

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei

normas e reflexões

Brasília – DF
2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei normas e reflexões

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília – DF
2012

© 2012 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>.

Tiragem: 1ª edição – 2012 – 200 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde de Adolescente e Jovem
SAF Sul, trecho 02, lote 05/06, bloco F, torre II, sala 12
Edifício Premium, térreo.
CEP: 70070-600, Brasília – DF
Tel.: (61) 3306-8128 ou 3306-8129
Email: adolescente@saude.gov.br
Homepage: www.saude.gov.br/adolescente

Cíntia Maria Oliveira de Lucena (Ministério Público de Minas Gerais)
Giovanna Quaglia (Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS)
Janice Machado Cunha (UERJ)
Lílian Cherulli de Carvalho (Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem/DAPES/SAS/MS)
Maria Cristina Hoffmann (Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS)

Organização:

Fábio Tomasello (Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem/DAPES/SAS/MS)
Lílian Cherulli de Carvalho (Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem/DAPES/SAS/MS)

Coordenação:

Thereza de Lamare Franco Netto (Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem/DAPES/MS)

Equipe de elaboração:

Técnicos da Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem/DAPES/MS
Técnicos do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS
Conanda
Técnicos da Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente/SEDH/PR
Técnicos da Secretaria de Políticas para as Mulheres/PR
Técnicos da Anvisa/MS

Apoio:

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Fundação Oswaldo Cruz)

Editora MS

Coordenação de Gestão Editorial
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774/2020
Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Redação dos textos complementares:

Ana Ferraz Amstalden (Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS)
Ana Luísa de Lemos Serra (Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem/DAPES/SAS/MS)
Cibele Cristina Freitas de Resende (Ministério Público do Paraná)

Normalização: Amanda Soares

Revisão: Mara Soares Pamplona e Marcia Medrado Abrantes

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei : normas e reflexões / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
xx p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN

1. Saúde do adolescente e do jovem. 2. Atenção integral à saúde. 3. Atenção à saúde. I. Título. II. Série.

CDU 613.96

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2012/0020

Títulos para indexação:

Em inglês: National policy of comprehensive health care for adolescents in conflict with the law: standards and reflections
Em espanhol: Política Nacional de Atención Integral de Salud para adolescentes en conflicto con la ley: normas y reflexiones

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO

1 PORTARIAS

1.1 Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM nº 1.426, de 15 de julho de 2004

1.2 Portaria nº 647, de 11 de novembro de 2008

2 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI, EM REGIME DE INTERNAÇÃO E INTERNAÇÃO PROVISÓRIA

3 SAÚDE MENTAL E PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

3.1 Integrando a saúde na ação socioeducativa: um novo olhar para a saúde

3.2 Contribuições da Saúde Mental para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens Privados de Liberdade

4 O JUDICIÁRIO NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

4.1 O direito à saúde de crianças e adolescentes em conflito com a lei: a importância de uma agenda de produção de conhecimentos mútuos e de diálogo permanente entre os integrantes do Sistema de Justiça, os profissionais de saúde e os encarregados da política de saúde mental, para uma melhor compreensão e implementação de uma política pública especializada.

4.2 A intersectorialidade como pressuposto da assistência à saúde mental do adolescente em conflito com a lei.

5 DEPOIMENTOS

REFERÊNCIAS

Apresentação

O Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, editaram a Portaria Interministerial nº 1.426, publicada em 15 de julho de 2004, que institui a **Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (Pnaisari)**. Constam no documento as diretrizes para a implantação e a implementação da atenção à saúde prestada a adolescentes privados(as) de liberdade, em unidades masculinas e femininas.

A Portaria surgiu da necessidade de aperfeiçoamento das ações em saúde e do fortalecimento de estratégias intersetoriais desenvolvidas junto aos adolescentes em conflito com a Lei, em virtude de diversas deficiências encontradas no aporte às necessidades de atendimento à saúde integral. Nesses termos, visa apoiar gestores e profissionais de saúde e de medidas socioeducativas, na elaboração de estratégias que respeitem o paradigma da educação para e na sociedade.

A parceria entre os setores Saúde, Direitos Humanos e de Política para Mulheres evidencia a relevância de se lançarem olhares mais complexos sobre as questões pertinentes à garantia dos direitos fundamentais de adolescentes e jovens, tanto mais àqueles(as) que se encontram em situações de maior vulnerabilidade social. Nesse sentido, para garantir que adolescentes privados(as) de liberdade tenham direito de acesso aos cuidados de saúde integral impõe-se a necessidade de se revisitarem posturas, conceitos e práticas, incorporando-se diferentes referenciais morais e éticos.

Considerar as questões de gênero na provisão de atenção integral à saúde no ambiente socioeducativo – dimensionada especialmente pelas diretrizes da Secretaria de Política para Mulheres – é esteio para uma série de ações voltadas à ascensão das mulheres – adolescentes e jovens –, à igualdade de gêneros e à consequente modificação de ideologias arbitrárias. Por seu turno, todo esse olhar diferenciado se consubstancia na efetiva garantia de Direitos Humanos, no respeito à vida e na crença de que a educação social deve ser pautada nos princípios de autonomia, cidadania e no direito à convivência.

Paralelamente à Portaria Interministerial nº 1.426, foi publicada a Portaria MS/SAS nº 340, de 2004 – posteriormente atualizada pela Portaria MS/SAS nº 647, de 2008 – com o objetivo de normatizar a operacionalização da Pnaisari. Essas portarias estabelecem,

entre outras coisas, que a atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória deve ser realizada por equipe multidisciplinar e oferecida, prioritariamente, pela rede local de saúde. Além disso, deve contemplar ações nos três níveis de atenção, com as devidas referências e contrarreferências. A Portaria nº 647/2008 firma valores de incentivo financeiro a ser repassados a Estados e Municípios por ocasião da implementação da PNAISARI, o que significa reconhecer em âmbito federal, estadual e municipal a importância estratégica de se efetivarem ações nesse campo.

Em suas duas portarias, o propósito da Pnaisari é garantir que a atenção à saúde seja humanizada e qualificada para esses(as) adolescentes, que têm prioridade e primazia nas políticas públicas conforme explicitado no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 6.090, de 1990).

A presente publicação traz na íntegra os marcos regulatórios da Política – Portaria Interministerial nº 1.426/2004 e Portaria MS/SAS nº 647/2008 – com seus anexos, além de textos complementares que abordam a noção do oferecimento da atenção integral à saúde no contexto da privação de liberdade, com foco especial na questão da saúde mental, e ainda o papel do Poder Judiciário na efetivação do direito à saúde.

O objetivo é que sua implementação promova mudanças significativas na realidade do atendimento de adolescentes que vivem privados(as) de liberdade(as), colaborando na realização de compromissos firmados pelo SUS e pelos sistemas de garantias de direitos para a melhoria de sua qualidade de vida.

Ministério da Saúde

Secretaria de Direitos Humanos

Secretaria de Políticas para as Mulheres

Introdução

A concretização do Sistema Único de Saúde, e a conseqüente efetivação do direito à saúde de todas as pessoas, tem sido a meta maior do Ministério da Saúde na conjunção de todas as ações que desenvolve.

Nesse intento, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, por meio da Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), vem implantando políticas e desenvolvendo ações que garantam a atenção integral à saúde desta população. Nesse trabalho, a ASAJ conta com a parceria da Secretaria de Direitos Humanos (SDH) e a Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), consortes de fundamental importância.

A Lei nº 6.090/90, mais conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), prevê em seu artigo 122 a aplicação da Medida Socioeducativa de Internação para casos em que um adolescente cometer um ato infracional¹ “mediante grave ameaça ou violência, ou ainda, por reiteração no cometimento de outras infrações graves” (BRASIL, 1990). Há também a possibilidade de aplicação da mesma nos casos em que o jovem descumprir outras medidas anteriormente aplicadas.

Enquanto aguarda a decisão do juiz da Vara da Infância e Juventude, até que seja proferida a sentença referente ao seu processo, o adolescente pode permanecer privado de liberdade naquilo que se denomina internação provisória. Essa internação temporária, segundo o ECA, não pode exceder o período de 45 dias. Por sua vez, apesar de não comportar prazo determinado, em nenhuma hipótese a medida de internação pode ultrapassar três anos, devendo ser reavaliada a cada seis meses.

Por ensejar privação de liberdade, as medidas de internação e internação provisória estão sujeitas aos princípios de *brevidade*, *excepcionalidade* e respeito à condição peculiar do adolescente enquanto *pessoa em desenvolvimento*.

Durante o período em que o(a) adolescente estiver sob a tutela do Estado, deverão ser garantidos e respeitados diversos direitos, previstos na Constituição Federal e no ECA. Este último estabelece também obrigações para as unidades de internação, de modo a assegurar e efetivar o cumprimento do princípio da *proteção integral*.

A saúde, enquanto um dos direitos fundamentais do ser humano, não fica de fora deste quadro, sendo um dos campos que se entrecruzam e se integram na composição do Sistema Nacional Socioeducativo (Sinase).

O Sinase é o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios, de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo, que envolve desde o processo de apuração de ato infracional até a execução de medida socioeducativa. Esse sistema nacional inclui os sistemas estaduais, distrital e municipais, bem como todas as políticas, planos e programas específicos de atenção a esse público (BRASIL, 2006).

¹ Conduta tipificada no Código Penal como crime ou contravenção.

No entanto, dados de diferentes estudos e pesquisas (BRASIL, 2001a; SILVA; GUERESI, 2003; BRASIL, 2007) mostram que a atenção à saúde dos adolescentes privados de liberdade apresenta diversos problemas, entre eles: tímida atuação das secretarias estaduais/municipais de saúde no aporte às necessidades de atendimento e manutenção dos serviços existentes; dificuldade no agendamento de consultas e exames na rede SUS, ausência de diálogo entre os gestores do socioeducativo e da saúde, desconhecimento por parte dos profissionais da saúde das especificidades no atendimento ao público adolescente que cumpre medida de privação de liberdade, entre outros.

Com vistas a oferecer respostas a essa problemática, o Ministério da Saúde, a Secretaria de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas para as Mulheres elaboraram diretrizes para garantir a atenção integral à saúde dos adolescentes privados de liberdade em todas as unidades socioeducativas do Brasil. Em julho de 2004, foram publicadas a Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM nº 1.426 e a Portaria MS/SAS nº 340, que formalizam a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (Pnaisari)**. Em outubro de 2008, a Portaria nº 340 foi substituída pela Portaria MS/SAS nº 647.

Essa política tem como principal objetivo organizar a atenção em saúde dentro dos princípios do SUS e fazer cumprir a Constituição Federal e o ECA, de modo a garantir os direitos fundamentais que todos os adolescentes têm.

Para que isso possa se dar, a Pnaisari apresenta algumas referências para a organização da atenção à saúde no sistema socioeducativo, entre elas:

- ☺ Estipula a composição mínima de uma equipe de referência em saúde formada por médico, dentista, enfermeiro, psicólogo e assistente social.
- ☺ Abre a possibilidade de essa equipe de referência ser a Equipe de Saúde da Família da área adstrita da unidade socioeducativa; ou, ainda, uma equipe própria composta para atender à unidade socioeducativa;
- ☺ Possibilita que o atendimento em saúde seja realizado dentro da unidade socioeducativa ou na Unidade Básica de Saúde de referência. Qualquer que seja a opção, a equipe e o estabelecimento deverão estar devidamente cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- ☺ Determina que o acesso à assistência de média e alta complexidade, por parte dos adolescentes internos, deve estar garantido na Programação Pactuada Integrada (PPI) com aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A política ainda preconiza a realização de ações e práticas educativas, ações de assistência à saúde, imunização, saúde bucal, saúde mental, saúde sexual e saúde reprodutiva, controle de agravos, dentre outras estratégias de cuidado, voltadas a promover ambiência e desenvolvimento humano mais saudáveis.

A efetiva implementação das diretrizes previstas na política representa uma mudança paradigmática na atenção à saúde dos adolescentes privados de liberdade, por adotar um modelo de atenção integral à saúde que transcende o atendimento médico e o tratamento de doenças, priorizando as necessidades e as demandas de saúde dessa população, promovendo o envolvimento do(a) adolescente com sua família e com sua comunidade de origem.

Ademais, essa implementação levará o SUS para as instituições que desenvolvem programas socioeducativos, favorecendo o fortalecimento de redes sociais de apoio, bem como maior atuação das secretarias estaduais e municipais de Saúde no aporte às necessidades de atendimento e manutenção dos serviços existentes nas unidades de internação e internação provisória.

1 PORTARIAS

1.1 PORTARIA INTERMINISTERIAL MS/SEDH/SEPM Nº 1.426, DE 15 DE JULHO DE 2004

*Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro
Secretaria Especial dos Direitos Humanos
Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres*

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.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, O SECRETÁRIO ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS E A SECRETÁRIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, no uso de suas atribuições;

Considerando o art. 196 da Constituição Federal, que reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

Considerando o art. 227 da Constituição Federal, que estabelece o dever da família, da sociedade e do Estado em assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão;

Considerando os arts. 1º e 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente, que reconhecem que crianças e adolescentes gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade;

Considerando o art. 6º do Estatuto da Criança e do Adolescente, que dispõe sobre a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento;

Considerando o art. 94 do Estatuto da Criança e do Adolescente, que estabelece as obrigações das entidades governamentais e não governamentais que desenvolvam programas de internação;

Considerando a importância de garantir aos adolescentes em regime de internação e internação provisória a atenção integral à saúde, tendo em vista suas necessidades sociais e singularidades;

Considerando as recomendações da Comissão Interministerial, criada por meio do Protocolo de Intenções, de 9 de julho de 2003, com a atribuição de formular propostas destinadas a viabilizar a atenção integral à saúde dessa população, resolvem:

Art. 1º Aprovar as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei com medida socioeducativa a ser cumprida, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas.

§ 1º As ações e serviços decorrentes destas diretrizes terão por finalidade promover a saúde dos adolescentes, a que se refere o *caput* oferecendo uma abordagem educativa, integral, humanizada e de qualidade.

§ 2º Para o alcance dessa finalidade, são estabelecidas as seguintes prioridades:

- I – a implantação de estratégias de promoção da saúde, com o objetivo de promover ambiência saudável, estimular a autonomia, e desenvolver ações socioeducativas, atividades corporais e de melhoria das relações interpessoais, bem como o fortalecimento de redes de apoio aos adolescentes e suas famílias;
- II – a implantação de ações de prevenção e cuidados específicos, com prioridade para o desenvolvimento integral da adolescência, em particular, a saúde mental; a atenção aos agravos psicossociais, a atenção aos agravos associados ao uso de álcool e outras drogas, sob a perspectiva da redução de danos, à saúde sexual e saúde reprodutiva, a atenção às DSTs/HIV/Aids e às hepatites e a atenção aos adolescentes com deficiências;
- III – a implementação de medidas de proteção específica, como a distribuição de preservativos e a vacinação contra hepatite, *influenza*, tétano, rubéola e outras doenças, de acordo com as padronizações da Secretaria de Vigilância em Saúde;
- IV – a garantia de acesso dos adolescentes a que se refere o *caput* deste artigo em todos os níveis de atenção à saúde, por meio de referência e contrarreferência, que deverão estar incluídas na Programação Pactuada Integrada (PPI) estadual, mediante negociação nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB);
- V – a educação permanente, tanto das equipes de saúde e dos profissionais das unidades de internação e internação provisória quanto dos profissionais que atuam nas unidades de saúde de referência voltadas às especificidades de saúde dessa população;
- VI – garantir a inclusão, nos Sistemas de Informação de Saúde do SUS, de dados e indicadores de saúde da população de adolescentes em regime de internação e internação provisória; e
- VII – a reforma e a aquisição de equipamentos para as unidades de internação e internação provisória, visando ao estabelecimento de unidade de saúde que atenda às necessidades da Atenção Básica, assim como a adequação do espaço físico de todas as unidades às exigências do Estatuto da Criança e do Adolescente e às Resoluções do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, garantindo condições de salubridade e área de lazer.

Art. 2º Em cada Unidade da Federação, as secretarias de saúde do estado, do Distrito Federal, e dos municípios-sede das unidades de internação e internação provisória, em conjunto com a secretaria gestora do sistema socioeducativo, deverão formular um Plano Operativo Estadual, conforme as normas a serem estabelecidas por meio de Portaria do Ministério da Saúde.

