

# Políticas de Saúde Mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas

CADERNOS TEMÁTICOS CRP SP



Conselho Regional  
de Psicologia SP

## XII Plenário (2007-2010)

### Diretoria

Presidente | Marilene Proença Rebello de Souza  
Vice-presidente | Maria Ermínia Ciliberti  
Secretária | Andréia De Conto Garbin  
Tesoureira | Carla Biancha Angelucci

### Conselheiros efetivos

Marilene Proença Rebello de Souza, Andréia de Conto Garbin, Carla Biancha Angelucci, Elda Varanda Dunley Guedes Machado, José Roberto Heloani, Lúcia Fonseca de Toledo, Maria Auxiliadora de Almeida Cunha Arantes, Maria Cristina Barros Maciel Pellini, Maria de Fátima Nassif, Maria Ermínia Ciliberti, Maria Izabel do Nascimento Marques, Mariângela Aoki, Patrícia Garcia de Souza, Sandra Elena Sposito e Vera Lúcia Fasanella Pompílio.

### Conselheiros suplentes

Adriana Eiko Matsumoto, Beatriz Belluzzo Brando Cunha, Carmem Silvia Rotondano Taverna, Fábio Silvestre da Silva, Fernanda Bastos Lavarello, Leandro Gabarra, Leonardo Lopes da Silva, Lilihan Martins da Silva, Luciana Matos, Luiz Tadeu Pessutto, Lumena Celi Teixeira, Maria de Lima Salum e Morais, Oliver Zancul Prado, Silvia Maria do Nascimento e Sueli Ferreira Schiavo.

## XIII Plenário (2010-2013)

### Diretoria

Presidente | Carla Biancha Angelucci  
Vice-presidente | Maria de Fátima Nassif  
Secretária | Mariângela Aoki  
Tesoureira | Gabriela Gramkow

### Conselheiros efetivos

Ana Ferri de Barros, Carla Biancha Angelucci, Carolina Helena Almeida de Moraes Sombini, Fabio Souza Santos, Fernanda Bastos Lavarello, Gabriela Gramkow, Graça Maria de Carvalho Câmara, Janaína Leslão Garcia, Joari Aparecido Soares de Carvalho, Leandro Gabarra, Maria de Fátima Nassif, Mariângela Aoki, Maria Orlene Daré, Patrícia Unger Raphael Bataglia, Teresa Cristina Lara de Moraes.

### Conselheiros suplentes

Alacir Villa Valle Cruces, Cássio Rogério Dias Lemos Figueiredo, José Ricardo Portela, Leonardo Lopes da Silva, Lilihan Martins da Silva, Luis Fernando de Oliveira Saraiva, Luiz Eduardo Valiengo Berni, Luiz Tadeu Pessutto, Makilim Nunes Baptista, Marília Capponi, Marly Fernandes dos Santos, Rita de Cássia Oliveira Assunção, Roberta Freitas Lemos, Rosana Cathya Ragazzoni Mangini, Teresa Cristina Endo.

## Gerente geral

Diógenes Pepe

## Organização do Caderno

Comissão de Criança e Adolescente – CRP SP

## Projeto gráfico e editoração

Fonte Design | [www.fontedesign.com.br](http://www.fontedesign.com.br)

## Ficha Catalográfica

---

C744p

Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org).

Políticas de saúde mental e juventude nas fronteiras

psi-jurídicas / Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região - São

Paulo: CRP SP, 2011.

60f.; 23cm. (Caderno Temático 12).

### Bibliografia

ISBN: 978-85-60405-17

1. Psicologia
2. Saúde mental
3. Ato Infracional
4. Transtornos de personalidade
5. Internação compulsória I. Título

---

CDD 159.9

Elaborada por: Vera Lúcia R. dos Santos – Bibliotecária

CRB 8ª Região 6198

# Cadernos Temáticos do CRP SP

Desde 2007, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo inclui, entre as ações permanentes da gestão, a publicação da série CADERNOS TEMÁTICOS do CRP SP, visando registrar e divulgar os debates realizados no Conselho em diversos campos de atuação da Psicologia.

Essa iniciativa atende a diversos objetivos. O primeiro deles é concretizar um dos princípios que orienta as ações do CRP SP – o de produzir referências para o exercício profissional de psicólogos e psicólogas; o segundo é o de identificar áreas que merecem atenção prioritária, em função de seu reconhecimento social ou da necessidade de sua consolidação; o terceiro é o de, efetivamente, dar voz à categoria, para que apresente suas posições e questões, e reflita sobre elas, na direção da construção coletiva de um projeto para a Psicologia que expresse a sua importância como ciência e profissão.

Os três objetivos articulam-se e os Cadernos Temáticos apresentam os resultados de diferentes iniciativas realizadas pelo CRP SP, que contaram com a experiência de pesquisadores e pesquisadoras, assim como especialistas da Psicologia para debater sobre atuações relativas a áreas ou temáticas diversas no campo da Psicologia. Temos como princípio o debate permanente, seja para consolidar diretrizes, seja para estabelecer mais claramente os caminhos a serem trilhados no enfrentamento dos inúmeros desafios presentes em nossa realidade, sempre compreendendo a constituição da subjetividade como fenômeno complexo, multideterminado e histórico. A publicação dos Cadernos Temáticos é, nesse sentido, um convite à continuidade dos debates. Sua distribuição é dirigida a psicólogos e psicólogas, bem como aos diretamente envolvidos com cada temática, criando uma oportunidade para que provoque, em diferentes lugares e de diversas maneiras, uma discussão profícua sobre a prática profissional da Psicologia.

Este é o 12º Caderno da série. O seu tema é **Políticas de Saúde Mental e Juventude nas Fronteiras Psi-jurídicas**. A este, seguir-se-ão outros debates que trarão, para o espaço coletivo de reflexão, crítica e proposição que o CRP SP se dispõe a representar, temas relevantes para a Psicologia e para a sociedade.

A divulgação deste material nas versões impressa e digital possibilita a ampla discussão, mantendo permanentemente a reflexão sobre o compromisso social de nossa profissão, reflexão para a qual convidamos a todos e todas.

**Cadernos já publicados, podem ser consultados em [www.crpsp.org.br](http://www.crpsp.org.br):**

- 1 – Psicologia e preconceito racial
- 2 – Profissionais frente a situações de tortura
- 3 – A psicologia promovendo o ECA
- 4 – A inserção da Psicologia na Saúde Suplementar
- 5 – Cidadania ativa na prática
- 5 – Ciudadanía activa en la práctica
- 6 – Psicologia e Educação: contribuições para a atuação profissional
- 7 – Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- 8 – Dislexia: subsídios para políticas públicas
- 9 – Ensino da Psicologia no Nível Médio
- 10 – Psicólogo judiciário nas questões de família
- 11 – Psicologia e Diversidade Sexual

# Sumário

**6** Introdução

**Apresentação**

MARIA CRISTINA GONÇALVES VICENTIN

**7**

**Fronteiras psi-jurídicas dos casos de interdição em andamento em São Paulo e a questão da Unidade Experimental de Saúde**

FLÁVIO AMÉRICO FRASSETO

**9**

**Interface da Saúde Mental em questão de Justiça e o ponto de vista do Poder Judiciário paulista**

MÔNICA RIBEIRO DE SOUSA PAUKOSKI

**15**

**O trabalho do Departamento de Execuções da Infância e da Juventude – DEIJ**

MARIA DE FÁTIMA PEREIRA DA COSTA E SILVA

**21**

**A função social da periculosidade hoje e as novas funções do Manicômio Judiciário**

TANIA KOLKER

**25**

**A Fundação Casa de São Paulo**

DÉCIO PERRONE RIBEIRO

**28**

**Situação da política de Saúde Mental para adolescentes dos municípios do Estado de São Paulo**

ROBERTO MARDEM SOARES FARIAS

**32**

**A reforma em Saúde Mental e os desafios na interface com a Justiça. Proposições da Coordenação de Saúde Mental para adolescentes em situações de vulnerabilidade e nas fronteiras com o sistema de Justiça**

PEDRO GABRIEL DELGADO

**36**

**Política de Saúde Mental e Política de Atendimento Socioeducativo de Adolescentes em Conflito com a Lei: desafios da atenção e cuidado de adolescentes em privação de liberdade a partir da leitura de dados**

SUSANA CECÍLIA LAVARELLO MINTEGUI

MARCUS VINICIUS ALMEIDA MAGALHÃES

**43**

**A Saúde Mental no âmbito do Sistema Socioeducativo**


EDUARDO DIAS DE SOUZA FERREIRA

**51**

# Introdução

O seminário que deu origem a esse Caderno Temático, cujo título era ***Políticas de saúde mental e juventude em situação de vulnerabilidade***, foi uma atividade da “Semana da Luta Antimanicomial: Saúde Mental para tod@! Por uma sociedade sem manicômios” e do Ciclo de Comemorações dos 18 anos do ECA: “Maioridade do ECA: contribuindo com a luta pelo respeito aos direitos das crianças e dos adolescentes”. Foi realizado no dia 14 de maio de 2008 na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). A organização dos eventos foi composta por: Associação Brasileira de Magistrados e Promotores da Infância e Juventude, Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (Cedeca) Interlagos, Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, curso Adolescência e Juventude na Contemporaneidade do Instituto Sedes Sapientiae, Defensoria Pública do Estado de São Paulo, equipe de Psicologia do Fórum das Varas Especiais da Infância e Juventude, mestrado profissional “Adolescente em conflito com a lei” da Universidade Bandeirantes de São Paulo (Uniban) e Núcleo de Pesquisa “Violências: Sujeito e Política” do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da PUC-SP.

O evento teve apoio de: Associação dos Conselheiros Tutelares do Estado de São Paulo (Actesp); Associação Nacional dos Centros de Defesa da Criança e do Adolescente (Anced), Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cíveis e de Tutela Coletiva do Ministério Público do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Psicologia, Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), Conectas – Direitos Humanos, Conselho Regional de Serviço Social de São Paulo (Cress/SP), Coordenadoria da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça de São Paulo, Curso de Especialização em Psicologia Jurídica do Instituto Sedes Sapientiae, Faculdade de Psicologia da PUC-SP, Fórum Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente de SP, Fórum Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, Grupo Tortura Nunca Mais do RJ, Instituto Latino-Americano da Nações Unidas Para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente (Ilanud Brasil), Instituto Sedes Sapientiae, Laboratório de Saúde Mental Coletiva da Infância e Adolescência (Lasamec) da Faculdade de Saúde Pública da USP, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica (Nufor) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, Comissão Direitos da Criança e Adolescente da Seccional Paulista da OAB-SP, Projetos Terapêuticos, Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Secretaria Especial de Direitos Humanos.

As informações presentes no Caderno, relativas aos cargos e funções dos autores dos artigos, representam o momento em que foi realizado o Seminário, em 2008. 

# Apresentação

Discutir Políticas de Saúde Mental e Juventude em Situação de Vulnerabilidade é uma iniciativa de um grupo que reúne, entre organizadores e apoiadores: instituições formadoras, conselhos profissionais, trabalhadores da Saúde, do Poder Judiciário, do Ministério Público, da Defensoria Pública, entidades de defesa e garantias de direitos das crianças e dos adolescentes. Esse grupo está há muito tempo engajado em uma discussão pela qualificação das políticas da Saúde Mental para adolescentes e jovens, principalmente aqueles em situação de vulnerabilidade social.

Temos clareza que somente a cooperação entre Justiça, Saúde, Assistência Social e o conjunto de políticas públicas pode oferecer caminhos fecundos para qualificação dessas políticas. Por isso, também optamos por fazer este debate na Semana da Luta Antimanicomial, para marcar nosso compromisso com a reforma da Saúde Mental e, principalmente, com a superação dos seus hiatos e o acolhimento das demandas que ainda temos por trabalhar.

Existem diversas diretrizes, resoluções e projetos de âmbito federal<sup>1</sup>, estadual e municipal relativos a uma política de Saúde Mental para infância e adolescência, expressas principalmente nos documentos: *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil* do Ministério da Saúde de 2005, e *Política de Saúde Mental para a Infância e Adolescência, uma proposta de organização da atenção*, uma re-

---

1 *Portaria Interministerial nº 1.426, de 14/07/04*: Aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e dá outras providências.

*Portaria nº 340, de 14/07/04*: Considerando a necessidade de estabelecer normas, critérios e fluxos para adesão e operacionalização das diretrizes de implantação e implementação da atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas, resolve: Art. 2º Definir que a atenção à saúde dos adolescentes no âmbito das unidades de internação e internação provisória compreenderá o desenvolvimento das ações de saúde previstas no Anexo I desta Portaria e deverá ser realizada por equipe de saúde, de caráter multidisciplinar, composta por profissionais de nível médio e superior. § 10 Visando garantir uma atenção à saúde humanizada e de qualidade.

*Portarias SAS 647, de 11/11/08*: A Secretária de Atenção à Saúde Substituta, no uso de suas atribuições, considerando a *Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004*, Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que estabelece as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas; considerando a aprovação do Documento do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, em junho de 2006, em Assembleia do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – Conanda, considerando a *Resolução Nº 119, de 11 de dezembro de 2006*, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e dá outras providências.


solução da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo de 2001<sup>2</sup>. No entanto, elas ainda não estão devidamente implementadas. Esse hiato é visível, por exemplo, na crescente internação psiquiátrica de adolescentes por mandado judicial, na medicalização como resposta às problemáticas das rebeldias, das delinquências e do consumo abusivo de drogas, na insuficiente instalação de serviços previstos pela reforma, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e ações de Saúde Mental na atenção básica.

Esse quadro é ainda mais contundente para os adolescentes inseridos no sistema socioeducativo. As precárias condições de saúde de jovens cumprindo medidas socioeducativas de internação levaram os Ministérios da Justiça e da Saúde a instituírem, desde 2004, portarias para ampliar a oferta e a qualificação de políticas de saúde para essa população.

Nós sabemos que as interfaces de Saúde Mental e juventude em situação de vulnerabilidade são muitas. Nosso compromisso é seguir aprofundando e construindo essa discussão Inter setorial e interinstitucional.

Esse primeiro seminário vai focalizar, especialmente na primeira mesa, a questão dos adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas na interface com a discussão da Saúde Mental. Este seminário tem a tarefa de ampliar a nossa compreensão sobre esta discussão, tornar mais complexa nossa análise para evitar qualquer resposta reducionista e, principalmente, construir novos caminhos, sugerir modos de trabalho.

A primeira mesa vai apresentar nossos “nós problemáticos”, nessa composição de política de Saúde Mental para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa; e a segunda, nossas diretrizes éticas, técnicas e políticas para produzir saúde.

Este é um seminário cuja intenção é ampliar a nossa análise e, principalmente, propor estratégias para enfrentar este panorama. Teremos inicialmente duas mesas, depois uma plenária, com a possibilidade de ampliarmos as discussões, as análises, propondo estratégias. 

**Maria Cristina Gonçalves Vicentin**

**Professora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da PUC-SP; Coordenadora do Núcleo de Pesquisa Violências: sujeito e política – Nevis; Representante do Grupo Interinstitucional.**

---

<sup>2</sup> *Resolução SS-17, de 19/02/01: Política de Saúde Mental para a infância e a adolescência – uma proposta de organização da atenção – elaborada pela Comissão de Cuidados à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes no Estado de São Paulo.*



# Fronteiras psi-jurídicas dos casos de interdição em andamento em São Paulo e a questão da Unidade Experimental de Saúde

**Flávio Américo Frasseto**

Coordenador do Núcleo Especializado da Infância e Juventude da Defensoria Pública do Estado de São Paulo e membro do Grupo interinstitucional.

Há mais de uma década, entendendo necessária a melhoria na qualidade do atendimento em Saúde Mental a adolescentes e jovens/adultos privados de liberdade no sistema socioeducativo de São Paulo, pressões advieram do Judiciário paulista para que a Fundação Casa (antiga FEBEM) e o Sistema de Saúde tomassem providências. A certa altura, a Secretaria de Estado da Saúde decidiu construir unidade destinada a oferecer, durante o cumprimento de medida socioeducativa de internação, atendimento diferenciado na área de Saúde Mental, unidade que foi integrada no organograma institucional da Fundação Casa.

Em 19 de julho de 2006, a então FEBEM/SP divulgou, por sua assessoria de imprensa, a construção, já então em curso, da Unidade Experimental de Saúde (UES). A unidade, destinada a jovens sob medida socioeducativa de internação que apresentassem “distúrbio psicológico”, funcionaria por meio de uma parceria entre a UNIFESP, Associação Beneficente Santa Fé e Fundação Casa.

Em 18 de dezembro de 2006, o prédio da unidade é inaugurado, agora com a notícia de que “a Secretaria da Saúde do Estado investiu R\$ 2,5 milhões em uma nova unidade da Fundação Estadual do Bem Estar do Menor (FEBEM) que abrigará adolescentes considerados ‘problemáticos’. A superintendência de Saúde afirma, porém, que a unidade não abrigará doentes mentais, mas adolescentes de

*‘conduta antissocial’, que ela mesma define como ‘internos com tendência a depredar unidades, que não cuidam de suas coisas, são questionadores e não seguem normas, os agitados’”.*

Posteriormente, em 6 de maio de 2006, a Justiça paulista ordenou que para lá fosse transferido um jovem então recolhido em uma das unidades da Fundação Casa. Tal interno já havia completado o período máximo de privação de liberdade (três anos), mas ainda era mantido privado de liberdade em unidade do sistema socioeducativo, posto que submetido, por determinação judicial,

---

*A unidade, destinada a jovens sob medida socioeducativa de internação que apresentassem “distúrbio psicológico”, funcionaria por meio de uma parceria entre a UNIFESP, Associação Beneficente Santa Fé e Fundação Casa.*

à medida de proteção consistente no encaminhamento a equipamento de Saúde que garantisse a contenção. A Secretaria de Saúde informou, na oportunidade, ser impossível operar tal encaminhamento em razão de o caso não ser elegível para hospital psiquiátrico. Tal jovem permaneceu na Fundação Casa até que, tempos depois, o próprio Poder Judiciário determinou sua remoção para a

Unidade Experimental de Saúde que, até então, embora inaugurada, não se encontrava em funcionamento.

Passados cerca de seis meses do envio do jovem a esse equipamento, incluído então no organograma de unidades da Fundação Casa, o governador

---

*Em pouco mais de dois meses de existência, a Unidade Experimental de Saúde, além do jovem que lá se encontrava quando da edição do decreto 52.419/2007, já recebeu mais sete internos.*

do Estado, por meio do Decreto n. 52.419/2007, de 28 de novembro de 2007, transfere a Unidade Experimental da alçada da Fundação Casa para a Secretaria de Estado da Saúde. É que o referido jovem iria completar 21 anos, saindo compulsoriamente da jurisdição da Infância e Juventude e tornando inexoravelmente ilegal sua permanência em unidade do sistema socioeducativo.

Já no dia seguinte à edição do decreto, em 29.11.2007, as Secretarias de Estado da Saúde, da Administração Penitenciária e da Justiça – essa última por intermédio da Fundação Casa – firmaram um “Termo de Cooperação Técnica”, cujo objetivo era a “conjugação de esforços entre os partícipes visando propiciar aos adolescentes/jovens adultos, internados na unidade cujo uso foi permitido à Saúde, tratamento adequado à patologia diagnosticada, sob regime de contenção conforme determinação do Poder Judiciário”.

No documento vem mencionado que a Fundação Casa seria responsável pela administração da Unidade durante o período de transição desta para a Saúde. A Secretaria da Saúde ficaria responsável por “indicar o gestor da unidade e a equipe médica responsável pelo tratamento dos internos” e, finalmente, à Administração Penitenciária caberia a indicação do responsável pela coordenação de segurança da unidade, determinando as medidas de segurança apropriadas, de modo a garantir a contenção dos

internos. O termo de cooperação tem vigência de cinco anos. A Fundação Casa, pouco tempo depois, cessa sua cooperação na gestão da Unidade, que fica, então, sob os cuidados exclusivos da Secretaria de Saúde e Administração Penitenciária.

