se indique a necessidade de qualquer intervenção em saúde, é necessário que o/a adolescente reconheça aquela demanda como uma demanda para ele.

Finalizando esse bloco, para a análise da categoria “Estratégias de Intervenção”, foi organizado o Quadro 6:

Quadro 6: Categoria Estratégias de Intervenção

Estratégias de Intervenção	Subcategoria	Frequência
	1. Intervenções de suporte em Saúde Mental possíveis no contexto socioeducativo	11
2. Articulação com a rede de saúde	9	
3. Acolhimento e orientações ao/à adolescente e à família	7	
4. Encaminhamento para a rede de saúde	3	
5. Medida socioeducativa não é espaço para intervenções em saúde mental	4	
6. Garantia de acesso a direitos	4	
7. Realização de atividades lúdicas durante os atendimentos	3	
8. Vínculo como estratégia de intervenção	3	
9. Psicólogo como profissional mais habilitado para essas intervenções	3	
10. Trabalho em grupo	1	

Fonte: elaborado pela autora.

A subcategoria mais frequente foi “Intervenções de suporte em saúde mental possíveis no contexto socioeducativo”, a qual se refere às ações que os/as profissionais consideram que são possíveis no Serviço e que apresentam algum impacto sobre a saúde mental da população atendida. As falas a seguir ilustram alguns exemplos dessas intervenções:

Eu busco, então, focar o meu trabalho nas questões ligadas ao **empoderamento** desse sujeito, **ao fortalecimento da autoestima, ao fortalecimento da autonomia e ao desenvolvimento interpessoal** (P1).

Os nossos atendimentos estão muito de **conversar, de escutar mesmo o adolescente, né, de propor um trabalho de elaboração sobre si, sobre o seu desejo, sobre aquilo que eles sentem**, para além do ato infracional (P9).

A partir dessas falas, assim como de outros exemplos já citados, verifica-se uma noção ampliada das questões que envolvem a saúde mental, na medida em que identificam estratégias interventivas que podem contribuir com a promoção da saúde mental dos/as adolescentes, sem, necessariamente, caracterizarem-se como um trabalho específico em saúde. Também se

identifica um olhar sobre as possibilidades do trabalho socioeducativo, o qual se amplia para além da busca pela responsabilização pelo ato infracional e pelo alcance de objetivos de ordem prática, voltando-se, também, para uma escuta que valoriza a singularidade, estimula o autoconhecimento e busca fortalecer as potencialidades dos sujeitos.

Nessa direção, Bastos (2017) destaca que o CREAS, instituição que executa as medidas socioeducativas em meio aberto, também tem seu lugar no cuidado em saúde mental dos/as adolescentes, na medida em que realiza atividades de caráter psicossocial, podendo construir ações de promoção de saúde mental, além de lidar com outras questões de saúde que emergem nos atendimentos. Assim, embora não tenham sido encontrados outros estudos que problematizam as intervenções nos Serviços que executam as medidas socioeducativas em meio aberto, em especial, no que se refere às questões de saúde mental nessa população, os resultados de Bastos (2017) e os resultados do presente estudo apontam que os serviços pesquisados têm conseguido desenvolver ações nessa direção.

Semelhantemente, Young *et al* (2017), no contexto socioeducativo do Reino Unido, considera importante que se desenvolvam intervenções que abordem a complexidade de necessidades de cada adolescente. Dentre as necessidades citadas pelos autores, estão os tratamentos de saúde mental baseados em evidências, as abordagens ao uso indevido de substâncias psicoativas, o incentivo à escolarização e inserção no trabalho, o desenvolvimento de habilidades de linguagem e comunicação.

No que se refere às subcategorias 2 – Articulação com a rede de saúde, e 4 – Encaminhamento para a rede de saúde, embora ambas se refiram à vinculação com a rede de saúde, foram observados dois padrões de respostas distintos: na subcategoria 4, os/as entrevistados/as consideram que a sua função é apenas a do encaminhamento: “E, também, algumas vezes, é necessário encaminhamento né. Como eu falei antes, a gente faz encaminhamento para o CAPS, ou então para a unidade de saúde, para os posto de saúde, para que tenham acompanhamento com psicóloga, porque aqui não é clínico né (P7)”.

Na subcategoria 2 compreende-se que a articulação com os serviços é uma estratégia complementar ao encaminhamento. Para esse segundo grupo, o trabalho dos/as técnicos/as da medida socioeducativa, no que se refere às demandas de saúde mental, não se encerra no direcionamento aos serviços de saúde, mas continua a partir da articulação e discussões conjuntas acerca do acompanhamento intersetorial do/a adolescente:

Pois é, eu fico pensando na questão bem concreta, que eu acabei até falando antes. A situação bem específica de acessar a rede. Tanto para discutir a situação, para sensibilizar, né, a rede, quando ainda não está em atendimento o adolescente ou a

família, né, **poder estabelecer essa ponte, fazer um pouco essa mediação, e também de discussão de intervenção** (P15).

No que se refere ao trabalho intersetorial, o estudo de Bastos (2017) aponta que as práticas de cuidado intersetoriais (entre CREAS, CRAS e CAPSad) mostraram-se potentes nos casos analisados pela autora. Contudo, para ela, essa potência da rede só se torna possível quando as ações intersetoriais são pensadas e antecipadas com o/a adolescente envolvido/a, enfatizando o caráter de proteção e cuidado em saúde e desvinculando-se da compulsoriedade.

A ênfase na articulação dos serviços como estratégia conjunta ao encaminhamento remete a alguns dos objetivos da PNAISAIRI (BRASIL, 2014), que seriam estimular ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado prestado a esse público e incentivar a integração dos Projetos Terapêuticos Singulares (elaborados pela equipe de saúde) aos Planos Individuais de Atendimento (elaborados pelas equipes de medidas socioeducativas). Vale ressaltar, também que, embora a consonância com a referida política seja evidente, não houve nenhuma menção a ela nas falas dos entrevistados.

A subcategoria 3 - acolhimento e orientações ao/à adolescente e à família caracteriza-se pelo contato inicial sensível com a demanda de cada sujeito, associando-se às orientações prestadas, informações sobre determinada demanda ou possibilidades de encaminhamentos. Diferencia-se da subcategoria 1, a qual se refere a intervenções mais aprofundadas sobre as questões de saúde mental.

Na subcategoria 8, o vínculo com o/a adolescente é enfatizado e compreendido como estratégico para as demais intervenções realizadas. A noção de vínculo, já citada pelos/as participantes na categoria anteriormente analisada parece indicar o estabelecimento de uma relação de confiança entre o/a adolescente e a equipe que presta o atendimento, a qual é considerada por eles como um elemento de valor significativo ao acompanhamento socioeducativo.

Essa percepção apresentada pelos entrevistados vai ao encontro da noção de dispositivos de tecnologias relacionais (acolhimento/vínculo/co-responsabilização/autonomia), discutida por Jorge *et al* (2011), as quais representam possibilidades de construção de novas práticas em saúde. De acordo com esses autores, o acolhimento, especificamente, se constitui a partir de ações comunicacionais, configurando um dispositivo que disponibiliza um processo de escuta, diálogo e validação do outro, sendo transversal a todo o processo de cuidado, e reforçando os demais dispositivos mencionados. Já a ideia de vínculo se fundamenta na construção de laços afetivos entre trabalhadores e usuários, na qualidade do atendimento prestado, na confiança e

na fluidez da comunicação entre os mesmos (JORGE *et al*, 2011).

Considerando as noções de acolhimento e vínculo como “emprestadas” da saúde, uma vez que são conceitos amplamente discutidos nesse setor, a subcategoria 6 - garantia de acesso a direitos, delimita uma “marca registrada” da política de Assistência Social. O II princípio da Política Nacional de Assistência Social destaca a “Universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas” (MDS, 2005, p.33).

Diante disso, é relevante lembrar que o Serviço em questão se localiza no CREAS, que é um dos equipamentos constitutivos do SUAS. Portanto, o relato dos/as participantes sobre o trabalho de acolhimento de demandas e prestação de orientações que promovam a garantia de direitos (um dos princípios básicos da assistência social) vai ao encontro dos princípios e diretrizes do SUAS e reafirma a identidade profissional dos entrevistados enquanto trabalhadores da Assistência Social. Ao mesmo tempo, também demarca uma associação entre esse princípio e a saúde mental dos usuários da política, evidenciando uma noção de saúde atrelada à idéia de cidadania, como no exemplo a seguir:

E aí também tem uma questão importante para tratar, para tratar não, para ajudar nessa diminuição desses efeitos, que é a premissa do nosso trabalho na assistência, que é a **garantia de direitos**. Inserção na escola, ou não, porque às vezes a inserção na escola é mais violenta do que eles estarem fora; a questão da saúde, de eles nunca terem acessado o posto de saúde; do mundo do trabalho; do esporte; do lazer. Então, assim, **a gente também acredita que fazendo isso também auxilia na melhora da saúde mental desses jovens** (P11).

As subcategorias 7 e 10 - realização de atividades lúdicas durante os atendimentos e trabalho em grupo também indicam outras estratégias de intervenção às questões de saúde mental identificadas no contexto socioeducativo. Essas estratégias, assim como outras subcategorias já discutidas acima, demonstram que os/as profissionais entrevistados conseguem se reconhecer como corresponsáveis pelas abordagens às questões de saúde mental, mesmo que esse não seja o foco do trabalho socioeducativo, e mesmo que o serviço em que trabalham não se caracterize como um serviço de saúde.

Diferentemente dessa visão, alguns/mas profissionais se manifestaram no sentido de negar que a medida socioeducativa tenha alguma participação nas intervenções em saúde mental. Estas respostas estão tabuladas na subcategoria 5, da qual se destaca como exemplo: “Aqui não é o local. Nós somos uma equipe de execução. Não é como se todos tivessem uma preparação adequada para identificar esses sintomas, essas questões e fazer o encaminhamento adequado. **Nós não temos que trabalhar a saúde mental aqui**” (P2).

Embora pareça uma posição oposta às respostas anteriores, é interessante considerar que nenhum participante utilizou essa subcategoria como resposta única ao questionamento sobre suas intervenções em saúde mental. Mesmo que tenham mencionado essa subcategoria em sua resposta, nenhum dos/as participantes deixou de identificar outras intervenções como acolhimento, encaminhamento para a rede, etc como parte do seu trabalho. Assim, a partir dessa divergência, torna-se mais evidente a diferença de compreensão sobre o que seria caracterizado como uma intervenção em saúde mental, do que uma discordância absoluta sobre o papel do Serviço frente a essas questões. Ou seja, alguns participantes compreendem que intervenções em saúde mental seriam apenas as ações profissionais executadas dentro dos serviços de saúde. Já a outra parcela dos entrevistados entende que algumas estratégias interventivas, mesmo executadas por profissionais da assistência social, podem ter efeitos diretos ou indiretos, sobre a saúde mental dos usuários atendidos, podendo caracterizá-las, portanto, como intervenções em saúde mental.

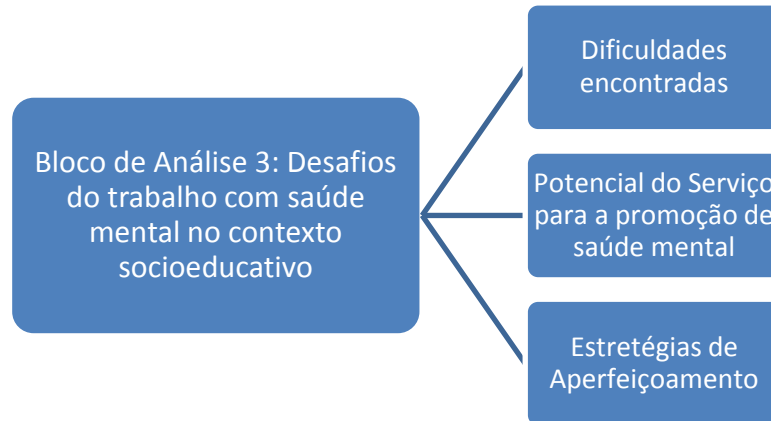
Por fim, retoma-se a questão do papel do psicólogo como protagonista dessas intervenções, conforme identificado na subcategoria 9. Alguns participantes (inclusive os próprios psicólogos) destacaram que as demandas de saúde mental são mais bem identificadas e trabalhadas pelos psicólogos. Nesse sentido, é importante lembrar que os/as entrevistados/as compõem um grupo de profissionais das áreas de Psicologia, Serviço Social e Pedagogia. Portanto, considerando as formações acadêmicas específicas de cada área, compreende-se que os/as técnicos da Psicologia, de fato, se debruçam com mais ênfase sobre as temáticas relacionadas à saúde mental durante sua formação. Entretanto, cabe também destacar que a maioria dos/as participantes referiu uma compreensão de saúde mental associada a um conceito ampliado de saúde, fato que aponta, novamente, para a contradição entre questões psíquicas/mentais X compreensão ampliada de saúde.