§ 1º A gestão e a gerência das ações e serviços de saúde constantes do Plano Operativo Estadual serão pactuadas, no âmbito de cada unidade federada, entre o gestor

estadual de saúde, o gestor do sistema socioeducativo e os gestores municipais de saúde, respeitadas as condições de gestão.

§ 2º O fórum de pactuação entre as secretarias de saúde do estado e dos municípios-sede será a Comissão Intergestores Bipartite.

§ 3º Os Planos Operativos Estaduais deverão ser submetidos à aprovação do respectivo Conselho Estadual de Saúde e Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente.

§ 4º Nos casos em que as secretarias municipais de saúde assumirem a gestão e, ou gerência das ações e serviços de saúde, deverá constar do Plano Operativo Estadual a aprovação dos Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Art. 3º Para a implementação das ações, o Ministério da Saúde, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, as secretarias estaduais de saúde, as secretarias gestoras do sistema socioeducativo, e as secretarias municipais de saúde poderão estabelecer parcerias, acordos, convênios com entidades privadas sem fins lucrativos, bem como com organizações não governamentais, regularmente constituídas e registradas no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, respeitados os critérios definidos no artigo 91 do ECA, e que detenham experiência de trabalho com adolescentes, em conflito com a lei.

Parágrafo único. Essas parcerias, acordos, convênios ou outros mecanismos de cooperação deverão ter um caráter de complementaridade.

Art. 4º Fica criado o Incentivo para a Atenção à Saúde de adolescentes em regime de internação e internação provisória, a ser financiado pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de complementar o financiamento das ações de atenção integral à saúde dessa população.

Parágrafo único. Os recursos do Ministério da Saúde serão repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, ou Municipais de Saúde, de acordo com a pactuação estabelecida no âmbito de cada unidade federada.

Art. 5º Compete à Secretaria Especial dos Direitos Humanos alocar recursos para o financiamento da adequação do espaço físico referida no artigo 1º, § 2º, inciso VII desta Portaria, da reforma, ou construção de unidades de saúde e aquisição de equipamentos, nas unidades de internação e internação provisória do sistema socioeducativo.

Art. 6º Compete à Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres alocar recursos para o financiamento da capacitação, em gênero, dos adolescentes e dos profissionais envolvidos no atendimento aos adolescentes em regime de internação e internação provisória.

Art. 7º O processo de educação permanente das equipes de saúde e dos profissionais das unidades de internação e internação provisória será cofinanciado pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde.

Art. 8º Estabelecer que a adesão e a habilitação das unidades federadas às diretrizes de implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes, a que se refere o artigo 1º, se dará mediante a apresentação do Plano Operativo Estadual,

conjuntamente pela secretaria estadual de saúde, secretaria municipal de saúde e secretaria gestora do sistema socioeducativo.

§ 1º No Plano Operativo Estadual, deverão estar contemplados os Planos Municipais de Atenção à Saúde dos adolescentes em regime de internação e internação provisória, conforme estabelece o artigo 2º desta Portaria, exceto nos casos em que a secretaria estadual de saúde assumir a execução das ações e serviços nele pactuados.

§ 2º A liberação das verbas oriundas do Ministério da Saúde, da Secretaria Especial dos Direitos Humanos e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, para a implantação e implementação das ações e serviços previstos nesta Portaria, dar-se-á mediante a prévia aprovação do Plano Operativo Estadual.

§ 3º O Plano Operativo Estadual deverá incluir a definição das respectivas contrapartidas de todos os órgãos estaduais e municipais envolvidos, no financiamento, ou no desenvolvimento das ações de atenção à saúde delineadas nesta Portaria, na adequação das condições de infraestrutura e funcionamento das unidades, na composição e pagamento das equipes de saúde e na referência para a média e a alta complexidade, conforme Limite Financeiro de Assistência do Estado.

Art. 9º Determinar que o acompanhamento da implantação e implementação da atenção à saúde de adolescentes em regime de internação e internação provisória será realizado, em âmbito nacional, por uma Comissão de Acompanhamento, formalmente indicada e integrada por representantes das seguintes unidades:

I – Ministério da Saúde;

a) Secretaria-Executiva;

b) Secretaria de Atenção à Saúde;

c) Secretaria de Vigilância em Saúde; e

d) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;

II – Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República;

a) Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente;

III – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres;

a) Subsecretaria de Monitoramento e Ações Temáticas;

IV – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – Conanda;

V – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – Conass;

VI – Fórum Nacional de Dirigentes Governamentais de Entidades Executoras da Política de Promoção e Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – Fonacriad;

VII – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems;

VIII – Conselho Nacional de Saúde; e

IX – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.

§ 1º Os instrumentos essenciais de trabalho dessa Comissão serão as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em regime de internação e internação provisória e os Planos Operativos Estaduais.

§ 2º A Comissão reunir-se-á quadrimestralmente para acompanhar a implementação dos Planos Operativos Estaduais e avaliar o cumprimento dos compromissos assumidos, podendo propor ao Ministério da Saúde, à Secretaria Especial dos Direitos Humanos, à Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, às

secretarias estaduais de saúde, às secretarias gestoras do sistema socioeducativo, ou às secretarias municipais de saúde os ajustes que se fizerem necessários.

§ 3º A convocação e coordenação das reuniões da Comissão caberão ao Ministério da Saúde, à Secretaria Especial dos Direitos Humanos e à Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Art. 10 Definir que o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde, regulamentará as diretrizes, fixadas na presente Portaria, visando à implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes, a que se refere o artigo 1º, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo único. As normas para a implantação e implementação das diretrizes só entrarão em vigor após a aprovação e homologação nos fóruns de pactuação da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, o Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente e o Conselho de Direitos da Mulher.

Art. 11 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA
Ministro de Estado da Saúde
NILMÁRIO MIRANDA
Secretário Especial dos Direitos Humanos
NILCÉA FREIRE
Secretária Especial de Políticas para as Mulheres

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 135, de 15/7/2004, Seção 1, pág. 30, com incorreção no original.

DOU 15/7/2004

REP. 16/7/2004

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União.

1.2 PORTARIA SAS/MS Nº 647, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2008

A Secretária de Atenção à Saúde – Substituta, no uso de suas atribuições, e 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 Assembléia 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;

Considerando o Decreto Presidencial, de julho de 2006, que institui uma Comissão Intersetorial de Acompanhamento do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase);

Considerando a Portaria MS/GM nº 648, de 30 de março de 2006, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica;

Considerando a Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle e que define que a atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória faz parte do bloco de financiamento da Atenção Básica, no componente Piso da Atenção Básica Variável – PAB VARIÁVEL; e

Considerando a necessidade de estabelecer normas, critérios e fluxos para adesão e operacionalização das diretrizes de implantação e implementação da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma dos Anexos I, II, III e IV desta Portaria, as normas para a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória – Pnaisari, em unidades masculinas e femininas, os parâmetros para construção, ampliação ou reforma de estabelecimento de saúde nas Unidades de Internação e Internação Provisória e o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em conflito com a lei, em Regime de Internação e Internação Provisória.

Art. 2º Definir que a atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória compreenderá o desenvolvimento das ações de saúde previstas no Anexo I desta Portaria e deve ser realizada por equipe de saúde, de caráter multidisciplinar, composta por profissionais de nível médio e superior.

§1º Visando garantir uma atenção à saúde humanizada e de qualidade, é necessário que a equipe prevista no *caput* deste artigo seja composta minimamente pelos seguintes profissionais: 2231-15/médico, ou 2231-16/Médico Saúde da Família, ou

2231-49/Hebiatra; 2235-05/Enfermeiro, ou 2235-C1/Enfermeiro Saúde da Família, ou 2232-08/Cirurgião Dentista, ou 2231-B1/Cirurgião Dentista de Saúde da Família, ou 2515-10/Psicólogo clínico, ou 2515-30/Psicólogo Social, ou 2516-05/Assistente Social.

§2º Os profissionais de saúde lotados nas unidades de internação e internação provisória antes da implantação das normas previstas nesta Portaria poderão integrar a equipe mínima de saúde responsável pelas ações elencadas em seu Anexo I.

§3º A composição da equipe de saúde das unidades de internação e internação provisória, bem como sua respectiva carga horária, deve respeitar a dinâmica do atendimento e a natureza destas unidades.

Art. 3º Estabelecer que, nos municípios onde a soma do número de adolescentes internos for inferior a 40, uma mesma equipe pode ser responsável pelas ações de saúde em mais de uma unidade, devendo constar descrição e justificativa no Plano Operativo Estadual, conforme o Anexo III desta Portaria.

Art. 4º Definir que a atenção integral à saúde dos adolescentes de que trata esta Portaria deve prioritariamente ser oferecida pela Rede Local de Saúde. No caso da atenção à saúde ser realizada em estabelecimento localizado dentro da unidade de internação ou de internação provisória, deve contar com estrutura física e de equipamentos de acordo com os processos realizados, conforme Anexo II.

§1º Os estabelecimentos de saúde que atenderem a esta política e suas equipes deverão obrigatoriamente estar cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

§2º A normalização para adequação do cadastro do estabelecimento e equipes no CNES a que se refere o parágrafo 1º deste artigo será publicada, em Portaria específica, pela Secretaria de Atenção a Saúde, do Ministério da Saúde. As secretarias estaduais de saúde ou as secretarias municipais de saúde e Distrito Federal terão um prazo, a ser definido na referida Portaria para se adequarem.

Art. 5º Nas unidades socioeducativas de internação e internação provisória que possuem estabelecimento de saúde, a equipe mínima de referência, disposta no artigo 2º parágrafo 1º desta Portaria, pode ser configurada da seguinte forma:

- a) pelos profissionais de saúde da Unidade Socioeducativa, quando existir a equipe mínima no estabelecimento de saúde; ou
- b) pelos profissionais de saúde da unidade socioeducativa complementada por profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF), se a unidade estiver localizada na área de abrangência ou por um ou mais profissionais da rede de saúde (SUS) desde que lotados no mesmo estabelecimento.

Parágrafo único. Para unidades que ainda não se adequarem à Resolução Conanda nº 46, de outubro de 1996, e as Diretrizes do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – Sinase, de junho de 2006, e que, atualmente, atendem acima de 90 adolescentes, recomenda-se, pelo menos, 1 (uma) equipe mínima dentro da unidade socioeducativa.

Art. 6º Nas unidades socioeducativas que não possuem serviço próprio de saúde, a equipe mínima pode ser constituída por profissionais da rede de saúde pública desde que estes estejam lotados no mesmo estabelecimento de saúde.

Art. 7º Definir que o adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas terá garantia de acesso à assistência de média e alta complexidade na rede SUS.

Parágrafo único. As referências deverão ser negociadas e pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e incluídas na Programação Pactuada e Integrada – PPI do Estado.

Art. 8º Definir que o valor do incentivo da Pnaisari será calculado a partir dos seguintes critérios:

I – para a unidade socioeducativa que atende até 40 adolescentes, o valor do incentivo será de R\$ 21.300,00/ano.

II – para a unidade socioeducativa que atende entre 41 e 90 adolescentes, o valor do incentivo será de R\$ 51.120,00/ano.

III – para a unidade socioeducativa que atende acima de 90 adolescentes, o valor do incentivo será de R\$ 85.200,00/ano. Caso a unidade socioeducativa atenda acima do dobro estabelecido neste item, o valor do incentivo será acrescido de R\$ 21.300,00 por cada grupo de 40 adolescentes excedentes.

Parágrafo único. Até que ocorra o estabelecido no artigo 4, parágrafo 2º deste artigo, o repasse do incentivo para a Pnaisari será realizado através da verificação do cadastramento dos estabelecimentos de saúde e seus profissionais.

Art. 9º O incentivo financeiro anual será repassado em parcelas trimestrais pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde ou Fundo Municipal de Saúde, dos estados e municípios que tenham sido habilitados nesta política conforme item 16 do Anexo II, e que, no mês anterior ao de cada repasse, tenham cadastrado e/ou atualizado o cadastro de suas equipes no CNES.

Art. 10 Estabelecer que os adolescentes que cumprem medidas socioeducativas de semiliberdade, liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade serão assistidos pela rede do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 11 Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o seguinte Programa de Trabalho: 10.243.1312.6177.0001 – Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem.

Art. 12 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria MS/SAS nº 340, de 14 de julho de 2004, publicada no DOU de 15 de julho de 2004, Seção I, pág. 81.

CLEUSA RODRIGUES DA SILVEIRA BERNARDO
Secretária Substituta

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União.

ANEXO I

Normas para a Implantação e Implementação da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória

1 Introdução

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o adolescente acusado da prática de um ato infracional pode ficar internado provisoriamente, em unidade específica, até que seja proferida a sentença referente ao seu processo. Essa internação provisória, segundo o ECA, não pode exceder o período de 45 dias.

Ao longo do processo, caso seja confirmada a prática do ato infracional e a necessidade de responsabilização do adolescente, o juiz pode aplicar uma medida socioeducativa, sendo a de internação a mais rigorosa. Esta medida, por ensejar privação de liberdade, deve estar sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Apesar de não comportar prazo determinado, em nenhuma hipótese a internação pode ultrapassar três anos, devendo ser reavaliada a cada seis meses.

Durante o período em que o adolescente estiver sob a tutela do Estado, deverão ser garantidos e respeitados diversos direitos previstos no ECA, o qual estabelece também obrigações para as unidades de internação de modo a assegurar e efetivar o cumprimento do princípio da proteção integral.

2 População-alvo

Adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas.

3 Linhas de ação

Estas normas têm por objetivo orientar a implantação e implementação de um elenco de ações no âmbito da promoção da saúde, prevenção de riscos e assistência aos agravos, em unidades de internação e internação provisória que atendem a adolescentes em conflito com a lei, garantindo a integralidade e a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, bem como atenção à saúde humanizada e de qualidade, conforme a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde, as diretrizes do Pacto pela Saúde, o Estatuto da Criança e do Adolescente, artigos 94, 123, 124 e 125, e a Resolução do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente (Conanda) nº 46/96.

A secretaria estadual de saúde, a secretaria municipal de saúde, e a secretaria estadual gestora do sistema socioeducativo deverão desenvolver um conjunto de

procedimentos necessários para garantir o atendimento integral aos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

4 Ações de saúde

A atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei em regime de internação ou internação provisória, em unidades masculinas e femininas, será realizada por meio de um conjunto de ações de saúde que abrangem:

- A promoção e a proteção da saúde;
- Práticas educativas e a prevenção de agravos; e
- Ações de assistência à saúde, tendo como prioridade:
 - a) Acompanhamento do desenvolvimento físico e psicossocial;
 - b) Saúde sexual e saúde reprodutiva;
 - c) Imunização;
 - d) Saúde bucal;
 - e) Saúde mental;
 - f) Controle de agravos; e
 - g) Assistência à vítima de violência.

As ações de saúde a serem desenvolvidas nas unidades de internação e internação provisória deverão visar à inclusão social do adolescente.

4.1 Das ações de promoção e de proteção de saúde

- Favorecer o processo de acolhimento do adolescente, em conjunto com a equipe pedagógica, identificando sua situação psicológica, social, pedagógica, jurídica e de saúde, no intuito de construir, com o adolescente e sua família, o Plano Individual de Atendimento (PIA), para auxiliar em seu desenvolvimento pessoal e social;
- Desenvolver ações integradas entre os serviços de saúde e outros setores, a exemplo da cultura, esportes, trabalho e educação, com a finalidade de articular políticas integradas e atividades que proporcionem o bem-estar físico, mental e social dos adolescentes;
 - Fortalecer a rede social de apoio aos adolescentes e suas famílias;
 - Incentivar o protagonismo juvenil;
 - Apoiar a formação de grupos de adolescentes promotores de saúde;
 - Contribuir para a estruturação de uma proposta de desenvolvimento de habilidades considerando a necessidade de abordar, com esta população, o sentido de propósito, a autoestima, o projeto de vida, o compromisso, o autocuidado, a responsabilidade, os direitos e deveres da cidadania, o controle do estresse, as inteligências intra e interpessoal, a influência dos pares, o pensamento crítico e a consequência das ações e escolhas;
 - Identificar precocemente os fatores e as condutas de risco, visando à redução da vulnerabilidade;
 - Desenvolver ações de educação em saúde;

- Promover uma cultura de paz e de prevenção às violências física, sexual e psicológica, e de acidentes;
- Realizar pesquisas sobre o cotidiano/rotina dos adolescentes, visando à reformulação das atividades locais sob o enfoque da promoção da saúde;
- Promover atenção integral aos adolescentes com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, na perspectiva de redução de danos, bem como ações visando amenizar os sintomas da abstinência.