O termo de cooperação técnica aponta que a UES será utilizada para abrigar adolescentes/jovens adultos autores de atos infracionais, que cumpriram medida socioeducativa na Fundação e tiveram esta medida convertida pelo Poder Judiciário em medida protetiva, por força do disposto no §3º do art. 121, do Estatuto da Criança e do Adolescente, por serem portadores de diagnóstico de transtorno de personalidade e/ou possuírem alta periculosidade em virtude de seu quadro clínico. Nessas situações, o Poder Judiciário, ainda segundo o mesmo documento, “*determina que a medida protetiva seja cumprida em local onde o adolescente/jovem adulto deverá permanecer sob contenção, dispondo de tratamento psiquiátrico compatível com sua patologia*”. Tais jovens não teriam como ser encaminhados para hospitais psiquiátricos, já que esses últimos “obedecem às diretrizes da política de Saúde Mental do SUS, caracterizada por serviços que não dispõem de espaços físicos de contenção”.

Em pouco mais de dois meses de existência, a Unidade Experimental de Saúde, além do jovem que lá se encontrava quando da edição do decreto 52.419/2007, já recebeu mais sete internos.

Desses internos, pelo menos cinco deles, ou seja, a maioria, lá não se encontra por “*conversão da medida socioeducativa de internação em medida de proteção*”, como dito no termo de cooperação. Eles lá estão por ordem proferida em procedimento estranho à apuração da infração cometida na adolescência e à execução da medida aplicada. Trata-se de decisões proferidas por juízos cíveis (vara cível/família e sucessões) em processos de interdição nos quais o Ministério Público requer a internação compulsória dos jovens. De uma forma geral, quando a liberação do jovem que cumpre medida socioeducativa já se mostra iminente pelo advento de alguma das causas de

liberação compulsória previstas no art. 121 do ECA (três anos de internação ou o atingimento dos 21 anos) o promotor que atua na vara cível/família da região de moradia do jovem, promove a ação de interdição com pedido de internação psiquiátrica.

Nessas ações, argumentando que tais pessoas são incapazes de se autogovernarem em atos da vida civil além de – e principalmente – são perigosos para a sociedade, o Ministério Público demanda à Justiça ordem de internação psiquiátrica compulsória. Esta ordem de recolhimento, não está, pelo menos no nível do discurso, diretamente ligada à infração pretérita, que em geral resultou no cumprimento do tempo máximo de reprimenda imposta pela Justiça sob forma de medida socio-educativa. Ela se funda em um suposto risco de infração futura, previsto por algum psiquiatra.

Entre os jovens que lá se encontram, há um que chegou a ser efetivamente liberado pela Justiça da Infância e Juventude e que, depois, acabou aprisionado em sua residência em razão do cumprimento de ordem judicial de recolhimento derivada de processo de interdição, com ordem de internação compulsória em razão de sua suposta periculosidade.

As ordens de internação originadas nesses processos de interdição têm como característica a absoluta indeterminação do tempo de privação de liberdade. Não há, por parte do juiz que as determina, qualquer referência nem mesmo a prazos de reavaliação do caso, nem definição da equipe incumbida de promovê-la. A elaboração de laudos de reavaliação não consta das atribuições da Secretaria de Saúde em relação ao equipamento.

Em 8 de fevereiro de 2008, o Diário Oficial do Estado de São Paulo publicou a Resolução Conjunta SS/SAP – 1, de 7 de fevereiro de 2008, dispondo sobre as visitas na Unidade Experimental de Saúde, restringindo-as a parentes, uma vez por semana, aos domingos, regime em tudo assemelhado àquele em vigor nas unidades prisionais e nas unidades da Fundação Casa. Curiosamente, em 18 de fevereiro de 2008, a Secretaria de Estado

da Saúde divulgou a flexibilização e ampliação do horário de visitas aos pacientes internados em hospitais da rede, providência que não alcançou os “pacientes” da Unidade Experimental de Saúde.

Até pouco tempo o perfil dos recolhidos na Unidade incluía a prática de crimes graves, em geral homicídios. Recentemente, contudo, para lá foi enviado um jovem, até então na Fundação Casa, sem registro de crime/ato infracional praticado com violência ou grave ameaça contra a pessoa (com furto e arrebatamento de celular, condutas típicas de adolescentes com vivência de rua).

Esses são os fatos, drasticamente resumidos, cuja correção ou complementação peço que seja feita por quaisquer dos presentes que vêm acompanhando a situação.

O problema suscita várias e muitas inquietações e por isso é trazido para discussão pública.

Ele comporta muitas facetas, uma delas com clara conexão com o movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, que dá o pano de fundo a esse evento. É que a custódia dessas pessoas vem legitimada não como reação social ao crime que cometeram, mas em razão de uma possível patologia mental que as acomete, patologia esta que as tornaria perigosas e, em face da qual a única solução aceitável seria a segregação em

---

*Até pouco tempo o perfil dos recolhidos na Unidade incluía a prática de crimes graves, em geral homicídios.*

equipamento de Saúde (frise-se bem) que garanta a contenção física: solução que ao mesmo tempo atenderia a razões de segurança social e viabilizaria um tratamento, algo que no fundo seria bom para a própria pessoa.

Isso tudo nos remete a outra temática, um capítulo obrigatório em toda reflexão sobre loucura e sua gestão: a patologização do crime e a criminalização da loucura.

Quero deixar claro que, tanto como todos aqui têm, plena convicção da inoperância do atendimento em saúde mental oferecido pela rede pública a crianças e adolescentes, que passa pela insuficiência de leitos para atendimentos emergenciais, pela escassa rede de atenção especializada em caráter ambulatorial, nas suas diversas modalidades e, por fim, pela falta de intersectorialidade com a Assistência Social para casos nos quais inexistente familiar disponível para monitorar o atendimento ambulatorial. Os avanços nessa área têm sido – pelo menos sentimos assim – muito poucos. Quero deixar claro, contudo, que, do meu ponto de vista, a questão da Unidade Experimental de Saúde, embora apresente alguma conexão com esse quadro, a ele evidentemente não se reduz.

A Unidade Experimental ocupa uma “fronteira psi-jurídica” que remete a discussões de outras ordens e tem muitas outras dimensões, que quero, aqui, mais apontar em forma de perguntas do que sustentar em forma de respostas. Creio

---

*O Transtorno de Personalidade Anti-social é de fato uma doença mental? O que tem essa categoria de algo propriamente médico? É técnico, lícito e ético etiquetar com tal diagnóstico pessoas que praticaram crimes antes de 18 anos?*

eu que perguntas nos fazem pensar mais do que opiniões prontas. Perguntas, de outro lado, sempre embutem respostas de modo que, perguntando, me posiciono.

- 1 As pessoas que estão recolhidas na unidade têm, todas as, atestado de perigosas, assinados por psiquiatra. Pode (considerando aspectos éticos, técnicos e legais) a Psiquiatria dar atestado de perigoso a alguém? Para os que acreditam possível, será que as condições em que usualmente são feitas tais avaliações (incluindo aí a situação de privação de liberdade) de fato não induzem a uma

- incontornável distorção dos resultados?
- 2 O quanto há de científico e o quanto há de político em um diagnóstico ou prognóstico psiquiátrico dessa natureza?
- 3 O Transtorno de Personalidade Antissocial é de fato uma doença mental? O que tem essa categoria de algo propriamente médico? É técnico, lícito e ético etiquetar com tal diagnóstico pessoas que praticaram crimes antes de 18 anos?
- 4 Taxar alguém de perigoso, por doença mental ou traço de personalidade, não é algo que por si só – num mecanismo de profecia auto realizadora – produz a periculosidade e, portanto, inviabiliza qualquer possibilidade de tratamento e intervenção?
- 5 Qual o impacto da mídia e qual o impacto da existência ou não de alternativas concretas de controle e atendimento em liberdade a determinadas problemáticas na construção de um juízo de periculosidade?
- 6 As pessoas que estão recolhidas na unidade, muitas delas, contam com avaliações psiquiátricas que afirmam inexistir elementos para atestar periculosidade. Por que razões os laudos que atestam a periculosidade prevalecem, nesses casos, sobre os que dizem o contrário?
- 7 Os internos da unidade tiveram o atestado de perigosos, quando cumpriam medida socioeducativa, por terem praticado crimes antes dos 18 anos. Qual pensamento, qual ideologia torna possível e aceitável que jovens em medida que se deseja socioeducativa sejam submetidos a toda sorte de avaliações psiquiátricas no curso da medida, numa busca incessante por um diagnóstico ligado à saúde mental? O que isso tem a ver com socioeducação?
- 8 É possível em nosso ordenamento jurídico justificar a privação de liberdade de alguém para, contra sua vontade, sem surto, sem delírio, ser submetido a um tratamento vol-

- tado a reformá-lo como pessoa, tratamento este conduzido em nome da proteção da sociedade ou em nome da proteção do próprio sujeito que recusa tal proteção?
- 9 É possível, em nosso ordenamento jurídico, decidir-se pelo aprisionamento de alguém a pretexto de que isso é para o próprio bem dele, o aprisionado? Quem tem legitimidade para definir o que é bom e o que é mau para o outro?
  - 10 Medida de proteção de direitos – art. 101 ECA (e não de pessoas) – pode justificar privação de liberdade a pretexto de tratamento? Adianto que o STJ entende que não.
  - 11 A Lei de Reforma Psiquiátrica, 10.216, ao prever a possibilidade de internação psiquiátrica compulsória, deu ao juiz uma espécie de carta branca para decidir – segundo o arbítrio dele próprio juiz – quem deve ser recolhido para tratamento e em quais condições? Em uma palavra, o que é a tal internação psiquiátrica compulsória prevista no art. 6º da lei 10216? Não é a internação psiquiátrica compulsória, em nosso direito, restrita a hipóteses de medida de segurança aplicada nas condições descritas no código penal?
  - 12 Se o juiz obriga um profissional de Saúde a adotar procedimento médico que o médico, considera desnecessário, este, mesmo assim, deve obedecer à ordem judicial? Caracteriza crime de desobediência a não execução pelo médico de um tratamento ordenado pelo juiz, mas que o próprio médico supõe ser desnecessário?
  - 13 O tratamento com contenção a que se referem as decisões que mantêm os jovens recolhidos na unidade é a mesma coisa que internação psiquiátrica compulsória? Se não, qual o fundamento legal dessa contenção, já que implica privação de liberdade e, para tanto, num Estado de Direito como o nosso, há necessidade de prévia autorização legal expressa?

- 14 Qual a natureza e extensão da privação de liberdade embutida numa internação psiquiá-

---

*O tratamento com contenção a que se referem as decisões que mantêm os jovens recolhidos na unidade é a mesma coisa que internação psiquiátrica compulsória?*

- trica qualquer? Estar num hospital psiquiátrico é, do ponto de vista material, o mesmo que estar recolhido num estabelecimento prisional? Cabe à área de Saúde responsabilizar-se pela contenção de seus pacientes considerados eventualmente perigosos?
- 15 Uma internação psiquiátrica compulsória cessa quando o juiz permite que cesse ou quando o médico a desaconselha ou dá alta?
  - 16 É possível, em nosso ordenamento jurídico, excluída a hipótese de medida de segurança, manter um cidadão privado de liberdade em razão do que ele é, pode vir a fazer, e não pelo que já concretamente fez?
  - 17 É indiscutível a necessidade da medida de segurança, com tratamento hospitalar, para adultos? Qual a posição do movimento de Luta Antimanicomial em relação à medida de segurança? Existem experiências bem sucedidas de monitoramento em liberdade de pessoas adultas que têm transtorno mental e praticaram crimes?
  - 18 Existe medida de segurança para adolescentes? O ECA não previu mais tempo de privação de liberdade para pessoas perigosas por que falhou, esqueceu-se, ou por que deliberadamente recusou solução de tal natureza para infratores adolescentes?
  - 19 Como é possível manter um adolescente privado de liberdade por crime praticado na adolescência por mais de três anos se o Estatuto afirma que EM NENHUMA HIPÓTESE a internação durará por mais de três anos?

- 20 A contenção recomendada por psiquiatras forenses para quem tem personalidade antissocial é uma estratégia destinada a favorecer o tratamento ou voltada para proteger a sociedade?
- 21 Quais providências foram tomadas no sentido de viabilizar um acompanhamento extra institucional para adolescentes que se considera perigosos e que não podem mais ficar contidos por imposição legal? Para esses casos da Unidade Experimental de Saúde, em algum momento, tentou-se a construção de uma rede de monitoramento e proteção,

---

*O problema central da UES é: a presença da Secretaria de Administração Penitenciária?; o pouco investimento da Secretaria de Saúde em um possível tratamento?*

com participação da família e apoiada pelos serviços ambulatoriais de Saúde e Assistência Social e Segurança Pública, se necessário? Três anos não seriam o suficiente para promover – um arranjo dessa natureza em qualquer caso que seja?

- 22 Na Unidade Experimental de Saúde encontra-se um jovem de 18 anos que nunca praticou qualquer violência significativa contra ninguém. Ele está lá, guardado pela Luta Antimanicomial a pretexto de que isso favorecerá o tratamento à sua saúde. Que garantia tem qualquer pessoa de que não será a qualquer momento e por qualquer motivo taxado de perigoso por um psiquiatra

e encaminhado pela Justiça aos cuidados da UES para tratamento?

- 23 O problema central da UES é: a presença da Secretaria de Administração Penitenciária?; o pouco investimento da Secretaria de Saúde em um possível tratamento?; o pouco compromisso científico e o alto compromisso ideológico das avaliações psiquiátricas?; a clara preferência por uma terapêutica que não abre mão da contenção?; a opção por uma terapêutica manicomial sustentada no discurso de que, para certos casos muito graves, não se pode abrir mão de um tratamento de longa duração sob contenção?; a medicalização da delinquência juvenil grave?
- 24 No Rio de Janeiro, em 2006, uma pesquisa revelou que 52% dos adolescentes que passam pelo sistema socioeducativo voltam a cometer crimes ou são mortos. Se um em cada dois ex-internos representa um risco a si (morre) ou ao outro (pratica novo crime) por que apenas uns poucos são escolhidos para ficarem reclusos em benefício de si mesmos ou da sociedade? A reincidência ou a morte não teriam causas outras, muito mais complexas, do que uma irrefreável compulsão interna para o crime?
- São essas algumas idéias, transformadas em questões, que gostaria de levantar e que, espero, possam ajudar, cada um de vocês, a se posicionarem diante da questão. Obrigado. ☺

# Interface da Saúde Mental em questão de Justiça e o ponto de vista do Poder Judiciário paulista

**Mônica Ribeiro de Souza Paukoski**

Coordenadora do Departamento de Execução da Infância e Juventude (DEIJ)

Início minha fala cumprimentando os integrantes desta mesa e agradecendo aos organizadores do evento, especialmente o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, que tem sido um importante parceiro do Poder Judiciário na fiscalização das entidades que atendem adolescentes submetidos ao cumprimento das medidas socioeducativas. É uma oportunidade para a exposição de nosso entendimento acerca deste tema tão relevante.

Gostaria de aproveitar esta oportunidade para colocar um pouco de nossa experiência de quase uma década de trabalho no DEIJ, o Departamento de Execuções da Infância e Juventude, que não apenas acompanha a execução das medidas socioeducativas e protetivas como também fiscaliza o seu cumprimento. Este assunto comportaria uma palestra, mas, como temos apenas alguns minutos, vou me limitar a alguns pontos que considero importantes para o conhecimento e a reflexão dos presentes.

Quando o Tribunal de Justiça de São Paulo instalou o DEIJ em 1997, criou-se uma justiça especializada na infância e juventude na área da execução das medidas socioeducativas. De um lado, as medidas socioeducativas e, de outro, as protetivas. Há princípios legais e constitucionais que estão em jogo e devem ser cumpridos por aqueles que as executam. Tanto a Constituição Federal, em seu artigo 227, como o ECA, no artigo 112, estabelecem que os portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado em local adequado às suas condições.

O que nós percebemos sobre a questão da Saúde Mental nestes quase dez anos de atuação? Que entre os inúmeros casos com os quais lidamos em nossa experiência cotidiana, sobretudo no universo daqueles que cumprem medida privativa de liberdade (internação), conforme constatamos pelo estudo dos processos, dos relatórios de avaliação apresentados pelos próprios técnicos da Fundação Casa e até mesmo pela natureza dos atos infracionais praticados, há alguns jovens com problemáticas diferenciadas, que interferem e comprometem o êxito da medida de internação.

O papel do juiz na execução das medidas é o de avaliar a evolução do quadro, analisar a capacidade do jovem de retornar o convívio social. Nesta jornada, nos deparamos com pelo menos quatro grandes problemáticas:

---

*Quando o Tribunal de Justiça de São Paulo instalou o DEIJ em 1997, criou-se uma justiça especializada na infância e juventude na área da execução das medidas socioeducativas. De um lado, as medidas socioeducativas e, de outro, as protetivas.*

- a) deficiência mental
- b) psicose
- c) transtorno de personalidade, personalidade antissocial
- d) distúrbios decorrentes do uso de entorpecentes

O que constatamos, fruto da análise dos processos judiciais das inspeções judiciais realizadas nas unidades da antiga FEBEM desde 1999, é que diversos adolescentes portadores de transtornos mentais não recebiam atendimento adequado às respectivas problemáticas. Na maioria das vezes, permaneciam misturados aos outros adolescentes

---

*Muitos deles, em virtude da desordem de natureza psíquica, muitas vezes contribuem para a instabilidade das unidades de internação, incitando rebeliões e outros comportamentos inadequados.*

nas unidades de internação, sem qualquer atendimento individual e especializado.

Os juízes e promotores atuantes no DEIJ encontravam enorme dificuldade para dar encaminhamento adequado àqueles casos, decorrente não apenas da resistência dos órgãos públicos no tocante a dispor equipamentos adequados aos jovens em conflito com a lei, mas também da visível desarticulação entre as Secretarias de Governo envolvidas na questão.

Como compete ao Departamento a fiscalização das entidades situadas na Capital que efetuam o atendimento de adolescentes autores de atos infracionais, sendo que o problema da Saúde Mental e a ausência de uma política estavam mais do que evidentes, resolvemos, em fevereiro de 2002, ins-

---

*Vários adolescentes com problemas psiquiátricos morreram enquanto cumpriam medida de internação.*

taurar uma sindicância que tramita até hoje pela Corregedoria do DEIJ para investigar a problemática com mais profundidade e cobrar dos responsáveis uma solução adequada para cada situação.

Apesar da sindicância instaurada, o tempo continuava a passar e os problemas permaneciam sem

solução. Finalmente, em julho de 2003, o DEIJ, com o propósito de reunir todos os principais atores e promover a articulação das Secretarias de Estado e de Município que devem se mobilizar para resolver o problema, realizou audiência com a presença de todos os Secretários de Estado e de Município implicados na questão, inclusive o secretário de Estado da Saúde, dr. Roberto Barradas.

Naquela audiência, foi colocado o panorama das principais problemáticas: do deficiente mental que está internado, do jovem que apresenta surto psicótico e dos portadores de transtornos de personalidade, enfatizando-se que tais adolescentes não poderiam mais permanecer internados em unidades comuns, destinadas a quem tem higidez mental, até porque estes jovens não assimilam a medida socioeducativa. Sem falar que muitos deles, em virtude da desordem de natureza psíquica, muitas vezes contribuem para a instabilidade das unidades de internação, incitando rebeliões e outros comportamentos inadequados. A experiência na fiscalização das unidades mostrou que muitos dos líderes das grandes rebeliões pelas quais passou a antiga FEBEM eram portadores de personalidade antissocial.