5.3 Desafios do trabalho com as questões saúde mental no contexto socioeducativo

Partindo das percepções discutidas nos capítulos anteriores, os/as entrevistados/as foram convidados/as a refletirem e compartilharem suas impressões sobre os desafios do trabalho com as questões de saúde mental em sua prática no contexto socioeducativo em meio aberto. Para tanto, foram questionados/as sobre as dificuldades encontradas nesse sentido, sobre as potencialidades percebidas no Serviço no que se refere à abordagem a essas questões, e sobre

as estratégias imaginadas para o aperfeiçoamento das práticas, conforme o Bloco de Análise 3, sistematizado na Figura 3.

Figura 3: Representação do Bloco de Análise 3.



Fonte: elaborado pela autora.

Considerando a primeira categoria desse bloco, as dificuldades apontadas pelos/as profissionais no que se refere à abordagem das questões em saúde mental foram organizadas no Quadro abaixo.

Quadro 7: Categoria Dificuldades Encontradas

	Subcategoria	Frequência
	Dificuldades Encontradas	1. Fragilidade da rede de saúde
2. Não adesão aos encaminhamentos por parte dos/as adolescentes		7
3. Falta de preparo nas equipes/Necessidade de capacitação		6
4. Divergências de posicionamentos entre a equipe		3
5. Dificuldades de compreensão/aceitação das demandas por parte das famílias		3
6. Necessidades de outras ordens não atendidas		3
8. Falta do profissional de Psicologia		2
9. Impactos emocionais da temática nos profissionais		1
10. Escassez de estratégias de atendimento no Serviço		1
11. Encaminhamentos do poder judiciário sem avaliação especializada		1
12. Medicalização dos/as adolescentes		1
13. Tempo restrito de acompanhamento e infrequência		1

Fonte: elaborado pela autora.

Conforme o Quadro 7, observa-se que a subcategoria 1 aponta a fragilidade da rede de saúde como a dificuldade mais recorrente ou importante. Para os entrevistados, os encaminhamentos realizados para a rede de saúde, muitas vezes, encontram dificuldades de serem efetivados em razão da fila de espera para o atendimento, do despreparo das equipes, da falta de estrutura ofertada pelos municípios e da dificuldade dos/as adolescentes em se vincularem aos serviços de saúde. Dentre esses motivos citados, o que apareceu com maior frequência foi a dificuldade de absorção dos encaminhamentos pelos serviços de saúde, como

no exemplo a seguir:

É a rede que a gente gostaria que fosse, a maioria né, para a saúde básica, para tentar um acolhimento e avaliar. Mas, e que não tem. Os NASFs aqui não funcionam, às vezes, passam meses esperando. A gente tem que pressionar e, na maioria das vezes, a gente não consegue atendimento. **A falha na rede (P3).**

Embora possa estar implícita em algumas respostas, não foi apontado diretamente pelos participantes que a falha da rede não é uma falha de uma entidade abstrata denominada rede. Falha na rede, em última análise, pode ser entendida como falha do Estado, violação de direitos da população por parte do Estado.

Nesse sentido, Neto, Constantino e Assis (2017), em seu estudo de revisão de literatura, identificaram que há carência de estudos que evidenciem as barreiras de acesso aos serviços de saúde por parte dessa população. Jimenez, Adorno e Marques (2018) também refletem sobre isso, apontando que a dificuldade de acesso a serviços de tratamento pode emergir como um sofrimento social maior do que a própria demanda que gerou o encaminhamento. Esse sofrimento se concretiza na fragilidade da execução das políticas públicas, pela ausência ou insuficiência das instituições de saúde. Ou seja, para esses autores, ter uma demanda que não consegue ser absorvida pela rede de atendimento pode gerar um sofrimento tão significativo quanto a própria demanda.

Diante disso, percebe-se que a participação dos integrantes das equipes nas unidades socioeducativas é importante no cuidado em saúde desse público, uma vez que possuem o papel de criar mecanismos para o fortalecimento e garantia do acesso à saúde na rede SUS. Com isso, contribui-se para o processo de integração entre o/a adolescente e a sociedade, num encontro entre os seus direitos e os seus deveres (TORRALBO, JULIANI, 2016).

Outra questão presente nos relatos relacionados a essa subcategoria refere-se à articulação entre os pontos da rede. Nesse sentido, o estudo realizado por Ribeiro, Ribeiro e Deslandes (2018), com profissionais da equipe de saúde mental do sistema socioeducativo em meio fechado do Rio de Janeiro, utiliza-se da metáfora do “alinhavo” entre a rede de serviços. Essa expressão representa a ideia de que as partes devem se conectar e se alinhar politicamente para garantir o acesso dessa população à rede. Assim, pelos relatos dos profissionais entrevistados no referido estudo, esse alinhavo não está estabelecido em suas práticas, fato que leva as equipes a uma necessidade de repactuar e reforçar acordos anteriores sempre que surge uma nova necessidade de encaminhamento de um/uma adolescente para a rede de saúde.

Com isso, é possível compreender que o trabalho em rede, além de se constituir como trabalho técnico, é também um trabalho político, na medida em que demanda que os serviços

estabeleçam acordos de benefícios mútuos e, em última análise, que beneficiem os usuários das políticas públicas. Esse sentido também foi encontrado nas falas dos/as participantes do presente estudo, como no exemplo a seguir:

A gente até consegue encaminhar. Eu tenho um padrão de verificar antes, fazer contato pessoalmente ou por telefone com o serviço, para depois documentar, para ficar amarrado no encaminhamento. Ou então, com estudo de caso, como vai ser agora. Então, eu faço mais de uma atividade para ficar bom para eles e bom para nós também. Essa troca, esse estudo, para não ficar um simples encaminhamento com um documento (P2).

As redes de atendimento e suas interfaces compõem uma nova forma de funcionamento da assistência, alterando os processos de experiência, poder e cultura. Assim, seja ela pensada como rede de dispositivos institucionais e intersetoriais, ou como rede de linguagem, sua principal finalidade é proporcionar uma inscrição sócio-simbólica dos sujeitos por ela acolhidos (GUERRA, 2005). Assim, para cumprir essa função, é necessário que a rede tenha “bordas permeáveis” entre seus pontos. Isso não significa uma perda das especificidades de cada componente, mas um encontro de práticas compartilhadas, as quais podem variar de acordo com a realidade de cada contexto de trabalho e com as particularidades de cada caso.

A segunda subcategoria mais frequente foi a “Não adesão aos encaminhamentos por parte dos/as adolescentes”. Alguns participantes destacam que os/as adolescentes, muitas vezes, não conseguem se vincular aos serviços de saúde para os quais foram encaminhados e, portanto, não se sentem motivados a seguirem o acompanhamento que lhe foi recomendado: “Eu acho que tem muito essa questão do vínculo, sabe? Às vezes, tu até faz um encaminhamento, faz telefonema... Mas, às vezes, está vinculado com nosso serviço e não vincula no outro” (P10).

A questão da adesão a tratamentos no âmbito da saúde mental é complexa e permeada por uma série de variáveis, como a autopercepção quanto à necessidade daquele tratamento, a qualidade da avaliação realizada, a qualidade dos serviços ofertados, as condições de acesso aos serviços, dentre outros. Na revisão de literatura realizada para o presente estudo, não foram encontradas pesquisas sobre essa temática. Portanto, essa pode ser uma questão a ser investigada em estudos futuros.

Na subcategoria 3 - Falta de preparo das equipes/Necessidade de capacitação na área de saúde mental, alguns/mas profissionais identificaram essas limitações como sendo pessoais, ou seja, que não se sentem preparados/as para lidar com essas questões e que deveriam se apropriar mais da temática. Entretanto, outros/as participantes afirmaram que, por se tratar de uma questão transversal ao seu trabalho, as equipes do CREAS deveriam ser mais bem capacitadas pelos próprios municípios. Em todos os quatro serviços pesquisados, surgiram falas de

dificuldades institucionais para o acesso dos/as técnicos/as a espaços de formação/aperfeiçoamento profissional.

Nesse sentido, remete-se à discussão de Amarante (2011) sobre os pilares da Atenção Psicossocial (teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural). Partindo das ideias do autor, compreende-se que a capacitação dos/as profissionais envolve mais que a dimensão técnico-assistencial, superando a análise de suas práticas de forma isolada. Faz-se necessário considerar tanto a bagagem de conhecimento que os mesmos possuem quanto uma análise das condições que lhe são oferecidas para a ampliação de seus conhecimentos, e das crenças e valores que carregam consigo em relação à temática. Portanto, é possível afirmar que a responsabilidade pelo aperfeiçoamento profissional deve ser, de fato, compartilhada entre técnicos, gestores, acadêmicos e legisladores, num esforço conjunto e contínuo de busca por melhorias ao atendimento prestado aos usuários das políticas públicas.

A subcategoria 6 - Necessidades de outras ordens não atendidas se refere a um olhar ampliado sobre a saúde mental, já bastante destacado ao longo desse estudo e explicitada na fala de uma das entrevistadas: “E a **falta de espaços de lazer, de cultura** para os adolescentes e jovens, assim. Eu vejo que não existe. Para mim, isso é fundamental, assim, essa questão do convívio entre pares, da identificação, eu acho que aqui não tem. Então, é muito difícil para a gente trabalhar também” (P9). Nesse relato, a participante identifica que, quando não há acesso a questões básicas, o trabalho da equipe do CREAS, e as abordagens em relação à saúde mental dessa população ficam prejudicados.

No que se refere à subcategoria 4 - Divergências de posicionamentos entre a equipe, compreende-se o desafio do trabalho em equipes, em especial, nas equipes interdisciplinares, o qual se faz necessário para a prestação de atendimentos que contemplem a integralidade dos sujeitos, mas que, ao mesmo tempo, abrem espaços para a emergência de conflitos advindos das divergências entre os/as técnicos/as. Essa subcategoria, juntamente com as subcategorias denominadas “Falta de preparo das equipes”, “Impactos emocionais da temática nos profissionais” e “Escassez de estratégias de atendimento no Serviço” indicam que os/as participantes percebem entraves dentro das próprias equipes, e não apenas relacionados a questões ou agentes externos ao Serviço.

Assim, considerando a diversidade das 13 subcategorias emergentes no âmbito da categoria “Dificuldades Encontradas”, compreende-se que a abordagem às questões de saúde mental no contexto socioeducativo é permeada por uma série de entraves. Nenhum/a dos/as participantes negou a existência de dificuldades nesse campo, embora as respostas tenham se dispersado em muitas subcategorias. Também se percebeu que o número de menções a

dificuldades externas e independentes das condutas dos/as técnicos/as foi maior do que as menções às dificuldades pessoais dos entrevistados e/ou de suas equipes.

Após apontarem as dificuldades, os/as técnicos/as foram convidados/as a refletirem sobre as potencialidades do Serviço em relação à temática em questão. Assim, surgiu a categoria “Potencial do serviço na promoção de saúde mental”, cujas subcategorias se encontram no Quadro 8.

Quadro 8: Categoria Potencial do Serviço na Promoção de Saúde Mental

Potencial do Serviço na Promoção de Saúde Mental	Subcategoria	Frequência
	1. Promoção de um espaço privilegiado de escuta e atenção individualizada	13
2. Promoção do acesso aos direitos garantidos pelo ECA	10	
3. Realização de orientações e prestação de informações	6	
4. Realização de intervenções com a família	5	
5. Trabalho com grupos	4	
6. Trabalho na perspectiva de redução de danos	2	
7. Incentivo à participação política dos/as adolescentes	2	
8. Participação política do Serviço	1	

Fonte: elaborado pela autora.