4.2 Das ações e práticas educativas

A partir do projeto pedagógico da Unidade Socioeducativa, estabelecer atividades que favoreçam a vivência, a discussão e a reflexão coletiva, pelos adolescentes, sobre os seguintes temas:

- Corpo e autocuidado;
- Autoestima e autoconhecimento;
- Relações de gênero;
- Relações étnico-raciais;
- Cidadania: direitos e deveres;
- Cultura de Paz;
- Relacionamentos sociais: família, escola, turma, namoro, entre outros;
- Prevenção ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas;
- Violência doméstica e social, com recorte de gênero;
- Violência e abuso sexual, com recorte de gênero;
- Esportes;
- Alimentação, nutrição e modos de vida saudáveis;
- Trabalho;
- Educação;
- Projeto de vida; e
- Desenvolvimento de habilidades: negociação, comunicação, resolução de conflitos, tomada de decisão.

4.3 Das ações de assistência à saúde

4.3.1 Acompanhamento do desenvolvimento físico e psicossocial

- 4.3.1.1 Crescimento estatural e ponderal;
- 4.3.1.2 Maturação sexual;
- 4.3.1.3 Desenvolvimento psicossocial; e
- 4.3.1.4 Nutrição e alimentação.

4.3.2 Saúde sexual e saúde reprodutiva

- 4.3.2.1 Ações direcionadas a adolescentes de ambos os sexos

- a) Desenvolver práticas educativas que abordem o planejamento familiar, a gravidez na adolescência, a paternidade/maternidade responsável, a contracepção e as Doenças Sexualmente Transmissíveis – DSTs e Aids;
- b) Distribuir preservativos e outros contraceptivos; e
- c) Orientar quanto aos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

4.3.2.2 Ações específicas para adolescentes do sexo feminino

- a) Prevenir e controlar o câncer cérvico-uterino;
- b) Orientar e promover o autoexame da mama;
- c) Distribuir insumos para contracepção e orientar quanto à utilização correta dos mesmos;
- d) Realizar o pré-natal;
- e) Realizar o puerpério;
- f) Monitorar o estado nutricional e o consumo dietético da gestante e lactante; e
- g) Proporcionar ambiente e condições favoráveis para aleitamento materno.

4.3.2.3 Diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/HIV/Aids

- a) Realizar aconselhamento pré e pós-teste para realização de exames diagnósticos;
- b) Realizar ações de coleta de material para o diagnóstico do HIV;
- b) Promover ações de redução de danos;
- c) Elaborar material educativo e instrucional com a participação dos adolescentes;
- d) Realizar abordagem sindrômica das DSTs;
- e) Garantir o fornecimento de medicamentos específicos para a Aids e outras DSTs;
- f) Garantir o tratamento dos adolescentes portadores de HIV.

4.3.3 Imunização

As coordenações estaduais e/ou municipais de imunizações, responsáveis pela operacionalização das ações neste âmbito, deverão garantir o acesso à imunização conforme a Portaria MS/GM nº1.602, de 17 de julho de 2006, que institui em todo território nacional os calendários de vacinação da criança, do adolescente, do adulto e do idoso.

4.3.4 Saúde bucal

4.3.4.1 Prevenir, diagnosticar e tratar doenças orais, tais como cárie, doença periodontal, má oclusão, traumatismo dentário, halitose, fissuras labiopalatino, câncer bucal e manifestações orais das DSTs, entre outras que se fizerem necessárias;

4.3.4.2 Educação em saúde oral;

4.3.4.3 Controle de placa bacteriana dental;

4.3.4.4 Orientação sobre higiene bucal e autoexame da boca; e

4.3.4.5 Aplicação terapêutica intensiva com flúor.

4.3.5 Saúde Mental

4.3.5.1 Promover ações de prevenção e redução dos agravos psicossociais decorrentes da privação de liberdade;

4.3.5.2 Promover atenção psicossocial aos adolescentes que necessitem de cuidados em Saúde Mental, incluindo os relacionados ao uso de álcool e outras drogas, preferencialmente na rede extra-hospitalar do SUS.

4.3.5.3 Promover a atenção às situações de prejuízo à saúde dos adolescentes, decorrentes do uso de álcool e outras drogas, na perspectiva de redução de danos, bem como ações visando amenizar os sintomas da abstinência;

4.3.5.4 Viabilizar formação permanente, com disponibilização de cursos e supervisão clínico-institucional de equipe, visando à promoção da saúde mental dos adolescentes.

4.3.6 Do controle de agravos

4.3.6.1 Garantir o controle de agravos previsto pela Portaria MS/SVS nº 05, de 21 de fevereiro de 2006, enfatizando os que são mais comuns entre o público-alvo, tais como hepatites, dermatoses/parasitoses, tuberculose e outras pneumopatias, hanseníase e outros. Caso seja identificado algum tipo destes agravos, é necessário realizar a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);

4.3.6.2 Garantir o controle de agravos de doenças crônicas não transmissíveis, em especial diabetes, hipertensão arterial, obesidade e sobrepeso;

4.3.6.3 Garantir a implementação das políticas e ações específicas para os agravos à saúde, tais como hepatites virais, hanseníase, tuberculose, doenças crônicas não transmissíveis e outras.

4.3.7. Da assistência ao adolescente vítima de violência

É obrigatória a notificação de todo e qualquer tipo de maus-tratos (incluindo negligência, discriminação, exploração, abuso, crueldade, opressão, tratamento vexatório ou constrangedor, tortura) pela equipe de saúde na Ficha de Notificação Compulsória, conforme determina a Portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001, ou qualquer outro documento que venha a substituí-la ou incorporá-la além de informar o Ministério Público, Promotoria da Infância e da Juventude e Conselho Tutelar da localidade.

O adolescente deve ser encaminhado para o exame de corpo de delito no Instituto Médico Legal, quando vítima de maus-tratos ou tortura.

A notificação deve ser o início de uma atuação ampliada e de suporte ao adolescente e sua família.

5 Das ações de assistência à saúde nas unidades de internação e internação provisória

No acolhimento do adolescente na unidade de internação e/ou internação provisória, deve ser garantida uma consulta inicial, de caráter integral, que, dentre outros aspectos, contemple:

- Imunização;
- Desenvolvimento físico e psicossocial;
- DST/HIV/Aids;
- Doenças bucais, tais como cárie, doença periodontal, má oclusão, traumatismo dentário, halitose, fissuras labiopalatino, câncer bucal e manifestações orais das DSTs;
- Necessidade de triagem sorológica e aconselhamento para o diagnóstico das hepatites virais B e C, DST/HIV/Aids; e
- Utilização de preservativos e/ou outros métodos contraceptivos para os/as adolescentes.

Quando da elaboração ou preenchimento do PIA, os resultados dessa consulta inicial deverão subsidiar o planejamento das ações subsequentes a serem realizadas pela equipe de saúde para cada adolescente consultado.

6 PIA – Plano Individual de Atendimento

O registro das condições clínicas e de saúde dos adolescentes deve fazer parte do Plano Individual de Atendimento (PIA), o qual deve ser acompanhado e avaliado periodicamente pela equipe multidisciplinar que atua no atendimento do adolescente.

Os dados inseridos no PIA serão a base para os relatórios encaminhados ao juiz de execuções, bem como as suas modificações que subsidiarão as decisões judiciais.

O Plano Individual de Atendimento (PIA) deve ser elaborado pela equipe técnica da Unidade de Internação ou Internação Provisória com o adolescente e a anuência da família.

7 Referências para a média e alta complexidade

O acesso à assistência de média e alta complexidade é um direito do cidadão. Para garantir este acesso, o cálculo das necessidades definidas na Programação Pactuada Integrada (PPI) deve incluir o público-alvo desta Portaria.

8 Medicamentos e insumos

Os medicamentos e insumos destinados a esta política são aqueles que integram o Componente Básico para a Assistência Farmacêutica, o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

A programação para o recebimento de insumos e medicamentos será feita mediante os seguintes procedimentos:

Padronização de tratamentos para as doenças prevalentes (consensos terapêuticos definidos pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais de Saúde);

Cadastro de pacientes com diagnóstico de tuberculose, hanseníase, DST/Aids, hipertensão, diabetes, entre outros agravos.

9 Monitoramento e avaliação

A secretaria estadual de Saúde deve encaminhar ao Ministério da Saúde a cópia do capítulo do Relatório de Gestão no qual constam as ações do POE, o qual servirá de base para o monitoramento e avaliação até que o Ministério da Saúde defina os indicadores, instrumentos e procedimentos de monitoramento e avaliação.

O Ministério da Saúde definirá indicadores e construirá instrumentos de monitoramento e avaliação que serão periodicamente aplicados junto às unidades de internação e internação provisória, com o objetivo de viabilizar a elaboração de uma linha de base; monitorar com intervalos determinados o desempenho dos indicadores; e gerar subsídios para análises e avaliações sobre a implantação dos Planos Operativos Estaduais e o funcionamento dos serviços.

O Ministério da Saúde realizará, anualmente, seminários estaduais e/ou regionais de acompanhamento e apoio à execução do POE e/ou do Plano de Ação de Atenção Integral à saúde de adolescentes privados de liberdade.

10 Controle dos Recursos Financeiros Transferidos

O controle dos recursos financeiros transferidos seguirá as definições contidas na Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007, capítulo III – Do Monitoramento e Controle dos Recursos Financeiros Transferidos Fundo a Fundo.

11 Do Sistema de Informação para a Infância e Adolescência – Sipia-II

O Sipia-II (Infainfra) é um sistema nacional de registro, documentação e análise de informação sobre adolescentes em conflito com a lei, desenvolvido pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos, cujo objetivo é subsidiar processo de formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes, particularmente aquelas voltadas à aplicação e execução de medidas socioeducativas.

O sistema possibilita a inserção de dados tanto da aplicação das medidas pelas varas especializadas e tribunais estaduais quanto da execução das mesmas pelas unidades de internação e outras unidades de execução de medidas em meio aberto (Creas).

A orientação da SEDH é que a articulação e gestão desse sistema em âmbito estadual seja realizada por um grupo gestor do qual participam representantes dos atores envolvidos na formulação e implementação dessas políticas. O órgão gestor do Sistema de Medidas Socioeducativas e o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do

Adolescente ocupam papel mediador importante e devem estabelecer uma rotina de alimentação dos dados. Incluindo aqueles relacionados à saúde.

O sistema comporta diálogos com os outros sistemas já existentes. Por isso mesmo, é importante integrar os diversos registros administrativos existentes e buscar interfaces com os demais sistemas.

12 Educação permanente

A educação permanente é a diretriz política do Ministério da Saúde para a formação dos profissionais da saúde. Neste sentido, os programas de educação permanente das equipes de saúde, bem como dos profissionais das unidades de internação, devem ser pactuados entre as unidades de internação, os Polos de Educação Permanente, a secretaria estadual de saúde, a secretaria municipal de saúde e a secretaria gestora do sistema socioeducativo. Tais programas devem ter como foco os seguintes pontos:

a) Estratégias para a reintegração social dos adolescentes e para o manejo de situações de transtornos mentais, de violência, incluindo a sexual, e de dependência de substâncias psicoativas;

b) Componentes de proteção e promoção da saúde do trabalhador, sobretudo da saúde mental, levando em conta a implicação subjetiva desses servidores em uma atividade laboral geradora de tensões específicas; e

c) Serviços de referência para os três níveis de complexidade visando ao adequado acolhimento e cuidado do adolescente.

13 Estrutura física e equipamentos

13.1 Estrutura física das unidades de internação e internação provisória

O Plano Operativo Estadual deve informar, quando for o caso, da necessidade de adequação dos espaços físicos destinados ao alojamento e atendimento de adolescentes nas unidades de internação e internação provisória, de acordo com os critérios mínimos estabelecidos pelo Conanda.

13.2 Estrutura e equipamentos do serviço de saúde na unidade

A estrutura física do estabelecimento e dos equipamentos e materiais necessários ao seu funcionamento deverão considerar os processos ali realizados, observando o disposto no Anexo II desta Portaria.

13.3 Estrutura e equipamentos do serviço de alimentação e nutrição

A estrutura e os equipamentos do serviço de alimentação e nutrição, realizados de forma direta ou terceirizada, devem atender aos critérios definidos pela Portaria MS/GM nº 326, de 30 de julho de 1997, que aprova o Regulamento Técnico sobre "Condições Higiênico-Sanitárias e de Boas Práticas de Fabricação para Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos", e pela Resolução da Anvisa RDC nº275, de

21 de outubro de 2002, que “Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados aplicados aos Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos e a Lista de Verificação das Boas Práticas de Fabricação em Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos”.

14 Operacionalização

14.1 Financiamento

As ações de saúde a serem desenvolvidas no âmbito das unidades de internação e de internação provisória serão cofinanciadas por recursos do Ministério da Saúde, os quais serão repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Municipais de Saúde. Para a execução das ações, serão utilizados os recursos do Incentivo para a Atenção à Saúde de Adolescentes atendidos em regime de internação e internação provisória, de que trata o art. 4º da Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004, e de acordo com a Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007.

14.2 Gestão e gerência

A gestão e a gerência do Plano Operativo Estadual serão pactuadas no âmbito de cada Unidade Federada, na Comissão Intergestores Bipartite, e entre os gestores estaduais e municipais de saúde e os gestores do sistema socioeducativo.

14.2.1 Plano Operativo Estadual

Caberá às secretarias estaduais de saúde conjuntamente com as secretarias municipais de saúde e a do Distrito Federal, e em parceria com a secretaria gestora do sistema socioeducativo, elaborar um Plano Operativo Estadual, conforme estas normas.

O Plano Operativo Estadual deve incluir as ações de saúde a serem desenvolvidas de acordo com o que é delineado nesta Portaria; a definição das respectivas contrapartidas de todos os órgãos estaduais e municipais envolvidos, no financiamento e/ou no desenvolvimento destas ações, na adequação das condições de infraestrutura e funcionamento das unidades, na composição e pagamento das equipes de saúde e na referência para a média e alta complexidade, conforme Limite Financeiro de Assistência do Estado.

Nos casos em que as secretarias municipais de saúde assumirem a gestão das ações e dos serviços de saúde, deve elaborar o Plano de Ação Municipal.

15 Controle social

Caberá aos conselhos estaduais de saúde e aos conselhos estaduais de Direitos da Criança e do Adolescente aprovarem o Plano Operativo Estadual e acompanhar o desenvolvimento das atividades, mediante a avaliação do cumprimento dos compromissos estabelecidos.

16 Competências

16.1 Ministério da Saúde

- Gestão destas normas em âmbito federal;
- Cofinanciar a atenção à saúde da população adolescente em regime de internação e internação provisória;
 - Prestar assessoria técnica aos estados no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos Estaduais;
 - Monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo Estadual;
 - Elaborar e disponibilizar protocolos assistenciais a serem implementados pelas unidades do sistema socioeducativo e pelos serviços referenciados, vinculados ao SUS;
 - Padronizar as normas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas unidades de internação e internação provisória do sistema socioeducativo;
 - Apoiar tecnicamente a Secretaria Especial dos Direitos Humanos no planejamento e implementação das atividades relativas à criação ou melhoria da infraestrutura dos estabelecimentos de saúde das unidades de internação, compreendendo instalações físicas e equipamentos;
 - Elaborar as diretrizes da educação permanente para a capacitação dos profissionais das equipes de saúde das unidades de internação e internação provisória, a ser operacionalizada pelas secretarias estaduais e municipais de saúde.
 - Apoiar as secretarias estaduais de saúde na definição dos serviços e na organização da referência e contrarreferência para a prestação da assistência de média e alta complexidade.