A nossa primeira preocupação foi a de retirar tais jovens do seio da Fundação, até mesmo para protegê-los de si mesmo e do meio, totalmente inadequado para eles, sem condições de lhes dar um atendimento especial. Esse risco pessoal e de vida que muitos jovens corriam não era só hipotético. Tragédias já aconteceram nestes últimos anos e nós acompanhamos de perto. Vários adolescentes com problemas psiquiátricos morreram enquanto cumpriam medida de internação. Inúmeros processos correram na órbita correcional do DEIJ para responsabilizar o Estado e a Fundação Casa em razão destes fatos, o que sujeitou o Estado, inclusive, à responsabilização civil nas Varas da Fazenda Pública.

Por que é importante este breve retrospecto histórico? Porque quem olha hoje para a Unidade Experimental de Saúde Mental e questiona a per-



manência de alguns jovens ali não pode esquecer que estes mesmos adolescentes estavam antes mantidos nas unidades de internação, misturados à população normal, sem nenhum tipo de atendimento especializado. Aquilo, sim, era uma arbitrariedade, porque era uma internação para mera contenção.

Nossa intenção não é instituir a psiquiatrização, como muitos afirmam de forma equivocada. Muito pelo contrário. É separar quem pode ser ressocializado numa unidade comum de internação daquele que precisa de um atendimento especial. Além do mais, como a Dra. Maria de Fátima Pereira da Costa e Silva, juíza do Departamento, irá em seguida demonstrar pelo exame de alguns casos concretos, tais avaliações só são requisitadas pelo Judiciário em casos gravíssimos, nos quais os atos infracionais são praticados com extrema violência (homicídios, latrocínios, estupros) ou pela prática reiterada de atos violentos (múltiplos roubos a mão armada, por exemplo), e, então, a conduta do adolescente é indicativa de perversidade, ausência de crítica, de remorso, de afetividade ou sentimento de culpa.

O Judiciário é absolutamente contrário à contenção pela mera contenção, tanto que lutamos com todas as forças para que não se instalasse situação das mais absurdas em nosso Estado: que os jovens com transtornos de personalidade fossem encaminhados para Hospital de Custódia de Adultos, como há pouco tempo foi pretendido por algumas Secretarias do próprio Governo.

Endentemos que sempre devem ser esgotadas as possibilidades do tratamento de saúde mental em meio aberto. Não é de outra forma que nós do Judiciário vemos a questão. Ocorre que estes recursos em meio aberto continuam ineficientes para atender a nossa demanda. Basta ver a questão dos atendimentos pelos CAPS e CAPS AD, que se recusam a atender jovens internos da Fundação Casa, o que entendemos ser inaceitável. Deparamo-nos recentemente com recusa do CAPS para atender adolescente em Liberdade Assistida, o que é ainda

mais absurdo. Mas haverá casos que demandarão contenção, pelo menos num primeiro momento, até a oportuna colocação no meio social.

Na prática, o que avançou desde a audiência judicial de julho de 2003, após quase cinco anos? Respeitosamente, é preciso dizer que os avanços foram muitos tímidos.

- 1) No tocante aos portadores de deficiência mental (que não contam com respaldo

---

*O Estado precisa se aparelhar e se articular para oferecer aos deficientes mentais outros abrigos.*

familiar): a solução provisória de encaminhar os adolescentes para o Lar Jaci, a 500 quilômetros de São Paulo, continua sendo a única disponível até hoje, o que é totalmente inadequado. Não dá para tratar a família ou reaproximar o jovem do contexto familiar a esta distância. Há aqueles que não têm família. O Estado precisa se aparelhar e se articular para oferecer aos deficientes mentais outros abrigos.

- 2) Referente aos psicóticos (sem retaguarda familiar): continuam sendo atendidos no Hospital Pinel apenas aqueles que estão em surto. Aquele que não tem família e sofre do distúrbio continua sem um lugar para ficar. Na Fundação Casa, evidentemente, eles não podem permanecer.
- 3) Quanto aos transtornos de personalidade: no termo da audiência citada, de julho de 2003, constou o seguinte: *a Secretaria de Estado da Saúde também se compromete a verificar, no âmbito dos prédios governamentais existentes, quais deles podem ser adaptados ou modificados para abrigar adolescentes com transtornos mentais que exijam contenção, o que será feito no prazo de 30 dias.*

Na mesma audiência, os Secretários se comprometeram a formular uma resolução Intersecretarial,

---

*Surgiu então, depois de três anos, a Unidade Experimental de Saúde Mental, inaugurada em dezembro de 2006, mas que só passou a funcionar no final de 2007. Esta unidade tem sido alvo de debates e algumas críticas.*

nos próximos 30 dias, que definisse as diretrizes básicas da política de Saúde Mental para os adolescentes acometidos de transtornos mentais.

Surgiu então, depois de três anos, a Unidade Experimental de Saúde Mental, inaugurada em dezembro de 2006, mas que só passou a funcionar no final de 2007. Esta unidade tem sido alvo de debates e algumas críticas.

Mas a questão é: por que foi criada esta unidade de Saúde? A que ela deveria se destinar? É preciso ficar muito clara a seguinte colocação: o propósito do Judiciário não é e nunca foi o de obrigar o Estado a criar um manicômio para jovens. O Judiciário não quer que se crie uma masmorra para que os adolescentes lá permaneçam infinitamente. O propósito sempre foi e continua sendo o de dar um atendimento especializado aos portadores de transtornos mentais, tratá-los na medida do possível. A ideia não é a de segregar, mas de cuidar adequadamente. Embora na Medicina mundial muitas escolas vejam com ceticismo a possibilidade de melhora dos indivíduos com diagnóstico de transtorno de personalidade, há posições divergentes. Há os que consideram que o

---

*Não foram os juízes que inventaram que o atendimento especial ao transtorno de personalidade deve ser feito sob contenção.*

quadro, embora incurável, pode ser atenuado.

Os próprios laudos do IMESC chegam a citar, comparativamente, exemplo da medicina clínica, o da diabetes, que, embora incurável, pode ser administrado com aplicações regulares de insulina. O mesmo raciocínio valeria para as doenças cha-

madadas autoimunes e as doenças degenerativas, que, embora incuráveis, podem ser até certo ponto controladas. Portanto, se uma doença é incurável na Medicina Clínica, nem por isso o indivíduo deixa de ser tratado quando há possibilidade de minorar os sintomas. Com o tratamento, a pessoa fica menos vulnerável à doença.

Por que, na área da Saúde Mental, o raciocínio haveria de ser diferente? Ainda que se diga que uma doença ou um transtorno seja incurável, como se poderá dizer de antemão que ele não pode ser atenuado, minimizado ou, melhor, controlado? O adolescente tem direito à intervenção estatal adequada para assegurar o desenvolvimento de suas potencialidades. A liberdade inconsequente não é mais importante do que o direito ao tratamento. De forma alguma estamos usando a teoria da proteção integral para prejudicar o adolescente. A questão é dar um tratamento digno a quem necessita de cuidados especiais.

Um segundo ponto que é preciso deixar muito claro sobre a questão da contenção é que, nos casos da chamada personalidade antissocial, a necessidade de contenção é e sempre foi ditada pela própria área da Saúde. Nestes anos todos, nós estivemos em permanente contato com a Secretaria de Estado da Saúde. Não foram os juízes que inventaram que o atendimento especial ao transtorno de personalidade deve ser feito sob contenção. Todas as nossas decisões são baseadas em laudos e perícias médicas elaboradas por órgãos do Estado. Médicos do IMESC que, até 2007, tinham convênio com a Fundação Casa para elaborar os relatórios de avaliação, afirmaram inúmeras vezes que havia casos excepcionais que demandavam tratamento em regime de contenção corpórea. Estamos aqui falando, repito, de jovens que praticaram atos infracionais gravíssimos e de laudos do próprio IMESC que detectaram traços de personalidade perversa, ausência de freios, de crítica, de discernimento, de ressonância afetiva, descaso para com valores morais, sociais ou valorização da vida humana, incapacidade de

sentir ou demonstrar culpa e arrependimento. São casos extremos e excepcionais. Não podemos lavar as mãos, fingir que estes casos não existem. A intervenção multidisciplinar e médica destina-se a uma tentativa de reversão do quadro negativo. Ou seja, este diagnóstico não é definitivo, pode vir a ser alterado. Os próprios peritos afirmam que “a conclusão não é peremptória”, tanto que sugerem avaliação periódica do quadro.

A Dra. Hilda Morana, que até três ou quatro anos era Coordenadora do Núcleo de Saúde Mental do HC, defendia veementemente a necessidade dos jovens com diagnóstico preliminar de personalidade antissocial permanecerem sob contenção até que fossem vinculados aos tratamento alternativo adequado. Ministrava inclusive medicamentos.

É também de nossa experiência prática que vários adolescentes acompanhados pelo DEIJ, que inicialmente contavam com laudo desfavorável do IMESC, tiveram, após aporte de psicoterapia e outros recursos terapêuticos sugeridos pelo próprio Instituto, laudo favorável no sentido de que o cenário anterior desfavorável atenuou-se, ao ponto de expressamente indicar ao órgão oficial de perícias que os adolescentes reuniam condições mínimas de convivência social.

Causa estranheza a nós, do Poder Judiciário, a fala atual da Secretaria da Saúde no sentido de que o tratamento sob contenção na Unidade Experimental de Saúde derivaria do “entendimento dos juízes”. Este entendimento não partiu de nós. Nós nos respaldamos nos laudos e perícias médicas. Em todos estes anos, desde 2003, tanto a Fundação Casa como a Secretária da Saúde sempre anuíram que a Unidade era para tratamento e não para simplesmente conter. Nos autos da Sindicância 01/02, que corre pelo DEIJ há vários documentos que deixam este fato indubitável. Tenho aqui em mãos o projeto elaborado pelo Instituto de Psiquiatria da USP para o atendimento na Unidade Experimental de Saúde, encaminhado para o DEIJ em outubro de 2007. O que foi prometido?

Que seria elaborado um plano de atendimento individualizado, de acordo com as necessidades de cada adolescente, que seria feito tratamento que incluiria: psicoterapia individual, psicoterapia de grupo e familiar, terapia ocupacional, orientação familiar e acompanhamento psicopedagógico (fls. 923 dos autos). Sem prejuízo da promessa de inclusão escolar, de oficinas vocacionais e cursos profissionalizantes.

Contudo, visitamos esta semana a Unidade Experimental e notamos que isto não vem ocorrendo. Não há nenhum tipo de tratamento em curso, tampouco capacitação das pessoas que ali atuam. As intervenções especiais que foram prometidas (psicoterapia, oficinas, aporte psicopedagógico) não ocorrem. Está ocorrendo uma distorção, pois na prática, a unidade está sendo usada só para conter, desviando-se de sua finalidade original, o que é inaceitável.

Portanto, o Judiciário vem atuando na conformidade da Lei 10.216/01. O tratamento em regime de contenção é exceção da exceção. E é assim que tratamos a questão. Prova disso é que, desde 1997, apesar de já terem sido cadastrados no DEIJ, em 11 anos, 90 mil processos, temos na Unidade Experimental de Saúde apenas sete adolescentes

---

*Causa estranheza a nós, do Poder Judiciário, a fala atual da Secretaria da Saúde no sentido de que o tratamento sob contenção na Unidade Experimental de Saúde derivaria do “entendimento dos juízes”.*

que tiveram sua medida de internação suspensa para fins de tratamento. Na Fundação Casa seria inconcebível a permanência deles. Ali, sim, haveria mera contenção. Também seria inconcebível partir para o outro extremo: liberá-los para a sociedade de forma irresponsável, sem antes tentar um tratamento, sem considerar que a vida deles e de outros estaria ameaçada.

Para encerrar, gostaria de mais uma vez lem-

brar que, embora este seminário esteja bastante voltado ao debate da Unidade Experimental de Saúde, as questões de Saúde Mental não se esgotam na problemática dos transtornos de personalidade. Esperamos que este debate seja abrangente ao ponto de englobar todas as facetas dos cuidados de saúde mental de que os jovens necessitam. Não deve ficar circunscrito à questão da psicopatia ou a críticas à Unidade Experimental

---

*Receber tratamento psiquiátrico adequado à sua problemática é direito do adolescente, em relação ao qual o Estado não pode se omitir.*

de Saúde Mental. Até porque, no universo deste problema, o número de adolescentes que contam com diagnóstico de transtorno de personalidade grave por perícia oficial do Estado e que ensejou ordem judicial para que o Estado os retirasse da antiga FEBEM para fins de tratamento é extrema-

mente pequeno se comparado com a população de internos que apresentam deficiência, psicose, outros transtornos de conduta ou mesmo os drogaditos. Para aqueles que apresentam transtornos em razão do uso de entorpecentes, até hoje, não se viu uma política clara e eficiente. Invariavelmente nos deparamos com casos graves que demandam internação, mas não foram criados equipamentos disponíveis para esta demanda tão importante.

Receber tratamento psiquiátrico adequado à sua problemática é direito do adolescente, em relação ao qual o Estado não pode se omitir. É obrigação do Estado criar locais adequados, se ainda inexistentes, para o tratamento de situações diferenciadas e excepcionais. Isto é uma obrigação legal. O Judiciário apenas determina que o Executivo cumpra a lei. A omissão do Estado pode gerar a sua responsabilização. Esta questão somente será resolvida quando houver políticas públicas claras, conscientes, decorrentes de esforço conjunto das diversas Secretarias de Governo envolvidas na questão, para construção de programas e equipamentos adequados na área da Saúde Mental. 🌱

# O trabalho do Departamento de Execuções da Infância e da Juventude (DEIJ)

**Maria de Fátima Pereira da Costa e Silva**

Juíza do Departamento de Execuções da Infância e da Juventude (DEIJ)

Em primeiro lugar, eu gostaria de apresentar o trabalho que vem sendo desenvolvido no Departamento de Execuções da Infância e da Juventude – DEIJ no tocante ao adolescente em conflito com a lei, que apresenta, em sentido amplo, algum tipo de distúrbio psiquiátrico. Entendemos que realmente há necessidade de um trabalho conjunto, ou seja, uma discussão conjunta envolvendo o tema. É a única maneira de avançar em uma situação tão polêmica e complicada como essa. A Dra. Mônica falou de aspectos gerais e eu vou falar, especificamente, e muito rapidamente, do transtorno de personalidade e dos casos que estamos enfrentando.

Estamos aqui para apresentar nossos problemas, as soluções possíveis que encontramos até agora, e pretendemos sair daqui com idéias novas que possam nos ajudar a enfrentar o grave problema da Saúde Mental de adolescentes em conflito com a lei.

Como ressaltado pela Dra. Mônica, os posicionamentos adotados, hoje, em relação à saúde mental no DEIJ, surgiram não de um estudo acadêmico, mas do nosso enfrentamento diário dos casos que foram aparecendo ao longo desses dez anos. Em última análise, o DEIJ formou um grupo de juízes especializados que começaram a se deparar com casos extremamente complicados, de difícil solução e encaminhamento. O que fazer, por exemplo, com a execução de um jovem, em que o teste de Rorschach aponta *que este indivíduo não tem condições de conviver em sociedade?* Este

foi o primeiro caso que enfrentei. Foi o primeiro de vários.

Então, não se trata de “psiquiatrização”, mas sim, enfrentamento real dos problemas que foram aparecendo, em casos raros, muito graves, de forma corajosa e inovadora. Começamos a perceber que alguns jovens, felizmente poucos, eram muito complicados. Alguns chegaram a apresentar traços complicados de personalidade, esclarecidos posteriormente, sendo afastado o diagnóstico de transtorno. Outros, poucos, foram apontados como casos raros, difíceis, com cristalização da tendência antissocial. Todas essas avaliações foram realizadas por médicos psiquiatras e psicólogos. O que eu posso dizer a todos é que é extre-

---

*Começamos a perceber que alguns jovens, felizmente poucos, eram muito complicados. Alguns chegaram a apresentar traços complicados de personalidade, esclarecidos posteriormente, sendo afastado o diagnóstico de transtorno.*

mamente complicado lidar com o poder de decisão quando tratamos com adolescentes, pessoas em desenvolvimento, que merecem proteção integral.

Tomar uma decisão complicada em relação ao destino de um adolescente é uma verdadeira celeuma, principalmente quando o assunto é extremamente polêmico, com posições divergentes. A propósito, citaria uma frase de Nietzsche: *“a verdade tem faces múltiplas”*. Especialmente em

relação aos transtornos de personalidade, a personalidade antissocial, começamos a sentir a necessidade de assumir uma posição. Os problemas estavam diante de nós, de forma concreta. Ainda que muito poucos, existem e estavam aparecendo

---

*Aprendemos, com o tempo, que a personalidade antissocial não é doença, mas significa dificuldade para estabelecer vínculos afetivos (...)*

para decisão. É bom que fique claro, que não estamos falando de adolescentes que praticaram atos graves, com violência, mas, sim, adolescentes que praticaram atos graves, violentos e que mesmo depois de um bom tempo, em processo socioeducativo, continuavam apresentando quadro de transtorno de personalidade. Esse quadro, como eu já disse, não fomos nós que detectamos, mas os diversos técnicos e profissionais que atuam na execução.

Aprendemos, com o tempo, que a personalidade antissocial não é doença, mas significa dificuldade para estabelecer vínculos afetivos, estrutura da personalidade perversa, atuação com dissimulação, manipulação para conseguir seus objetivos, sem dar qualquer importância aos valores socialmente estabelecidos.

Em um dos meus casos, em que o jovem havia afogado duas crianças pequenas, a psicóloga

---

*A nossa intenção jamais foi conter os adolescentes, segregá-los, por meio de um mini manicômio.*

da equipe do Judiciário, apontou transtorno de personalidade. Ela avaliou o jovem e identificou perversidade. Mencionou que o jovem sentia prazer durante o relato do caso. Depois disso, outras avaliações foram realizadas e confirmou-se o transtorno antissocial.

O segundo caso que enfrentei foi detectado por outra técnica, também da equipe do Judiciário, que deu ênfase para a questão da perversidade. Depois, várias avaliações foram realizadas. Em audiência, o médico do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica (NUFOR) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo disse sobre um adolescente: “*Esclareço que esse foi um dos poucos jovens que avaliei e fiquei assustado em razão da sua constituição psíquica. Mais uma vez indagado por vossa excelência, esclareço que Robert Hare construiu uma tabela, o PCL-R, para diferenciar, dentre as personalidades antissociais, os casos mais graves, como a psicopatia. Realmente, esse jovem impressiona pela sua insensibilidade afetiva e pode ser enquadrado como o tipo mais grave, o diagnóstico é o F60.2. Ele realmente é portador de Transtorno de Personalidade Antissocial grave. Não há indicação para aplicação do teste de personalidade Rorschach.*”. Em seguida, eu perguntei para o psicólogo do NUFOR, especialista em avaliações: “*Devo encaminhar esse menino para a Unidade Experimental de Saúde?*” Ele falou: “*Doutora, eu não sei. Não sei ainda o que fazer*”. Naquela época, ainda não era o NUFOR que tinha assumido o comando da Unidade Experimental de Saúde.

Então, face à situação instalada, officii à Secretaria da Saúde. A Secretaria da Saúde respondeu que a Unidade Experimental de Saúde estava sendo instalada e que era uma unidade com a participação de três pastas, a Secretaria da Saúde, a Secretaria da Justiça e a Secretaria de Administração Penitenciária. Informou, ainda, que seria destinada a adolescentes jovens, do sexo masculino, portadores de distúrbio de personalidade, com grau de periculosidade. Confirmaram também que os adolescentes estariam ali para tratamento, que haveria contenção, mas que haveria também tratamento. Assim, a informação que foi dada era de que um médico estava à frente e que o corpo clínico responsável pela atenção à saúde dos internos seria o NUFOR.