Antes de se discutir as subcategorias emergentes, é importante definir o termo promoção de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, “compreende a ação individual, a ação da comunidade e a ação e o compromisso dos governos na busca de uma vida mais saudável para todos e para cada um” (p.7). Entendida como um campo conceitual, metodológico e instrumental ainda em desenvolvimento, a ideia de promoção da saúde traz em sua base potenciais de abordagem dos problemas de saúde: assume a saúde em seu conceito amplo, pauta a discussão acerca da qualidade de vida, compreende que a resolução dos problemas está na possibilidade de contar com parceiros e a mobilização da sociedade. Trabalha, portanto, com a ideia de autonomia dos indivíduos e das comunidades, incentivando o planejamento e o poder local (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Os/as participantes não tiveram contato com essa definição no momento da entrevista, portanto, responderam à questão a partir de suas próprias compreensões sobre promoção de saúde. Dos/as 17 participantes, três não conseguiram identificar alguma ação que já seja realizada no Serviço e que seja potente para a questão interrogada. Entretanto, conseguiram destacar possibilidades a serem desenvolvidas, como o trabalho com grupos.

Entre os demais participantes, a subcategoria mais frequente foi “Promoção de um espaço privilegiado de escuta e atenção individualizada”. Nesse sentido, relataram percepções sobre como a medida socioeducativa em meio aberto, apesar do seu caráter sancionatório, também cumpre sua função protetiva a partir de um olhar atento às particularidades de cada adolescente atendido/a, fato que eles acreditam poder apresentar reflexos sobre a sua saúde mental.

Porque eu acho que a **escuta** que a gente tem a possibilidade de fazer né... **é difícil ele ter em algum outro lugar**. Eu acho que a gente tem que se apegar muito nisso, de que aqui seja **um lugar onde ele possa ser reconhecido** como um serzinho que talvez consiga fazer alguma coisa (P15).

Realmente, a partir das nossas intervenções, eles começam a ter um olhar para isso que talvez eles nem... essa **autopercepção**, esse **autoconhecimento**, essas habilidades... que, talvez, na vida deles, **eles nunca pararam para pensar**, sempre vai muito na coisa prática, de escola e trabalho... E eu acho que isso em geral na vida deles, os pais, a sociedade, todo mundo. Então, sim, eu acho que pode ser um lugar para olhar para isso, para ser algo de prevenção, para eles também começarem a ter essa autopercepção. Então, acho que sim, acho que tem potencial (P14).

Esse olhar individualizado indicado pelos/as participantes vai ao encontro da ideia de promoção da saúde vinculada ao estímulo à autonomia dos indivíduos. Nesse sentido, Brown *et al* (2013) discutiu a importância do estabelecimento de uma aliança terapêutica entre os/as profissionais e adolescentes atendidos/as nos serviços de acompanhamento. Embora o contexto americano seja diferente do brasileiro no que se refere ao atendimento a adolescentes em conflito com a lei, é interessante destacar que, de acordo com os autores, há evidências de que as alianças terapêuticas são fortalecidas quando os sujeitos se sentem ouvidos, valorizados, aceitos e tratados dignamente. Assim, o respeito e valorização da perspectiva de cada um/uma possibilita a formação dessa aliança, a qual, por sua vez, favorece o andamento do acompanhamento prestado a ele/ela.

Considerando a realidade brasileira no contexto socioeducativo, a palavra “terapêutica” não é comumente utilizada. Entretanto, a palavra “aliança”, em se tratando do relacionamento estabelecido entre a equipe técnica e o/a adolescente atendido/a, parece condizente com os relatos apresentados acima, no sentido da formação de um vínculo entre ambas as partes, o qual possibilita um trabalho mais efetivo e promotor de saúde mental.

A subcategoria 2 - Promoção do acesso aos direitos garantidos pelo ECA demarca uma característica essencial dos serviços de assistência social, que é a garantia de direitos. Dentro dessa subcategoria, foram mencionados diversos direitos previstos no ECA, como o direito à saúde, à educação, ao lazer, ao esporte e à convivência comunitária. Destaca-se, portanto, que, para além do direito à saúde, outros direitos foram considerados como fatores de promoção à saúde mental.

As subcategorias “Orientações sobre saúde mental”, “Trabalho com o sistema familiar” e “Trabalho com grupos” também apareceram nos relatos como potenciais de promoção à saúde mental. Outra subcategoria a ser destacada, é o “Trabalho na perspectiva da redução de danos”:

“Porque eu acredito muito na **redução de danos**. Então, eu nunca vou dizer pra ele: ‘pare!’. Não vou falar isso. Porque eu sei que não vai dar certo. Não é a melhor estratégia. É uma sensibilização, é uma construção de vínculo com aquele jovem, com aquele adolescente” (P2). Nesse sentido, percebe-se que esse apontamento por parte dos entrevistados vai ao encontro dos objetivos propostos pela PNAISAIRI, dentre os quais estão:

Garantir ações de atenção psicossocial para adolescentes em conflito com a lei, priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas e promover a reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2014, Art.6°).

Também chamam a atenção as subcategorias “Incentivo à participação política dos/as adolescentes” e “Participação política do serviço”, cujo conteúdo indica que promover o empoderamento para a busca por direitos, individuais e coletivos, também é uma forma de promover saúde mental. No sentido da participação política do Serviço, a profissional cuja fala gerou essa subcategoria compreende que, ao se buscarem espaços de discussão e deliberação sobre as questões que envolvem esse público, está-se atuando em favor do seu acesso a direitos e, conseqüentemente, promovendo saúde mental. Essa ideia vai ao encontro do conceito de promoção de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), na medida em que considera a autonomia dos indivíduos e das comunidades e o incentivo ao planejamento e o poder local.

Por fim, a última categoria desse bloco de análise compreende as “Estratégias de aperfeiçoamento do trabalho com saúde mental”. Nesse sentido, os/as participantes foram estimulados a pensar sobre meios para aprimorar as práticas relacionadas à saúde mental no contexto socioeducativo. Assim, surgiram 12 subcategorias, sendo a maioria delas de baixa frequência. Isso pode indicar que os/as participantes têm visões diversas sobre essa questão. A organização dessa categoria está sistematizada no Quadro 9.

Quadro 9: Categoria Estratégias de Aperfeiçoamento do Trabalho com Saúde Mental

Estratégias de Aperfeiçoamento do Trabalho com Saúde Mental	Subcategoria	Frequência
	1. Fortalecimento das articulações com a rede de atendimento	9
	2. Melhorias na capacitação das equipes	6
	4. Compartilhar responsabilidades sobre as questões de saúde mental	4
	5. Articulação entre a própria equipe/ Estudos de caso	3
	6. Flexibilização das estratégias de atendimento a cada adolescente	2
	7. Desenvolvimento de políticas e ações de saúde voltadas à juventude	2
	8. Ampliação dos trabalhos em grupo (de familiares e/ou adolescentes)	2
	9. Controle social	1
	10. Ações de gestão	1

	11. Trabalho com prevenção	1
	12. Composição completa das equipes.	1

Fonte: elaborado pela autora

Na subcategoria 1, alguns participantes se detiveram à articulação com a rede de saúde (quatro), enquanto os demais consideraram que a saúde mental não é apenas responsabilidade dos serviços de saúde, mas resultado de uma articulação com toda a rede de atendimento.

Considerando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011, identifica-se que os serviços que compõe essa rede, com exceção dos Centros de Convivência, são serviços exclusivamente de saúde. Assim, considerar a rede de saúde como a única parceria necessária para a atenção à saúde mental coaduna com a forma como esta é descrita na legislação. Todavia, partindo de uma compreensão ampliada de saúde, é possível problematizar a incompletude da noção de RAPS, uma vez que desconsidera, em sua composição, as conexões possíveis com outros sistemas e serviços.

Também cabe destacar que a dificuldade mais citada pelos entrevistados no trabalho com as questões de saúde mental foi a fragilidade da rede de atendimento, portanto, é congruente que a principal estratégia de aperfeiçoamento proposta seja o fortalecimento dessa rede. Entretanto, nenhuma das respostas incluiu ideias de como fortalecer essa articulação, tornando vaga a estratégia sugerida. Nesse sentido, identifica-se que há certa dificuldade dos/as profissionais em materializar proposições de forma mais direta.

Assim, surgem alguns questionamentos que, embora não tenham respostas definidas, podem estimular a reflexão e a construção de novas proposições. Como fazer uma aproximação entre os componentes da rede? De quem é a responsabilidade em dar o primeiro passo? Como superar, ou contornar, as dificuldades estruturais de cada serviço, de modo a possibilitar uma maior aproximação e articulação? Quando se discute o trabalho em rede, em que medida se trata de uma responsabilidade técnica, individual de cada profissional, e em que medida se refere às responsabilidades da gestão em criar condições para que um trabalho integrado aconteça? Como quebrar o discurso genérico de precariedade da rede e construir propostas sólidas para sua articulação e seu fortalecimento?

Dorigan e L'Abatte (2014) relatam a experiência de um dispositivo denominado “Rede Mista”, no município de Campinas. A rede mista é relatada como um espaço de reuniões mensais da rede de saúde mental do município, na qual são incluídos, a depender da temática dos encontros, equipamentos não vinculados à saúde. Nos encontros, além das discussões de casos e temáticas em comum, o grupo também passa pela experiência de supervisão clínico institucional. Pautadas no conceito de transversalidade de Guatarri, as autoras afirmam que a

rede mista se configura como um dispositivo transversal, na medida em que agrega múltiplos vínculos dos seus participantes com as mais diversas organizações e situações.

O exemplo citado não deve ser entendido como um modelo a ser replicado, mas como uma forma possível de articulação de rede. A partir dela, compreende-se que uma rede não se define como um mero aglomerado de serviços. Os entrelaçamentos dos seus componentes são um imperativo para a sua constituição. E, embora os/as participantes do presente estudo identifiquem que o fortalecimento dos enlaces dos serviços dos seus municípios seja uma estratégia necessária para o aprimoramento das práticas, os meios para alcançar tais objetivos permaneceram indefinidos.

Trabalhar o conceito de rede envolve considerar uma complexidade de elementos e de relações, bem como implica uma noção de “Compartilhamento de responsabilidades”, que emergiu como uma subcategoria dentre as respostas dos/as participantes. No exemplo a seguir, fica clara a ideia de que as demandas não devem ser entendidas como exclusivas de um serviço ou de outro, e de que os/as profissionais de diferentes setores devem partilhar as responsabilidades por cada caso:

E aqui, diretamente no atendimento aos adolescentes, no meu entendimento, é **trabalhar o acolhimento das demandas**, né. É **não fazer vista grossa**. Sim, encaminhar lá para o serviço de saúde atender, mas não deixar também de acolher, de ouvir os relatos deles, de acolher o sofrimento. Não fragmentar e realmente criar um divisor de águas: ah, é saúde, eu não vou nem tocar aqui, manda lá pro CAPSi, manda lá pra UBS atender. Não, **isso é feito aqui também** (P1).

Para esse compartilhamento efetivo, se faz necessário que os/as profissionais da Socioeducação se sintam capacitados para lidarem com essas questões, estratégia que surgiu na subcategoria 2. Nessa subcategoria, foram indicadas estratégias como realização de cursos relacionados à temática, participação em eventos, estudo individual e supervisão institucional. Novamente, a estratégia surge a partir de uma das dificuldades identificadas anteriormente: alguns/mas profissionais se sentem despreparados/as, ou sentem suas equipes despreparadas, para lidarem com a saúde mental e apontam como estratégia de aperfeiçoamento do trabalho a capacitação em relação a essa temática.

Na subcategoria 5, - Estudos de caso entre a própria equipe, os/as profissionais destacam a importância de se discutirem os casos entre a própria equipe dos Serviços, possibilitando a construção de abordagens mais complexas a partir de olhares e saberes diversos. Com isso, identificam-se os estudos de caso entre equipe como uma estratégia potente para o fortalecimento do trabalho técnico, para a ampliação do olhar sobre as demandas e, conseqüentemente, para o aprimoramento das práticas desenvolvidas.