16.2 Secretaria Especial dos Direitos Humanos

A Secretaria Especial dos Direitos Humanos, em parceria com os governos estaduais, fará o cofinanciamento da ampliação/construção/reforma, bem como da aquisição de equipamentos para os estabelecimentos das unidades de internação e internação provisória com o intuito de reordenamento institucional em consonância com o Sinase, além de:

- Definir os parâmetros arquitetônicos e o detalhamento das normas e definições técnicas para a adequação física das unidades de internação de acordo com o projeto pedagógico específico do programa de atendimento;
- Promover iniciativas de convivência familiar e comunitária dentro das unidades de internação;
- Estabelecer critérios mínimos, entre os ministérios e secretarias que compõem a Comissão Intersetorial do Sinase, para regulamentar a visita íntima;
- Integrar os sistemas de informação provenientes de diversas fontes nos estados para alimentar o Observatório dos Direitos da Criança e do Adolescente e garantir atualização de dados do sistema socioeducativo;
- Promover a articulação local, quando necessário, para elaboração do Plano Operativo Estadual.

16.3 Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

- Promover a capacitação em gênero dos(as) adolescentes e dos(as) profissionais envolvidos(as) no atendimento aos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória;
- Promover o recorte de gênero nos programas sociais destinados aos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória;
- Apoiar a criação de mecanismos de informação sobre a saúde da mulher destinada às adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória;
- Acompanhar as ações destinadas à saúde e aos direitos das adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória.

16.4 Secretarias Estaduais de Saúde

- Elaborar o Plano Operativo Estadual (POE), em parceria com a secretaria estadual gestora do sistema socioeducativo e a secretaria municipal de saúde em consonância com o Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo;
- Inserir as ações constantes no POE no Plano Estadual de Saúde e no planejamento anual da secretaria;
- Enviar cópia do capítulo do relatório de gestão que constam as ações do POE;
- Capacitar e orientar as equipes de saúde que atuam nas unidades de internação e internação provisória nos sistemas de informação, conforme estabelecido na Portaria nº 204, quanto ao procedimento e à alimentação nos sistemas de informação constantes.
- Participar do cofinanciamento das ações e serviços previstos no Plano;
- Organizar a referência e contrarreferência para a prestação da assistência de média e alta complexidade;
- Capacitar as equipes de saúde das unidades de internação e internação provisória, conforme pactuação;
- Prestar assessoria técnica aos municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos Estaduais;
- Monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo Estadual;
- Elaborar e/ou implementar os protocolos assistenciais;
- Padronizar as normas de funcionamento dos estabelecimentos e demais serviços de saúde prestados diretamente pelas unidades de internação e internação provisória.

16.5 Secretarias Estaduais Gestoras do Sistema Socioeducativo

- Formular o Plano Operativo Estadual, em parceria com a secretaria estadual de saúde e secretaria municipal de saúde em consonância com o Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo;
- Cofinanciar as ações de atenção à saúde da população adolescente;
- Adequar o espaço físico para o estabelecimento de saúde e adquirir equipamentos e materiais necessários ao seu funcionamento;

- Garantir as condições para a execução das ações de atenção à saúde em todas as unidades;
- Fomentar/articular a instauração da Comissão Intersetorial para implementação e acompanhamento das ações do Sinase.

16.6 Secretarias Municipais de Saúde

- Participar da elaboração do Plano Operativo Estadual;
- Elaborar o Plano de Ação Municipal de acordo com as diretrizes previstas no POE;
- Inserir no planejamento anual da secretaria e no Plano Municipal de Saúde as ações previstas no Plano de Ação de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade;
- Capacitar e orientar as equipes de saúde que atuam nas unidades de internação e internação provisória nos sistemas de informação, conforme estabelecido na Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007, quanto ao procedimento e alimentação nos sistemas de informação.
- Participar do cofinanciamento das ações e serviços previstos nestas normas;
- Contratar e controlar os serviços de referência sob sua gestão para atendimento da população adolescente em regime de internação e internação provisória;
- Capacitar as equipes de saúde das unidades de internação e internação provisória, conforme pactuação;
- Monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo Estadual;
- Participar da elaboração de protocolos assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias de medidas socioeducativas e pelos serviços referenciados, vinculados ao SUS;
- Cadastrar os adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória no município;
- Executar as ações de promoção, de proteção e recuperação da saúde no âmbito da atenção básica em todas as unidades sob sua gerência, direta ou indireta.

17 Habilitação dos estados e seus municípios

O processo de habilitação é composto pelas seguintes etapas:

- 1) Assinatura do Termo de Adesão;
- 2) Elaboração do Plano Operativo Estadual com o diagnóstico de saúde dos adolescentes privados de liberdade;
- 3) Aprovação do Plano Operativo Estadual pelo conselho estadual de saúde, conselho estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- 4) Comprovação do encaminhamento do projeto físico do estabelecimento de saúde à Vigilância Sanitária estadual ou municipal, com vistas ao licenciamento do serviço;

5) Comprovação da avaliação sanitária de funcionamento das unidades de internação e internação provisória, realizada pela Vigilância Sanitária; e

6) Aprovação do Plano de Ação Municipal pelo conselho municipal de saúde e de Direitos da Criança e do Adolescente.

Se o município assumir a gestão das ações de saúde deve: elaborar o Plano de Ação Municipal de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes privados de liberdade e aprová-lo no conselho municipal de saúde e no conselho municipal de Direitos da Criança e do Adolescente.

Todos esses documentos deverão ser enviados, em original, ao Ministério da Saúde que, ao analisá-los e aprová-los, publicará, no Diário Oficial da União, Portaria de habilitação dos estados e municípios.

Após a habilitação do estado e seus municípios, as secretarias estaduais e municipais de saúde deverão inserir as ações constantes no POE no Plano Estadual/Municipal de Saúde e no planejamento anual dessas secretarias.

ANEXO II

Parâmetros para construção, ampliação ou reforma de estabelecimento de saúde em unidades de internação e internação provisória

Dada as características de privação de liberdade inerentes à medida de internação e internação provisória, é imprescindível:

a) Existência de, no mínimo, um ambiente para ações de saúde dessa população, na unidade. Tal ambiente deve proporcionar privacidade tanto ao profissional de saúde quanto ao adolescente, ainda deve fornecer condições de higiene e segurança sanitária aos processos ali desenvolvidos.

Esse ambiente pode ser indiferenciado para atendimento multiprofissional a ser utilizado, se necessário, por um ou mais profissionais de saúde (médico, psicólogo, enfermeiro, nutricionista, assistente social, cirurgião dentista, entre outros), que seja provido de lavatório, *dispenser* de sabão líquido, suporte de papel para secagem das mãos (conforme Manual de Lavagem das Mãos para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – Anvisa 2007).

O lavatório desse ambiente pode estar localizado em banheiro anexo e de uso exclusivo.

b) Caso funcione um serviço de saúde na unidade socioeducativa, a estrutura física deve respeitar os parâmetros do quadro abaixo, conforme as ações definidas no Plano Operativo.

AMBIENTE	ÁREA MÍNIMA	OBSERVAÇÕES
Consultório ¹	7,5m ²	Lavatório
Consultório Odontologia	9,0m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem
Posto de Enfermagem ²	12,0m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem ³ 1 maca de procedimentos 1 mesa (para relatórios) 1 <i>hamper</i> de lixo 1 <i>hamper</i> de roupa suja
Dispensário de Medicamentos	1,5m ²	Área para armazenagem de medicamentos e material. Pode ser um armário com chave sobre a bancada do posto de enfermagem.
Sala de Utilidades	6,00m ²	Com pia de despejo. Pode haver guarda de resíduos sólidos (<i>hampers</i>).
Sala de Esterilização ⁴	4,8m ²	Comum aos consultórios e ao posto de enfermagem.

Rouparia		Armário para guarda de roupa limpa
DML	2,0m ²	Depósito de material de limpeza – com tanque
Sanitários para Equipe de Saúde	1,6m ² (cada)	1 masculino e 1 feminino

¹ No caso da utilização de aparelho odontológico portátil, as atividades de odontologia podem ser realizadas no consultório indiferenciado.

² No Posto de Enfermagem, podem ser realizadas as atividades de vacinação ou curativos.

³ Observar o Manual de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde – Anvisa 2007; http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf.

⁴ Consultórios odontológicos individuais podem dispensar a CME simplificada e possuir, no mesmo ambiente, uma bancada com pia e equipamentos de esterilização, desde que sejam estabelecidas rotinas de assepsia e manuseio de materiais a serem esterilizados (barreira técnica). www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_odonto.pdf

Observação:

I) Na não existência de sanitário adaptado para portadores de necessidades especiais, o Serviço de Saúde deve prevê-lo segundo os parâmetros da ABNT 9050 de 2004. <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/CORDE/dpdh/corde/ABNT/NBR9050-31052004.pdf>:

“Os boxes para bacia sanitária devem garantir as áreas para transferência diagonal, lateral e perpendicular, bem como área de manobra para rotação de 180°, conforme figura. Quando houver mais de um boxe acessível, as bacias sanitárias, áreas de transferência e barras de apoio devem estar posicionadas de lados diferentes, contemplando todas as formas de transferência para a bacia.”

II) Os projetos de reforma ou ampliação, além de apresentar Memorial Descritivo e Projeto Básico de Arquitetura, devem também prever Memorial Justificativo a fim de esclarecer as adequações que serão realizadas, e adequar os ambientes às recomendações do Decreto Federal nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade a pessoas portadoras de deficiência física ou com mobilidade reduzida. Os projetos físicos devem ser elaborados por profissionais habilitados pelo Sistema Confea/Crea.

III) Quando da construção de novas unidades socioeducativas, deve haver um Estudo Preliminar que contemple um Plano Operativo, considerando a articulação dos gestores do sistema socioeducativo e da saúde.

Referências

1. PROJETOS FÍSICOS: devem estar em conformidade com a Resolução Anvisa RDC nº 50, de 21/2/2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, exceto o consultório multiprofissional. O planejamento da área física de

nutrição e alimentação deve ser assessorado por nutricionista especialista em alimentação institucional.

2. ACESSOS: a unidade deve possuir acesso externo facilitado para embarque e desembarque em ambulância. O trajeto desse acesso até o ambulatório de saúde da unidade deve ser o mais curto e direto possível.

3. SEGURANÇA: todos os processos e procedimentos de trabalho dentro desse espaço devem observar os critérios de segurança, definidos pela unidade socioeducativa, para a guarda e o uso de objetos perfurocortantes.

4. CORREDORES: os corredores de circulação de pacientes ambulantes ou em cadeiras de rodas, macas ou camas, devem ter a largura mínima de 2,0m para distâncias maiores que 11,0m, e 1,20m para distâncias menores, não podendo ser utilizados como áreas de espera. No caso de desníveis de piso superiores a 1,5cm, deve ser adotada solução de rampa unindo os dois níveis.

5. PORTAS: todas as portas de acesso a pacientes devem ter dimensões mínimas de 0,80 (vão livre) x 2,10m, inclusive sanitários. Todas as portas utilizadas para a passagem de camas/macas, ou seja, as portas das salas de curativos e das salas de observação, devem ter dimensões mínimas de 1,10 (vão livre) x 2,10m.

6. ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO: os consultórios devem possuir ventilação e iluminação naturais.

7. LAVAGEM DE ROUPAS: toda a roupa oriunda do estabelecimento de saúde da unidade deve ser lavada, de forma direta ou terceirizada em uma lavanderia do tipo "hospitalar", conforme previsto da Resolução Anvisa RDC nº 50, de 21/2/2002, ou ser totalmente descartável.

8. LAVATÓRIOS/PIAS: todos devem possuir torneiras ou comandos do tipo que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Junto a estes, deve existir provisão de sabão líquido degermante, além de recursos para secagem das mãos. Manual de Higienização das Mãos - <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf>

9. RALOS: todas as áreas "molhadas" da unidade da saúde devem ter fechos hídricos (sifões) e tampa com fechamento escamoteável. É proibida a instalação de ralos em todos os ambientes onde os pacientes são examinados ou tratados.

10. MATERIAIS DE ACABAMENTO: os materiais adequados para o revestimento de paredes, pisos e tetos dos ambientes devem ser resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme preconizado no manual Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde 2ª edição, Ministério da Saúde/Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, Brasília-DF, 1994, ou o que vier a substituí-lo. Devem ser sempre priorizados materiais de acabamento que tornem as superfícies monolíticas, com o menor número possível de ranhuras ou frestas, mesmo após o uso e limpeza frequente. Os materiais, cerâmicos ou não, não podem possuir índice de absorção de água superior a 4% individualmente ou depois de instalados no ambiente, além do que, o rejunte de suas peças, quando existir, também deve ser de material com esse mesmo índice de absorção. O uso de cimento sem qualquer aditivo antiabsorvente para rejunte de peças cerâmicas

ou similares é vedado tanto nas paredes quanto nos pisos. As tintas elaboradas à base de epóxi, PVC, poliuretano ou outras destinadas a áreas molhadas, podem ser utilizadas tanto nas paredes e tetos quanto nos pisos, desde que sejam resistentes à lavagem, ao uso de desinfetantes e não sejam aplicadas com pincel. Quando utilizadas no piso, devem resistir também à abrasão e aos impactos a que serão submetidas. O uso de divisórias removíveis não é permitido, entretanto paredes pré-fabricadas podem ser usadas, desde que quando instaladas tenham acabamento monolítico, ou seja, não possuam ranhuras ou perfis estruturais aparentes e sejam resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme preconizado no manual citado. Na farmácia e na rouparia, as divisórias podem ser utilizadas se forem resistentes ao uso de desinfetantes e à lavagem com água e sabão. Não deve haver tubulações aparentes nas paredes e tetos. Quando estas não forem embutidas, devem ser protegidas em toda sua extensão por um material resistente a impactos, à lavagem e ao uso de desinfetantes.

11. RODAPÉS: a execução da junção entre o rodapé e o piso deve ser de tal forma que permita a completa limpeza do canto formado. Rodapés com arredondamento acentuado, além de serem de difícil execução ou mesmo impróprios para diversos tipos de materiais utilizados para acabamento de pisos, pois não permitem o arredondamento, em nada facilitam o processo de limpeza do local, quer seja ele feito por enceradeiras ou mesmo por rodos ou vassouras envolvidos por panos. Especial atenção deve ser dada a união do rodapé com a parede de modo que os dois estejam alinhados, evitando-se o tradicional ressalto do rodapé que permite o acúmulo de pó e é de difícil limpeza.

12. CONTROLE DE PRAGAS E VETORES: devem ser adotadas medidas para evitar a entrada de animais sinantrópicos^[1] nos ambientes da unidade de saúde, principalmente quando se tratar de regiões onde há incidência acentuada de mosquitos, por exemplo.

13. INSTALAÇÕES:

13.1 Esgoto: caso a região onde a unidade estiver localizada tenha rede pública de coleta e tratamento de esgoto, todo o esgoto resultante do estabelecimento de saúde e mesmo da unidade de internação pode ser lançado nessa rede sem qualquer tratamento. Não havendo rede de coleta e tratamento, todo esgoto terá que receber tratamento antes de ser lançado em rios, lagos, etc. (se for o caso);

13.2 Água: o reservatório d'água deve ser dividido em dois para que seja feita a limpeza periódica sem interrupção do fornecimento de água;

13.3 Elétrica: todas as instalações elétricas devem ser aterradas;

13.4 Combate a incêndios: o projeto deve ser aprovado pelo corpo de bombeiros local.

14. PROGRAMA FUNCIONAL: qualquer outro ambiente não definido neste programa mínimo pode ser agregado desde que justificado pelas necessidades de demanda ou especificidades da unidade de internação. Para a verificação das dimensões e características dos ambientes a serem acrescentados, deve-se verificar a Resolução da Anvisa RDC nº 50, de 21/2/2002.

ANEXO III

PLANO OPERATIVO ESTADUAL

Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória

O presente Plano Operativo Estadual tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os pontos da atenção básica, média e alta complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação e internação provisória no estado e município.

1. Operacionalização

1.1. Gestão do Plano (descrição sucinta de como a secretaria estadual de saúde coordenará o processo de implantação e gerir o Plano).