Então, isso demonstra o que sempre se falou no DEIJ, haver uma tentativa de tratamento médico. Agora, fala-se em mera contenção sem possibilidade de tratamento, e que a unidade estaria aos cuidados da Secretaria de Administração Penitenciária. Isso é absolutamente novo para nós. Expedi ofício, de minha lavra, à Dra. Mônica, visando que o Secretário da Saúde fosse chamado a prestar esclarecimentos.

A nossa intenção jamais foi conter os adolescentes, segregá-los, por meio de um mini manicômio. Nem podíamos pensar que, diante da Luta Antimanicomial, isso pudesse ocorrer. Ao contrário, sempre pensamos que o ideal seria um trabalho minucioso, em que os adolescentes pudessem receber um tratamento que, mesmo sem atingir a cura, poderia propiciar um abrandamento. Aliás, em outro caso meu, foi assim que disse o médico do NUFOR: *“a contenção não contribui para o tratamento da personalidade antissocial, até porque, na literatura médica, não há padrão estabelecido para tratamento. Existem relatos indicando que, a longo prazo, a tolerância, a frustração e a impulsividade podem melhorar, pelo menos um pouco. Estamos falando em décadas”*.

Em relação a esse mesmo adolescente, reuni os médicos e perguntei se era isso mesmo, se não haveria alguma luz no fim do túnel, porque eu suspendi a execução e a situação poderia ser revertida. E um dos médicos do NUFOR disse: *“estive na Unidade Experimental de Saúde, avaliando seis jovens que lá se encontram. Indagado por vossa excelência, esclareço que esse adolescente é realmente um risco à sociedade”*. O psicólogo do NUFOR que avaliou o jovem descreveu um quadro de personalidade antissocial. É bom que fique claro, e os exemplos aqui estão catalogados, que não dispomos de locais adequados para tratamento mesmo para os adolescentes que estão em liberdade, principalmente, na cidade de São Paulo. Os CAPS, até agora, não estão preparados totalmente para o atendimento dos nossos adolescentes. Recentemente, recebi um ofício, no qual um dos

---

*“a contenção não contribui para o tratamento da personalidade antissocial, até porque, na literatura médica, não há padrão estabelecido para tratamento. (...)”*

CAPS da Capital indicava que o adolescente não teria condições de ser tratado ali, por ser paciente agressivo e imprevisível. Ele estaria colocando em risco a si e a terceiros. Ora, se hospital psiquiátrico não aceita quem não esteja em surto e o CAPS não aceita paciente complicado, o que fazer?

Os CAPS alegam que não estão preparados para casos mais complicados. Precisamos de políticas públicas, pois é sabido que, quando há transtorno de conduta antes dos dez anos associado a transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, há uma alta probabilidade de desenvolver o Transtorno de Personalidade Antissocial. É o que os psiquiatras chamam de cristalização da tendência

---

*Os CAPS, até agora, não estão preparados totalmente para o atendimento dos nossos adolescentes.*

antissocial, ou seja, do transtorno de conduta em personalidade antissocial. Então, quando a mãe vê que o menino está apresentando problema, ela corre para recursos de Saúde da comunidade. Se ela não encontra, a situação vai se complicando progressivamente.

Eu trouxe ainda esses casos que estou mencionando, estão todos aqui. Por causa do sigilo, não podem ser divulgados, mas quem quiser examinar, sem a identificação dos adolescentes, para estudo, estão a disposição. Tudo isso que relatei está aqui documentado. Eu quis trazer para vocês exemplos vivos das dificuldades que enfrentamos no nosso dia-a-dia.

Para encerrar, vou relatar o caso de um jovem que atendi ontem. Um caso extremamente complicado com diagnóstico reservado. Foram detec-

tadas impulsividade e agressividade. O problema dele era não saber lidar com a questão sexual. O médico do NUFOR, em audiência, falou: *“doutora, eu vejo algum afeto neste jovem, nós podemos traçar um caminho, mas é um jovem que precisa de tratamento, que precisa receber medicação, é um jovem que tem a situação complicada”*. Como estava garantido o tratamento, inseri o menino em semiliberdade. Por coincidência, a audiência foi ontem e pretendíamos acompanhar o caso dada a sua complexidade. E a técnica informou que não conseguiram tratamento, o NUFOR não havia atendido o menino que está sem medicação”.

Em suma, é realmente muito difícil enfrentar problemas tão graves, que podem gerar consequências para os adolescentes e para a sociedade, sem contar com políticas públicas que ofereçam condições mínimas para os encaminhamentos necessários. 🌀



# A função social da periculosidade hoje e as novas funções do manicômio judiciário

**Tania Kolker**

Psicanalista; coordenadora do Programa de Reinserção Social dos Pacientes Internados nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Secretaria de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro; supervisora do programa SOS Direitos do Paciente Psiquiátrico do Instituto Franco Basaglia; integrante da equipe clínica do grupo “Tortura Nunca Mais” do Rio de Janeiro.

Talvez eu seja a única pessoa dessa mesa que não trabalhe com o tema das medidas socioeducativas, que não atue em São Paulo, que não conheça ou não tenha acompanhado de perto essa realidade. Isso, então, vai me dar um pouco de liberdade para expor alguns pensamentos mais gerais, esboçar uma análise de contexto, pensar um pouco sobre as linhas de força que atravessam esse cenário, presentes também na gestão dos demais excluídos.

Entendo que estamos vivendo um novo cenário na gestão dos *indesejáveis/perigosos* e que uma importante mudança de paradigma vem se operando. Então, vou destacar algumas linhas para podermos identificar essa nova construção.

Na primeira linha que compõe o atual cenário, destacaria as atuais estratégias de criminalização da pobreza; a declaração de guerra às drogas; a utilização massiva do recurso do encarceramento como modo de contenção e de neutralização dos *indesejáveis/perigosos*; as tentativas de reduzir a idade passível de responsabilização penal; o aumento sem precedentes da utilização do dispositivo da prisão preventiva; o abandono do discurso ressocializador e o endurecimento das penas.

Na segunda linha, sublinharia o retorno de concepções biologicistas da loucura e da violência, do discurso da criminalização da loucura e da patologização da conduta criminosa, o recrudescimento das posições contra a Reforma Psiquiátrica e a favor

dos hospitais psiquiátricos e a revigorada parceria entre os saberes médico-psicológicos e a Justiça, a serviço da avaliação, da gestão técnica e até do interrogatório das vítimas e inimigos da vez<sup>1</sup>.

Na terceira linha, apontaria o recurso a uma política de segurança baseada no confronto e no extermínio de setores da sociedade vistos como perigosos, atingindo especialmente os jovens, pobres e negros; lado a lado a uma impressionante despreocupação em ocultar e disfarçar estes fatos, contando pelo contrário, com toda a cobertura midiática possível, empenhada em garantir/produzir a naturalização do genocídio de nossos jovens apresentando-o não mais como um crime de lesa à humanidade, mas, sim, como uma medida em defesa da sociedade.

Na quarta e última linha, mencionaria o movimento de relegitimação da tortura que temos assistido nas sociedades contemporâneas e o apoio social que hoje existe a esta prática, quando aplicada aos setores da sociedade identificados como suspeitos e/ou perigosos.

1 Refiro-me aí às novas tecnologias psi, como a Justiça Terapêutica, que transforma o tratamento em pena; o Depoimento sem Dano que introduz a escuta psicológica no inquérito de crianças vítimas de abuso sexual; o Exame Criminológico, onde psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais devem responder se o preso avaliado apresenta condições pessoais para voltar à liberdade; mas também às recentes denúncias sobre a participação de médicos e psicólogos americanos e israelenses em interrogatórios de suspeitos de terrorismo.

Pois bem, no diagrama constituído por estas linhas o que se revela é o ressurgimento de um direito penal do inimigo (que volta a se nutrir de concepções típicas de uma criminologia positivista ou pelo menos a demandar o apoio de certo tipo de saber médico-psicológico) e que implica no desdobramento do poder punitivo em dois tipos de tratamento – um para os cidadãos e outro para os *inimigos*, de acordo com a lógica da periculosidade. O que vemos, então, é a configuração de um Estado de Exceção só experimentado anteriormente nos Estados totalitários e ditaduras, onde

---

*A diferença em relação às ditaduras do passado é que, se naquele contexto as formas punitivas eram realizadas clandestinamente, agora, com a generalização do paradigma da segurança como técnica normal de governo, assistimos a uma tal naturalização da figura do Homo Sacer que a ninguém mais parece escandalizar que pessoas fiquem presas indefinidamente por mera suspeição, ou sejam torturadas e executadas diante das câmeras de TV.*

paralelamente às penas formais, respeitadas dos direitos e garantias constitucionais e aplicadas apenas a uma minoria, passam a coexistir outras formas de punição reservadas àqueles contra os quais tudo é possível.

*Diagnosticada* a periculosidade, seja pelas instâncias formais ou informais, se põem em marcha certos mecanismos punitivos, que tanto podem ter a aparência de legalidade, por seu caráter supostamente terapêutico – como as internações por determinação judicial, ou as medidas de segurança potencialmente perpétuas – como podem ser francamente violatórias, como os autos de resistência. A diferença em relação às ditaduras do passado é que, se naquele contexto as formas punitivas aplicadas às *vidas consideradas indignas de serem vividas* eram realizadas clandestinamen-

te e à margem de qualquer legalidade, agora, com a generalização sem precedentes do paradigma da segurança como técnica normal de governo, assistimos a uma tal naturalização da figura do *Homo Sacer*<sup>2</sup> que a ninguém mais parece escandalizar que pessoas fiquem presas indefinidamente por mera suspeição, ou sejam torturadas e executadas diante das câmeras de TV. Desprovidas de proteção jurídica, elas podem ser impunemente eliminadas, se assim a segurança da sociedade o *exigir*.

Eu sou da área de Saúde Mental, e não do Direito, mas estou me permitindo esboçar algumas linhas que se valem de noções do campo da criminologia, numa tentativa de associar a emergência de uma nova instituição punitiva à histórica parceria entre certo tipo de saber médico-psicológico e a Justiça, que há séculos tem servido para fornecer as cauções supostamente científicas para que a algumas pessoas seja negado o direito de terem suas infrações sancionadas dentro dos limites legais e com as devidas garantias constitucionais.

No meu entender, é nesse cenário de recrudescimento do direito penal do autor, em detrimento do direito penal do ato; da relegitimação da privação da liberdade por tempo indeterminado, do retorno de legislações que justificam as novas guerras preventivas<sup>3</sup>, prisões preventivas<sup>4</sup>, internações preventivas e detenções com mera intenção de contenção e neutralização; e onde voltamos a assistir a uma intransigente defesa da necessidade

---

2 Refiro-me a figura conhecida no direito romano arcaico como *Homo sacer*, ou àquele que qualquer um podia matar impunemente. Ver em Agambem, G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

3 No cenário aberto após a explosão das Torres Gêmeas em 2001, foram recicladas as chamadas Legislações de Emergência que reintroduziram estes dispositivos, supostamente em defesa da sociedade.

4 Segundo Eugenio Raul Zaffaroni, Ministro da Suprema Corte Argentina, vivemos hoje um aumento sem precedentes da utilização do dispositivo da prisão preventiva, configurando um verdadeiro direito penal da periculosidade, ou da periculosidade presumida. Na América Latina, três quartos da população penitenciária processada não têm sentença.

de se conhecer com anterioridade e de se prever a capacidade delitiva dos infratores<sup>5</sup>, é que podemos explicar a redescoberta dos manicômios judiciais – agora para a neutralização de adolescentes.

Embora essas linhas possam nos ajudar a entender o que está sendo experimentado em São Paulo com a Unidade Experimental de Saúde, esse diagrama não é local e, sim, transnacional e está acontecendo na maioria dos países, inclusive nos de longa tradição democrática. Ele nos serve para pensar o tema da gestão contemporânea dos *indesejáveis* em geral e do tratamento penal dos perigosos em particular e já se desenha há muito tempo.

Eu me propus a falar sobre as novas funções do manicômio judiciário porque, paradoxalmente, a criação deste novo estabelecimento para segregação de adolescentes se dá justamente no momento em que os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico – que durante nove décadas receberam portadores de transtorno mental que cometeram algum delito – parecem estar em vias de desconstrução. Assim, ao mesmo tempo em que vários Estados brasileiros estão desenvolvendo experiências voltadas para a progressiva extinção dos hospitais de custódia e a inclusão do portador de transtorno mental infrator na rede pública de Saúde Mental, vemos aparecer esta nova versão de manicômio judiciário para os “perigosos mirins” e assistimos a verdadeiras campanhas de reabilitação dos hospitais psiquiátricos, inclusive os judiciais, para o tratamento dos dependentes químicos<sup>6</sup>.

Esse quadro, que se configura depois de um longo período onde ditadura e democracia pareciam estar em campos opostos, talvez nos pegue

desprevenidos. O fato é que, quase ao mesmo tempo em que a legislação internacional dos Direitos Humanos era adotada por nossos países recém-saídos de ditaduras, enquanto continuávamos a lutar pela construção de uma legislação “garantista” e de dispositivos para monitorar o seu cumprimento, iniciou-se também a construção silenciosa deste universo legal paralelo que tem permitido que se volte a tratar, segundo dois pesos e duas medidas, os cidadãos que cometem delitos.

Penso que hoje o grande desafio é este novo cenário, que parece vir com uma força enorme e que tem colocado em campos opostos militantes históricos na luta pelos Direitos Humanos, e dividido, inclusive o campo dos profissionais da Saúde Mental. É perfeitamente possível ouvir hoje pessoas que se consideram democratas, que lutam, ou lutaram toda uma vida pela consolidação do Estado Democrático de Direito, pedindo mais penas e prisões, apoiando a diminuição da idade penal e defendendo a utilização da expertise psi para a classificação/avaliação/disciplinarização dos presos ou adolescentes infratores. A própria sociedade brasileira hoje está apoiando estas propostas, então, me parece que esta discussão é fundamental.

---

*Eu me propus a falar sobre as novas funções do manicômio judiciário porque, paradoxalmente, a criação deste novo estabelecimento para segregação de adolescentes se dá justamente no momento em que os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico parecem estar em vias de desconstrução.*

Para mim, é de uma importância crucial poder estar aqui com vocês e ouvir, discutir estes novos temas e incluir este novo desafio entre as nossas lutas e preocupações. Agradeço, portanto, pela oportunidade e espero ter contribuído para a nossa análise, com este esboço de cartografia. 🌐

5 Estou me referindo à querela em torno da abolição ou manutenção dos Exames Criminológicos.

6 Hoje, na maioria dos manicômios judiciais diminui cada vez mais o número de internações de pacientes psicóticos e aumenta cada vez mais a utilização desse tipo de equipamento para o “tratamento” do dependente químico.

# A Fundação Casa de São Paulo

## Décio Perrone

Membro da Gerência da Assistência Psicossocial da  
Superintendência de Saúde da Fundação Casa

Primeiramente, eu gostaria de passar um quadro básico em relação à caracterização da Fundação Casa com dados bem objetivos. Nós temos hoje 74 unidades de internação na Fundação, sendo que 23 encontram-se na capital, dez na grande São Paulo e 41 no interior. Então, já aparece aqui uma maioria de unidades do interior, consolidando o processo de descentralização e de fazer com que cada adolescente esteja próximo da sua família.

---

*Havia um entendimento errôneo de que a semiliberdade era uma semi-internação, um conceito distorcido na Fundação que está sendo totalmente reformulado agora.*

Nós temos 35 Unidades de Internação Provisória, sendo 7 na Capital, 6 na Grande São Paulo e 22 entre interior e litoral, o que faz também com que os adolescentes desses lugares não precisem mais vir para internação provisória na Capital.

São 24 unidades de semiliberdade, sendo 13 na Capital, dez no interior e uma na Grande São Paulo. A semiliberdade é uma medida que está sendo revista, reconceituada. Havia um entendimento errôneo de que a semiliberdade era uma semi-internação, um conceito distorcido na Fundação que está sendo totalmente reformulado agora.

Temos 30 postos e subpostos de Liberdade Assistida, sendo 4 na Capital, 4 na Grande São Paulo e 22 no interior e litoral. Aqui, vale frisar que a Liberdade Assistida segue a política da municipalização.

Quanto às Unidades de Atendimento Inicial, que são as unidades que recebem o adolescente

assim que ele vem da delegacia, temos uma no interior e uma na Capital. Ainda na Capital, temos 2 unidades femininas, sendo que uma delas é Unidade de Internação Provisória, e 2 unidades femininas no interior, inauguradas recentemente.

Em termos quantitativos, o número global referente à internação provisória, em que o adolescente fica 45 dias, temos: 1.075 adolescentes. Em internação, 4.432; em Semiliberdade, 329; e em Liberdade Assistida, 12.202; em Prestação de Serviços à Comunidade, que não é da nossa jurisdição, mas incluímos aqui, são 2.119, o que dá um total de 20.101 adolescentes com medida socioeducativa em marcha. Desses, hoje há um aumento significativo dos adolescentes que entram pela primeira vez na Fundação, (80%), e os que entram a partir da segunda vez (19%).

Conforme o ECA define, o que deve ser considerado crime, de acordo com o código penal, o roubo qualificado, continua sendo o campeão, que dá 45%; tráfico de drogas, 24%; homicídio doloso, 6%. Nós temos ainda um número muito complicado para dizer, pois temos 4,8% de furto ainda cumprindo medida de internação; latrocínio, 2%; roubo simples, 3%; porte de arma, 1%, e, daí para frente, vai abaixo de 1%, como estupro, sequestro, cárcere privado, ameaça e uma série de outros delitos.

Hoje existe um orçamento público bastante vultoso na Fundação. Para 2008 está previsto exatamente 612 milhões de reais, sendo que 223 para pessoal, 263 para custeio e 68 para investimento. Este ano ainda devem ser inauguradas várias unidades, no interior e no litoral.

Gostaria de entrar na questão da Saúde. Houve uma grande reformulação da área de Saúde na Fundação a partir de 2005. Principalmente em função das portarias interministeriais, a 1.426 e a 340, as duas de 14 de julho de 2004, que instituíram uma política de atendimento à saúde do adolescente, para todas as instituições que trabalham com medidas socioeducativas. Esta portaria exige a criação de um plano de trabalho, de um plano operativo. Nós já fizemos esse plano. Primeiramente, exige adesão pelo secretário de Estado da Saúde que, de pronto, já realizou essa adesão. Nós já temos o plano pronto, ele já foi aprovado no Conselho Estadual de Saúde, no Conselho Estadual dos Direitos da Criança e Adolescente do Estado de São Paulo, já passou pela bipartite e está agora sendo discutido em Brasília, onde estão sugerindo algumas pequenas modificações no âmbito mais operacional.

Estamos seguindo à risca esse plano, embora ele não esteja totalmente aprovado em Brasília. De qualquer maneira, é o modelo de saúde que é praticado hoje na Fundação. Nós constituímos as equipes que o plano e a portaria determinam. Psicólogos e assistentes sociais também fazem parte da equipe da Saúde, que hoje é um grupo bastante suficiente. Hoje na Fundação há 820 profissionais de Saúde, sendo 232 auxiliares de enfermagem, 18 médicos, 31 dentistas, 24 enfermeiros primeiro padrão, 229 assistentes sociais e 286 psicólogos.

Estamos praticamente seguindo os parâmetros internacionais para o atendimento à população. No caso de médico, dentista e enfermeiros temos um profissional para 180 adolescentes, e um psicólogo e um assistente social para cada 20 adolescentes. Esse quadro ainda não está completo. Existem pessoas que ainda estão sendo chamadas, por conta de um concurso que houve no ano passado para completar o quadro.

Quanto a Saúde Mental, hoje, a Fundação está dividida em dez regiões, sendo que existem quatro na Capital, uma na Grande São Paulo e quatro no interior e no litoral. Todas elas têm um núcleo de

saúde e seguem as diretrizes que estão estipuladas no Plano Operativo, baseado na portaria interministerial 1.426 e a 340. Na Capital, temos um convênio com o Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, que presta assistência aos adolescentes no campo da Medicina Psiquiátrica. Nós temos 18 profissionais, escolhidos para atuarem na Fundação com adolescentes em medida socioeducativa. Há aproximadamente um ano e meio, eles integram, não o quadro direto, mas o quadro que executa as propostas, atuando no eixo da assistência.