Outras subcategorias, embora mencionadas com pouca frequência, merecem ser pontuadas: 6 - Flexibilização das estratégias usadas nos atendimentos (no sentido de adaptar à forma de atender às particularidades de cada adolescente), 8 - Ampliação dos trabalhos em grupo (como um recurso para a abordagem à saúde mental), 9 - Controle social (como estratégia indireta), 10 - Ações de gestão (para garantir uma estrutura mais adequada de trabalho para as equipes), 11- Trabalho preventivo (especificamente em relação ao uso de drogas) e 12 - Composição completa das equipes. Essas estratégias parecem indicar opiniões mais individuais, de todo modo, apontam outras alternativas à questão proposta.

Em síntese, depreende-se que, para os/as entrevistados/as, o desafio do trabalho com as questões de saúde mental de adolescentes em conflito com a lei envolve o enfrentamento das dificuldades encontradas, o qual deve ser realizado a partir do planejamento de estratégias, tanto no nível das equipes, quanto no nível da gestão. Com isso, é possível fortalecer as potencialidades já identificadas do serviço, bem como ampliar a potência de atuação do mesmo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse percurso de pesquisa, foi possível compreender como as questões de saúde mental dos/as adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto têm sido percebidas e trabalhadas pelos/as técnicos/as do CREAS. Para alguns, a relação entre saúde mental e Socioeducação é evidente, tanto num sentido da interferência do estado de saúde mental do/a adolescente em seu processo socioeducativo, quanto nos possíveis efeitos desse processo em sua saúde mental. Para uma parcela menor de entrevistados/as, essas relações não são percebidas de forma clara.

A compreensão ampliada da saúde mental permeou a maior parte dos discursos e, conseqüentemente, das práticas relatadas sobre essas questões. Nesse sentido, foram mencionadas ações que envolvem contatos com a rede intersetorial, visando a garantia de direitos, intervenções de acolhimento e suporte no contexto do atendimento no CREAS, ações de gestão e de participação política (tanto dos/as adolescentes, quanto das equipes), dentre outras. Já a parcela dos/as profissionais que relacionam a saúde mental a questões exclusivamente psíquicas apresentou como práticas principais o encaminhamento para a rede de saúde e o entendimento de que o serviço em que trabalham não deve abordar diretamente essas questões.

Vale ressaltar que, mesmo entre as concepções denominadas pelos/as participantes como ampliadas, a noção individualista de saúde mental permeou a maioria das respostas, fato que suscita a discussão sobre o que significa a palavra “ampliada”. “Ampliada” pode significar algo que vai além do psiquismo, da ausência de “doença mental”, noção que condiz, portanto, com as respostas apresentadas pela maioria dos/as participantes. Contudo, se considerarmos “ampliada” uma referência ao que ultrapassa a noção de indivíduo, na medida em que engloba questões sociais, históricas, culturais, econômicas e políticas para além das vivências subjetivas, percebemos que as respostas apresentadas na maior parte das entrevistas não alcançam na totalidade esta significação do termo.

Partindo dessa diferença de compreensões, uma pergunta provocadora se coloca: o que pode ser considerada uma abordagem à saúde mental? Avaliação psiquiátrica, internação para tratamento, prescrição de medicamentos psicotrópicos, psicoterapia, participação em grupos terapêuticos? Parece não haver dúvidas de que essas são abordagens possíveis.

E, quando se trata de escuta acolhedora, vinculação, promoção do autoconhecimento, intervenções familiares, promoção de acesso a direitos (educação, saúde, assistência social, convivência familiar e comunitária, lazer, cultura, profissionalização, dentre outros)? É possível

considerá-las como intervenções de possível efeito sobre a saúde mental dos/as adolescentes atendidos/as? Embora essas perguntas não tenham sido feitas durante as entrevistas, identifica-se que o grau de responsabilidade que os/as participantes atribuem a si mesmos/as em relação à saúde mental dos/as adolescentes atendidos/as varia de acordo com a forma como produzem essas respostas.

Em relação às principais questões relacionadas à saúde mental identificadas no contexto socioeducativo, o uso/abuso/dependência de substâncias psicoativas apareceu como a demanda mais recorrente e de mais fácil identificação. Esse achado vai ao encontro de dados encontrados na literatura nacional e internacional. Entretanto, a discussão que se faz a partir dessa informação pode tomar diferentes caminhos, como o da culpabilização dos/as adolescentes e suas famílias e a relação causal entre o uso de drogas e a prática infracional, como também o entendimento da substância psicoativa como um efeito de questões sociais, culturais e históricas. No que se refere aos/às participantes desse estudo, embora nem todos/as tenham apresentado alguma tentativa de explicação do fenômeno, nenhuma fala se direcionou para uma perspectiva meramente culpabilizante.

Em relação aos desafios encontrados nas práticas, percebeu-se que as maiores dificuldades apontadas pelos/as profissionais se relacionam às fragilidades da rede de atendimento, em especial da rede de saúde. Entretanto, quando questionados/as sobre estratégias para o aperfeiçoamento das práticas, o fortalecimento da rede foi sugerido como principal estratégia, a qual foi apresentada de forma vaga e pouco específica. Nesse sentido, compreende-se que o trabalho em rede, por se tratar de uma questão complexa e que envolve distintos fatores de interferência, gera inquietações diversas em seus integrantes, para as quais ainda não existem respostas prontas. Desse modo, é relevante considerar que o apontamento das dificuldades da rede não é suficiente para superar essa dificuldade.

Assim, é importante destacar que o trabalho com políticas públicas impõe aos seus operadores, usuários e gestores uma série de desafios e, embora seja fundamental ouvir dos primeiros sobre como percebem e o que sugerem para a melhor execução do seu trabalho, essa responsabilidade não deve ser designada apenas a eles. Nesse estudo, o foco foi exclusivamente sobre as equipes técnicas que prestam atendimento aos/às adolescentes, deixando a possibilidade de ampliação do público alvo para estudos futuros, de modo que gestores, profissionais de outros serviços, adolescentes e famílias também sejam ouvidos.

Outro destaque a ser realizado é em relação ao potencial dos serviços em meio aberto, referido pelos/as participantes, para promoção de saúde mental dos/as adolescentes atendidos/as. A maior parte dos/as entrevistados/as identifica que a medida socioeducativa,

apesar de seu viés sancionatório, também se constitui como um espaço privilegiado, e, muitas vezes, o primeiro espaço disponibilizado, de escuta e atenção às demandas dos/as adolescentes. Com isso, identifica-se uma compreensão de que o processo de escuta e atenção individualizada é um importante fator de promoção de saúde. Questiona-se, com isso, de que formas essa escuta e atenção à infância e juventude brasileira podem ser disponibilizadas pela rede de atendimento antes da chegada do/a adolescente a uma medida socioeducativa?

No âmbito da produção de conhecimento, também é relevante pontuar que, dentre os estudos utilizados no presente trabalho, não foram encontradas outras menções ao potencial dos serviços de medidas socioeducativas para a abordagem às questões de saúde mental dos/as adolescentes atendidos/as. Todavia, considerando a grande quantidade de estudos que tratam da prevalência de transtornos mentais nesse público, bem como as legislações que enfatizam a importância da atenção à saúde mental dessa população, indica-se a relevância da ampliação dessa discussão pela academia.

Observando-se as potencialidades do presente estudo, identifica-se que o mesmo pôde evidenciar que o trabalho das equipes pesquisadas segue os objetivos fundamentais das medidas socioeducativas: responsabilização do/a adolescente pelo ato infracional cometido e proteção social, sendo que, considerando os dados desse estudo, as ações de proteção ganharam maior destaque. Também é válido apontar que muitos artigos na literatura nacional e internacional, bem como os levantamentos oficiais do governo, já demarcaram o perfil do/a adolescente em conflito com a lei, entretanto, ainda são incipientes aqueles que abordam o trabalho que tem sido realizado com esses/as adolescentes. Nesse sentido, entende-se que esse trabalho vem compor essa pequena parcela de estudos que se concentra nas práticas realizadas.

No que se refere às limitações da pesquisa aqui apresentada, identifica-se que a forma de seleção dos/as participantes pode ter gerado um viés nos resultados. É possível que aqueles/as que se voluntariaram a participar estivessem mais satisfeitos com seus trabalhos e, portanto, mais disponíveis para compartilhar suas percepções sobre ele. Com isso, é possível que os resultados encontrados reflitam as percepções de uma parcela mais otimista das equipes.

Outro ponto a ser considerado é a “dupla identidade” da pesquisadora, que também é técnica de um dos serviços pesquisados, fato que pode ter gerado algumas interferências nas análises realizadas. Mesmo com um contínuo exercício de distanciamento, por estar envolvida diariamente nesse contexto, é possível que tenham permanecido alguns “pontos cegos” à análise, principalmente em relação às fragilidades das equipes pesquisadas. Por outro lado, esse duplo papel também pode ter favorecido certas análises, as quais não seriam realizadas da mesma forma por um pesquisador externo ao contexto pesquisado. Assim, aponta-se o duplo

papel como um viés, sem classificá-lo como limitador ou potencializador do estudo.

Para concluir, quando se compreende que a saúde mental deve ser uma das direções do olhar e do fazer das equipes dos serviços de medidas socioeducativas, contribui-se para a integralidade da atenção a esses adolescentes e, conseqüentemente, para a qualidade do atendimento prestado a esse público no contexto do SINASE. A partir das entrevistas realizadas, foi possível identificar que a compreensão e abordagem dos/as participantes vai além da identificação de transtornos mentais e encaminhamentos, passando pela valorização do vínculo construído com cada adolescente, pelo espaço disponibilizado para sua escuta, pela promoção do acesso a direitos, pelo incentivo à participação social.

Diante disso, é possível perceber, por meio dos relatos encontrados, aquilo que Almeida Filho, Coelho e Peres (1999) apontaram em sua discussão: de que é impossível desvincular o conceito de saúde mental de uma noção emancipatória dos sujeitos e, portanto, necessariamente, política. Assim, na abordagem a essa temática pelos/as membros das equipes pesquisadas, percebe-se o entrelaçamento de noções como saúde mental, integração social, qualidade de vida, participação comunitária e garantia de direitos, ressaltando e ampliando os sentidos desses conceitos quando concebidos de forma integrada, e encontrando um lugar possível para eles no âmbito do SUAS e da Socioeducação.

7 REFERÊNCIAS

ADAMS, Z. W. *et al.* Psychiatric problems and trauma exposure in nondetained delinquent and nondelinquent adolescents. **J Clin Child Adolesc Psychol**, London, v. 42, n. 3, p. 323-31, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4034453/?tool=pubmed>>. Acesso em 01 maio 2019.

AIDA, S. A. *et al.* Prevalence of psychiatric disorders among juvenile offenders in Malaysian prisons and association with socio-demographic and personal factors. **Int J Prison Health**, Bingley, v. 10, n. 2, p. 132-43, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1108/IJPH-06-2013-0029>>. Acesso em 01 maio 2019.

ALMEIDA FILHO, N.; COELHO, M. T. A.; PERES, M. F. T. O Conceito de Saúde Mental. **Revista USP**, São Paulo, n.43, p.100-125, 1999. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/download/28481/30335/>. Acesso em 01 jun. 2019.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 120.

ANDRADE, R. C. D. *et al.* Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro (RJ, Brasil): estudo de gênero e relação com a gravidade do delito. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2179-2188, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400017>. Acesso em 01 maio 2019.

ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. D. S. Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. **Estudos de Psicologia**: Campinas, v.25, n.1, p.45-53. 2008 Recuperado em 19 de outubro, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000100005 Acesso 18 maio 2019.

_____. A entrevista motivacional em adolescentes usuários de droga que cometeram ato infracional. **Psicologia reflexão e crítica**, Porto Alegre, v.24, n.2, p.218-226. 2011. Recuperado em 19 de outubro, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000200002 Acesso 01 maio 2019.

ARAÚJO, A. A.; BRITO, A. M.; NOVAES, M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n.1, p.117-124, 2008. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/60/63 Acesso em 01 jun. 2019.