1.2. Gestão das ações de saúde previstas no POE (descrição de como a secretaria municipal de saúde pretende gerir o Plano).

1.3. Gerência das ações e serviços de saúde nas unidades de internação e internação provisória (descrição de como a secretaria gestora do sistema socioeducativo realizará esta gerência em parceria com a secretaria municipal de saúde ou secretaria estadual de saúde).

1.4. Organização da referência e contrarreferência:

Descrever como a secretaria estadual/municipal organizará essas referências, indicando quais os serviços de saúde que compõem esta rede, identificando quais as unidades socioeducativas que serão incluídas. Observar o item 7 das normas.

1.5. Parcerias governamentais e não governamentais previstas:

Neste item, é necessário listar as parcerias já existentes e as necessárias/fundamentais para execução das ações listadas ao longo do POE.

2. Planejamento das ações

Neste item, deverá ser descrito como serão realizadas as ações relacionadas aos itens 4, 5, 6 e 8 do Anexo I, da seguinte maneira:

a) Para a secretaria estadual de saúde

No Plano Operativo Estadual, estas ações deverão estar descritas a partir da definição de como será o modelo de atenção à saúde integral a esta população, que deverão estar articuladas com as diversas áreas técnicas que fazem interface, tais como saúde da mulher, adolescente, DST/Aids, promoção da saúde, saúde mental, entre outras. Estas ações deverão subsidiar os Planos de Ação Municipais.

b) Para as secretarias municipais de saúde

No Plano de Ação Municipal, essas ações deverão estar detalhadas a partir da definição de como a SMS realizará a gestão da atenção à saúde dessa população. A partir do diagnóstico de saúde – e levando em consideração a promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, assistência e recuperação da saúde –, o Plano deverá refletir as estratégias que a SMS, por meio da área técnica responsável, desenvolverá para atingir os objetivos propostos nesta Portaria.

3. Infraestrutura

3.1. Apresentar o projeto do espaço físico dos estabelecimentos de saúde das unidades de internação e internação provisória e de sua adequação às diretrizes previstas no Anexo II – caso seja necessário – e apresentar cronograma de implantação da proposta, em cada unidade.

a) Unidades com estabelecimento de saúde:

Condições atuais do estabelecimento em comparação ao Anexo II;
Necessidade de adaptações/reformas;
Necessidade de equipamentos;
Custo;
Cronograma de execução.

b) Unidades sem estabelecimento de saúde:

Informar como e onde é feito o atendimento de saúde aos adolescentes;
Necessidade de construção;
Necessidade de equipamentos;
Custo da obra;
Cronograma de execução.

4. Composição da equipe de saúde nas unidades de internação e internação provisória

Indicar qual é o número atual de profissionais de saúde existentes em cada unidade socioeducativa e relacionar se estão de acordo com o previsto nesta Portaria, informando a necessidade ou não de profissionais a serem alocados/contratados para cada unidade.

4.1. Composição da equipe e carga horária

Neste item, é necessário indicar para cada unidade socioeducativa qual será a composição da equipe constante nesta Portaria, a carga horária de cada profissional destinado à atenção dos adolescentes. Como será o processo de contratação e capacitação dessa equipe e qual secretaria (saúde ou socioeducativo) será a responsável pela contratação do mesmo.

Caso seja definido que a equipe será composta pela ESF, é necessário indicar o número do CNES da ESF.

5. Fluxo de referência e contrarreferência (Atenção Básica, Alta e Média Complexidade)

Neste item, é necessário indicar quais as unidades de atenção básica, média e alta complexidade serão referências para cada unidade socioeducativa.

6. Cofinanciamento

Nos itens abaixo, é necessário explicitar como será a contrapartida de cada secretaria.

6.1. Contrapartida da secretaria de estado da saúde;

6.2. Contrapartida da secretaria gestora estadual do sistema socioeducativo;

6.3. Contrapartida das secretarias municipais de saúde;

6.4. Cálculo do Incentivo:

Apresentar o valor do incentivo referente a cada unidade de internação e internação provisória, de acordo com o artigo 8º.

7. Avaliação e Acompanhamento do Plano Operativo Estadual

Deverá ser descrito como as SMS/SES acompanharão e avaliarão a atenção à saúde dos adolescentes. É interessante instituir um grupo intersetorial para esta ação.

ANEXO IV

TERMO DE ADESÃO

A secretaria estadual de saúde e a _____ (secretaria estadual gestora do sistema socioeducativo) do Estado de _____, por estarem de acordo com 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, aprovadas pela Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004, o Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres formalizam o presente Termo de Adesão.

Nesse sentido, comprometem-se a formular o Plano Operativo Estadual respectivo, apresentando-o ao conselho estadual de saúde, ao conselho estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente e à Comissão Intergestores Bipartite, contendo, no mínimo, os seguintes componentes:

- a) gestão do Plano;
- b) gestão e gerência das ações e serviços de saúde das unidades de internação e internação provisória;
- c) organização da referência e contrarreferência;
- d) recrutamento, contratação e capacitação de recursos humanos;
- e) contrapartida estadual das secretarias de saúde e secretaria estadual gestora do sistema socioeducativo (e, se for o caso, dos municípios);
- f) resultados esperados e metas;
- g) adequação do espaço físico da unidade e do estabelecimento, e aquisição de equipamentos e materiais;
- h) organização do sistema de informação;
- i) parcerias governamentais e não governamentais.

2 IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI, EM REGIME DE INTERNAÇÃO E INTERNAÇÃO PROVISÓRIA

2.1 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI, EM REGIME DE INTERNAÇÃO E INTERNAÇÃO PROVISÓRIA: ORIENTAÇÕES AOS GESTORES

Ana Luísa Lemos Serra

Assessora da Área Técnica de Saúde de Adolescentes e Jovens/MS, psicóloga, Especialista em Psicologia Escolar (UnB)

Lílian Cherulli de Carvalho

Assessora da Área Técnica de Saúde de Adolescentes e Jovens/MS, psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica e Cultura (UnB)

Na intenção de auxiliar gestores estaduais e municipais, bem como parceiros intersetoriais, apresenta-se um orientador contendo os principais passos a serem cumpridos para a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória – Pnaisari nos estados e municípios.

Todas as etapas aqui apresentadas têm base nas normas e diretrizes da Portaria MS/SAS nº 647/2008 e são acrescidas de reflexões e comentários oriundos da experiência de acompanhamento da Área Técnica de Saúde de Adolescentes e Jovens (ASAJ/MS) a estados em processo de habilitação dos Planos Operativos.

Nesse sentido, como primeira reflexão, aponta-se a necessidade de se incluírem diversos parceiros no processo de implantação, desde a concepção dos Planos até a fase de monitoramento e avaliação, passando, por óbvio, pela execução das ações propostas. Partindo-se do conceito ampliado de saúde, sua promoção não é de responsabilidade apenas do setor Saúde, mas resulta do trabalho articulado e da provisão de atenção de diversos parceiros, promotores de ambientes saudáveis e potencializadores de fatores de proteção.

Ressalta-se também que uma preocupação fundamental é garantir que todos os atores necessários ao processo estejam sensibilizados e cientes da importância de seu compromisso para a efetiva implantação da Política. Essa mobilização prévia deve envolver os vários níveis hierárquicos dos órgãos envolvidos, como manifestação da prioridade dada à população adolescente e, mais especificamente, em conflito com a lei.

No processo de habilitação do estado junto ao Ministério da Saúde, é preciso que os gestores estaduais procurem mobilizar todos os municípios-sede de Unidade de

Internação/Unidade de Internação Provisória (UI/UIP), para compor o Plano Operativo Estadual, no qual as secretarias municipais de saúde devem basear seus planos de ação.

Há situações em que a articulação com inúmeros municípios torna-se dificultada. Nesses casos, faculta-se ao estado a oportunidade de dar seguimento à elaboração do Plano Operativo Estadual, contendo as diretrizes para a atenção à saúde dos adolescentes privados de liberdade. O desenvolvimento do POE deverá ser acompanhado pela equipe técnica da ASAJ, que o aprovará.

À medida que os municípios-sede forem pactuando seus planos de ação, vão-se integrando ao processo de implantação do POE, complementando e formalizando a habilitação do estado. Apenas com a comprovada adequação ao Plano Estadual, o Ministério da Saúde, repassará a primeira parcela do incentivo para o município que se fizer responsável pela execução das ações de saúde.

Posto isso, identificam-se as seguintes etapas do processo:

Orientações aos gestores estaduais

1º passo: Constituição de um Grupo de Trabalho (GT) para elaboração do Plano Operativo Estadual (POE).

- Deve contar com representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES), das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), da secretaria gestora do sistema socioeducativo, dos conselhos de saúde e de Direitos da Criança e do Adolescente.
- O GT deve ser aprovado por meio de resolução, com definição de prazo de conclusão.
- Se for do interesse da gestão local, o GT de elaboração do POE pode assumir funções de monitoramento e avaliação da Política. Essas atribuições devem estar previstas dentre as atribuições e dispostas na resolução que aprova o Grupo.

2º passo: Assinatura do Termo de Adesão.

- Deve conter as assinaturas do secretário estadual de saúde, gestor do socioeducativo estadual. Podem participar do Termo as outras instituições compromissadas com a elaboração do POE.
- O Termo de Adesão deve estar de acordo com o Anexo IV da Portaria MS/SAS nº 647, de 11 de novembro de 2008.

3º passo: Realização do diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes privados de liberdade.

- O diagnóstico deve incluir o mapeamento das ações e serviços de saúde desenvolvidos pelas/nas unidades de internação (UI) e internação provisória (UIP).

4º passo: Realização de reuniões temáticas com Atenção Básica; áreas de Saúde Mental, Saúde de Adolescentes, Saúde Bucal, Imunização, DST/Aids, Média e Alta Complexidade, Planejamento, entre outros; e com os atores do sistema socioeducativo visando ao planejamento das ações do POE..

5º passo: Elaboração do POE. O documento deve considerar:

- a. Definição da gestão e gerência do POE e das ações e serviços de saúde, de acordo com a pactuação entre o estado e os municípios envolvidos;
- b. Organização da referência e contrarreferência para os serviços da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, utilizando-se dos instrumentos de gestão existentes no SUS, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada Integrada (PPI), dentre outros;
- c. Definição das parcerias, com entidades governamentais e não governamentais e como serão formalizadas;
- d. Definição da contrapartida de cada ente envolvido no financiamento e/ou no

desenvolvimento das ações de atenção à saúde, na adequação das condições de infraestrutura e funcionamento das UI/UIP, na composição e pagamento das equipes de saúde de referência e na referência para média e alta complexidade;

e. Definição da equipe multidisciplinar que atenderá a Unidade, com previsão de carga horária, forma de recrutamento e capacitação (política de educação permanente). Deve-se informar o perfil e o número de profissionais que já atuam em cada Unidade; o perfil e número de profissionais a serem alocados/contratados para cada Unidade e a composição da equipe de referência, com carga horária.

- Nas unidades socioeducativas que **possuem estabelecimento de saúde**, a equipe mínima de referência poderá ser configurada das seguintes maneiras:

Para unidades que possuem estabelecimento de saúde próprio (inclusive consultório isolado):

- Por profissionais de saúde da Unidade Socioeducativa, quando existir a equipe mínima no estabelecimento de saúde próprio;
- Por profissionais de saúde da Unidade Socioeducativa, complementada por profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF), se a unidade estiver localizada na área de abrangência, ou por um ou mais profissionais da rede de saúde (SUS), desde que lotados em um mesmo estabelecimento (hospital, UBS).

Para unidades que não possuem estabelecimento de saúde: por profissionais da rede de saúde pública (SUS) desde que estejam lotados em um mesmo estabelecimento de saúde (ESF, UBS, hospital).

f. Planejamento da atenção à saúde em cada Unidade Socioeducativa, que deverão ser as diretrizes para os planos de ação municipais. Os planejamentos terão as seguintes características:

- deverão ser integrados entre a SES, a SMS e a secretaria gestora do sistema socioeducativo, tratando das ações e práticas educativas em saúde, das ações de promoção e assistência em saúde elencadas no anexo I da Portaria MS/SAS nº 647/2008;
- deverão abordar as ações referentes ao sistema de cadastramento e da forma de utilização dos sistemas de informação (CNES, cartão SUS, SIA, SIAB, SIPIA II);
- SE NECESSÁRIO, deverá constar a elaboração de projeto físico do estabelecimento de saúde da UI/UIP e cronograma para construção/adaptações/reformas/compra de equipamentos e materiais. Nesse caso, com o apoio das Vigilâncias de Saúde estadual e municipal, deverá fazer um plano de adequação e/ou construção da unidade de saúde que funcionará dentro das UIs/UIPs, apresentando o cronograma de execução. A comprovação do encaminhamento desse projeto físico é um dos requisitos para a habilitação do município às diretrizes estabelecidas no Plano Estadual.
 - Unidades **com** estabelecimento de saúde próprio deverão informar:
 - quais as condições atuais do estabelecimento de saúde;
 - necessidades de adaptação/reformas;
 - necessidades de equipamentos;
 - custo da obra;
 - cronograma de execução.
 - Unidades **sem** estabelecimento de saúde deverão informar:
 - como é feito o atendimento de saúde dos adolescentes;
 - necessidades de construção;
 - necessidades de equipamentos;
 - custo da obra;
 - cronograma de execução.

6º passo: Encaminhamento do POE para aprovação da ASAJ/MS.

7º passo: Após parecer positivo da ASAJ/MS, encaminhamento do POE para aprovação e pactuação na CIB,

CES e CEDCA.

8º passo: Cadastro e indicação dos CNES de referência para o atendimento à saúde dos adolescentes.

- Caso haja profissionais lotados na UI/UIP que comporão a equipe mínima de saúde prevista na Portaria nº 647/2008, esses deverão ser cadastrados no CNES como “Serviço de Atenção à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei”, código 109. Caso essa atenção seja realizada por ESF ou por profissionais de uma UBS, é necessário indicar no POE o nº do CNES – já existente.
- É possível que a equipe mínima de saúde seja composta por profissionais da rede de saúde (externa à Unidade Socioeducativa) e complementada por profissionais lotados na UI/UIP, seguindo a mesma orientação acima descrita.

9º passo: Encaminhamento para a ASAJ/MS, em documentos originais: da versão final do POE, do Termo de Adesão, das atas de aprovação e pactuação na CIB, CES e CEDCA.

Orientações aos gestores municipais

1º passo: Constituição de um Grupo de Trabalho para elaboração do Plano de Ação do município.

- Deve contar com representantes das áreas de interface da SMS, da secretaria gestora do sistema socioeducativo, dos conselhos de saúde e de Direitos da Criança e do Adolescente.

2º passo: Realização de reuniões temáticas com Atenção Básica; áreas de Saúde Mental, Saúde de Adolescentes, Saúde Bucal, Imunização, DST/Aids, Média e Alta Complexidade, Planejamento, entre outros; e com os atores do sistema socioeducativo visando ao planejamento das ações do Plano de Ação Municipal.

3º passo: Elaboração do Plano de Ação.

- Deve indicar como o município operacionalizará as ações planejadas no POE, de acordo com as especificidades locais.

4º passo: Aprovação e pactuação do Plano de Ação Municipal no CMS e no CMDCA.

5º passo: Encaminhamento para a ASAJ/MS, em documentos originais: das atas de aprovação e pactuação no CMS e CMDCA.

3 SAÚDE MENTAL E PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

3.1 INTEGRANDO A SAÚDE NA AÇÃO SOCIOEDUCATIVA: UM NOVO OLHAR PARA A SAÚDE

Janice Machado da Cunha

Enfermeira. Professora Adjunta DEMI-FENF (UERJ). Doutora em Saúde da Criança (Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz)

O direito à saúde dos adolescentes em conflito com a lei

A garantia do direito à saúde é a primeira questão que se coloca face ao desafio dos preconceitos que permeiam o atendimento à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, construídos pelas representações sociais que os incriminam, que enfatizam a sua periculosidade e escondem suas relações familiares, seus sentimentos, opiniões e sonhos (NJAINÉ E MINAYO, 2002 in SERRA, 2005). Cria-se o estigma de que os adolescentes em conflito com a lei são um perigo para a sociedade e os responsáveis pela violência que cresce, contribuindo para a insegurança e o medo da população e fomentando ações mais violentas contra esse grupo.