A portaria prevê e define que nós somos obrigados a desenvolver atenção básica, e estamos desenvolvendo. Hoje praticamente quase toda demanda do atendimento interno de Saúde está voltado para a atenção básica, e todos os adolescentes passam por consultas. Pode ser que um adolescente, num momento ou outro, ainda não tenha passado, mas há uma organização feita pela enfermagem, há uma agenda que os médicos cumprem. Os médicos que não cumpriam agenda já não estão mais na Fundação. Todos que permanecem são obrigados a cumprir 12 consultas diárias e mais quatro de emergência. É uma agenda que precisa ser cumprida e, do ponto de vista da atenção, da assistência psiquiátrica, esses médicos atuam dentro das nossas unidades. Nós temos hoje um número de aproximadamente 245 adolescentes com diagnóstico na linha dos Fs (Transtornos Mentais e do Comportamento) do CID 10, e uma parte que é atendida nos nossos ambulatórios, no núcleo de Saúde de cada Divisão Regional.

---

*Hoje praticamente quase toda demanda do atendimento interno de Saúde está voltado para a atenção básica, e todos os adolescentes passam por consultas.*

Até agora, houve uma preocupação muito grande com a questão psiquiátrica, a questão do Transtorno de Personalidade Antissocial, que é

um dos grandes nós, que temos hoje na Fundação. Quero endossar as questões que o Dr. Flavio levantou e possivelmente as outras 15 que ele não levantou, também em relação a esse assunto, que, de fato, merece um debate mais amplo. Talvez fosse o caso de, no final, sair daqui e discutir a questão da Personalidade Antissocial, que é uma polêmica muito grande. O grupo de psiquiatras do IMESC tem uma posição; outros psiquiatras têm outras posições a respeito disso. De fato, tem prevalecido a corrente do IMESC.

Mas eu queria trazer o assunto para outro aspecto, ou seja, pensar que existe um eixo de Saúde Mental também no cotidiano da medida socioeducativa, particularmente na questão da internação, e até da internação provisória. A partir do momento que o menino é pego pela polícia, começa operar nele outro estado emocional, e precisamos dar uma atenção maior para isso. Há uma discussão interna hoje na Fundação de se ampliar esta discussão junto aos psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, pensar como atuar no eixo das atividades, no eixo do cotidiano, com os agravos que a privação de liberdade gera no adolescente. Isso inclusive é uma definição que consta na própria portaria. O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) incorpora esses eixos da portaria, e é uma preocupação nossa de introduzir essa discussão na Fundação. A privação de liberdade é também um fator que pode gerar problemas de Saúde Mental.

---

*A Fundação Casa tem ainda algumas características de instituição total, mas essas características estão fraturadas em certo sentido. Nós pensamos que o trabalho não é exclusivo da Fundação.*

Há um sistema de informações hoje sendo praticada. Nós temos registrado há um ano e meio, praticamente dois anos, todos os atendimentos. Estamos fazendo um estudo dessa questão. Existe uma forte hipótese de que alguns sinais, alguns sintomas de depressão, de ansiedade apresentados por alguns adolescentes se devem ao simples fato de terem perdido a liberdade. A partir do momento em que, de um dia para o outro, ele passa a viver com moleques que não conhece, passa a ter uma limitação, e a ter regras que ele nunca teve. E até podemos pensar que, por mais que tenhamos um regime ideal de privação de liberdade, hoje a sociedade coloca a prisão para o adolescente como sendo uma necessidade social. Isso é colocado pela sociedade, sim, todos os Estados brasileiros têm lá o seu sistema de privação de liberdade, mas é um sistema que realmente é muito questionável.

Com certeza não existe prisão boa, Não existe uma prisão que seja uma prisão agradável. Mas, supondo que pudéssemos ter uma unidade onde cessassem absolutamente todas as tensões, todos os conflitos – e em algumas chegamos um pouco perto disso, outras bastante complicadas – mesmo assim a própria privação de liberdade é um estado do cotidiano que não faz bem para o adolescente. Portanto, essa é uma preocupação além da questão psiquiátrica, ou seja, pensar o confinamento também, como um problema de Saúde Mental, um assunto que deve estar presente nas capacitações.

A Fundação não pode mais ser uma instituição total. A Fundação Casa tem ainda algumas características de instituição total, mas essas características estão fraturadas em certo sentido. Nós pensamos que o trabalho não é exclusivo da Fundação.

Em termos de Saúde, principalmente, atuo há sete anos na Fundação. Nas novas unidades do interior, embora tenham profissional próprio, toda ação de Saúde é articulada com as Secretarias de Saúde Municipal e, nesse sentido, nós temos de louvar iniciativas da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, especialmente a Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescen-

te. Estão promovendo uma pesquisa, em alguns municípios, e fizeram um questionário sobre o levantamento de Saúde Mental nas instituições que privam os adolescentes de liberdade. Nós estamos participando com as 33 unidades que temos na Capital e um dos objetivos é obter mais subsídios para se reformular e avançar na política de Saúde Mental para adolescentes privados de liberdade, especialmente chamando a responsabilidade do Poder Público local, Secretaria Municipal e Secretaria Estadual. 🌱

# Situação da política de Saúde Mental para adolescentes dos municípios do Estado de São Paulo

**Roberto Mardem Soares Farias**

Secretário de Saúde de Sumaré; membro da diretoria do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS).

Na verdade, alguns que me antecederam já colocaram a insuficiência do Sistema Único de Saúde (SUS) para dar conta dessa questão. Em relação à Saúde Mental das crianças e adolescentes, independentemente de estarem ou não em conflito com a lei, o SUS é muito insuficiente. Resta-nos o papel de tentar quantificar essa insuficiência, mostrar que há displicência e tentar explicar por que isso ocorre.

O que vemos sobre o SUS, em geral, é a sua insuficiência retratada na imprensa. Vale lembrar, no entanto, que o SUS tem inúmeros avanços, é uma política na qual temos que apostar. A saída dessa situação vai se dar na interface do SUS com outras políticas com as quais tem relação. Não vou

---

*O que vemos sobre o SUS, em geral, é a sua insuficiência retratada na imprensa. Vale lembrar, no entanto, que o SUS tem inúmeros avanços, é uma política na qual temos que apostar.*

me deter sobre os avanços do SUS, mas passo rapidamente. Imagino que a maior parte das pessoas conheça, embora não seja o que vemos na mídia o tempo inteiro.

Pretendo explicar aqui as insuficiências do SUS em relação às políticas de Saúde Mental, seja para adulto, seja para criança ou adolescente. É óbvio que no contexto do próprio SUS as insuficiências

não são apenas nesta área. É preciso entender essas insuficiências. Uma delas está na própria característica do Estado brasileiro. Existe de fato uma grande preocupação, com a inclusão social. Não vamos entrar também nesta discussão, mas podemos dizer que é um Estado clientelista, um Estado ainda muito patrimonialista, onde muitas vezes interesses políticos e eleitorais interferem mais do que o planejamento, ou seja, há má implantação de políticas públicas nesse país.

Dentre as insuficiências de administração direta, além da responsabilidade fiscal, hoje a grande dificuldade é colocar psiquiatra infantil, por exemplo, nos nossos CAPS. Quando há concurso, não aparece ninguém, denotando a insuficiência do aparelho formador. Não se encontra nem médico de família, nem psiquiatra infantil. Então, como cuidar da Saúde Mental, quando não se consegue contratar dois dos profissionais estruturantes nesta área, e que as universidades não formam? Isso nós vemos acontecer, por exemplo, na Saúde da Família na região de Campinas.

Sou secretário de Saúde de Sumaré. Precisariamos aproximadamente de 700 médicos de família para dar conta daquela população, em torno de três milhões de reais. As universidades da região formam em média 20 profissionais por ano, ou seja, feitas as contas vemos que, em 70 anos, teremos 80% de cobertura de Saúde da Família na região. Resta saber se podemos esperar os 70 anos. Esse é um pouco do quadro que nós temos hoje.



Outro problema indiscutível é do grande subfinanciamento do SUS. Para se ter uma ideia, a Constituição dizia que o SUS deveria receber repasse de 30% do orçamento da seguridade social; hoje é repassado em torno de 17%. Temos um orçamento de 40 bilhões, quer dizer, se estivéssemos cumprindo a Constituição, teríamos o orçamento de 80 bilhões de reais aproximadamente, o que seria pouco. O Brasil gasta menos do que boa parte dos países da América Latina, inclusive Uruguai e Argentina, e menos que todos os países europeus. Então, este é um dos grandes problemas do SUS, que piorou dos anos 90 pra cá, com as políticas de ajuste macroeconômico do País, de garantia de redução do déficit fiscal, etc. Como municipalista que sou, Secretário Municipal e representando o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, o COSEMS, não poderia deixar de dizer que hoje para os municípios está muito difícil implantar qualquer política nova.

De 1980 a 2006 tem havido uma grande redução dos gastos federais com a Saúde. Não estou falando de Saúde Mental, estou falando de Saúde em geral. Ao mesmo tempo, subiram os gastos municipais no Estado de São Paulo. Talvez o único município que gaste 15% do seu orçamento com Saúde seja Paulínia, porque tem tanto dinheiro, que gastar os 15% fica quase impossível, gasta 1.600 reais *per capita*. Todos os outros municípios gastam além dos 15%, numa média de 18%, e boa parte dos municípios da região da Capital gastam 20%, 22% do seu orçamento com Saúde.

Ou seja, os municípios estão com “a corda no pescoço”. Não é à toa que 50% dos secretários municipais de Saúde do Estado de São Paulo saíram antes de acabar a gestão. É o secretário que mais sai do cargo ao longo do tempo. Muitos porque não aguentam a demanda; outros porque o prefeito acha que ele gasta demais. É fácil demitir secretário de Saúde, porque a população e também o prefeito ficam na expectativa de que o próximo vá resolver. Ficam seis meses com a desculpa que estão aprendendo. Como não resolve, é de novo substituído.

Outra coisa a ser abordada é a política pública de Saúde no Brasil. É muito grave percebermos que o gasto público com Saúde no Brasil é de

---

*O Brasil gasta menos do que boa parte dos países da América Latina, inclusive Uruguai e Argentina, e menos que todos os países europeus.*

44%, enquanto o privado é de 56%. A maioria, se não todos os países europeus, ou mesmo os latino-americanos, que têm políticas universais de Saúde, gastam em torno de 80% do orçamento público com Saúde. No Brasil, isso não é verdade. Os gastos federais com Saúde têm se reduzido ao longo do tempo: de 85 dólares *per capita* caiu para 77 dólares em 2005, enquanto que os gastos municipais têm aumentado. Mas a somatória disso está em torno de 150, 200 dólares, o que é muito pouco de gasto *per capita*.

Em relação à Saúde Mental, para nós dos municípios, o grande marco de implantação de política se dá com a Lei Paulo Delgado. Na verdade, quando foi aprovada, ele já não era mais nem deputado federal. É a partir de 2001, final da década de 90, que o Governo Federal começa a incentivar a implantação da lei.

O governo começou a financiar e repassar para

---

*De 1980 a 2006 tem havido uma grande redução dos gastos federais com a Saúde. Não estou falando de Saúde Mental, estou falando de Saúde em geral.*

os municípios incentivos financeiros para serem implantados pela Saúde Mental. Foi importante e os municípios, de modo geral, responderam a esses incentivos propostos pelo Governo Federal. O Estado de São Paulo, particularmente, tinha 39 mil leitos de internação psiquiátrica em 1980, número que caiu para 13.622 em 2005, uma redução impor-

tante, de 63,2%. Temos no Estado de São Paulo a proporção de 3,4 leitos por 10 mil habitantes, sendo o indicativo do Ministério da Saúde de 4,5 por 10 mil habitantes. Então podemos pensar que a proporção 3,4 no Estado de São Paulo, é muito boa. Mas, isso não é verdade, se observarmos, que a maior parte desses leitos ainda está em hospitais

---

*A existência de poucos leitos não significa que a situação é boa, significa que o indivíduo não está sendo assistido porque não há unidade substitutiva ao leito.*

psiquiátricos e não em hospitais gerais. Sem esquecer que a perspectiva da Luta Antimanicomial, da Reforma Psiquiátrica, é reduzir a zero.

Outro paradoxo: é verificar que a existência de poucos leitos não significa que a situação é boa, significa que o indivíduo não está sendo assistido porque não há unidade substitutiva ao leito. Em outros lugares, ao contrário, há muito leito ainda. Variamos de um lugar que tem zero leito psiquiátrico, como é o caso de Registro, mas também não tem nenhum CAPS. Há lugares, como por exemplo, a região de São João da Boa Vista, com 20 leitos psiquiátricos, demonstrando a iniquidade da distribuição. Como se explica isso? A implantação dos hospitais psiquiátricos não seguiu nenhuma lógica epidemiológica ou nem sequer uma lógica demográfica. Seguiu o curso do dinheiro, onde há gente interessada em investir em hospitais, que ganha dinheiro em cima da loucura e da institucionalização do paciente com sofrimento mental. Essa distribuição de leitos no Estado de São Paulo,

---

*Deve haver uma discussão muito forte com as universidades para incentivar, ampliar as residências, mestrado profissional, capacitação de quem está na ponta, e também médico de família que tem uma grande dificuldade na atenção às crises.*

com raríssimas e honrosas exceções, significa não assistência, ou ainda o excesso de internação. A lógica dos leitos tem a lógica financeira embutida por trás dela.

Podemos citar de cabeça quais são as honrosas exceções. Santos, indiscutivelmente, que tem 0,98 CAPS para cada cem mil habitantes, que é mais ou menos o recomendado, ou seja, um CAPS para cada cem mil habitantes. Santos é o único lugar que chega próximo disso. A região de Santo André tem avanços bastante importantes assim como a cidade de Campinas. São as honrosas exceções que chegam a uma situação de Saúde Mental razoavelmente adequada.

Entretanto, o positivo é que percebemos que de 2005 para 2007 houve um crescimento substancial, ainda bastante insuficiente, na implantação de CAPS. Saímos de um total de CAPS no Estado de São Paulo de 124 para um total de 209, 76% de crescimento aproximadamente. A outra luz no fim do túnel é que, em relação aos CAPS infantis, que têm a ver com a nossa discussão aqui, são os que mais cresceram. De 2005 para cá, dobrou a quantidade de CAPS AD e a quantidade de CAPS infantis no Estado de São Paulo. Tínhamos 25 CAPS aproximadamente em 2005, e a quantidade dobrou para 52. Eram 15 CAPS infantis e agora são 30.

Esse crescimento dos dois últimos anos é bastante alentador, mas, por outro lado, dada a questão financeira, o que temos percebido a partir de algumas avaliações feitas é que o SUS teve uma certa estagnação nos últimos anos.

A Saúde da Família, por exemplo, tem crescido no Estado de São Paulo, num ritmo de 1,45 a 1,5% ao ano nos últimos três ou quatro anos. Tem 28% de cobertura. Crescendo a esse ritmo, quando chegaremos a 70%, 80% de cobertura? E o outro fato ainda desalentador é que esse crescimento se dá nas pequenas cidades. Na grande cidade a cobertura é menor ainda.

Outro paradoxo nesta discussão: onde há muito leito, há pouquíssimos CAPS e pouquíssima Saúde da Família; onde há poucos leitos, é onde

há um pouco mais de Saúde da Família. Ou seja, a Saúde da Família e os CAPS vão ter neste momento pouca possibilidade de apoiar a desinstitucionalização, a redução do número de leitos.

A outra luz no fim do túnel é o Plano Estadual de Saúde. Pela primeira vez, no Estado de São Paulo, há um plano estadual. Lido com o SUS há pelo menos 25 anos, fui secretário de Saúde pelo menos em três municípios. É a primeira vez que houve um diálogo tranquilo com a Secretaria de Estado da Saúde, pela primeira vez a Secretaria faz um plano Estadual de Saúde, talvez o primeiro da sua história, ou pelo menos é o primeiro dialogado com os municípios.

A Saúde Mental, que nunca aparece nos planos estaduais, aparece com algumas referências, muito poucas. Desta vez passa a ter um peso importante no plano estadual. Resta agora cobrarmos para que esse plano seja cumprido.

A outra luz no fim do túnel é a formação dos colegiados regionais e os técnicos que têm participado desse colegiado. O último curso sobre Saúde Mental do Congresso do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, COSEMS, foi muito importante. Houve uma cobrança para que os colegiados regionais montem cursos similares. Dessa forma, é possível estimular os vários secretários de Saúde a colocarem isso na sua agenda, porque a Saúde Mental não é pauta nem agenda da maioria das Secretarias Municipais de Saúde do Estado.

Falando sobre os eixos do Plano Estadual de Saúde, é na atenção primária que começa a relação com a Saúde Mental, no eixo um. Um objetivo é garantir atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, e confinados em regime de internação. Queremos que se estabeleça e seja uma relação importante, mas é difícil, porque nós profissionais de Saúde não temos capacitação. Mas aí, uma das estratégias, inclusive, é a da capacitação. Há outros eixos, mas vou me ater apenas a este.

É insuficiente esse diagnóstico, é claro, mas a velocidade do crescimento que eu aponte nos dá um alento. Há outro problema, que é a qualidade da atenção, que precisa crescer. O Plano Estadual coloca isso muito claro, ou seja, a necessidade da capacitação.

Sobre a insuficiência psiquiátrica infantil, deve haver uma discussão muito forte com as universidades para incentivar, ampliar as residências, mestrado profissional, capacitação de quem está na ponta, e também médico de família que tem uma grande dificuldade na atenção às crises. Se é difícil atender o paciente, digamos, controlado, mais difícil é atender a crise, atender a urgência psiquiátrica. Esse é um dos grandes problemas e tem a ver com a atenção básica. Se alguém quiser saber mais, conhecer a fonte desses dados, basta consultar a Secretaria de Estado da Saúde. 🌐

# A reforma em Saúde Mental e os desafios na interface com a Justiça.

## Proposições da Coordenação de Saúde Mental para adolescentes em situações de vulnerabilidade e nas fronteiras com o sistema de Justiça

**Pedro Gabriel Delgado**

Psiquiatra, foi Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde de 2000 a 2010.  
É professor do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRJ.

Vamos falar sobre atos considerados gravíssimos, cometidos por jovens que apresentam alguma situação sugestiva de comprometimento da saúde mental. Estamos diante de uma questão crucial em relação à sociedade que nós queremos construir.

Começarei tentando contextualizar o tema. Recentemente, durante reunião com o Ministério Público, em Brasília, sobre a questão da dependência química e atos infracionais de jovens na região do Distrito Federal e entorno, foi apresentado o caso de um jovem que está indevidamente internado em uma instituição para cumprimento de medida socioeducativa. Tratava-se de uma instituição que, a rigor, não deveria ser o local de encaminhamento deste jovem, caso seu problema fosse de fato apenas uma questão de dependência química.

E então se comentou: “mas esse jovem, tempos atrás, cometeu tais e tais delitos”. Aquele jovem tinha, antes daquela situação, cometido delitos considerados gravíssimos, pelos quais já havia ficado internado. Não seria, portanto, o centro de atendimento juvenil, para medidas socioeducati-

vas, o lugar adequado para que ele pudesse ficar? Argumentou-se que não haveria outra instituição para recebê-lo. E se entendia que o jovem precisava ficar em algum lugar, sob regime de internação. Que fazer, pois, diante deste impasse? Interná-lo, contra a vontade, na instituição de medida socioeducativa, sem que houvesse amparo legal para a imposição da medida?