ÁVILA, A. B. *et al.* Crianza parental asociada al consumo de drogas y alteraciones en salud mental en adolescentes infractores. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 92-98, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 maio 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70 - Almedina Brasil, 2016. 279 p.

BASTO-PEREIRA, M. *et al.* Growing up with adversity: from juvenile justice involvement to criminal persistence and psychosocial problems in young adulthood. **Child Abuse Negl. Ontario**, v.62, p.63-75, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213416302277?via%3Dihub> Acesso em 01 maio 2019.

BASTOS, I. T. **Narrativas profissionais em saúde mental presentes em casos de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas (MSE)**. 2017. 175 f. Tese (Doutorado) - Programa de Saúde Pública, USP, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-10112017-111403/pt-br.php>. Acesso em: 14 jun. 2019.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. D. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Ver. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-17, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100002. Acesso em 14 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Lei Nº 10.216 de 11 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília 2001.

_____. **Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**: institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

_____. **Lei nº 12594, de 18 de janeiro de 2012**. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. Brasília 2012.

_____. **Portaria 1082, de 23 de maio de 2014**: Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). Brasília, 2014.

_____. **Portaria nº 3.588, 21 de dezembro de 2017**: Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017.

BRAVERMAN, P. K.; MURRAY, P. J. Health Care for Youth in the Juvenile Justice System. **American Academy of Pediatrics**, Elk Grove Village – Illinois, v.128, p.1219-1235, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22123883> Acesso em 14 de jun. 2019.

BROWN, James R. et al. “Straight Up”: Enhancing Rapport and Therapeutic Alliance with Previously-Detained Youth in the Delivery of Mental Health Services. **Community Ment**

Health J, New York, v. 03, n. 02, p.1-11, jun. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23775240> Acesso em 14 jun. 2019.

CHECA, M. E. P. *et al* . Desobediência, alargamento da punição e segurança pública: jovens usuários de drogas em conflito com a lei. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 38, n.2, p. 252-264, 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000600252&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 maio 2019.

CNAS, Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 109, de 11 de novembro 2009**: Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília: Diário Oficial da União:p.1-43. 2009.

CNS, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro 2012**: Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: 2012.

COLINS, O. F.; ANDERSHED, H. The DSM-5 with limited prosocial emotions specifier for conduct disorder among detained girls. **Law And Human Behavior**, Washington, v. 2, n. 39, p.198-207, abr. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25243982>>. Acesso em: 03 jun. 2019.

CONANDA. **Resolução Nº 113, de 19 de abril de 2006**: Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília: 20 p. 2006a.

_____. **Resolução nº 119 de 11 de dezembro de 2006**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e dá outras providências. Brasília. 2006b.

_____. **Resolução nº 177, de 11 de dezembro de 2015**. Dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília 2015.

COSTA, N. D. R.; SILVA, P. R. F. D. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1467-1478, 2017. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000501467 Acesso em 02 maio 2019.

CUSTÓDIO, A. V. Teoria da Proteção Integral: Pressuposto para Compreensão do Direito da Criança e do Adolescente. **Revista do Direito UNISC**. Santa Cruz do Sul: v.22, n.29, p.22-43. 2008. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/657> Acesso em 14/06/2019.

DAMEDA, C; BONAMIGO, I. S. Adolescentes, infração e drogas: cartografando tessituras de redes sociotécnicas. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 70, n. 3, p. 5-20, 2018 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 maio 2019.

DIAS, Á. M.; SERAFIM, A. D. P.; BARROS, D. M. D. Prevalence of mental disorders and recidivism in young offenders. **Psicol. reflex. crit**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 317-322,

2014/00 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722014000200317>.

Acesso em 01 maio 2019.

DÓRIA, G. M. S. et al. Delinquency and association with behavioral disorders and substance abuse. **Rev.Assoc.Med.Bras.**, São Paulo, v. 61, n. 1, p. 51-57, 2015/02 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302015000100015>.

DORIGAN, J. H.; L'ABBATE, S. Rede mista: espaço transversal à construção do conhecimento e produção de práticas de saúde mental. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 69-79, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100069&lng=en&nrm=iso>.

Acesso em 23 maio 2019.

DUARTE, J. A entrevista em profundidade. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2012. Cap. 4. p. 62-83.

FARINELLI, C. C.; PIERINI, A. J. O Sistema de Garantia de Direitos e a Proteção Integral à criança e ao adolescente: uma revisão bibliográfica. **O Social em Questão**. Rio de Janeiro. v.19, n.35, p.63-86. 2016. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_35_3_Farinelli_Pierini.pdf Acesso em 14 jun. 2019.

GAETE, J. et al. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley en Chile. **RevMedChil**, Santiago, v. 142, n. 11, p. 1377-84, 2014/00 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-98872014001100003>. Acesso em 01 maio 2019.

GAMA, F. L. **A assistência em saúde mental às adolescentes em privação de liberdade no Estado do Rio de Janeiro**. 85 p.(Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24060> Acesso em 14 jun. 2019.

GILBERT, A. L. et al. Screening Incarcerated Juveniles Using the MAYSI-2. **J Correct Health Care**, v. 21, n. 1, p. 35-44, 2015/00 2015. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1177/1078345814557788>>. Acesso em 01 maio 2019.

GUERRA, A. M. C. A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. **Psychê**, São Paulo, v. 9, n. 15, p. 139-154, 2005. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000100011&lng=pt&nrm=iso>.

Acesso em 18 maio 2019.

HEIM, J.; AANDRADE, A. G. D. Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo. v.35, n.1, p.61-64. 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700013 Acesso

em 14 jun. 2019.

JIMENEZ, L.; ADORNO, R.; MARQUES, V. R. Drogas - Pra que te quero? Drogadição e Adolescência na Voz dos Socioeducadores. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v.

34, e34412, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722018000100511&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 May 2019.

JIMENEZ, L. Você já está manjado: a saúde de adolescentes em conflito com a lei. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 14, n. 31, p. 535-549, dez. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2014000300008&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 01 maio 2019.

JIMENEZ, L.; ANDRADE, E. M.; BIANCHINI, L. G. B. Uso de drogas e ato infracional: revisão integrativa de artigos brasileiros. **Rev. latinoam. cienc. soc. niñezjuv**, Manizales, v. 14, n. 2, p. 939-955, 2016. Disponível em: <<http://revistalatinamericanaumanizales.cinde.org.co/wp-content/uploads/2016/07/4.-Uso-de-drogas-e-ato-infracional.pdf>>. Acesso em 01 maio 2019.

JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 maio 2019.

KINNER, S. A. *et al.* Complex health needs in the youth justice system: a survey of community-based and custodial offenders. **J Adolesc Health**, v. 54, n. 5, p. 521-6, 2014/00 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.10.003>>. Acesso 01 maio 2019.

MARTINS JUNIOR, J. **Como escrever trabalhos de conclusão de curso: instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos.** Petrópolis: Vozes, 2008. 222p.

MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **CadSaude Publica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1112-20, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2008000500018>. Acesso em 10 maio 2019.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-8, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 abr. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf>. Acesso em: 18 maio 2019.

MOREIRA, C. A.; SILVA, A. D.; MARTINS, S. A. Recuperando vidas: uma proposta de atendimento. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, n.30, p.221-227. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300018 Acesso em 19 out. 2018.

NARDI, F. L. et al. Perfil de adolescentes em privação de liberdade: eventos estressores, uso de drogas e expectativas de futuro. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 116-137, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682014000100008>. Acesso em 14 jun. 2019.

NETO, N. T.; CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G. D. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 511-540, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300511<=pt > Acesso em 02 maio 2019.

PACHECO, J. T. B.; HUTZ, C. S. Variáveis familiares preditoras do comportamento anti-social em adolescentes autores de atos infracionais. **Psicol. teor.pesqui**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 213-219, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000200009>. Acesso em 02 maio 2019.

PAULA, M. D.; ASSUMPCÃO JR, F. B. Delinquência juvenil e família. **Psicopedagogia**, Pinheiros, v.30, n.91, p.43-51, 2013. Disponível, em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862013000100006 Acesso em 14 jun. 2019.

PEREIRA, S. E. F. N.; SUDBRACK, M. F. O. Drogadição e atos infracionais na voz do adolescente em conflito com a lei. **Psicol. teor.pesqui**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 151-159, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000200004>. Acesso em 14 jun. 2019.

PEREIRA, C. C. M. et al. Características pessoais e familiares entre adolescentes infratores. **Revista de enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. São João Del Rei, v.6, n.2, p.2212-2222, 2016. Recuperado em 19 de outubro, 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/991> Acesso em 14 jun. 2019.

ORGANIZATION, W. H. **Young people's health: a chalenge for society**. Geneva, Switzerland.:120 p. 1986.

RIBEIRO, D. S.; RIBEIRO, F. M. L.; DESLANDES, M. S. Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo: relação entre as equipes das unidades e a rede de saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3. p. 1-11, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018000305015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em 14 jun. 2019.

RIJO, D.et al. Mental health problems in male young offenders in custodial versus community based-programs: implications for juvenile justice interventions. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, London, v. 10, p. 1-12, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27822300> Acesso em 14 jun. 2019.

SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.687-698, 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000300011&nrm=iso
Acesso em 19 out. 2018.

SCHNEIDER, J. A. et al. Adolescentes usuários de drogas e em conflito com a lei: revisão sistemática da literatura nacional. **Psicol. argum**, Curitiba, v. 34, n. 85, p. 120-132, 2016.

Disponível em:

<<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=16352&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em 14 jun. 2019.

SILVA, C. A. V. D. **Eixo 1 - Módulo 1 - Políticas públicas e direitos da criança e do adolescente**. Parte II - A concepção no Percurso Histórico. Brasília: Escola Nacional de Socioeducação - Especialização em Políticas Públicas e Socioeducação: 56 p. 2017.

SILVA, M. D. P. E. et al. Saúde mental e fatores de risco e proteção: focalizando adolescentes cumprindo medidas socioeducativas. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 162-169, 2015/00 2015. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000200005>. Acesso em 01 maio 2019.

SILVEIRA, M. A. S.; MARUSCHI, M. C.; BAZON, M. R. Risk and protection for adolescents engaged in practices of offensive conduct. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 348-357, 2012. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822012000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 maio 2019.

SOARES, R. H. *et al.* Judicial measures related to the mental health of teenagers in conflict with the law. **Interface**: Botucatu, v21, n.60, p.123-31, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100123 Acesso em 14 jun. 2019.

TORRALBO, F. A. P.; JULIANI, C. M. C. O sistema de referência e contrarreferência no atendimento ao adolescente: realidade X integralidade. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 03, n. 10, p.1016-1021, 2016. Disponível em:

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ym4j0Ua9sSoJ:https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11053/12467+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em 14 jun. 2019.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p. 507-14, 2005.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf> Acesso em 02 maio 2019.

VICENTIN, M. C. G.; ASSIS, D.; JOIA, J. O direito de crianças e adolescentes ao cuidado em saúde mental: tensões entre proteção e tutela no caso do uso de drogas. **DIKÉ Revista do Mestrado em Direito da UFS**, São Cristóvão, v.4, n.1, p.21-50, 2015. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/dike/article/view/3749>. Acesso em 14 jun. 2019.

VICENTIN, M. C. G.; GRAMKOW, G.; ROSA, M. D. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de "novos" manicômios judiciais. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 61-69, 2010. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

[12822010000100009&lng=pt&nrm=iso](#) Acesso em 02 maio 2019.

VINKERS, D. J.; DUIITS, N. Crime and mental disorders among native Dutch and ethnic minority juvenile defendants in the Netherlands. **Int J Law Psychiatry**, v. 34, n. 2, p. 131-4, 2011/03 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.02.008>>. Acesso em 01 de maio 2019.

VOLPI, M. **O adolescente e o ato infracional**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

YOUNG, S.; GREER, B.; CHURCH, R. Juvenile delinquency, welfare, justice and therapeutic interventions: a global perspective. **BJPsychBulletin**, Cambridge – UK, v.41, n.01, p.21-29. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5288089/> Acesso em 14 jun. 2019.