Em consequência, o processo de ressocialização é marcado, muitas vezes, por características punitivas e/ou excludentes (CUNHA, 2000; SILVA, 2005; COSTA, 2005) e os direitos fundamentais como escolarização, profissionalização e saúde não são garantidos de forma satisfatória e equitativa aos adolescentes que estão em medidas socioeducativas (COSTA, 2005). No entanto, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) propõe, entre outras questões de ordem jurídica, política, financeira e administrativa, os princípios, parâmetros pedagógicos de ação e de gestão para o planejamento desse processo como instrumento fundamental da ação consequente e efetiva do projeto pedagógico socioeducativo (BRASIL, 2006).

Partindo do princípio da incompletude institucional nas instituições socioeducativas, que exige a participação de todos os subsistemas e de todas as políticas nacionais para a efetiva proteção integral aos adolescentes em conflito com a lei, a atenção integral à saúde articula-se ao Sinase para a proteção, recuperação e promoção da saúde, tendo como objetivo final a inclusão social dos adolescentes. As ações subdividem-se em dois blocos: aquelas que se dirigem para todos os programas de medidas socioeducativas e as que estão direcionadas para os programas de semiliberdade, internação e internação provisória.

No primeiro bloco, garante-se o direito do acesso equânime e integral aos serviços na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) que atendam às necessidades de saúde, às

vulnerabilidades e às especificidades de atenção desses adolescentes, sob a responsabilidade da secretaria de saúde do município. Faz-se necessário o apoio de uma rede social de atenção permanente às necessidades dos adolescentes, articulada pelas equipes de saúde que os atendem nos programas socioeducativos.

No segundo bloco, recomenda-se, além do que é preconizado no primeiro bloco, o atendimento à especificidade de saúde reprodutiva das adolescentes, no que se refere à assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério e o incentivo ao aleitamento materno. Ressalta-se também o direito dos adolescentes, que são pais e mães, de terem contato com seus filhos para preservação dos laços afetivos.

É sabido que o SUS apresenta alguns desafios que interferem na integralidade do atendimento em saúde, muitas vezes relacionados à falta de recursos humanos e materiais e a dificuldades na gestão pública, que incidem também no atendimento aos adolescentes em conflito com a lei (BRASIL, 2003). Somam-se a isso as representações sociais que os profissionais da rede de saúde têm sobre os adolescentes autores de atos infracionais e que interferem nas suas práticas, preestabelecendo a realidade, sem considerar a interação indivíduo-sociedade na qual se constrói o indivíduo real. Essa interferência os impedem de reconhecer os adolescentes que estão à sua frente (JOVCHELOVITCH, 2003), não atendendo às suas necessidades e muito menos reconhecendo a importância da prevenção de agravos e da promoção da saúde como direitos, colaborando para que a oferta e a qualidade dos serviços de saúde não sejam compatíveis com a demanda.

Ademais, a aplicação de qualquer medida socioeducativa, mesmo a de privação de liberdade, não inviabiliza a garantia do direito dos adolescentes à saúde conforme previsto pelo ECA no art. 11 – sobre a atenção integral no SUS; no art.125 – que preconiza como dever do Estado zelar pela integridade física e mental dos internos; e no art. 94 – que destaca, dentre as obrigações das entidades que desenvolvem programa de internação: a observação dos direitos e garantias de que são titulares os adolescentes; a não restrição de nenhum direito que não tenha sido limitado na decisão de internação; a garantia de ambiente saudável e seguro e a oferta de cuidados médicos, psicológicos, odontológicos e farmacêuticos (BRASIL, 2006).

No que se refere ao direito à saúde de adolescentes em conflito com a lei, uma questão não deve ser negligenciada: o uso indevido desse direito como forma de punição, que impede o atendimento de saúde ou que estende o tempo de internação ao tornar patológicos aspectos comportamentais ou sociais vividos pelos adolescentes.

A especificidade da adolescência

A segunda questão a se tratar diz respeito ao reconhecimento da adolescência como um período do desenvolvimento resultante da interação constante entre o processo do desenvolvimento biológico e psicoemocional, intimamente relacionado às tendências socioeconômicas e subordinado à evolução de normas e valores, dentro de culturas específicas (SAITO, 2001).

Nesse processo sócio-histórico, encontram-se as modificações tecnológicas do trabalho, exigindo maior tempo de escolaridade para ingressar em um mercado restrito, competitivo pelo desemprego crônico e pela necessidade do adulto já empregado permanecer nessa condição em decorrência do aumento da expectativa de vida. Então, a adolescência passa a ser constituída como uma “fase de afastamento do trabalho e de preparo para a vida adulta” (OZELLA, 2002, p. 22), o que torna adolescentes e jovens dependentes dos adultos por mais tempo. Assim, constrói-se uma agenda social para eles, que determina os quesitos e o tempo para adquirirem a competência social de ingresso na vida adulta, inclusive para os eventos sexuais e reprodutivos (HEILBORN, 1999), mesmo que eles já estejam preparados, fisiológica, cognitiva e afetivamente para esse ingresso.

As condições sociais e históricas que determinam as prioridades dessa agenda definem, também, a configuração de diferentes adolescências. Nesse sentido, é importante voltar o olhar para segmentos mais vulneráveis de adolescentes que estão em estratos sociais excluídos e marginalizados pelas consequências perversas da falência das políticas distributivas (ADORNO, 2002). No Brasil, principalmente nos grandes centros urbanos e em cidades de médio porte, essa situação se reflete em bolsões de pobreza e miséria. Há necessidade de se conhecer as diversas dimensões da realidade nas relações familiares, de gênero e geracionais, componentes do quadro da iniquidade social que propicia o aparecimento da violência e vulnerabiliza os jovens, cuja expressão mais sofrida está nas situações de vida que os levam a cometer atos infracionais e a serem privados de liberdade.

A promoção da saúde do adolescente em conflito com a lei

A terceira questão refere-se à atenção à saúde de adolescentes no contexto das ações socioeducativas e tem por base a reflexão sobre as diferentes concepções políticas e filosóficas que permeiam a formação e a prática dos profissionais de saúde. Nesse sentido, cabe resgatar o

conceito ampliado de saúde elaborado a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde: a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e aos serviços de saúde (MINAYO, 1992).

As necessidades de saúde de adolescentes em conflito com a lei não são muito diferentes daqueles que estão fora desse contexto. Contudo, tornam-se mais complexas diante das características inerentes às situações de vulnerabilidade que tanto contribuem para o envolvimento deles em atos infracionais – como a desigualdade social, a dependência química, a violência familiar e social, a falta de perspectiva de vida e a ausência do Poder Público, dentre outras. As demandas em saúde também são influenciadas pelo processo de institucionalização – despersonalização, violência institucional, quebra de vínculos sociais e familiares, ambiente insalubre, entre outros.

Os problemas de saúde frequentes no contexto das instituições socioeducativas são as doenças infecto-parasitárias e/ou sexualmente transmitidas, desnutrição, lesões decorrentes de brigas ou agressões físicas, problemas neurológicos, distúrbios psicossociais e problemas odontológicos (CUNHA, 2000).

As ações de saúde junto a esse grupo populacional devem estar pautadas na perspectiva da promoção da saúde e prevenção dos agravos tendo como base os indicadores de morbimortalidade, as características do estágio de desenvolvimento e as especificidades e diferenças regionais.

Nesse contexto, as Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens é o marco para a atenção à saúde desse grupo em consonância com os princípios do SUS e da Constituição Brasileira de 1988, tendo em suas diretrizes o compromisso com a integralidade das ações de saúde e a perspectiva da multidisciplinaridade e intersetorialidade (BRASIL, 2010). Destaca-se, ainda, o compromisso em considerar adolescentes como sujeitos da atenção à própria saúde e o entendimento do sistema de referência e contrarreferência de forma ampliada, inter-relacionando o setor Saúde com instituições e organizações sociais, culturais e educativas (BRASIL, 2010).

As Diretrizes Nacionais preconizam três eixos prioritários para a atenção à saúde de adolescentes: o crescimento e o desenvolvimento; a saúde sexual e a saúde reprodutiva; e a redução da morbimortalidade por violências. Essas áreas prioritárias estão incorporadas e ampliadas na Portaria MS/SAS nº 647/2008 (BRASIL, 2008) que estabelece a atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação ou em internação provisória, nas unidades masculinas e femininas.

O acompanhamento do desenvolvimento de adolescentes é realizado pela avaliação e pelo registro em formulários e gráficos padronizados do crescimento corporal, da complexidade e aquisição de habilidades e das modificações corporais e psicológicas características de adolescentes. Essa avaliação possibilita a detecção precoce de *déficits* e a intervenção na minimização dos fatores prejudiciais ao crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2010). Considerando a importância dos fatores ambientais para o crescimento e desenvolvimento de adolescentes, no contexto socioeducativo essa ação passa a ter um caráter primordial, pois as condições de privação de liberdade podem se constituir em mecanismo desfavorável ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Vale notar que os adolescentes muitas vezes podem ser inseridos no sistema socioeducativo já com *déficits* crônicos de crescimento e de desenvolvimento.

A educação em saúde sexual e saúde reprodutiva, focada nos direitos sexuais e direitos reprodutivos e gênero são aspectos que não podem ser negligenciados, em especial para adolescentes que estão privados de liberdade, onde esta temática é um campo de fortes tensões. Um exemplo é que a distribuição de preservativos, as orientações na prevenção de DST e a visita íntima, principalmente para as adolescentes, são ainda questionadas dentro e fora do sistema socioeducativo.

O cuidado às vítimas, a prevenção da violência e a promoção da cultura da paz são tarefas cotidianas considerando que muitos adolescentes que chegam ao sistema socioeducativo já trazem suas histórias e corpos marcados e que o contexto no qual estão sendo inseridos é permeado por várias modalidades de violência. Nesse sentido, alguns autores enfatizam a importância da valorização dos fatores de proteção na promoção de saúde, pautados especialmente no fortalecimento de vínculos, na autonomia e no incentivo à construção de um projeto de vida pessoal (COSTA; ASSIS, 2006). Ressalta-se a obrigatoriedade de notificação às autoridades competentes dos casos suspeitos ou confirmados de violências contra crianças e adolescentes, conforme determina o ECA.

Por fim, a promoção de saúde é um importante norteador das práticas inclusivas conforme relatado por alguns autores (COSTA; ASSIS, 2006; CUNHA, 2000). A Portaria MS/SAS nº 647/2008 (BRASIL, 2008) contempla esta perspectiva e, dentre as ações de promoção e de proteção da saúde, propõe ações integradas desde o acolhimento até o fortalecimento da rede social de apoio aos adolescentes e às suas famílias, o incentivo à participação juvenil e o apoio à formação de grupos de adolescentes promotores de saúde nas instituições (BRASIL, 2008).

Educação Permanente para a equipe multidisciplinar de saúde

Ainda há muito que se refletir sobre aspectos relativos à equipe multidisciplinar e a delimitação do papel de cada profissional que a compõe. Não obstante os avanços nas políticas públicas e na formação dos profissionais, ainda prevalecem o atendimento fragmentado e hierarquizado, como pode ser constatado na reflexão de Costa (2005, p. 83):

De modo análogo ao atendimento médico e odontológico, ou mesmo as oficinas profissionalizantes ou a assistência social, o atendimento psicológico é apenas mais uma atividade da rotina institucional, marcada por encontros pontuais, desprovidos da essência de um projeto transformador.

Esse contexto gera nos profissionais uma sensação de impotência. Contudo são relatadas experiências bem-sucedidas de atuação coletiva e/ou individual no sistema socioeducativo que rompem com a ideia do *fracasso anunciado e constatado* (COSTA, 2005). Essas experiências, geralmente, caracterizam-se pelo enfoque na valorização e inclusão dos adolescentes considerando-os efetivamente sujeitos de direitos e rompendo com os aspectos “prisões” ainda presentes no sistema socioeducativo.

Vários estudos e as próprias políticas públicas apontam a importância do enfoque multidisciplinar e intersetorial nas ações de promoção e proteção de saúde de adolescentes. A Portaria MS/SAS nº 647/2008 (BRASIL, 2008), em consonância com esta perspectiva, traz no art. 2º a composição mínima da equipe de saúde, que deve incluir: médico ou médico de Saúde da Família ou hebiatra; enfermeiro ou enfermeiro da Saúde da Família; cirurgião dentista ou dentista da Saúde da Família; psicólogo clínico ou psicólogo social e assistente social.

A Portaria recomenda, ainda, pontos fundamentais para serem abordados na educação permanente da equipe de saúde que atenderá os adolescentes em conflito com a lei, tais como a inclusão de uma boa formação técnica e humana e de outros aspectos relacionados à interface Direito *versus* Saúde. Nota-se que a formação ainda tecnicista no âmbito dos cursos de graduação, as dificuldades de acesso à formação continuada, a incipiente oferta de possibilidades de atualização de conhecimentos e a não valorização da reflexão teórico-prática acerca dos aspectos sociais e legais da atenção à saúde constituem-se ainda em barreiras a serem ultrapassadas pelo setor Saúde, tanto no âmbito da formação quanto da gestão de recursos humanos.

Considerações finais

A implantação e implementação das diretrizes preconizadas na Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM nº 1.426/2004 (BRASIL, 2004) e na Portaria nº MS/SAS nº 647/2008 (BRASIL, 2008) configuram-se como importantes avanços para a melhoria, efetividade e qualidade da atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei. Esse processo é resultado das próprias demandas e angústias dos profissionais, dos representantes de instituições governamentais e não governamentais e de gestores comprometidos com a doutrina da proteção integral do adolescente em conflito com a lei. Contudo, a efetivação dessa política pública traz novos desafios para o setor Saúde, dentre os quais se destacam: a necessidade de inclusão da temática nos cursos de graduação da área da Saúde; a oferta de cursos de atualização para os profissionais já formados e realização de estudos para avaliar as ações junto aos adolescentes em conflito com a lei, na perspectiva da interface saúde, direito, educação e sociedade.

Obviamente, para a efetividade destas propostas é primordial uma política de valorização de recursos humanos não só no que se refere à capacitação como também à melhoria das condições de trabalho, ambientais e salariais.

A interação do sistema socioeducativo com a sociedade precisa ser ampliada e deve ocorrer em *“mão dupla”*. A sociedade civil organizada precisa cada vez mais ter acesso ao que se passa dentro dessas instituições, ampliando a participação e o controle social previstos na Constituição Brasileira. Considera-se de suma importância a interlocução com os meios de comunicação social, divulgando as experiências positivas, compartilhando reflexões, dando voz aos adolescentes com vistas a diminuir o estigma social, e fortalecendo a doutrina de proteção integral.

3.2 CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE MENTAL PARA A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS PRIVADOS DE LIBERDADE

Ana Ferraz Amstalden

Assessora técnica da Coordenação de Saúde Mental/MS, Psicóloga, Mestre em Psicologia (USP)

Giovanna Quaglia

Assessora técnica da Coordenação de Saúde Mental/MS, Psicóloga, Especialista em Dependência Química (Unifesp), Mestre em Psicologia (UnB),

Maria Cristina Hoffmann

Assessora técnica da Coordenação de Saúde Mental, Psicóloga, Especialista (UnB) e Mestre em Saúde Coletiva (ISC/UFBA), Doutoranda em Saúde Pública/Epidemiologia (UFMG)

Ao discutirmos o tema da saúde mental de adolescentes e jovens, em especial os privados de liberdade, é necessário destacar a importância de se promover a interlocução entre o campo de saúde mental e o do direito, que embora se apresentem de forma heterogênea em suas concepções conceituais, históricas, éticas e metodológicas, apresentam o compromisso público comum de assegurar à infância e à juventude seus direitos fundamentais, particularmente no que diz respeito à saúde, educação, vida familiar, recursos materiais, direitos e deveres de cidadãos, de modo a garantir-lhes as condições exigíveis a toda e qualquer forma de dignidade da pessoa humana, consoante com o art. 1º, III, da Constituição da República de 1988.