Cito este exemplo pelo que ele tem de familiar a todos que participam deste debate, não pelo que tem de estranho, e para deixar claro que estamos diante de uma situação que não comporta respostas fáceis.

Tenho conversado muito com os dirigentes da Secretaria de Direitos Humanos do Governo Federal, entre as quais há uma colega que já foi diretora da antiga FEBEM no Rio Grande do Sul, e tem, portanto, uma experiência rica com essa questão. Ela dirigiu ao Ministério da Saúde, e vem dirigindo com certa insistência, uma solicitação no sentido de que possamos construir uma referência que seja suficientemente clara – mesmo que não tenha a clareza toda que, por exemplo, a sociedade, os

operadores de Direito, ou mesmo os funcionários de Saúde poderiam esperar. Clara, porém, em relação ao seu norte ético, à sua diretriz do ponto de vista de política pública e da intersetorialidade. Clara o suficiente para não encobrir o fato de que não há uma resposta simples para a situação desses jovens que cometem atos gravíssimos e que parecem ser acometidos de transtornos mentais, o que aqui neste debate foi designado, muito insistentemente, com a expressão de Transtorno de Personalidade Antissocial.

Esta é a questão com a qual estamos nos debruçando. Estamos diante de um desafio real. Faço este preâmbulo para poder dizer que, de fato, não se trata apenas de afirmar o que pensamos sobre a chamada Unidade Experimental, solução institucional proposta pelo Estado de São Paulo, que suscita este debate hoje. A Unidade Experimental sintetiza e materializa a expectativa de muitos acerca da possível solução para um problema muito grave, através da criação de um estabelecimento especial, onde o fenômeno entendido como personalidade antissocial pudesse ser objeto de uma intervenção médica.

Não basta dizermos que tal medida é um equívoco monumental, como eu a considero, porque não podemos dizer *apenas* isso.

Por exemplo, não posso tão-somente dizer à Secretaria Especial de Direitos Humanos que não se trata de criar estabelecimentos especiais, com privação de liberdade por tempo indeterminado, pelo fato em si de tratar-se de um problema de Transtorno de Personalidade Antissocial. Ou, ainda, de que a solução institucional baseada na reclusão tem como desdobramento inevitável (mas nem sempre visível) a criação de mecanismos para se prolongar esta estadia por duração indeterminada, como ocorre no caso do paciente mental adulto que comete delito, onde existe um mecanismo, a medida de segurança, que transforma essa situação de privação de liberdade, de confinamento, em um tempo indeterminado. Como alguns colegas aqui da área jurídica já

mencionaram, tais mecanismos contrariam um princípio fundamental do Estado Democrático de Direito, o de que a pessoa tem o direito de saber qual o tamanho da sua pena. Mesmo que chame-mos esta pena de tratamento.

Não existe uma pena indeterminada, não existe uma punição eterna. Então, estamos, de fato, diante de uma situação de impossibilidade. Nós devemos tomar, penso, como uma posição intelectual e ética, a ideia de que não sabemos o que fazer. Proponho esta posição ética como um primeiro passo, porque não posso ficar apenas nisso, já que estou no lugar de gestor de uma política pública. Se eu não estivesse nesta posição, proporia, como conclusão deste seminário, a constatação afirmativa de que não sabemos o que fazer, o que é melhor do que fazermos errado.

Agradeço os aplausos que esta afirmação recebeu, porém, diria que é preciso enfrentar em seguida os problemas que ela suscita. Não podemos dar

---

*A violência está presente na sociedade humana desde sempre, mas ela apresenta hoje, no cenário brasileiro e internacional, algumas características de paroxismo que deixam a todos nós perplexos e atônitos.*

uma resposta qualquer a essa situação de pânico social que a violência produz, a violência como um produto do modo de desenvolvimento atual da sociedade. A violência está presente na sociedade humana desde sempre, mas ela apresenta hoje, no cenário brasileiro, no cenário internacional, algumas características de paroxismo que deixam a todos nós perplexos e atônitos.

Peguei um táxi, outro dia, numa cidade muito conturbada pela violência, e o taxista foi logo defendendo a ideia de que não havia crime organizado na época da Ditadura Militar. O fenômeno da violência suscita, na verdade, essa situação do pânico. Suscita esta sensação de urgência, de que

temos que fazer alguma coisa e ter uma solução, que deve ser uma solução visível, mais sólida, mais consistente, principalmente se embasada no conhecimento científico, em uma certa tradi-

---

*(...) só vamos enfrentar a violência respondendo com estruturas institucionais totalitárias, que esta pode ser a única resposta possível, ou, no limite absurdo, respondendo com o colapso do Estado Democrático de Direito, porque disto resultaria a impossibilidade absoluta de construir uma vida em sociedade.*

ção científica. Poderia ter feito uma pergunta ao taxista, mas tive a vontade, imediatamente, de não conversar mais com ele.

Temos que pensar também que existe um ovo da serpente nessa história de que só vamos enfrentar a violência respondendo com estruturas institucionais totalitárias, que esta pode ser a única resposta possível, ou, no limite absurdo, respondendo com o colapso do Estado Democrático de Direito, porque disto resultaria a impossibilidade absoluta de construir uma vida em sociedade. Então, a pergunta que eu teria feito a esse defensor da ditadura em nome do combate ao crime organizado – volto ao diálogo com o taxista – era se ele teria certeza de que lado estaria se sobreviesse novamente a ditadura, se tinha certeza de que estaria do lado mais protegido. Porque, no Estado totalitário, quem escolhe o lado é a ditadura. O desconforto e desafio do Estado Democrático de Direito é que ele nos coloca nessa posição de desamparo.

Feito este preâmbulo, queria enumerar quatro situações que vão nos ajudar a pensar o passo seguinte, já que eu próprio não posso me deslocar de Brasília para cá, em São Paulo, simplesmente para dizer que não sei o que fazer, mesmo que tenha esta sensação de que não sabemos mesmo

o que fazer. Mas quero enumerar quatro pontos.

Primeiro, a relação entre a Justiça, o Direito e a Psiquiatria. A Psiquiatria como campo capaz de propiciar legitimidade. Os relatos das duas juízas foram muito claros ao dizer: “olha, não me venham com a questão de que esse laudo foi feito por um psiquiatra”, porque elas dizem que tanto faz se foi um psiquiatra ou um psicólogo, o que importa é que estamos diante de um campo cujo efeito é a produção de liberdade ou restrição dela, um campo de saber especializado que legitima a decisão judicial sobre a liberdade ou o confinamento.

Este diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial é histórico, sempre existiu. O esforço de um diagnóstico deste tipo existiu nos 200 anos de construção dos fundamentos da clínica psiquiátrica. Sempre foi algo que deixou os velhos alienistas e psiquiatras de cabelo em pé, e sempre foi uma demanda da ordem social, de que a Psiquiatria desse um pouco de cientificidade a algo que nós não conhecemos, que nos assusta.

Na relação da Psiquiatria com a Justiça, sempre apareceu a figura do perverso, do antissocial, dos atos irresponsáveis, daquela pessoa que, por conta de algumas características, apresentava alta probabilidade de vir a cometer de novo esses atos, que é o que se chama de periculosidade. Porém, penso que o diálogo entre a Psiquiatria/Saúde Mental e a Justiça, o campo do Direito, está passando por um processo de grande mutação, por uma evolução importante.

Digo para vocês que esse diálogo que estamos tendo é completamente diferente daquele que teria ocorrido há cinco anos, em que claramente apareceria uma demanda do tipo “façam tais instituições, respondam a tais problemas”. Houve, na verdade certo compartilhamento de perplexidades na primeira parte desta reunião.

Na segunda parte da reunião, vemos uma questão mais formulada em conjunto, a questão de o que devemos fazer, porém formulada de maneira compartilhada. Existe aqui uma evolução significativa. Penso que a experiência de atos gravíssi-

mos praticados por jovens com comprometimento psicológico ou psiquiátrico é um fenômeno do mundo inteiro e aparece como uma questão que é um enigma, algo na aparência insolúvel, mas para o qual devemos buscar a solução.

Aqueles Estados que queiram aparentemente solucionar a questão de forma mais imediata adotam a via mais rápida de institucionalização pura e simples. Estados que costumam, de fato, criminalizar as condutas de uma forma geral, adotam simplesmente a medida da pura criminalização, independente das consequências dessa medida. Adotam, por exemplo, a redução da idade penal, o que aparentemente resolve tudo. Com a redução da idade penal, não teríamos que nos dar ao trabalho de fazer essa discussão. Bastaria ampliar as vagas nas prisões, e esquecer as conquistas que nosso país construiu no campo dos direitos de crianças e jovens.

Portanto, para ficar nesse primeiro tema, da relação da Justiça e da Psiquiatria, o nosso desafio não é a questão da personalidade antissocial, conceito ao qual retornarei e sobre cujas limitações já enunciei minha visão crítica, mas o desafio está no fato de que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) afirma que as crianças e os adolescentes são seres em desenvolvimento, e por isto têm direito a uma proteção especial. Esta conquista jurídica e ética lhes confere um estatuto de proteção especial, que é da essência ou do projeto do Estado de Direito Democrático. Está incluída neste debate a maioria do próprio ECA, seus 18 anos, completados neste ano de 2008. Em nosso país nós cultivamos este projeto; existem outros países que simplesmente adotam o caminho da penalização com idades mais baixas. Como enfrentar esta contradição crucial, de uma sociedade que defende a proteção (e construiu leis para isto) e ao mesmo tempo apoia o confinamento, uma vez que a infração não retira da criança e do adolescente seu estatuto de cidadão sujeito à proteção? Teremos, pois, que pensar que o desafio contido no ECA, que implica de igual modo as áreas da Justiça, da

Segurança Pública e da Saúde Mental, constitui o centro desta nossa discussão.

O caso que motiva nosso debate é o mais notório que se discutiu aqui em São Paulo, determinando o primeiro cliente deste novo estabelecimento. Este caso merece, de fato, se tornar um símbolo dessa impossibilidade, para que tal impossibilidade não nos conduza a uma situação de paralisação e de letargia, mas a um apelo, de fato, à mudança de posição, à busca de saídas das posições onde estamos e de avanço na construção de uma resposta institucional mais consequente.

A conclusão desse item da relação da Psiquiatria/Saúde Mental com a Justiça é que há, neste momento, um campo propício para discutirmos soluções que não sejam as mesmas, isto é, ou a Psiquiatria colonizando a Justiça, ou a Justiça fazendo apelo à Psiquiatria para legitimar aquelas decisões que já queria realizar antes, dando uma cor de cientificidade a uma decisão que no limite é impossível (ou ilegítima). Ela será sempre uma decisão tomada num certo limite de enigma, de ser ou não ser a decisão correta. Mas há um cenário propício, enfatizo este argumento, de diálogo entre

---

*Como enfrentar esta contradição crucial, de uma sociedade que defende a proteção (e construiu leis para isto) e ao mesmo tempo apoia o confinamento, uma vez que a infração não retira da criança e do adolescente seu estatuto de cidadão sujeito à proteção?*

os dois campos, na direção de saídas institucionais menos rígidas, mais flexíveis.

Terceiro ponto: penso que temos que colocar na agenda desta discussão o que produziu a biografia destes sete atuais internos do estabelecimento especial, cuja criação eu queria novamente dizer, reiterando o que já expressei no início, que considero um equívoco. Considero que o equívoco nasce desta impossibilidade de uma resposta efetiva. É

necessário que o nosso país consiga pensar que há uma historicidade nessas sete biografias. Nessas sete biografias existem várias fontes para se pensar nisso. Li recentemente uma série de reportagens, no ano passado, do jornal *Correio Braziliense*.

---

*O ECA, os direitos que ele assegura, impõe mudanças na maneira de os próprios agentes do Estado contarem a história dos jovens.*

Eram histórias de vida dos habitantes de uma instituição para meninos e meninas infratores de Brasília. Quem lê a história de vida dessas pessoas remonta também aos pais, aos tios, às idas e vindas das famílias, à vida antes do nascimento, à dimensão simbólica da experiência.

A ausência de políticas públicas, a historicidade e outros componentes destas histórias trágicas, tudo isso demonstra que essas pessoas já nasceram ameaçadas por esses destinos funestos, não por determinação genética ou biológica, mas pelo brutal estreitamento das possibilidades de vida e solidariedade. Nos últimos 30 anos, foi vertiginosa a produção dessa forma extrema de exclusão. O colega da Fundação Casa nos diz que são 20 mil em medidas socioeducativas no Estado de São Paulo, sendo 5 mil privados de liberdade. Quais são as histórias destes milhares de jovens? Devemos nos apropriar melhor dessas biografias dos meninos e meninas sob regime de privação de liberdade, no sentido de entender o que se passa, entender o que produziu isso.

Um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA, que foi divulgado ontem, 13 de maio de 2008, uma das datas relacionadas à Consciência Negra, mostra que, se seguirmos nesse ritmo de inclusão social, ritmo que melhorou muito no governo Lula, a equidade se dará somente em 30 anos! Então, talvez pudéssemos nos apropriar melhor desta construção de biografias, tomando, não como causa, mas como pano de fundo, o obstáculo estrutural da iniquidade em nosso país.

Por que as biografias se dão deste jeito? Eis uma forma de não nos colocarmos sempre em posição de perplexidade diante de algumas cenas-limite, trágicas, marcadas pelo absurdo e pela violência.

Lembro de um documentário chamado *Juízo*<sup>1</sup>. Não é um filme, em minha opinião, maravilhoso, mas achei duas coisas interessantes nele. Primeiro que, por conta do Estado Democrático de Direito e do ECA, os autores do filme não puderam expor as situações dos próprios jovens que cometeram delito e seu processo de julgamento, e para isso tiveram que se valer de outros jovens que estavam fazendo um trabalho de teatro e, portanto, eram atores em formação. É o ECA que nos impede de expor tais biografias de modo indelicado, e por isto nos impõe a criatividade. O ECA, os direitos que ele assegura, impõe mudanças na maneira de os próprios agentes do Estado contarem a história dos jovens. Segundo aspecto: estes atores amadores desempenhavam teatralmente o papel de outros jovens, da mesma comunidade, representando situações que eles próprios já tinham vivido, em outro contexto. Isto, sim, é uma boa política pública, não o que o filme demonstra no funcionamento da engrenagem da Justiça, mas essa pequena amostra, onde outros jovens podem produzir sentido naquilo que fizeram. Ao fazerem este brilhante exercício de produção de sentido que é o teatro, que é o filme, a obra de arte, ao mesmo tempo contribuem para poder pensar a situação dos outros jovens que cometem delitos. Penso que este exemplo talvez seja uma luz para pensarmos sobre a questão da política pública, pela via da inclusão absolutamente radical. Essas pessoas, os jovens atores que, através da biografia de outros, encenam seu próprio drama, tornado agora experiência vivida e refletida, estão de fato em processo de inclusão – social, jurídica, simbólica.

Outro ponto para o qual o filme chama a atenção é que estas instituições são horrorosas, lugares de horror. Elas pagam o preço do confinamento,

---

<sup>1</sup> *Juízo*, de Maria Augusta Ramos, 2007.



porque a possibilidade de um modelo de cuidado terapêutico no confinamento fica irremediavelmente reduzida pelo próprio confinamento. São instituições de violência, onde a regra nascida da violência vai acabar imperando.

Por isso meu ceticismo em relação a dizer que essas pessoas podem se beneficiar da medida de internação por apresentarem o chamado transtorno antissocial, porque se supõe também que a medida de internação nestas condições produzirá mesmo um efeito terapêutico, o que é mais um impasse, é uma impossibilidade.

Também me chama atenção a situação a que se expõem juízes e os operadores de Direito diante das situações impossíveis com as quais se defrontam. A Justiça não tem possibilidades de apreender aquela história, a não ser como um fragmento de história, ao qual se aplicará um fragmento de legislação, um fragmento de norma. Penso assim: há uma posição de perplexidade também da Justiça, alguns crimes são bárbaros, são situações gravíssimas, de pessoas que vivem biografias na aparência completamente despossuídas de sentido, de significado, de impossibilidade de inclusão social.

Não adianta tentar produzir um sentido *prêt-à-porter* para o que é impossível de se entender, dizendo que é um Transtorno de Personalidade Antissocial. A personalidade antissocial não é um diagnóstico que explique toda essa historicidade, todo esse impasse que nós vivemos nos grandes centros urbanos brasileiros, em relação à questão da violência.

Recapitulando, dissemos que: 1) os campos da Psiquiatria/Saúde Mental e Justiça se amparam historicamente, de modo recíproco, para legitimarem soluções institucionais de privação da liberdade; 2) existe, entretanto, um ambiente propiciador de um novo diálogo entre os dois campos, na busca de soluções criativas, mais flexíveis, sob o amparo do Estado Democrático de Direito e da premissa da liberdade e dignidade de crianças e jovens, e 3) precisamos conhecer as histórias vivas, cada

história, cada narrativa que possa nos fornecer o sentido das ações sem sentido, de modo a permitir a intervenção adequada do Estado. Como último ponto, devemos: 4) considerar a articulação concreta da rede de Saúde Mental com o sistema de proteção dos direitos de crianças e jovens.

Sobre a questão da rede de Saúde Mental, que já foi mencionada neste debate: apostamos, como diretriz, em uma intervenção abrangente, na forma de uma rede de serviços de saúde e sociais, articulados à Justiça e ao sistema socioeducativo. Primeiro, porque as soluções fáceis, oriundas da compreensão baseada exclusivamente em um modo particular de entender a experiência desses jovens, catalogada na forma das classificações e diagnósticos, são insuficientes para a compreensão e abordagem do problema.

Segundo, porque temos que levar até o fim nossa aposta de que os jovens em desenvolvimento têm direito a uma proteção especial, isso como um desafio do projeto da democracia brasileira.

A violência e a exclusão social são as questões determinantes, e precisam ser mais bem apreendidas, seja pela Justiça, pelo Direito, seja pela Saúde Mental e pelo âmbito mais amplo da Saúde. Nós, da Saúde, também sabemos pouco sobre isso. Do mesmo modo, não adianta fornecer apenas a

---

*(...) temos que levar até o fim nossa aposta de que os jovens em desenvolvimento têm direito a uma proteção especial, isso como um desafio do projeto da democracia brasileira.*

resposta de que a exclusão social é produzida pela sociedade de classes, pela violência e iniquidade do capitalismo. Isto não produz conhecimento, embora seja uma premissa consistente. Refiro-me a produzir conhecimento no sentido de saber quem são essas pessoas e como são, para poder ajudá-las a fazer parte da sociedade democrática, da vida na cidade.

A rede de Saúde Mental, que o colega aqui do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de

Saúde, CONASEMS, mencionou que implantamos, está em expansão. Ela também se dotou há alguns anos de um Fórum Nacional de Saúde Mental da Infância e da Juventude, e esse fórum tem uma importantíssima participação do Juizado da Infância e da Juventude, da Associação Brasileira de Magistrados, Promotores e Defensores Públicos da Infância e Juventude, do Ministério Público, de Conselhos Tutelares. Neste fórum se exerce, no âmbito de maior amplitude institucional, a intersectorialidade, cujo exercício tem se realizado também no âmbito local.

O Estado do Rio de Janeiro fez um fórum de saúde mental de crianças e jovens, que discute os casos regularmente, há 8 anos, e funciona muito bem. Temos que aprender com a Justiça, e a Justiça tem que aprender não só a questão de diagnóstico de saúde mental. O diagnóstico é muito importante, nós sabemos, mas a Justiça deve aprender com a Saúde Mental também este esforço de uma compreensão clínica dos fatos e de agir de acordo com a compreensão clínica, sempre flexível. Nós da saúde devemos levar em conta o modo de compreensão que a Justiça ine-

vitavelmente tem que ter, porque ela precisa se valer dos códigos, se valer dessas normas gerais, mas precisamos construir em conjunto o caminho, Inter setorial, para tornar mais clínica essa compreensão, para o exercício valioso de discutir caso a caso. Temos que fazer com que essas questões e desafios socioeducativos tornem-se de fato um caminho terapêutico, no sentido da criação de novas possibilidades de existência. 🌱

# Política de Saúde Mental e Política de Atendimento Socioeducativo de Adolescentes em Conflito com a Lei: desafios da atenção e cuidado de adolescentes em privação de liberdade a partir da leitura de dados

## Susana Cecília Lavarello Mintegui

Psicóloga, militante da área de Direitos Humanos de Crianças e adolescentes, assessora da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República do Programa Nacional de Implementação do SINASE-PROSINASE.