ZAPPE, J. G.; DIAS, A. C. G. Adolescência, violência e uso de drogas: um estudo de casos múltiplos. **Adolescência e Saúde**. Rio de Janeiro. v. 9, n. 2, p.30-36, 2012. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=313 Acesso em 14 jun. 2019.

ZAPPE, J. G.; DELL'AGLIO, D. D. Risco e Proteção no Desenvolvimento de Adolescentes que Vivem em Diferentes Contextos: Família e Institucionalização. **Rev. colomb. psicol.**, Bogotá , v. 25, n. 2, p. 289-305, Dec. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692016000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 jun. 2019.

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a), você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa “**A Saúde Mental do Adolescente em Cumprimento de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto: Abordagens das Equipes Técnicas**”. Após ser esclarecido(a) acerca das informações especificadas adiante, você terá o direito de escolher participar ou não deste estudo, bem como de desistir de sua participação em qualquer momento da pesquisa, sem a necessidade de apresentar qualquer justificativa para a desistência. Para tanto, basta informar a pesquisadora responsável por e-mail ou telefone. Em caso de recusa à participação, ou desistência posterior, você não sofrerá nenhuma forma de penalização. Se concordar em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento (que está em duas vias). Uma delas ficará com a pesquisadora responsável e a outra com você. É importante que você guarde esse documento, pois é uma garantia dos seus direitos legais enquanto participante do estudo. Sua identidade será mantida em sigilo absoluto. Os resultados que porventura venham a ser publicados em revistas ou eventos científicos abordarão os dados como um todo, não identificando nenhum participante de forma individual. De acordo com a resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, cabe ao pesquisador manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Estudo: **A Saúde Mental do Adolescente em Cumprimento de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto: Abordagens das Equipes Técnicas**

Pesquisadoras responsáveis: Psicóloga Mariane Comelli dos Santos; Prof^ª. Dr^ª. Denise Cord.

Telefone para contato: (48) 99955-4654

E-mail: maricomelli@gmail.com

Endereço: Rua Luis Oscar de Carvalho, nº 75, bloco B1, apto 21.

Esta pesquisa de Mestrado, do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC, se propõe a compreender como os profissionais das equipes técnicas dos Serviços de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas de LA e PSC da microrregião da Grande Florianópolis percebem e abordam as questões de saúde mental no atendimento aos adolescentes em conflito com a lei.

Este estudo se justifica pela importância que a temática da saúde mental do adolescente em conflito com a lei apresenta, seja no âmbito da ciência, da legislação, das políticas públicas a ela relacionadas e da prática profissional. Também se justifica pela escassez de estudos que abordem a questão da intervenção técnica no contexto do SINASE, principalmente sob o ponto de vista dos profissionais que atuam nas equipes. Dessa forma, pretende-se também compreender como os profissionais dessas equipes percebem as questões de saúde mental dos adolescentes atendidos no Serviço durante o processo socioeducativo; caracterizar as estratégias utilizadas pelos profissionais das equipes para a identificação de questões em saúde mental; caracterizar as intervenções realizadas pelos profissionais a partir das questões identificadas e compreender os desafios encontrados pelas equipes relacionados às demandas de saúde mental apresentadas pelos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

O estudo de caráter qualitativo será realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais das equipes técnicas dos Serviços de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas de LA e PSC dos municípios da microrregião da Grande Florianópolis. A escolha pela técnica de entrevista se deu por acreditar-se que essa é a técnica que melhor responderá aos objetivos propostos. As entrevistas serão conduzidas pela pesquisadora e ocorrerão no local e momento que o participante julgar mais adequados. O roteiro conta com oito questões abertas, tendo uma duração média total de 20 a 30 minutos.

Caso você autorize, o áudio da entrevista será gravado, de modo a facilitar a transcrição e análise do conteúdo. A pesquisadora se compromete a não compartilhar o conteúdo das gravações com ninguém mais além da orientadora da pesquisa. Também se garante que o conteúdo das gravações será salvo em um CD e será apagado do computador da pesquisadora.

De acordo com a resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, toda pesquisa envolve riscos e benefícios aos seus participantes. No que se refere aos riscos do presente estudo, considera-se que os mesmos são mínimos. Contudo, é possível que as respostas às questões da entrevista causem algum desconforto emocional ao participante, uma vez que o instrumento interroga sobre aspectos da prática profissional diária de cada um. Caso o participante sinta algum tipo de desconforto durante a entrevista, a pesquisadora se compromete a interromper o processo e oferecer suporte psicológico adequado. Também é importante

mencionar o risco da quebra de sigilo. Embora a pesquisadora se comprometa fortemente com a manutenção do sigilo de todos os dados coletados, a utilização dos recursos tecnológicos, como computador e gravador de voz, pode apresentar risco, mesmo que mínimo e não intencional, de vazamento de informações. Diante dos riscos apresentados, bem como de outras eventualidades não previstas no presente termo, fica garantido ao participante o direito à indenização em caso de danos provocados pela participação no estudo, a ser paga pela própria pesquisadora.

Em relação aos benefícios, embora não ocorram de forma direta e imediata ao participante, essa pesquisa se propõe a oferecer um espaço para reflexão sobre uma demanda presente no cotidiano de trabalho dos referidos serviços, podendo gerar melhorias no processo de trabalho das equipes, bem como subsidiar melhorias no nível da gestão os serviços e, conseqüentemente, na assistência aos usuários.

No que se refere aos custos da pesquisa ao participante, não está prevista nenhuma implicação financeira para sua participação. Entretanto, caso o participante apresente alguma despesa eventual decorrente de sua participação no estudo, a pesquisadora se compromete a ressarcir, por meios próprios, o valor gasto pelo mesmo.

A presente pesquisa está pautada nas recomendações éticas da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Todas as dúvidas dos participantes serão esclarecidas pessoalmente pela pesquisadora em momento anterior à realização da entrevista. Em caso de dúvidas após a realização da mesma, bem como desejo de retirar seu consentimento à participação, é possível contatar a pesquisadora a qualquer momento no decorrer da realização do estudo.

Declaração da pesquisadora:

Eu, Mariane Comelli dos Santos, mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, comprometo-me a conduzir a presente pesquisa pautada em todas as recomendações éticas para pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012.

Assinatura da pesquisadora: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO:

Eu, _____,

RG _____, CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis benefícios e riscos decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Também autorizo a gravação do áudio da entrevista, sendo-me garantido o sigilo do material gravado.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do sujeito: _____

Telefone para contato: _____

Contato do CEPESH/UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina - Pró-Reitoria de Pesquisa

Endereço: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 902, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400.

Telefone: (48) 3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Perguntas

- A) O que você entende por saúde mental?
- B) Quais questões de saúde mental você percebe no seu cotidiano de trabalho com os adolescentes? Como a equipe as identifica?
- C) Como a equipe trabalha essas questões durante o acompanhamento socioeducativo?
- D) A equipe encontra alguma dificuldade para trabalhar essas questões de saúde mental? Se sim, qual ou quais?
- E) Você percebe alguma relação entre o estado de saúde mental do adolescente e o andamento do processo socioeducativo? Se sim, qual?
- F) Quais estratégias você imagina como relevantes para aperfeiçoar o acompanhamento das questões de saúde mental dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto?
- G) Você tem algum comentário adicional sobre a temática?

Dados de caracterização

- 1) Nome: _____
- 2) Sexo: _____
- 3) Formação: _____
- 4) Tempo de Formação: _____
- 5) Tempo de atuação em medidas socioeducativas: _____

APÊNDICE 3

Bloco de Análise 1 - Percepções sobre Saúde Mental

Responde ao primeiro objetivo específico, que é “compreender como os/as profissionais das equipes percebem as questões de saúde mental dos adolescentes atendidos no Serviço durante o processo socioeducativo”.

Categorias: Concepções de Saúde Mental; Questões de Saúde Mental Percebidas; Relação entre Saúde Mental e Socioeducação.

Quadro 10: Análise da Categoria “Concepções de Saúde Mental”.

Subcategoria	Frequência	Exemplo
1. Conceito ampliado de saúde.	10	“A saúde, de acordo com o próprio conceito da OMS, ela não se refere apenas à ausência de doença, mas envolve um conceito mais amplo , certo?! E se refere ao completo bem estar físico, mental e social, ao bem estar psicossocial” (P1).
2. Questões psíquicas.	7	“Então, eu não tenho um conceito de saúde mental, mas acredito que são coisas que... são questões de saúde que estão relacionadas à questão mais psíquica, né ” (S1).
3. Capacidade de cumprir atividades cotidianas.	3	“Saúde mental é a pessoa se sentir bem com ela, ter condições de cumprir suas atividades do dia-a-dia ” (P2).
4. Forma de viver, história de vida	3	“Mais relacionado com hábitos, com modo de viver... com o jeito que a pessoa vive, o que que ela faz , que, claro, vai influenciar no físico dela, mas também vai ter essa influência mais subjetiva assim, né” (F2).
5. Relacionada a questões sociais	3	“ E de uma questão até de sociedade também. É isso. ” (P3)
6. Capacidade de fazer escolhas adequadas	3	“Saúde mental eu acho que tu estar em condições de fazer boas escolhas , que sejam boas para ti” (F4).
7. Capacidade de manter relações saudáveis	2	“Eu acho que é a pessoa estar bem consigo mesmo, assim, com as suas relações, com as suas relações interpessoais ” (P6).
8. Capacidade de lidar com os desafios da vida	2	“Eu penso que é a possibilidade de o sujeito lidar com os desafios que a vida e que a realidade coloca , né, do que vem do que vem do exterior, e do que vem do interior né, com um nível de sofrimento suportável, digamos assim” (F3).
9. Capacidade de autocuidado	2	“A saúde mental pra mim... é complicado essa... a saúde é complicado dizer né, mas a saúde mental é o autocuidado do sujeito ” (P3).
10. Acesso a direitos	1	“Mas que envolve, que envolve, cara, direito ao lazer, e à cultura, acesso à saúde física, garantia de direitos ” (B2).

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 11: Análise da Categoria “Questões de Saúde Mental Percebidas”.

Subcategoria	Frequência	Exemplo
1. Uso/abuso/ dependência de Substâncias Psicoativas	14	“Ah, é... Principalmente o uso e abuso de drogas né. É, os reflexos, às vezes, do uso e abuso de droga muito cedo. A gente tem adolescentes, às vezes, a gente tem jovens que a gente percebe que iniciaram o uso muito cedo. Então, é uma

		das questões com eles é o uso da substância e, às vezes, as sequelas e os reflexos depois na vida mais para frente, assim. O uso muito cedo. Eu acho que com 12, 13 anos, principalmente a maconha, que que é frequente.” (P3).
2. Diagnósticos psiquiátricos (t. psicóticos, ansiedade, depressão, t.de conduta)	10	“E, assim, a gente percebeu bastante casos de... teve esquizofrenia , a gente não contactou ali hora, mas percebia alguns traços” (P2).
3. Sofrimento decorrentes de diversas situações (violência, família, ato infracional, vulnerabilidade social)	9	“Eles vem, e é o resultado, a medida socioeducativa ou ato infracional é resultado de muitas violências que já sofreram . Então, por fim eles chegam aqui com muitas questões psicológicas a serem trabalhadas.” (P4). “A gente percebe bastante os efeitos, e, como psicóloga, os efeitos psíquicos das medidas, do ato infracional , de por onde eles passaram. Quais são os efeitos disso na saúde mental dos adolescentes, dos jovens que a gente atende” (S2).
4. Fragilidades/ Limitações (recursos simbólicos, autoconhecimento, autoestima, acesso a direitos)	6	“Uma pobreza de recursos, tanto materiais, também a escolaridade, uma pobreza gigante de recursos simbólicos , assim, muito grande” (B2). “Vai ter questões mesmo do próprio... para mim também entra uma coisa de saúde mental, do autoconhecimento . Às vezes, eles não se percebem.” (P2).

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 12: Análise da categoria “Relação entre saúde mental e Socioeducação”.