O Estatuto da Criança e do Adolescente é a lei que trata da proteção integral à criança e ao adolescente, entendendo-os como cidadãos, sujeitos de direitos, que precisam ser considerados como pessoas em desenvolvimento e tratados com prioridade absoluta, necessitando da proteção especial da família, da sociedade e do Estado. O Estatuto, ao considerar crianças e adolescentes como seres em desenvolvimento, com direito à proteção especial, traz uma inovação na forma de se olhar para esses sujeitos apontando para uma transitoriedade dessa etapa da vida.

O campo da Saúde e, em particular, o da Saúde Mental, a partir de um recente processo histórico de transformação da assistência aos portadores de grave sofrimento psíquico no Brasil – processo que é conhecido por Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira –, vem transformando significativamente o modelo de assistência até então vigente, de caráter manicomial, e vem estabelecendo políticas públicas importantes para a área da infância e da

adolescência. Alguns dos principais dispositivos que atendem à reordenação do modelo anteriormente existente são os atuais Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se caracterizam como serviços de atendimento em saúde mental, com base territorial e comunitária, e que visam substituir a lógica de atendimento hospitalocêntrico, permitindo aos seus usuários os cuidados necessários sem afastá-los da vida cotidiana, o que inclui a família, o trabalho, os demais círculos sociais, o lazer e o exercício de seus direitos civis.

Dentre os tipos de CAPS, destacamos os CAPSi (Centros de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes), serviços específicos para a atenção de crianças e adolescentes com transtornos mentais e os CAPSad (Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas) que são os dispositivos de referência e ordenação das práticas de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas. Desse modo, os CAPSi e os CAPSad apresentam uma função estratégica na atenção à saúde dessa população específica no Sistema Único de Saúde (SUS), pois propõem uma atenção a esta população sem afastá-la de seu ambiente doméstico e familiar, o que aponta para a possibilidade de maior sucesso nos tratamentos instituídos.

É importante reconhecer que, no que toca a atenção à saúde mental de adolescentes e jovens, nenhum campo teórico de saber é suficiente para explicar a complexidade dos quadros existentes. Da mesma forma, qualquer proposta de ação que se pretenda integralmente resolutive será insuficiente se não considerar os múltiplos determinantes envolvidos. Em particular, no caso dos que praticaram atos infracionais é fundamental considerar os fatores sociais, culturais e econômicos envolvidos e, a partir de então, elaborar propostas de ação e cuidado que levem em conta as necessidades singulares de cada jovem.

Além disso, é preciso ter clareza de que o adolescente, como todo sujeito, é responsável por seus atos, quer sejam infracionais ou não. Sempre que houver prática de ato infracional por adolescente, será imprescindível o estabelecimento de procedimento especial para apuração da ação conflitante com a lei, de acordo com sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento e subjetivamente responsável, única condição de possibilidade para o estabelecimento de uma medida legal – protetiva ou socioeducativa – adequada para a sua plena formação.

Apontamos, a seguir, alguns pontos com o intuito de colaborar na reflexão sobre o tema e no desenvolvimento de ações que visem à atenção integral em saúde mental de adolescentes e jovens:

Saúde mental ampliada: ao adotar-se este conceito, concebemos o ato de cuidado que se dirige a um sujeito (psíquico, social e histórico). A despeito de esse sujeito manifestar um sofrimento psíquico específico, um ato antissocial ou um ato toxicômano, todos estes devem ser entendidos como

multideterminados e não redutíveis a um processo mórbido único. Trata-se, assim, de uma ação em saúde mental que se pauta pela não psicopatologização dos atos e dos estados humanos, sobretudo quando eles são relacionados com situações de determinação complexa e multifatorial.

Cuidado em saúde mental: o cuidado no campo da saúde mental deve ser realizado de forma intersetorial e territorial, contemplando os diferentes olhares e saberes e, desta forma, levar em conta a complexidade que envolve esta população. Desta forma, é necessária a integração entre diferentes setores como Justiça, Direitos Humanos, Assistência Social, Educação, Saúde, Trabalho, entre outros.

Como diretriz geral, indica-se que o adolescente ou jovem privado de liberdade que apresente transtornos mentais, decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas, deve ser acompanhado na rede extra-hospitalar de saúde mental. As internações psiquiátricas, quando necessárias, devem ser breves, preferencialmente em hospitais gerais e com posterior acompanhamento nos serviços extra-hospitalares.

Para tanto, é fundamental a organização de uma rede territorial que articule diversos dispositivos como CAPS, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Centros de Convivência e Cultura, projetos de geração de renda, entre outros.

A construção de um projeto terapêutico que contemple as necessidades específicas de cada adolescente e jovem e os considere em sua integridade deve constar do Plano Individual de Atendimento (PIA).

Participação Familiar: toda ação de prevenção, promoção ou cuidado em saúde mental dirigida aos adolescentes e jovens deve ter por objetivo o resgate dos laços familiares, promovendo sempre que possível a orientação, a atenção e o suporte psicossocial de suas famílias, considerando as suas mais variadas configurações.

Articulação permanente: conforme citado anteriormente, a articulação intersetorial mostra-se fundamental, no entanto cabe ressaltar a importância da construção de espaços permanentes de debate entre os dois sistemas, saúde e socioeducativo, incluindo a discussão de parcerias, discussões de casos, elaboração de projetos, articulação entre as redes e em especial a garantia de espaços de capacitação/formação dirigidos tanto aos profissionais da saúde quanto dos profissionais do sistema socioeducativo.

Sem dúvida muitos são os desafios para a garantia de uma atenção integral à saúde de adolescentes e jovens em cumprimento de medida socioeducativa, mas tendo como norte o reconhecimento da importância de uma construção e responsabilização partilhada entre o sistema de saúde e o sistema socioeducativo na proposição de ações concretas que respondam as reais necessidades destes jovens e de seus familiares.

4 O JUDICIÁRIO NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

4.1 O DIREITO À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI: A IMPORTÂNCIA DE UMA AGENDA DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS MÚTUOS E DE DIÁLOGO PERMANENTE ENTRE OS INTEGRANTES DO SISTEMA DE JUSTIÇA, OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OS ENCARREGADOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, PARA UMA MELHOR COMPREENSÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA ESPECIALIZADA

Cibele Cristina Freitas de Resende
Promotora de Justiça do Estado do Paraná¹

Crianças e adolescentes têm garantido a prioridade em atendimento em saúde como um de seus direitos fundamentais, em absoluto respeito à sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento (BRASIL, 1990)².

Adolescentes sujeitos a medidas socioeducativas que sejam portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições (BRASIL, 1990)³.

A colocação do tema

Os enunciados acima traduzem uma definição legislativa clara e indiscutível de que crianças e adolescentes submetidos à tutela estatal, em cumprimento de medida protetiva e/ou

¹ Atualmente designada junto à Coordenadoria dos Recursos Cíveis – cibelefr@mp.pr.gov.br –, é autora dos artigos “Aspectos Legais da Internação Psiquiátrica de Crianças e Adolescentes Portadores de Transtornos Mentais” e “Reflexões para a intervenção legal quanto ao uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes”, ambos publicados na Revista Jurídica Igualdade – Temática – Drogadição – do Ministério Público do Paraná, publicada na página do Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, disponível no site do Ministério Público do Paraná: <http://www.mp.pr.gov.br>

² Art. 3º – A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei, ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Art. 4º – É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos inerentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Art. 7º – A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condição dignas de existência.

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.

§1º – A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado.

³ Artigo 112, §3º.

socioeducativa (em meio aberto ou fechado), devem ter assegurado tratamento de saúde física e mental adequado às suas necessidades, sob a perspectiva do **direito fundamental à saúde integral**.

Nesse prisma, cresce a importância de que os operadores do Direito inseridos no **Sistema de Garantias** também estejam qualificados a conhecer e compreender a estrutura e a dimensão da política nacional de saúde mental dirigida ao público infanto-juvenil, na perspectiva de escolher alternativas capazes de assegurar-lhes, com efetividade, o cuidado em saúde mental de que realmente necessitem e de acordo com a atualizada concepção acerca da **Saúde Mental**, que, conforme os critérios da **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, é pautada *na integração do indivíduo sob o aspecto corporal (físico/biológico), mental, emocional e espiritual, e suas relações de troca com o meio em que vive (familiar e social), de forma a sentir-se adaptado e bem relacionado com a comunidade, e possuir autodomínio sobre a sua vida*.

Trata-se, pois, de reconhecer que juízes de Direito, promotores de Justiça, defensores públicos/advogados, delegados e conselheiros tutelares devem procurar informações e conhecimentos especializados sobre o tema, além de, em suas funções, respaldarem-se, como regra, do indispensável apoio técnico, agregando aos conhecimentos jurídicos sobre os quais atuam, a visão sistêmica do indivíduo sob intervenção estatal, enfatizando não apenas o aspecto patológico ou infracional do seu comportamento exterior, mas um conhecimento aprofundado das trajetórias pessoais do ser humano, com seus itinerários afetivo, religioso/espiritual e familiar.

Para ilustrar este ponto de vista e por mostrar-se absolutamente coerente com a **Doutrina da Proteção Integral**, torna-se oportuno registrar a afinidade da visão, ora apresentada, com a **diretriz de cuidado em saúde mental** modernamente preconizada pelo Ministério da Saúde, a qual pauta-se em uma **concepção ampliada**, conforme esclarecido por LUCIANO ELIA⁴, em trecho extraído do texto: *“Diretrizes Norteadoras da Ação de Saúde Mental Envolvendo Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade e em Regime de Internação sob Medidas Sócioeducativas”, in verbis:*

Na verdade, podemos conceber o ato de cuidado em saúde mental como um ato certamente clínico, mas não no sentido do tratamento de um mal, doença ou transtorno, mas de um ato que se dirige ao sujeito (psíquico, social e histórico), sujeito seja de um sofrimento psíquico específico, seja de um ato antissocial, seja de um ato toxicômano, entendendo todos esses atos como multideterminados e não redutíveis a um processo mórbido. Nesse sentido, sustentamos que a proposta de uma saúde mental ampliada, dirigida a todos os casos (neste sentido, respeitando a universalidade da intervenção em saúde mental) em que haja um sujeito: em sofrimento, em risco social, em delito e privação de liberdade. Trata-se, assim, de uma ação em saúde mental que se

⁴ Consultor em Saúde Mental do Ministério da Saúde.

pauta pela não psicopatologização dos atos e dos estados humanos, sobretudo, quando eles são relacionados com situações de determinação complexa e multifatorial (ELIA, 2007).

E essa compreensão faz todo o sentido quando somos obrigados a constatar, em nosso cotidiano, que as abordagens socioeducativas e protetivas que envolvem questões de saúde mental não têm tido a eficácia esperada, não obstante as reiteradas intervenções do Sistema de Justiça. Destaca-se, a exemplo disso, os casos em que a prática do ato infracional está aliada ao uso abusivo ou dependência de drogas pelo jovem em conflito com a lei, enquanto a avaliação geral revela um sensível aumento do comércio ilegal, da violência e da criminalidade, ao tempo em que nos deparamos com a insuficiência das políticas preventivas e repressivas na forma hoje implementada, incapazes de diminuir essa grave problemática social.

Novas alternativas, novos conhecimentos, novos métodos de abordar a questão deverão ser buscados, todavia, para que, minimamente, existam chances de êxito, deverá haver a aproximação dos agentes sociais envolvidos tanto na aplicação das normas por meio de medidas protetivas e socioeducativas como na elaboração e implementação das políticas públicas e respectivos programas de atendimento, de forma a atuarem de acordo com a realidade da população destinatária, e fora de uma malfadada perspectiva judicializante e estigmatizante.

Trata-se de um **desafio** que **exige** a presença da intersetorialidade e da multidisciplinaridade no enfrentamento de cada caso em particular e na elaboração de novas estratégias coletivas, sob pena de que a intervenção da Justiça da Infância e Juventude, além de ineficaz, possa vir, ainda, a **agravar a situação física/psicológica e emocional** da criança ou adolescente a ser atendido.

Vale registrar, conforme as lúcidas considerações do psicólogo Fernando Luiz Menezes Guiraud⁵, que os equívocos nesta área são passíveis de resultar em prejuízos de difícil reparação, se o que for decidido por juízes de Direito e promotores de Justiça basear-se, apenas, no *senso comum*, eivado de eventuais preconceitos e moralismos ou, ainda, nas noções pseudocientíficas divulgadas amplamente pela mídia. Apenas o conhecimento científico atualizado, revigorado por constantes pesquisas, possibilita maior margem de acerto nas decisões tomadas.

O insucesso de tentativas (ainda que bem-intencionadas) do Sistema de Garantias em assegurar o direito à saúde (e, diga-se, à própria vida em muitos casos) de jovens em conflito com

⁵ Servidor do Ministério Público do Paraná, em considerações citadas por esta autora no artigo “Aspectos Legais da Internação Psiquiátrica de Crianças e Adolescentes Portadores de Transtornos Mentais”, integrante da Revista Igualdade – Temática – Drogadição, Livro 41 – Ano XIV – nº XLI – edição especial, Curitiba: março/2008, publicada pelo Centro de Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente e no site: www.mp.pr.gov.br/cpca/crianca.html

a lei, especialmente daqueles que apresentam comprometimento relacionado à saúde mental, tem ocorrido por múltiplos fatores, podendo destacar, sob minha ótica:

(i) as falhas nas decisões (tomadas muitas vezes isoladamente pelas autoridades), que definem as medidas protetivas/socioeducativas a serem aplicadas, sem o embasamento em uma profunda avaliação individual, de cunho biopsíquicosocial. Fator este, motivado, na grande maioria das vezes, pela própria inexistência de equipe técnica de apoio aos Juizados da Infância e Juventude (Arts. 150⁶ e 151⁷ do ECA) e Conselhos Tutelares, como também de profissionais especializados que possam, excepcionalmente, supri-los, mas também, pelos improvisos e “achismos” perpetrados diante da própria falta de informações e de conhecimentos especializados sobre a questão por juízes, promotores, defensores, delegados, conselheiros envolvidos na postulação, defesa e aplicação (decisão) de medidas que se revelam inadequadas ou intempestivas;

(ii) a aplicação e execução de medidas socioeducativas e/ou protetivas que *desconsideram a trajetória pessoal* de cada **indivíduo** em particular e que não asseguram a continuidade de um processo terapêutico, por focar primordialmente a resposta estatal no ato infracional cometido e não no desenvolvimento pessoal/social de seu autor;

(iii) a total ausência (ou deficiência) de programas especializados para a realização dos encaminhamentos adequados a cada caso, segundo a modalidade de cuidado em saúde mental (diagnosticada) como necessária;

(iv) a ausência de programas especializados que proporcionem novos projetos de vida para que esses jovens possam se desenvolver, de forma autônoma, como sujeitos sociais.

Esclareço que, embora a ausência de programas especializados de atendimento seja, em tese, o primeiro obstáculo lógico para se obter o resultado de qualquer medida aplicada, priorizei, na ordem de exposição acima, o que considero a “causa primeira” de aplicação de medidas errôneas e ineficazes — aplicação de medidas inadequadas ou extemporâneas pelo **Sistema de Justiça** —, por ser essa situação, para mim, tão ou mais grave que a própria inexistência de resposta do poder estatal a crianças e adolescentes que necessitem de atendimento, enquanto submetidos ao **Estado-Juiz**.

⁶ Art. 150 – Cabe ao Poder Judiciário, na elaboração de sua proposta orçamentária, prever recursos para manutenção de equipe interprofissional, destinada a assessorar a Justiça da Infância e da Juventude. (BRASIL, 1990).

⁷ Art. 151 – Compete à equipe interprofissional, dentre outras atribuições que lhe forem reservadas pela legislação local, fornecer subsídios por escrito, mediante laudos, ou verbalmente, na audiência, e bem assim, desenvolver trabalhos de aconselhamento, orientação, encaminhamento, prevenção e outros, tudo sob a imediata subordinação à autoridade judiciária, assegurada a livre manifestação do ponto de vista técnico. (BRASIL, 1990).

Isto porque, a meu sentir, é inaceitável que, mesmo diante de todo o aparato de normas protetivas existentes em nosso País e de todos os recursos públicos que são gastos para funcionar uma Justiça que deveria ser “especializada”, possamos continuar a compactuar com o cotidiano de procedimentos que, embora regidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, são, no próprio desenvolvimento de seus atos e nas suas conclusões, também vitimizantes, e que, reconhecidamente, poucas chances de êxito trazem, considerando o panorama atual predominante.