## Marcus Vinicius Almeida Magalhães

Advogado da área de Direitos Humanos, assessor junto à Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos de Crianças e Adolescentes da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, ex-gerente da Comunidade de Atendimento Socioeducativo de Salvador (Case Salvador).

No contexto de aproximação da comemoração dos 20 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente, promulgado em 13 de julho de 1990, a divulgação de dados obtidos em levantamentos nacionais recentes<sup>1</sup> apontam que, no campo dos Direitos Humanos de adolescentes em conflito com a lei, a Política Nacional de Saúde Mental e os avanços preconizados pela Reforma Psiquiátrica ainda não se efetivaram, especialmente em relação ao adolescente autor de ato infracional em cumprimento de medida socioeducativa de internação.

O evidente distanciamento entre a realidade dos programas de execução de medidas socioeducativas de privação de liberdade nos estados brasileiros e a normativa legal (especialmente o Estatuto da Criança e do Adolescente e o documento referencial intitulado Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE), em que pese a existência de significativos avanços nas políticas intersetoriais, reflete a crise na implementação de um sistema socioeducativo sustentado numa linguagem de garantia de Direitos Humanos.

Mais que isso, a persistência de violações de direitos na realidade institucional de unidades de internação contribuem para o fortalecimento de discursos contrários à proposta garantista do ECA e SINASE, a qual instrumentaliza os princípios programáticos da Constituição Federal e dos marcos internacionais dos quais o Estado brasileiro é

1 Este artigo abordará dados divulgados no Levantamento Nacional de Atendimento Socioeducativo de 2009 da Secretaria de Direitos Humanos e no I Levantamento Nacional de Atenção à Saúde Mental aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades Socioeducativas – Secretaria de Direitos Humanos realizado em parceria com o Ministério da Saúde e Fundação Osvaldo Cruz.

signatário, em destaque a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Convenção Internacional dos Direitos da Criança – daí a necessidade de discussão sobre estratégias para o efetivo alcance prático destas políticas.

Insta ressaltar que o direito à saúde numa perspectiva integral e também no sentido do direito à atenção e cuidado de forma especializada está previsto no ECA e, em relação ao SINASE, há expressa garantia de atendimento especializado para adolescentes com deficiência e em sofrimento psíquico:

**8. Incolumidade, integridade física e segurança (artigos 124 e 125 do ECA)**

*A figura central na garantia do direito à segurança e à integridade física e mental do adolescente privado de liberdade é o Poder Público, que tem a responsabilidade de adotar todas as medidas para que de fato tais garantias sejam respeitadas. Esse dever do Poder Público decorre, também, da própria responsabilidade objetiva do Estado, isto é, o dever de reparar qualquer dano causado ao adolescente sob sua custódia.*

*Incolumidade, integridade física e segurança abrangem aspectos variados e alguns exemplos podem ser extraídos dos artigos 94 e 124 do ECA, que impõem às entidades garantir aos adolescentes o direito a instalações físicas em condições adequadas de acessibilidade (Lei nº 10.098, de 19/12/2000), habitabilidade, higiene, salubridade e segurança, vestuário e alimentação suficientes e adequadas à faixa etária dos adolescentes e cuidados médicos, odontológicos, farmacêuticos e saúde mental.*

Assim, para contribuir para a reflexão sobre os desafios colocados à qualificação da política dos Direitos Humanos de adolescentes autores de ato infracional em relação à superação de questões do campo da Saúde Mental que persistem no modelo institucional destas unidades e remetem à lógica do Código de Menores (asilar, institucionalizante, repressiva, hospitalocêntrica, diagnóstico e periculosidade) lançamos mão de alguns documentos institucionais, que

informam sobre o universo em que essa política está circunscrita.

O Levantamento Nacional do Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei – 2009<sup>2</sup>, apresentado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República em 2010, revelou que no Brasil o número total de adolescentes incluídos nas medidas de internação, semiliberdade e na condição de internação provisória perfaz em 2009 um quantitativo de 16.940 adolescentes de ambos os sexos, sendo 11.901 na internação, 3.471 na internação provisória e 1.568 em cumprimento de semiliberdade. Consi-

---

*O direito à saúde numa perspectiva integral e também no sentido do direito à atenção e cuidado de forma especializada está previsto no ECA.*

derando-se também a existência de adolescentes privados de liberdade em unidades de internação que não estão em cumprimento de medida socioeducativa em sentido estrito, o quantitativo de “inseridos” dentro do sistema socioeducativo é de 17.856 adolescentes.

Os dados verificados neste Levantamento de 2009 revelam um acentuado declive na taxa anual de crescimento do sistema socioeducativo nacional nos últimos anos, em que pese o acentuado aumento do número de adolescentes internos em diversos estados, inclusive num percentual muito acima da taxa nacional.

O Estado de São Paulo, segundo o levantamento em comento, registrou substancial crescimento do número de internações, em torno de 20%, além do importante registro de que um montante de 1.787 adolescentes desse sistema socioeducativo, apesar de privados de liberdade, não preenchem os requisitos constantes do artigo 122 do Estatuto da Criança e do Adolescente. Segundo o Levan-

---

2 Disponível em: [http://www.obscriancaeadolescente.gov.br/?file\\_pub=100316224703.pdf](http://www.obscriancaeadolescente.gov.br/?file_pub=100316224703.pdf). Acesso em: 03.07.2010.

tamento, a flagrante violação de direitos desses adolescentes decorre de que

*A cultura de inclinação ao encarceramento juvenil se revela posicionamento recorrente na jurisprudência brasileira, fundamentada (não na lei, mas) numa suposta periculosidade atribuída aos antecedentes dos adolescentes, à falta de respaldo familiar, ao desajuste social, ao uso/abuso de drogas, no que se reconhece na medida de internação uma forma de segregação e uma estratégia de ressocialização ou, ainda, a coloca em meio ao discurso do “benefício” ou da “correção” atribuído como justificativa à aplicação de medida de internação: “isolar para tratar” (Levantamento Nacional de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei, 2009, p.8).*

De fato, estes dados demonstram que a lógica retributiva estampada nos mecanismos e culturas judicantes ainda é forte e, na medida em que atendem ao forte apelo midiático de adoção de arranjos institucionais e medidas cada vez mais extremadas e excludentes, desconsideram os princípios da brevidade e excepcionalidade que norteiam a aplicação da internação, conforme artigo 121 do ECA<sup>3</sup>.

Tanto assim que o I Levantamento Nacional de Atenção à Saúde Mental aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades Socioeducativas, outro trabalho da Secretaria de Direitos Humanos realizado em parceria com o Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz<sup>4</sup>, e que considerou um universo de 236 unidades de internação de todo o País<sup>5</sup>, revelam que a re-

3 ECA, art. 121: A internação constitui medida privativa da liberdade, sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

4 O seminário “Mais Juventude na Saúde: vamos falar disso? Adolescentes em Conflito com a Lei” ocorreu em novembro 2009 e foi organizado pelas áreas técnicas da Secretaria de Atenção à Saúde – Saúde do Adolescente e do Jovem e Saúde Mental do Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

5 Não participou deste levantamento apenas o Estado do Paraná,

alidade da atenção e cuidado à saúde mental de adolescentes internos, ainda não se implementou como uma política necessariamente Inter setorial e de Direitos Humanos de adolescentes a quem se atribui a autoria de ato infracional.

Para ilustrar, e já referenciando os dados ob-

---

*A cultura de inclinação ao encarceramento juvenil se revela posicionamento recorrente na jurisprudência brasileira.*

tidos a partir do instrumento de coleta aplicado junto aos gestores dos programas de execução de medidas de internação, o dado referente ao modelo arquitetônico das unidades apontou a existência de 8% (u= 19) de unidades construídas antes do advento do ECA (1990) e um percentual de 92% (u=217) de unidades construídas no momento pós-ECA, das quais 15% (u= 35) foram construídas após ter sido editado o documento referencial SINASE (2006).

A importância deste dado decorre da circunstância de que o modelo arquitetônico impacta sobremaneira o processo socioeducativo e, via de regra, unidades de atendimento mais antigas foram projetadas para, necessariamente, atender

---

*(...) a realidade da atenção e cuidado à saúde mental de adolescentes internos, ainda não se implementou como uma política necessariamente Inter setorial e de Direitos Humanos de adolescentes a quem se atribui a autoria de ato infracional.*

às demandas assistenciais numa lógica repressivo-contenciosa-institucionalizante.

Conforme orienta o SINASE, unidades construídas após a sua instituição (e que, como as-

---

o qual havia realizado a experiência piloto de coleta de informações.

sinalado, já são cerca de 15% das unidades do País) devem possuir um modelo arquitetônico que permita o pleno desenvolvimento da proposta pedagógica institucional do programa gestor da medida socioeducativa de privação de liberdade. Dentre outras diferenciações, o modelo arquitetônico orientado pelo SINASE exige ambientes humanizados, que considerem a psicodinâmica das cores e composição de espaços mais humanizados, com capacidade máxima de atendimento para apenas 40 adolescentes (ou, no máximo, 90 adolescentes caso a unidade atenda regimes

---

*O modelo de atendimento e dinâmica institucional de diversas unidades de internação ainda se revela conceitualmente “total e fechado” no que se refere à perspectiva de referência de utilização de dispositivos da rede de Saúde Mental.*

mistos de internação) – aspectos estruturais que contribuem para a redução de situações-limites e da prevalência do aspecto pedagógico sobre o contencioso-repressivo.

Assim, ainda se revela expressivo o quantitativo de 8% (u=19) de unidades no País construídas sob a égide do revogado Código de Menores, as quais são, em geral, as mais noticiadas midiaticamente por conta de recorrentes violações de direitos, inclusive por conta de seus modelos representarem na maioria das vezes, também estruturalmente, concepções totais (presidiais, hospitalocêntricas, asilares), e com forte apelo contencioso por conta do elevado contingente populacional de pessoas acauteladas que historicamente ali permaneciam e permanecem (para ilustrar cita-se Cajá (DF), Santo Expedito (RJ), Casa Salvador (BA) e Unis (ES).

Além disso, também o modelo de atendimento e dinâmica institucional de diversas unidades

de internação ainda se revela conceitualmente “total e fechado” no que se refere à perspectiva de referência de utilização de dispositivos da rede de Saúde Mental. Diante do questionamento sobre a oferta de encaminhamento/transporte disponível sempre que há demanda de atendimento externo, o resultado foi que 82% (u=194) das unidades afirmaram sempre promover esse encaminhamento. Todavia, é um dado significativo a existência de um percentual de 18% (u=42) de unidades que responderam de forma negativa, posto que a garantia do direito à saúde especializada demanda a existência de transporte e logística para acesso à rede de atenção e cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS) – o que se traduz na responsabilidade objetiva do Estado em oferecer este serviço.

No sentido de apurar este dado, foi inquirido aos que responderam de forma negativa sobre a existência permanente de encaminhamento de educandos para atendimento externo, quais os motivos pelos quais isso não ocorria. Mais uma vez a falta de efetivação da política Inter setorial de atenção e cuidado aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação com demandas na área de Saúde Mental aponta entraves decorrentes da falta de compromisso estatal na garantia de direitos desse público: 52% (u=123) das unidades responderam que não promovem encaminhamentos ao atendimento porque não possuem mecanismos de transporte (veículo) – vale ressaltar que este dado não está de forma alguma associado à inexistência de serviços/dispositivos da rede de Saúde no território, mas, sim, à existência de meios de transporte.

Além disso, foi alegado por 10% (u=24) das unidades que não efetivam os encaminhamentos à rede externa do SUS em razão de “quantidade insuficiente de transporte”, o que denota que a atenção e cuidado à Saúde Mental não se constitui em prioridade de atendimento nessas unidades, posto que o transporte disponível serve a outros encaminhamentos (o que se pode associar, inclusive, aos expedientes burocráticos, administrativos

ou cotidianos). Ainda é relevante ressaltar que 7% (u=17) das unidades alegaram não promover encaminhamentos em razão da indisponibilidade profissional para acompanhamento, o que se revela também como uma questão relacionada à gestão operacional e de segurança.

Finalmente, destaca-se o surpreendente e também preocupante dado relacionado à existência de impedimento judicial de realização do atendimento externo, informado por 2% (u=5) das unidades. Este dado reporta ao Sistema de Justiça a responsabilidade pelo comprometimento na atenção e cuidado especializado dos adolescentes internos, e corrobora com o argumento de que ainda persiste também entre atores do Sistema de Garantia de Direitos a concepção da medida de internação como mecanismo exclusivamente retributivo e de castigo, à espécie da pena de prisão, no que desconsideram a condição de sujeitos de direitos dos adolescentes em processo responsabilizatório.

Em arremate ao dado sobre encaminhamento de adolescentes à rede externa, e retomando o percentual adrede referido, é fundamental destacar o aspecto positivo do dado informado por 82% (u=194) das unidades que afirmaram sempre promover o encaminhamento de adolescentes com demandas na área de Saúde Mental para dispositivos externos – a inferência a ser certificada seria sobre a estruturação e qualificação da rede de serviços em Saúde, o que não é possível a partir dos dados referenciados nesta análise. Mas, sim, resta patente também a necessidade de se avaliar a compreensão do sistema socioeducativo acerca da necessária articulação de ações como política Inter setorial, e de uma estruturada retaguarda do Sistema de Garantia de Direitos, em especial do Controle Social.

Além disso, fundamental atentar que a natureza deste dado pode representar, eventualmente, dentre as unidades que compõem a maioria que alegou ter sempre condições de promover encaminhamentos externos, aquelas que responderam positivamente, mas que nunca fizeram – ou não

fazem – esse tipo de encaminhamento (por alegação de inexistência de demanda). Observar essa conjuntura, que por óbvio não é o que ocorre em relação à maioria dos respondentes, é uma análise qualitativa também importante, pois repercute na própria análise acerca da compreensão dos gestores envolvidos na execução das medidas socioeducativas de privação de liberdade sobre a questão da atenção e cuidado em Saúde Mental. Os dados supracitados, como de escusa de falta de transporte apresentada pela maioria dos que não realizam encaminhamentos, sinalizam a falta de compreensão da importância e da obrigação do atendimento externo ao adolescente por sua condição de sujeito de direitos e, ainda, na possível situação exacerbada decorrente da própria privação de liberdade.

Outra informação relevante apurada refere à realização de avaliação psiquiátrica dos adolescentes privados de liberdade: nacionalmente, 75% (u=177) das unidades afirmam realizar avaliação psiquiátrica, sendo que, destas, 61% (u=108) das unidades promovem a avaliação na rede externa, fora da unidade. Em relação a este ponto do levantamento, 24% (u=57) das unidades informaram não realizar avaliação psiquiátrica, 19% das unidades alegaram realizar internamente essa avaliação e 10% (u=24) informou dispor de mecanismos para realizar a avaliação interna e externamente.

Importante destacar sobre este ponto que a análise de dados considerada de forma regional desenha contornos mais destacados do atendimento em saúde centralizado no âmbito institucional interno das unidades, especialmente nas regiões Sudeste, num percentual de 52% (u=123) e Sul, com 32% (u=76). Nestas regiões, a informação da prevalência destacada na avaliação psiquiátrica dentro das próprias unidades é mais um elemento que reforça a existência de modelos institucionais totais, onde se opera uma dinâmica institucional hospitalocêntrica, a qual impõe ao adolescente e aos funcionários uma cultura institucionalizante e que viola direitos fundamentais

(como o direito à saúde numa perspectiva integral, ao lazer, à cultura, às variadas formas de educação, à convivência familiar e comunitária, dentre outros), reforçada e retroalimentada no discurso da contenção e periculosidade. Apenas para contrastar, a avaliação psiquiátrica realizada dentro das unidades nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foi informada por 7% (u=17), 4,5% (u=11) e 4,5% (u=11).

---

*Quando a referência no comprometimento da saúde mental é relacionada a álcool e outras drogas, o percentual de unidades que referenciam o CAPS aumenta.*

Outro reforço à tese da cultura hospitalocêntrica nas regiões Sudeste e Sul decorre da análise do dado relativo à disponibilidade de acompanhamento psiquiátrico, na qual, nacionalmente, 42% (u=99) das unidades informaram promover esse tipo de acompanhamento de forma externa, 26% (u=61) das unidades promovem internamente, 9% (u=21) promove interna e externamente e 23% (u=54) das unidades afirmam não oferecer o acompanhamento psiquiátrico. Todavia, na avaliação regional, a região Sudeste apresentou percentual de 58% (u=137) de unidades que promovem o acompanhamento no âmbito interno e na região Sul, 23% (u=54), demonstrando-se mais uma vez que os modelos hospitalocêntricos ainda são uma realidade nessas regiões, diferentemente do que ocorre nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, cujos percentuais de unidades que promovem acompanhamento

---

*A formação continuada é uma das competências comuns atribuídas pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo a todos os entes federados.*

psiquiátrico de adolescentes internamente é de 3% (u=7), 11% (u=27) e 5% (u=11), respectivamente.

O I Levantamento Nacional de Atenção à Saúde Mental aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades Socioeducativas perquiriu ainda às unidades de privação de liberdade sobre os locais de referenciamento dos adolescentes internos no caso de verificação do comprometimento da saúde mental, e o dispositivo mais citado como referenciado foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para 24% (u=57) das unidades do País, o que mostra que o referenciamento já começa a ser buscado via rede externa.

Todavia, nesta análise, os dados revelam que ainda é alto o referenciamento nas próprias unidades de atendimento socioeducativo, da ordem de 19% (u=45), mesmo percentual verificado para os dispositivos hospital e ambulatório, restando ainda 10% (u= 23) de unidades que informaram a referência nos dispositivos de atenção básica da rede e 3% (u=7) que alegaram referenciar adolescentes com demandas em Saúde Mental em clínicas particulares.

Há que se destacar que 63% (u=149) das unidades na região Sul promovem o referenciamento de adolescente com comprometimento mental na própria unidade, o que também ocorre em 35% (u=83) das unidades da região Sudeste e em 25% (u=59) das unidades da região Nordeste, regiões com média de referenciamento na própria instituição superior à média nacional.

Quando a referência no comprometimento da saúde mental é relacionada a álcool e outras drogas, o percentual de unidades que referenciam o CAPS aumenta, ela é preponderante e vai pra 34% (u=80), seguida de “outros” para 24% (u=57) das unidades respondentes, e a unidade socioeducativa vem logo em seguida, referenciada por 21% (u=50). Nas regiões Sul e Sudeste, o referenciamento continua sendo pronunciadamente realizado na própria unidade socioeducativa inclusive nas demandas de álcool e drogas, sendo nos percentuais de 52% (u=123) e 37% (u=87), respectivamente.

Já no tocante à avaliação psicológica, voltada à elaboração de pareceres, 58% (u=137) alegaram



realizar a avaliação psicológica internamente. Essa avaliação geralmente é associada à avaliação dos demais membros que participam do relatório interdisciplinar de acompanhamento da medida socioeducativa que é encaminhado ao Poder Judiciário, embora 11% (u=26) das unidades entrevistadas tenham alegado promoverem a avaliação psicológica externamente e um percentual de 17% (u=40) das unidades realizarem avaliações no âmbito interno e externo, acessando também a rede externa. A análise regional mantém a lógica deste tipo de avaliação no âmbito interno em todas as regiões do País. Cumpre ressaltar que o levantamento apontou que 92% (u=217) das unidades oferecem acompanhamento psicológico de forma continuada, sendo que 78% (u= 184) a faz internamente.