Subcategoria	Frequência	Exemplo
1- Influências do estado de saúde mental dos adolescentes no processo socioeducativo	9	“Teve um adolescente que nós acompanhamos recentemente, que apresentava muito mais demandas de PAEFI, que apresentava direitos violados, sofria violência naquele bojo familiar né, violência psicológica, física, trabalho infantil, e muito mais demandas de saúde mental do que, necessariamente, demandas de medida . Então, nós emitimos um relatório para o poder judiciário, muito bem embasado, solicitando a extinção ” (P1). “Quando o jovem, o adolescente não está muito bem da Saúde Mental, ele não consegue aproveitar os atendimentos ou concluir a PSC né ” (P7).
2- Potencial do Serviço na atenção à saúde mental dos adolescentes	8	“Eu vejo que, aqui, o atendimento da medida possibilita olhar para essas questões . E a gente é muito sensível, no sentido de que a gente percebe que, se tem algo que dificulta o cumprimento da medida por questões de um sofrimento, a gente consegue trabalhar isso. Eu vejo o espaço da medida como um espaço de possibilidades de se abrirem questões para o adolescente ” (B2).
3- Não há relação	2	“Eu não percebo assim um impacto direto, não. O que eu percebo mais, pelo menos nos atendimentos que eu tô fazendo aqui há dois anos e dois meses, são mais as questões sociais mesmo, que eu vejo que tem um impacto direto com o atendimento socioeducativo, sabe?” (S1).
4- Conclusão da medida sem resolução da demanda	1	“A gente até concluiu a medida, mas concluiu a medida fingindo que não está vendo um monte de coisas , fazendo vários encaminhamentos que a gente sabia que não vai dar em nada. E, enquanto medida socioeducativa, ele realmente cumpriu. Mas, a demanda de saúde mental ficou ali” (P4).

Fonte: elaborado pela autora.

APÊNDICE 4
Bloco de Análise 2 – Estratégias de Identificação e de Intervenção

Responde ao segundo e terceiro objetivos específicos, que são “caracterizar as estratégias utilizadas pelos/as profissionais das equipes para a identificação de questões em saúde mental”, e “caracterizar as intervenções realizadas pelos/as profissionais das equipes a partir das questões identificadas”.

Categorias: Estratégias de Identificação e Estratégias de Intervenção.

Quadro 13: Análise da Categoria “Estratégias de identificação”.

Subcategoria	Frequência	Exemplo
1- A partir do atendimento psicossocial (relato do adolescente, de familiares, atividades realizadas, construção do PIA e linguagem não verbal).	17	“Nós identificamos essas questões durante o atendimento . Alguns falam diretamente, outros não falam, aí a gente identifica pelo contexto da fala ” (F1). “É identificado pela fala da família , quando a família traz alguma situação, ou observando a dinâmica familiar , de como acontece. Eu acho que a maneira como o adolescente se apresenta também, se ela fala pouco, não fala. Bom, na comunicação ele acaba trazendo algumas coisas, seja lá de que forma for” (F4).
2- Psicólogo como profissional mais habilitado da equipe para a identificação das questões de saúde mental.	3	“Geralmente, nos atendimentos eles acabam trazendo algumas questões, que o psicólogo ele tá um pouco mais à frente disso ” (P5).
3- A partir do vínculo construído com o adolescente/jovem.	4	“Quando a gente vai criando um vínculo né, vai fortalecendo esse vínculo e o adolescente e o jovem começam a participar mesmo do atendimento, aí a equipe vai percebendo nas dificuldades que eles trazem” (P7).
4- A partir de demandas vindas do Poder Judiciário.	3	“Fora a parte que vem já com alguma indicação da justiça , que a gente já parte daquele ponto” (S3).
5- A partir dos estudos de caso entre as equipes de atendimento.	2	“ Porque a gente acaba estudando os casos e discutindo os casos em equipe . Então, muitas vezes, as colegas também... a gente às vezes está tão mergulhada no atendimento, que acaba não percebendo algumas coisas. E, quando a gente começa a relatar, a estudar o caso... né, essa questão aqui pode ser que esteja tendo um impacto, ou trazendo um sofrimento para aquele adolescente. Então, é um trabalho em conjunto, assim. Não pode ser descontextualizado, só do profissional que está atendendo né” (S1).
6- Identificação de questões de saúde mental não é o foco do atendimento socioeducativo.	2	“A gente não tem um objetivo, algo feito objetivamente para identificar as questões de saúde mental. Até mesmo porque aqui não é o foco do nosso serviço né . Então, se por acaso aparece, a gente acolhe, tenta identificar o que que é, e encaminhar para que o outro serviço possa tá dando atendimento né” (P6).
7- A partir de pesquisas na rede de atendimento.	1	“E, se a gente percebe alguma coisa que você precisa ser trabalhada, a gente busca na rede também , para ver se a família está em atendimento na rede, se já tem algum diagnóstico, alguma coisa nesse sentido” (S3).

8- A partir do ato infracional cometido.	1	“ Pelos próprios atos infracionais que são cometidos , que às vezes são de repetição, um número muito grande, que tu identifica ali que alguma coisa tem” (F4).
9- A partir do reconhecimento do adolescente/jovem.	1	“ Se eles não apontam isso como uma questão, eu não faço disso uma questão. Quando eles fazem disso uma questão, a gente tenta encaminhar por N vias, assim” (B2).

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 14: Análise da Categoria “Estratégias de Intervenção”

Subcategoria	Frequência	Exemplo
1- Encaminhamento e articulação com a rede de saúde.	13	“Bem, eu acho que a primeira diretriz é encaminhar para uma rede especializada para acompanhamento mais especializado em Saúde Mental” (F5). “Pois é, eu fico pensando na questão bem concreta, que eu acabei até falando antes. A situação bem específica de acessar a rede. Tanto para discutir a situação, para sensibilizar né a rede quando ainda não está em atendimento o adolescente ou a família, né, poder estabelecer essa ponte, fazer um pouco essa mediação, e também de discussão de intervenção (F3).
2- Intervenções de suporte em Saúde Mental possíveis no contexto socioeducativo.	11	“Eu busco, então, focar o meu trabalho nas questões ligadas ao empoderamento desse sujeito, ao fortalecimento da autoestima, ao fortalecimento da autonomia e ao desenvolvimento interpessoal ” (P1). “Os nossos atendimentos estão muito de conversar, de escutar mesmo o adolescente, né , de propor um trabalho de elaboração sobre si , sobre o seu desejo, sobre aquilo que eles sentem, para além do ato infracional” (B2).
3- Acolhimento e orientações ao adolescente e à família.	7	“Então, a gente, eu e minha colega, a gente acaba acolhendo , né. A gente acolhe , a gente orienta as questões, que a gente tem, como profissional” (P3).
4- Medida Socioeducativa não é espaço para intervenções em Saúde Mental.	4	“ Aqui não é o local. Nós somos uma equipe de execução. Que se todos tivessem uma preparação adequada para identificar esses sintomas, essas questões e fazer o encaminhamento adequado. Nós não temos que trabalhar a saúde mental aqui ” (P2).
5- Garantia de acesso a direitos.	4	“E aí também tem uma questão importante para tratar, para tratar não, para ajudar nessa diminuição desses efeitos, que é a premissa do nosso trabalho na assistência, que é a garantia de direitos . Inserção na escola, ou não, porque às vezes a inserção na escola é mais violenta do que eles estarem fora; a questão da saúde, de eles nunca terem acessado o posto de saúde; do mundo do trabalho; do esporte; do lazer. Então, assim, a gente também acredita que fazendo isso também auxilia na melhora da saúde mental desses jovens” (S2).
6- Realização de atividades lúdicas durante os atendimentos.	3	“A gente conversa, faz algumas atividades , a gente tem alguns jogos que a gente faz quando a gente acha necessário” (P3).
7- Vínculo como estratégia de intervenção.	3	“Eu acho que tem muitos momentos em que você cria um vínculo , embora não seja um espaço de fala somente, de um consultório. Eu acho que tem vezes que os adolescentes eles acabam usando esse espaço, nunca, jamais como espaço de terapia, mas muitas vezes o que eles trazem para equipe, os vínculos que eles criam com

		a equipe , eles não estão dispostos a ter no CAPS, por exemplo” (B1).
8- Psicólogo como profissional mais habilitado para essas intervenções.	3	“Algumas situações, mais a Psicologia acaba abordando , eu acho que um pouco nesse caminho assim” (S1).
9- Trabalho em grupo.	1	“O trabalho de grupo tem sido importante também, para as trocas que acontecem entre eles. Até assim, desde o uso de drogas, até os conflitos familiares, a questão da violência de Estado. Então, assim, essas coisas a gente trabalha individualmente, mas a gente vê que tem uma força maior quando a gente trabalha em grupo” (S2).

Fonte: elaborado pela autora.

APÊNDICE 5

Bloco de Análise 3 – Desafios do Trabalho com Saúde Mental no Contexto Socioeducativo

Responde ao quarto objetivo específico, que é “compreender os desafios encontrados pelas equipes relacionados às demandas de saúde mental apresentadas pelos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas”.

Categorias: Dificuldades Encontradas; Estratégias de Aperfeiçoamento; Potencial do Serviço na Promoção de Saúde Mental e Prevenção de Demandas de Saúde Mental.

Quadro 15: Análise da Categoria “Dificuldades encontradas”.

Subcategoria	Frequência	Exemplo
1. Fragilidade da rede de saúde.	13	“É a rede que, a gente gostaria que fosse, a maioria né, para a saúde básica, para tentar um acolhimento e avaliar. Mas, e que não tem. Os NASFs aqui não funcionam, às vezes, passam meses esperando. A gente tem que pressionar e, na maioria das vezes, a gente não consegue atendimento. A falha na rede ” (P3).
2. Não adesão aos encaminhamentos por parte dos adolescentes.	7	“Eu acho que tem muito essa questão do vínculo, sabe? Às vezes, tu até faz um encaminhamento, faz telefonema... Mas, às vezes, está vinculado com nosso serviço e não vincula no outro ” (S1).
3. Falta de preparo nas equipes/Necessidade de capacitação	6	“Eu acho que sim. Especialmente, o manejo de questões de saúde mental , eu acho, mais específicas. Eu acho que falta formação , de o que fazer, de ter clareza de um diagnóstico e saber, a partir de um diagnóstico, e daí conversando com a rede, saber o que fazer” (F5).
4. Divergências de posicionamentos entre a equipe.	3	“Uma das dificuldades é alinhar as abordagens entre a equipe , considerando diferentes formações e visões de mundo. A abordagem deve ser interdisciplinar, mas, às vezes, é multidisciplinar” (F1).
5. Dificuldades de compreensão/aceitação das demandas por parte das famílias.	3	“Acho que então, uma das dificuldades seria de que a saúde mental pode parecer uma coisa muito abstrata para as famílias ” (B1).
6. Necessidades de outras ordens não atendidas.	3	“É a falta de espaços de lazer, de cultura para os adolescentes e jovens, assim. Eu vejo que não existe. Para mim, isso é fundamental, assim, essa questão do convívio entre pares, da identificação, eu acho que aqui não tem. Então, é muito difícil para a gente trabalhar também” (B2).
8. Falta do profissional de Psicologia.	2	“Eu vejo que, inicialmente, já de cara, a gente não tem profissional psicólogo . Então, essa é a nossa maior dificuldade, porque, apesar de ser um atendimento multidisciplinar, cada profissional tem a sua visão, a sua formação. Então, no nosso caso, a nossa equipe ela não tem a psicóloga. Então, existe um vácuo aí, tá faltando.” (P4).
9. Impactos emocionais da	1	“Mas já ocorreu assim, no início do trabalho, não agora, lá atrás, há um ano e meio atrás, às vezes, de esbarrar

temática nos profissionais.		em algumas questões emocionais mesmo, em algumas dificuldades em abordar alguns temas, ou alguns conteúdos ” (P1).
10. Escassez de estratégias de atendimento no Serviço.	1	“Porque muitos adolescentes não gostam dessa, dessa falação, sabe? Desse atendimento só de fala. Então, a gente tem poucos recursos para lidar , e aqueles que se adaptam a estar num espaço fechado falando sobre si, enfim, a gente consegue trabalhar. Os outros, a gente já tem mais dificuldades, porque tem que ser muito inventivo, assim, para criar coisas” (B2).
11. Encaminhamentos do poder judiciário sem avaliação especializada.	1	“Às vezes a gente encontra dificuldade nos encaminhamentos que são realizados pela Vara da Infância , pela justiça, que é no sentido de que, se o adolescente faz uso de drogas, ele tem que ser acompanhado” (S2).
12. Medicalização dos adolescentes.	1	“Então a gente recebe jovens com muitos relatos de medicação, de uso de medicação ... E aí a gente tem a dificuldade de transpor esses conceitos” (S2).
13. Tempo restrito de acompanhamento e infrequência.	1	“Acho que o tempo da medida é um limite, sim. Acho que a infrequência deles acaba sendo também uma dificuldade...” (F2).