Bem, o dado referente à “participação em atividades de aperfeiçoamento” dos profissionais registra que 56% das unidades realizaram atividades nos últimos dois meses e, dentro dessas atividades, a Saúde Mental foi tema em 10% dessas atividades de aperfeiçoamento dos profissionais das unidades e DST/AIDS também 10%. Nenhuma inferência pode ser feita sobre a qualidade e os conteúdos trabalhados.

A formação continuada é uma das competências comuns atribuídas pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo a todos os entes federados, voltada à superação de violações por meio do alinhamento conceitual dos atores do Sistema de Garantia de Direitos, especialmente as equipes de atendimento e de órgãos responsáveis pela execução de políticas de Saúde, Educação, Segurança e outras destinadas aos adolescentes, com vistas à qualificação do atendimento mediante incorporação da linguagem de garantia de Direitos Humanos nas práticas socioeducativas cotidianas.

Assim, em que pese à verificação de diversos avanços que sobremaneira repercutem para o reordenamento institucional dos sistemas socioeducativos, a exemplo da municipalização das medidas de meio aberto em 100% das capitais

brasileiras a partir de 2008, ainda no esteio dos 20 anos de implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente, há muito que se avançar no sentido da superação de recorrentes violações de direitos de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, haja vista os resquícios da cultura menorista que por muitos anos prevaleceu em nosso país.

No campo da Saúde Mental, conforme demonstrado, apesar dos avanços advindos da Reforma Psiquiátrica, persiste uma grande lacuna na compreensão da condição do adolescente como sujeito de direito, em situação de vulnerabilidade e em condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, posto que o sistema de responsabilização juvenil ainda perpetua modelos hospitalocêntricos, manicomiais e de instituições totais, enquanto que a rede de atenção e cuidado não reconhece

---

*No campo da Saúde Mental, conforme demonstrado, apesar dos avanços advindos da Reforma Psiquiátrica, persiste uma grande lacuna na compreensão da condição do adolescente como sujeito de direito, em situação de vulnerabilidade e em condição peculiar de pessoa em desenvolvimento (...)*

efetivamente o adolescente em conflito com a lei como seu legítimo usuário.

A análise de dados e a preocupante tendência das regiões Sul e Sudeste de manter práticas e culturas totais e institucionalizantes indicam que nestes locais o atendimento que é ofertado ao adolescente em conflito com a lei pode estar causando prejuízos à sua integridade psicológica. Na prática isso corresponde a uma atuação correcional-repressiva, quando não mascarada de proposta terapêutico-psiquiátrica, inclusive com recentes propostas de manutenção compulsória da internação de adolescentes acima dos 21 anos de idade.

Por isso, e no escopo de se manter a defesa pela implementação do ECA e do SINASE em âmbito nacional, resgatamos os pontos afirmados pelo Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, enquanto estratégias para enfrentamento e superação dos desafios postos no sentido da qualificação das políticas públicas de atenção à saúde mental dos adolescentes a quem se atribui a autoria de ato infracional:

- Que a medida socioeducativa não deve ser aplicada como uma prática compensatória frente à insuficiência das políticas sociais voltadas para crianças e adolescentes e, neste sentido, não deve ser usada como medida protetiva;
- A efetivação dos instrumentos de garantia de direitos constantes no ECA, Convenção Internacional dos Direitos Humanos, Declaração Internacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e Resoluções do Conanda;
- Aos gestores da Saúde, a adesão e a elaboração do plano operativo a partir do diálogo ampliado com o Sistema de Garantia de Direitos, efetivando a implantação das ações propostas na portaria interministerial 1426/04 e na portaria SAS 647/08 quanto à organização dos serviços de Saúde dentro dos princípios do SUS e do SINASE;
- A garantia de atendimento do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa (meio fechado e aberto) na rede de Saúde

seja priorizada, na pauta das discussões, a questão da saúde mental;

- A indignação e repulsa diante das práticas abusivas e violadoras dos direitos das crianças e adolescentes, como internação involuntária em hospitais psiquiátricos e/ou unidades especializadas, extrapolação do tempo de 45 dias de internação provisória ou de três anos no caso de internação em unidades socioeducativas, instauração de incidentes de sanidade mental e aplicação de medidas de segurança;
- A sua posição contrária à redução da maioridade penal.

Com foco nestes pontos, a qualificação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo pode reverter em uma nova realidade para o processo responsabilizatório em que estão inseridos milhares de adolescentes, mais ajustados ao cumprimento do conjunto de direitos previstos no ECA e voltado ao “desenvolvimento de uma ação socioeducativa sustentada nos princípios dos Direitos Humanos”<sup>6</sup> de adolescentes sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento. 🌐

---

*A medida socioeducativa não deve ser aplicada como uma prática compensatória frente à insuficiência das políticas sociais voltadas para crianças e adolescentes (...)*

Mental sempre que for necessário, em especial nos CAPS, como usuários legítimos;

- A criação de comissões Inter setoriais de implementação do SINASE nos Estados e que

---

<sup>6</sup> Persegue, ainda, a ideia dos alinhamentos conceitual, estratégico e operacional, estruturado, principalmente, em bases éticas e pedagógicas (SINASE, p. 15)

# A Saúde Mental no âmbito do Sistema Socioeducativo

## Eduardo Dias de Souza Ferreira

Promotor de Justiça; coordenador da área de Direitos Humanos do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cíveis e de Tutela Coletiva do Ministério Público do Estado de São Paulo; professor da Faculdade de Direito da PUC-SP e da Universidade Metropolitana de Santos.

Começo com uma pequena contextualização que ancora, em parte, as questões que abordarei: em 1998, ajudamos a estruturar o Departamento de Execução da Infância e da Juventude, o DEIJ, onde fiquei até o ano seguinte. Em seguida, fui para Centro de Apoio Operacional do Ministério Público Estadual de São Paulo, para podermos, na área da infância, tentar aprofundar os debates em torno da Liberdade Assistida.

No DEIJ, instauramos dois procedimentos iniciais que Wilson Tafner, Promotor de Justiça do DEIJ, aqui presente, deve se lembrar. O primeiro foi o da execução da Liberdade Assistida e o segundo foi de como equacionar o parágrafo 3º do artigo 112 do Estatuto da Criança e do Adolescente. A legislação diz o seguinte: “*Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado em local adequado às suas condições*”. Durante o período em que estive no DEIJ, a Secretaria de Saúde não tinha respondido a essa pergunta.

Na redação final do Estatuto, há diversas falhas decorrentes da pressa com que foi elaborado, que mereceriam uma revisão. A Espanha, por exemplo, ao editar a legislação sobre a infância, previu uma revisão depois de cinco anos com base em estudos e estatísticas. Uma falha importante na legislação brasileira é esta, a do parágrafo 3º do artigo 112.

O ECA, neste ponto, tratou de forma igual a pessoa com transtorno mental e a pessoa com deficiência mental. Além disso, possibilitou a aplicação da medida para a pessoa que, se tivesse

mais de dezoito anos, estaria sujeita a medida de segurança. O §3º do art. 112 do ECA não é visto como menos benéfico para o adolescente pois, se fosse adulto, com essas características, receberia a medida de segurança. Ora, nem toda pessoa que tem transtorno mental recebe a medida de segurança, apenas aquela que pratica conduta típica. Isso revela que a medida socioeducativa tem função repressiva e preventiva, típica das respostas penais, como o são as medidas de segurança.

A Lei 8.069/90 (ECA) cuida de todas as crianças e adolescentes, em diversas situações. A universalização dos destinatários, contudo, é para os direitos à vida e saúde, educação e proteção geral. Mas, inclui a proteção especial (no traba-

---

*A Espanha, por exemplo, ao editar a legislação sobre a infância, previu uma revisão depois de cinco anos com base em estudos e estatísticas.*

lho, ou família substituta) para aqueles que se encontram em situação de risco (ECA, art. 98, I e II). Há as medidas de cunho repressivo penal com objetivo pedagógico – ainda não detalhado, para aqueles que, nessa faixa etária, praticaram atos ilícitos (ECA, art.103), que também podem estar em situação de risco (art. 98, III). Todavia, para essa situação de risco há medidas próprias e a distinção, ainda que aplicáveis cumulativamente, com medidas protetivas (ECA, art. 122, VII).

Essa hipótese não se confunde com medidas de segurança pré-delituais ou pós-delituais, uma vez que é possível aplicar medida protetiva ao jovem, a quem se atribui prática de ato infracional e que, no final do processo, é absolvido. Todavia, essas medidas (ECA, art. 101) são bem distintas daquelas previstas para sua faixa etária, no artigo 112 do ECA.

A proximidade entre medida socioeducativa e medida de segurança é de tal ordem que a Lei de Introdução ao Código Penal, em seu art. 7º,

---

*Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições.*

regulamentava a continuidade da internação determinada por juiz de menores, com base no Código de Menores de 1927, estabelecendo que sua revogação devesse observar o disposto no Código Penal, sobre a revogação de medida de segurança.

Por isso, atrelando “ato infracional e sistema de controle social”, a persecução socioeducativa compõe, com suas regras próprias, o sistema de segurança pública, como um compartimento especialíssimo, uma vez que dentro dele também há resposta para o adolescente que, se adulto fosse, receberia medida de segurança, mas, por verdadeiro paradoxo, sua condição é assemelhada aos demais adolescentes (ECA, art. 112, §3º).

Esse aspecto revela que, embora o sistema de garantia seja o Penal, por sua natureza jurídica última, a medida socioeducativa, em si, é muito mais próxima da medida de segurança, tanto que é possível aplicá-la, mesmo na forma mais severa (internação), para “os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições”.<sup>1</sup>

O projeto de lei que dispõe sobre os sistemas de atendimento socioeducativo, regulamenta a execução das medidas destinadas ao adolescente, em razão de ato infracional (SINASE) e altera dispositivos do Estatuto da Criança e do Adolescente (EM No 5 SEDH/PR – Brasília, 28 de janeiro de 2007)<sup>2</sup> O artigo 38 já não faz referência ao “**deficiente mental**”: “o adolescente em cumprimento de medida socioeducativa e com transtorno mental, inclusive o decorrente do uso de álcool e outras drogas, será inserido no atendimento de assistência integral à saúde mental, preferencialmente na rede SUS extra-hospitalar.” E no seu parágrafo único, determina que “o adolescente deverá ser avaliado e acompanhado, de acordo com a sua singularidade, sob a responsabilidade de grupo Inter setorial, composto pelas equipes técnicas do programa de atendimento e da rede de assistência à saúde, para a elaboração e execução da terapêutica, em conformidade com o plano individual.”

Entretanto, o relatório apresentado pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, subscrito pela Dep. Rita Camata<sup>3</sup>, em junho de 2009, amplia esses dois artigos do Projeto original para a Seção II do Cap. V “da atenção integral à saúde de adolescente em cumprimento de medida socioeducativa” com seis artigos (arts. 64 a 70). Introduce novamente o termo “deficiência mental”<sup>4</sup> e cuida também nesta seção do adolescente dependente químico. Todavia, a referência é sempre para o adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, ou seja, não há similar com a situação do adulto que pode ter este seu estado reconhecido durante o processo de conhecimento e não somente na fase de execução.

---

2 Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Projetos/PL/2007/msg476-070710.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Projetos/PL/2007/msg476-070710.htm) Acesso em: 16/7/2007.

3 Camata, Rita – Deputada. Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania – Redação Final Projeto de Lei nº 1.627-B de 2007, relatório de 24 de junho de 2009.

4 “Art. 64 O adolescente em cumprimento de medida socioeducativa que apresente indícios de transtorno mental, de deficiência mental, ou associadas, deverá ser avaliado por equipe técnica multidisciplinar e multisetorial.” Idem.

1 ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente, art. 112, §3º.

Gostaria de lembrar o caso da legislação portuguesa, a Lei Tutelar Educativa, de 1999, que prevê, em seu artigo 49<sup>5</sup>, a supressão do processo se for detectado que o adolescente tem algum transtorno, em qualquer fase do processo, no conhecimento ou na execução da medida. Nesse caso, o processo é arquivado e o caso é encaminhado para a área da Saúde com um requerimento do Ministério Público, e, se necessário, um encaminhamento para internação compulsória. Essa é, grosso modo, a alternativa que os colegas sugerem, com base no artigo 9<sup>6</sup> da lei que coroou a Luta Antimanicomial, a Lei 10.216 de 2001, e do próprio Código Civil.

É necessário, também, mencionar a questão da interdição. No Estado de São Paulo, todos os laudos com este fim são feitos pelo Instituto de Medicina Social e Criminologia (IMESC), procedimento previsto já no Código Civil de 1916. Entretanto, em 2002, a grande mudança foi a possibilidade da interdição parcial. Mesmo assim, 99% das interdições deferidas, pelo menos no Estado de São Paulo, são totais. Chamo a atenção para o fato de que o IMESC tem estrutura precária e grande deficiência de profissionais, o que prejudica a avaliação realizada e favorece as interdições totais. E, no caso de uma pessoa que tem o antecedente de crimes e delitos, de atos infracionais, isso pode significar prisão perpétua.

A avaliação da interdição ainda tem como base a Classificação Internacional de Doença (CID) e

não a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Discutimos e revisamos dentro do Ministério Público os quesitos que eram usados desde a década de 60 e que nunca haviam sido questionados. Tais quesitos foram revisados, e estão atualmente sendo validados na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) no doutorado de um psiquiatra.

Retomando a questão da saúde, em 2005 houve um avanço importante no ECA: a alteração do Artigo 11<sup>7</sup>, que antes previa apenas o direito à assistência médica hoje fala em assistência integral à Saúde da criança e do adolescente, sendo a saúde muito mais do que atendimento médico e de ausência de doença.

Lembremos do caso denominado popularmente como Champinha. Se for feita uma análise de seu histórico, observamos que sua professora do Ensino Fundamental já encaminhava sua mãe para levá-lo, ainda criança, ao atendimento psicológico. Ele já nasceu sobre a égide do ECA, e, se seu direito ao atendimento em saúde tivesse sido garantido, talvez situações como essa não tivessem ocorrido. Aliás, quem acompanhou o júri

---

*A alteração do Artigo 11, que antes previa apenas o direito à assistência médica hoje fala em assistência integral à Saúde da criança e do adolescente, sendo a saúde muito mais do que atendimento médico e de ausência de doença.*

tira dali muitas experiências e acho que o futuro possibilitará muitos desdobramentos desse caso, em vários segmentos.

Um adolescente, para o poder público, parece só existir como ser humano quando pratica um ato infracional e entra nesse circuito. Lembramos

---

5 “Artigo 49.<sup>o</sup> Inimputabilidade em razão de anomalia psíquica  
1 – Quando, em qualquer fase do processo, se verificar que o menor sofre de anomalia psíquica que o impede de compreender o sentido da intervenção tutelar, o processo é arquivado.  
2 – No caso previsto no número anterior, o Ministério Público encaminha o menor para os serviços de saúde mental, examina a necessidade de internamento e, se for caso disso, providencia, nos termos da lei, o internamento compulsivo. 3 – O despacho de arquivamento é notificado ao menor, aos pais, representante legal ou pessoa que tenha a sua guarda de facto e ao ofendido.” (Lei Tutelar Educativa 166/99, Portugal)

6 “Art. 90 A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.” (Lei 10.216/2001)

---

7 “Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (Redação dada pela Lei nº 11.185, de 2005)” (ECA, 8.069/1990)

---

*Um adolescente, para o poder público, parece só existir como ser humano quando pratica um ato infracional e entra nesse circuito.*

de demandas em saúde de crianças de 6, 7 anos e que não são atendidas, é uma situação tida como normal; como se a não realização do pré-natal fosse também uma situação normal, ou ainda a falta de acompanhamento de alimentação, dentre outras modalidades de atenção à saúde. Como se tudo fosse normal e a criança não tivesse direito algum. No entanto, quando essa criança completa 12 anos e pratica um ato que é considerado infracional diante do sistema da Justiça, é apenas nesse momento que o adolescente ganha visibilidade diante do Estado.

Para ilustrar, ainda, a invisibilidade que muitas crianças e adolescentes têm diante do Estado, cito o caso dos meninos em situação de rua. Quando

---

*Como é que vamos discutir a questão da Saúde Mental no sistema de medidas socioeducativas se não verificarmos que a Saúde Mental, dentro da política de Saúde, é a prima pobre?*

analisou o caso da morte de uma criança de rua, o Jurista Antônio Augusto Cansado Trindade, presidente da Corte Interamericana de Direitos Humanos e professor da Universidade Federal de Minas Gerais, juntamente com toda a corte, afirmou: “essas crianças sequer nasceram porque elas sequer existiram”.

Diante disso, é necessário dar relevância à dimensão da prevenção na saúde. Como é que vamos discutir a questão da Saúde Mental no sistema de medidas socioeducativas se não verificarmos que a Saúde Mental, dentro da política de Saúde, é a prima pobre? Dentro das próprias faculdades, se fizermos um levantamento, quantos estudantes de Medicina, por exemplo, escolhem fazer Psiquia-

tria? Um número reduzidíssimo. Quantos desses vão fazer Psiquiatria Infantil? É mais reduzido ainda. Outro aspecto é o da implementação das Reformas Sanitária e em Saúde Mental que não chegam a impactar do mesmo modo a formação dos profissionais de Saúde.

Direito é superestrutura, quem dá o conteúdo para o Direito são as relações sociais e as tensões. Agora, se esta discussão não for feita na Psicologia, na Medicina, na Sociologia, na Antropologia, vamos continuar aplicando a lei com essas lacunas, interpretando e tendo de enfrentar o dia-a-dia, que é muito concreto.

A precariedade das ações voltadas à prevenção também está presente no âmbito do Direito, tanto na formação como nos concursos públicos. Eu desafio alguém a achar em algum concurso público uma pergunta sobre a Lei dos Entorpecentes que destaque a prevenção. Muitos até desconhecem o que é a Lei dos Entorpecentes, porque os códigos que manuseiam a lei só levam em conta a parte processual ou a parte penal. Às vezes alguns, dependendo da editora, não publicam a lei integral. Ou seja, o estudante de Direito vai pegar a lei cortada.

Retomando a questão da Saúde Mental do ponto de vista das internações, é difícil, até mesmo, dimensionar o problema. Quando assumimos a função de controlar as internações involuntárias, na cidade de São Paulo, de 2001 a 2005 tínhamos 5 mil comunicações de internação involuntária. Quando atrelamos esses dados a outra base de dados, com suporte epidemiológico desenvolvido nas universidades e com o suporte de informática dos hospitais, isso aumentou para 11 mil internações em sete meses. Isso denota que havia uma sub-notificação flagrante de internações psiquiátricas involuntárias.

A partir daí, questionamos o que é possível ser feito com essas informações. Já temos pistas sobre como monitorar as internações psiquiátricas que ultrapassam os três meses: perguntamos quais são os motivos para que o paciente ainda não tenha

sido liberado. Entretanto, na área do adolescente, é difícil conseguir vaga para um garoto ficar trinta dias internado como uma primeira intervenção, para que possa em seguida dar seqüência a qual-

*Eu desafio alguém a achar em algum concurso público uma pergunta sobre a Lei dos Entorpecentes que destaque a prevenção.*

quer tipo de tratamento. Temos também o caso de muitas mães, às vezes encaminhadas pela Defesa, que vinham pedir a internação para o filho não morrer a bala. Nesses casos, dificilmente conseguimos um leito.

Até hoje, acredito que seja sintomático, o Estado de São Paulo não ter dado uma resposta condizente para isso. Há um esforço pessoal, até com o desgaste desta ou daquela pessoa, para fazer algumas articulações. Está aberto para a reflexão. 🌀



Conselho Regional  
de Psicologia SP