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 16: Análise da Categoria “Potencial do Serviço na Promoção de Saúde Mental”.

Subcategoria	Frequência	Exemplo
1. Promoção de um espaço privilegiado de escuta e atenção individualizada.	13	“Porque eu acho que a escuta que a gente tem a possibilidade de fazer né... é difícil ele ter em algum outro lugar . Eu acho que a gente tem que se apegar muito nisso, de que aqui seja um lugar onde ele possa ser reconhecido como um serzinho que talvez consiga fazer alguma coisa” (F3). “Então, sim, eu acho que pode ser um lugar para olhar para isso, para ser algo de prevenção, para eles também começarem a ter essa autopercepção . Então, acho que sim, acho que tem potencial” (F2).
2. Promoção do acesso aos direitos garantidos pelo ECA.	10	“Eu acho que é na garantia de um dos direitos que é a questão da saúde e, no caso, saúde mental né. Então, eu acho que faz total diferença, assim. Apesar que não fecha aqui” (F4).
3. Realização de orientações e prestação de informações.	6	“Então, essa parte de prevenção mesmo, a gente tenta nas orientações do serviço mesmo, mas não tem uma ação específica para isso. A não ser as orientações que a gente passa aqui no serviço sobre o que o uso pode estar causando na vida da pessoa né, relacionado ao uso de drogas. Que isso acaba interferindo também na saúde mental deles. É... a questão de certos cuidados que eles têm que ter em relação a isso” (P5).
4. Realização de intervenções com a família.	5	“Então, tem algumas coisas que a gente consegue encaminhar com os guris aqui com relação a isso, assim. E a articulação das famílias também para algumas questões. (S1).
5. Trabalho com grupos.	4	“Eu acho que os trabalhos em grupo , eu acho que são bem positivos, assim. Que são abordadas várias questões do dia-a-dia deles, né. Não necessariamente, como eu te falei, uma questão de transtorno, uma questão de substância, né. Não vai por esse lado né, mas são trabalhadas várias questões do dia-a-dia deles, que eu acredito que possa

		estar fortalecendo, favorecendo um pouco a questão de saúde mental, assim” (S3).
6. Trabalho na perspectiva de redução de danos.	2	“Porque eu acredito muito na redução de danos . Então, eu nunca vou dizer pra ele: ‘pare!’. Não vou falar isso. Porque eu sei que não vai dar certo. Não é a melhor estratégia. É uma sensibilização, é uma construção de vínculo com aquele jovem, com aquele adolescente” (P2).
7. Incentivo à participação política dos adolescentes.	2	“Também elaboramos um folder falando sobre essa conferência, estimulando a participação deles, um folder todo colorido. Atrás, nós colocamos o convite, elaborado pelo CMDCA, justamente para trabalhar o empoderamento deles, estimular a participação na conferência, para que eles também possam reivindicar direitos , acessar os seus direitos” (P1).
8. Participação política do Serviço.	1	“Eu vejo um grande potencial na participação do Serviço nas comissões intersetoriais do SINASE” (F1).

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 17: Análise da Categoria “Estratégias de Aperfeiçoamento do Trabalho com Saúde Mental”.

Subcategoria	Frequência	Exemplo
1. Fortalecimento das articulações com a rede de atendimento.	9	“Trocamos com as equipes e com os serviços de saúde mental . Eu acho que a gente tinha que ter mais proximidade com os equipamentos, principalmente, com os CAPS, principalmente, com o CAPSi...” (P3). “É claro que a rede também se amplia né, a rede socioassistencial também né, mas até a escolar , talvez até de alguma coisa na parte de esporte ... se a gente pudesse ter algum tipo de contato, né, de interlocução com eles, para ver o que que poderia ter disponível, né. Porque a gente está tão acostumada com o não ter, não ter, não tem... E não só a rede pública, mas essas ONGs ...” (F3).
2. Melhorias na capacitação das equipes.	6	“ Capacitação profissional também, que eu vejo que nessa área assim a gente ainda também, no meu caso com assistente social, eu vejo que que tô muito capenga tô muito fora do contexto” (P5).
4. Compartilhar responsabilidades sobre as questões de saúde mental.	4	“E aqui, diretamente no atendimento aos adolescentes, no meu entendimento, é trabalhar o acolhimento das demandas , né. É não fazer vista grossa . Sim, encaminhar lá para o serviço de saúde atender, mas não deixar também de acolher, de ouvir os relatos deles, de acolher o sofrimento. Não fragmentar e realmente criar um divisor de águas: ah, é saúde, eu não vou nem tocar aqui, manda lá pro CAPSi, manda lá pra UBS atender. Não, isso é feito aqui também” (P1).
5. Articulação entre a própria equipe/ Estudos de caso.	3	“E estudo de caso , em conjunto, eu também acho bem interessante. Mas, parece besteira falar porque parece muito óbvio, mas, por vezes, não se faz. Então, assim, o estudo de caso, em conjunto, eu acho que é fundamental” (F5).
6. Flexibilização das estratégias de atendimento a cada adolescente.	2	“Porque tem aqueles meninos que são mais introspectivos, tem aqueles meninos que são super falantes. Então, a gente sempre busca estratégias de facilitar o diálogo , sabe?” (S1).
7. Desenvolvimento de políticas e ações de	2	“Que tivesse alguma, alguma política voltada para a saúde dos jovens mesmo né. Porque a gente vê nas equipes, até da saúde da família, assim, ou é criança ou

saúde voltadas à juventude.		é idoso né, ou são grupos de risco, cardíacos, diabéticos, gestantes, e para os jovens a gente não vê” (S2).
8. Ampliação dos trabalhos em grupo (de familiares e/ou adolescentes.	2	“Acho que a única coisa que me vem talvez sejam os grupos , assim né. Pegar demandas comuns que a gente vê e tem trabalhar nesse sentido, sabe? Ou rodas de conversa, assim né. Outras estratégias que não no atendimento individual, para estar envolvido nisso, falando sobre isso, pensando sobre isso, né” (F2).
9. Controle social	1	“O controle social , a participação social, espaços de participação, inclusive para o adolescente, a participação na própria comunidade... É um grande desafio” (F1).
10. Ações de gestão.	1	“Eu acho que, primeiro, a gente ter uma coordenação municipal das medidas socioeducativas , que vai fazer com que... que é o que já tá no Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo, para efetivar ativar o que de fato prevê esse plano” (F4).
11. Trabalho com prevenção.	1	“É, eu acho que talvez trabalhando mais preventivamente . É, porque o que a gente faz atualmente é acolher e encaminhar. Eu acho que talvez se a gente começasse a trabalhar mais na prevenção, de repente, eu vejo muito forte a questão do uso de drogas e tal” (P6).
12. Composição completa das equipes.	1	“Acho que, primeiro de tudo, a gente teria que ter o profissional ” (P4).

Fonte: elaborado pela autora.

APÊNDICE 6 - Artigo Submetido à “Revista Pesquisa e Práticas Psicossociais”

**Adolescência, uso de drogas e prática infracional: reflexões a partir de estudos brasileiros.
Adolescence, drug use and infractional practice: reflections from Brazilian studies.
Adolescencia, uso de drogas y práctica infracción: reflexiones a partir de estudios
brasileños.**

Mariane Comelli dos Santos
Denise Cord
Daniela Ribeiro Schneider

Resumo

A questão do uso de drogas entre adolescentes em conflito com a lei aparece com frequência nos estudos nacionais e internacionais e desperta preocupações sobre a associação entre estas duas variáveis e suas consequências às condições de saúde dessa população. Através de revisão integrativa buscou-se analisar o estado da arte da produção científica brasileira sobre a temática. Foram selecionados 30 artigos, analisados pelas categorias: Metodologia, Distribuição anual, Áreas de Conhecimento, Objetivos, Resultados, Políticas Públicas. Resultados: a questão é amplamente discutida na literatura nacional, sendo a análise da variável “uso de drogas”, em alguns artigos, determinante na associação com o conflito com a lei e, em outros, um entre múltiplos fatores que se combinam na construção do fenômeno. Poucos estudos abordaram a prática profissional e as políticas públicas relacionadas à temática. Conclui-se que o fenômeno é complexo e necessita de abordagens ampliadas, bem como suporte das políticas públicas a ele relacionadas.

Palavras-chave: Adolescentes; Ato Infracional; Uso de Drogas; Políticas Públicas.

Abstract

The issue of drug use among adolescents in conflict with the law appears frequently in national and international studies and raises concerns about the possible association between these two variables and their consequences for health conditions that population. Through an integrative literature review, we sought to analyze the state of the art of Brazilian scientific production on the subject. 30 articles were selected and analyzed from the following categories: Methodology, Annual Distribution, Areas of Knowledge, Objectives, Results, Interlocution with Public Policies. Results: that issue is widely discussed in the national literature, including the analysis of the "drug use" in some articles as a determining factor in association with conflict with the law and, in others, as one of multiple factors that combine in the construction of the phenomenon. We found few studies that discuss professional practice and public policies related to the subject. It is concluded that the phenomenon is complex and needs expanded approaches, as well as support of public policies related to it.

Key Words: Adolescents; Infraction; Drug Use; Public Policies.

Resumen

La cuestión del uso de drogas entre adolescentes en conflicto con la ley aparece con frecuencia en los estudios nacionales e internacionales y despierta preocupaciones sobre la posible asociación entre estas dos variables y sus consecuencias para las condiciones de salud de esa población. A través de revisión integrativa de literatura se buscó analizar el estado del arte de la producción científica brasileña sobre la temática.. Se seleccionaron 30 artículos, analizados a partir de las categorías: Metodología, Distribución anual, Áreas de Conocimiento, Objetivos, Resultados, Interlocución con las Políticas Públicas. Como resultados, se observó que la cuestión es ampliamente discutida en la literatura nacional, incluyendo el análisis de la variable "uso de drogas" en algunos artículos como determinante en la asociación con el conflicto con la ley y, en otros, como uno entre múltiples factores que se combinan en la construcción del fenómeno. Se han encontrado pocos estudios que abordan la práctica profesional y las políticas públicas relacionadas con la temática. Se concluye que el fenómeno es complejo y necesita enfoques ampliados, así como el apoyo de las políticas públicas a él relacionadas.



Palabras claves: Adolescentes; Acto Infraccional; Uso de drogas; Políticas públicas.

Capa > Usuário > Autor > Submissões > #3166 > Avaliação

#3166 Avaliação

RESUMO AVALIAÇÃO EDIÇÃO

Submissão



Autores Mariane Comelli dos Santos, Denise Cord, Daniela Ribeiro Schneider 
 Título Adolescência, uso de drogas e prática infracional: reflexões a partir de estudos brasileiros
 Seção Revisão Crítica de Literatura
 Editor Larissa Santos 

Avaliação

Rodada 1

Versão para avaliação [3166-10907-1-RV.DOCX](#) 2018-11-10
 Iniciado —
 Última alteração —
 Arquivo enviado Nenhum(a)

Decisão Editorial

Decisão —
 Notificar editor  Comunicação entre editor/autor  Sem comentários
 Versão do editor Nenhum(a)
 Versão do autor Nenhum(a)
 Transferir Versão do Autor Nenhum arquivo selecionado

A Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais é uma publicação eletrônica, mantida pelo Laboratório de Pesquisa e Intervenção Psicossocial e pelo Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (LAPIP/PPGPSI/UFSJ). É um periódico aberto, registrado com o ISSN 1809-8908, de acesso livre na internet publicado quadrimestralmente, desde 2006. <http://www.seer.ufsj.edu.br>