É preciso que a prioridade absoluta e a proteção integral espraíem-se pela atuação da própria Justiça da Infância e Juventude para que: i) sejam implementados, com **prioridade**, os serviços auxiliares da Justiça; as propostas orçamentárias internas do Judiciário e do Ministério Público contemplem, com **prioridade**, recursos humanos e estruturais suficientes à garantia desses direitos nas respectivas atuações funcionais; ii) o Executivo **priorize** a implementação dos programas de atendimento especializado a crianças e adolescentes previstos no ECA; dote de condições materiais e técnicas os conselhos tutelares, estruture as defensorias públicas nos estados; iii) haja o necessário acompanhamento por profissional de saúde habilitado em todas as fases e locais de atendimento, assim que percebida a sua necessidade; iv) haja menor burocracia e menos demora, em todas os serviços públicos citados, enfatizando-se a centralização do atendimento e a maior agilidade na troca de informações, em razão do acelerado processo natural de desenvolvimento do público atendido; v) que haja efetivo respeito à condição peculiar da infanto-adolescência, adequando-se às estruturas do Poder Público, desde o processo (na coleta de provas, na realização de diagnósticos, etc.) até a execução das medidas.

Nesse contexto, cabe reafirmar a premência da aproximação (teórica e prática) entre operadores do Direito e demais instituições/agentes responsáveis pela política e pelo atendimento da criança e do adolescente que necessite de cuidado em saúde mental, quer esteja em situação de risco e/ou conflito com a lei, assim como a extrema importância de que haja um salto de qualidade nos investimentos a serem feitos na formação e no aperfeiçoamento dos profissionais do Direito que atuem nessa área especializada.

As normas e princípios do ECA aplicáveis em consonância com a legislação geral da Saúde Mental e a Política Pública vigente: o resultado positivo e desejável desse entrelaçamento

A criança ou o adolescente que necessite de cuidados em saúde mental é, no âmbito dos serviços de saúde mental infanto-juvenis, sujeito de direito de cuidados médicos especializados, por intermédio do *sistema público de saúde*, a quem devem ser garantidos todos os princípios aplicáveis ao SUS⁸ e também todos aqueles princípios específicos consagrados à população infanto-adolescente, os quais se encontram respaldados pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, especialmente, os princípios da **Prioridade Absoluta**⁹ e da **Proteção Integral**¹⁰.

Assim, falar em **Proteção Integral** a partir da atuação da Justiça da Infância e Juventude no campo do cuidado em saúde mental significa assegurar:

i) atendimento especializado, ou seja, programas e profissionais preparados tecnicamente para lidar com as características próprias dessa faixa etária;

ii) o concurso de profissionais de áreas não jurídicas, atuando como equipe multidisciplinar conjugada aos profissionais do Direito, especialmente por intermédio da implantação dos Serviços de Assistência à Infância (Arts. 150 e 151 do ECA), no estudo das medidas e encaminhamentos a serem decididos;

(iii) a intervenção multidisciplinar na execução da medida aplicada, diante da necessidade de tratá-lo sob todos os aspectos para que atinja o equilíbrio biopsicossocial;

(iv) diversificadas modalidades de atenção e tratamento dentro de um mesmo território, posto que são diferenciadas tanto as necessidades como as capacidades de adesão às práticas terapêuticas;

⁸ Isto é, o **acolhimento universal**, pelo qual toda a demanda que chega deve ser acolhida (recebida, ouvida e respondida); o **encaminhamento implicado**, promovendo-se o encaminhamento do caso, de forma responsável, com o seu acompanhamento até o seu novo destino, caso não tenha o primeiro serviço a competência técnica para o atendimento da demanda; a **construção permanente da rede**, ou seja, as ações e intervenções meramente técnicas (ações terapêuticas, medicações, etc.) devem interligar-se com outros equipamentos do território; o **território**, como sendo o campo em que as experiências do sujeito se incluem (lugar psicossocial); e a **intersetorialidade** da ação de cuidado, que vai além do trabalho clínico, mas que se interliga com outras políticas e serviços, buscando ações emancipatórias, a qualidade plena de vida e a inclusão e participação comunitária. **Fonte:** (BRASIL, 2005).

⁹ Art. 4º – É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com **absoluta prioridade**, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende: a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (BRASIL, 1990).

¹⁰ Segundo a **Convenção dos Direitos da Criança**, aprovada em novembro de 1989 pela Resolução nº 44 da Organização das Nações Unidas, e subscrita pelo governo brasileiro em 26 de janeiro de 1990, a **Doutrina da Proteção Integral** é alicerçada em três pilares: 1. O reconhecimento da peculiar condição da criança e do jovem como pessoa em desenvolvimento, titular de proteção especial. 2. Crianças e jovens têm direito à convivência familiar. 3. As Nações subscritoras obrigam-se a assegurar os direitos insculpidos na Convenção, com absoluta prioridade.

(v) atenção individualizada, ou seja, desde uma avaliação inicial onde deve ser feito um diagnóstico por equipe de saúde multidisciplinar para se estabelecer um **plano individual de tratamento**, acompanhado de exames de suporte, até um processo diagnóstico, mediante avaliações periódicas, que assegurarão um tratamento adequado, investigando-se se há comorbidades associadas; enfim, tornar claro, inclusive para o próprio paciente e sua família, quais os objetivos a serem alcançados, a forma de atingi-los e a participação de cada um;

(vi) estratégias de reinserção social, de redução de danos e de recuperação;

(vii) garantia da continuidade da intervenção terapêutica, quando necessária, mesmo quando finda a intervenção socioeducativa, no viés protetivo, do direito à saúde.

Por sua vez, respeitar a **condição peculiar de pessoa em desenvolvimento** importa, antes, compreender que a adolescência é uma fase natural de desenvolvimento do ser humano, quando se desencadeia uma **rápida transformação física e psíquica**, distinguida por deixar a infância e todo o seu ideário calcado na responsabilização dos adultos para que, por si, através de um crescente processo de aquisição de entendimento e novas capacidades, o indivíduo passe a adquirir maior autonomia e a construir a sua própria personalidade.

E é justamente em decorrência da **fugacidade** e **complexidade** que marcam o período da adolescência, que as decisões devem ser rápidas, assim como sua execução, amoldadas à realidade atual daquele indivíduo em acelerado processo de desenvolvimento, sob pena de tornar-se inócua. Quem tem filhos ou parentes nesta fase de vida, caso já tenham se esquecido da sua própria adolescência, sabe que, para eles, um fato ocorrido há uma semana “já foi há muito tempo”, e que “daqui a um mês” (sobretudo quando esperam por algo) pode significar a mesma demora de “toda a eternidade”!!!

É, inclusive, inspirado nesse conhecimento de fundo científico (“atemporalidade”), e não apenas por uma mera opção de política pública, que as medidas institucionalizantes, como o *abrigo* e a *internação socioeducativa ou terapêutica*¹¹, são previstas na legislação da saúde

¹¹ A Lei nº 10.216, que disciplina na atualidade as internações psiquiátricas no Brasil, marcando a chamada **Reforma Psiquiátrica**, baseada na concepção de que a internação hospitalar deve ser considerada apenas como mais um dos recursos terapêuticos existentes, garantindo ao doente mental seus direitos básicos, inclusive, de ter acesso, numa rede de assistência múltipla, aos melhores recursos terapêuticos disponíveis a serem indicados de acordo com o melhor diagnóstico. Consoante a normativa federal em vigor, a internação para tratamento mental, em qualquer de suas modalidades (**voluntária, involuntária e compulsória**), só **será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes**; terá como objetivo a reinserção do paciente em seu meio social; e exigirá estrutura capaz de oferecer-lhe assistência integral, tais como **serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros** (artigos 3º e 4º), razão pela qual é expressa e totalmente proibida a internação de pacientes com transtornos mentais em instituições asilares, as quais não possuam condições de resguardar-lhes todos os direitos enunciados na lei. Nesse ponto, abre-se um importante parêntese para asseverar que, segundo a interpretação possibilitada pela especificidade desta norma jurídica (de caráter condicionante e restritivo às internações psiquiátricas), a previsão do

e pelo ECA, de forma absolutamente excepcional, marcadas pela brevidade, pois não se pode perder a oportunidade, o “*timing*”, ou seja, a verdadeira “*ponte de ouro*”, para corrigir rumos e apoiar a transformação positiva dos destinos desses jovens que passam pelo Sistema de Justiça.

Como precisamente apontado por SCIVOLETTO (2001),

[...] é indiscutível a necessidade de programas de tratamento especialmente desenvolvidos para faixas etárias mais jovens, uma vez que as necessidades desta população são diferentes das dos adultos. Eles parecem estar mais preocupados com fatos presentes, como vida familiar, escola ou amigos, do que com possíveis comprometimentos físicos ou psíquicos que as drogas possam vir a acarretar.

Para se atuar na área da Infância e Juventude, exige-se, portanto, uma série de conhecimentos pautados na legislação geral que disciplina o atendimento em saúde mental, além do próprio Estatuto da Criança e do Adolescente, aliado à necessária contextualização do atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes na Rede de Assistência à Saúde Mental, e na própria **política pública** que norteia os serviços correlatos, e que hoje, como visto, pauta-se numa concepção ampliada da Saúde Mental.

Em outras palavras, assegurar os direitos fundamentais de crianças e adolescentes implica, obrigatoriamente, no compromisso dos profissionais envolvidos em todo esse processo em buscar saberes em campos do conhecimento heterogêneos, os quais trazem importantes referenciais para uma real possibilidade de acerto nas intervenções, que devem ser diferenciadas e individualizadas. Para definir melhor o alcance dessa concepção, anotamos alguns exemplos reputados úteis a esse propósito:

1) Conforme Diogo Lara, em sua obra “Temperamento Forte e Bipolaridade” (LARA, 2004):

O temperamento (natureza emocional herdada geneticamente) e o caráter (aprendido pelas vivências) definem a personalidade do indivíduo. [...] é importante entender que cada um destes temperamentos pode ser adaptativo ou desadaptativo, dependendo da situação e do ambiente [...].

Essas características de temperamento podem ser em algum nível modificadas, mas influenciam os tipos de atitudes mais naturais para a pessoa e tendem a perdurar por toda a vida. O período da infância é particularmente flexível para mudanças, por isso tem sido proposto estimular, por exemplo, as habilidades sociais e de exploração em crianças mais retraídas e receosas. [...]

Por outro lado, entender a influência do humor do indivíduo nas suas vivências é extremamente significativo, vez que o que define se o humor é sadio é o quanto ele está adequado à situação real. [...]

Como a base do humor é o temperamento, a [...] estabilidade do humor fortemente influenciada pela natureza mais ou menos estável dos diversos temperamentos, mas também pela maturidade que adquirimos na formação do nosso caráter. No entanto,

laudo médico circunstanciado, consiste numa **exigência mínima**, sendo, a nosso ver, de todo desejável que a indicação prévia dessa espécie de atenção seja buscada, *sempre que possível*, na **perspectiva multidisciplinar**, posto que é na concepção de uma **assistência integral** (do indivíduo como um todo) que o modelo hospitalar de atenção psiquiátrica foi delineado pela chamada Reforma. Além do caráter excepcional da medida em questão, impõe ressaltar que, **em qualquer modalidade, a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado** que caracterize os seus motivos, *ex vi* da exigência contida no **artigo 6º** da Lei nº 10.210/2001.

quando o temperamento é muito forte ou o humor está elevado, o impulso corrompe o caráter. Se o caráter é bom, depois dos atos impulsivos costuma vir a culpa.

2) Consoante expusemos em nosso artigo “Aspectos Legais da Internação Psiquiátrica de Crianças e Adolescentes Portadores de Transtorno Mental”:

Adolescentes apresentam uma progressão mais rápida da fase da experimentação até o abuso de drogas (STEWART; BROWN, 1995; SEMLITZ; GOLD, 1986, *apud* SCIVOLETTO, 2001, P. 67) e que, segundo levantamento do Cebrid¹², 2002, na faixa de 12 a 17 anos, a dependência atinge 6,9% dos garotos e 3,5% das meninas, **estando o uso abusivo e a dependência associados a muitos comportamentos de risco** (como homicídios, acidentes de trânsito, suicídios, exposição às DSTs e Aids) e **às comorbidades, como causa ou consequência de psicopatologias**. (RESENDE, 2008)

A respeito desta última conjugação, vale também registrar o alerta de SÉRGIO PAULO RAMOS e ANGELA MYNARSKI PLASS (em SCIVOLETTO, 2001, p. 70):

Sobre a questão da comorbidade em dependência química, apenas sublinhamos a necessidade de cautela uma vez que o consumo crônico de drogas pode, em si, gerar qualquer quadro psiquiátrico. Por isso, **recomenda-se, ao longo do tratamento, um período de observação de três a seis meses de comprovada abstinência, antes de poder-se fechar um diagnóstico de transtorno de humor, de ansiedade, ou mesmo de personalidade.** (sic) [grifo nosso].

3) De acordo com as lições da professora ROSELI BOERNGEN DE LACERDA¹³, em seu didático artigo “AS DROGAS NA SOCIEDADE”¹⁴,

[...] as drogas psicotrópicas são substâncias psicoativas que alteram o comportamento, o humor e a cognição, possuindo propriedade reforçadora, sendo, portanto, passíveis de autoadministração (WHO, 1981), conseqüentemente podem levar ao abuso e à dependência.

Reforço ou estímulo reforçador é a capacidade que a droga tem de criar e manter hábitos e comportamentos relacionados à droga. Essa característica é considerada fundamental para que a droga seja capaz de induzir dependência. O reforço pode ser positivo ou negativo. Reforço positivo é a capacidade da droga de produzir efeitos agradáveis e sensações prazerosas. Reforço negativo é a capacidade da droga de diminuir sensações desagradáveis. Em muitos casos é difícil separar qual o tipo de reforço predominante em determinada situação (ALMEIDA, 2006). Por exemplo, o etanol apresenta reforço positivo pela sua capacidade de produzir euforia e reforço negativo pelo seu efeito ansiolítico e por evitar a síndrome de abstinência.

A propriedade reforçadora da droga psicotrópica é a característica comum de todas as drogas de abuso.

¹² Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas – Obid – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – www.obid.senad.gov.br

¹³ Roseli Boengen de Lacerda: A autora é professora associada do Departamento de Farmacologia da UFPR, professora do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Farmacologia da UFPR, doutora em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo, vice-presidente do Conselho Estadual Antidrogas do Paraná.

¹⁴ Publicado na Revista Jurídica Igualdade – Temática – Drogadição – do Ministério Público do Paraná, publicada na página do Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, disponível no site do Ministério Público do Paraná: <http://www.mp.pr.gov.br>.

Encerramos, portanto, esse trabalho trazendo alguns conceitos, acima expostos, em caráter meramente exemplificativo, com o intuito de realçar que não é possível que nós, Operadores do Direito, continuemos a atuar distanciados das demais áreas corresponsáveis pela concretização do direito à saúde da infanto-adolescência, sem procurar agregar novos saberes que desbordam o campo jurídico, se quisermos, verdadeiramente, encontrar alternativas, dentro do contexto de vivência desses jovens, que possam levá-los ao maior equilíbrio no contexto da saúde integral (desenvolvimento biopsíquicosocial).

De forma coerente com essa temática, lembramos, ao final, que o **Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil**, instituído pela Portaria MS/GM nº 1.608, de 3/8/2004, reunido na capital paranaense em 24 de maio de 2005, por intermédio da **Recomendação nº 002/05 (CARTA DE CURITIBA)**, ressalta a necessidade de um diálogo permanente e consequente com os operadores do Direito, no intuito de que sua ação se coadune com os princípios que norteiam as ações do cuidado em saúde mental, cuja justificativa, pela importância de que se reveste, vale ser registrada:

Este tema se revela crucial por convocar o entendimento e a convergência de ações entre dois campos heterogêneos em suas respectivas constelações conceituais, históricas, éticas e metodológicas, mas que para além das importantes e recíprocas contribuições tem em comum o compromisso público de assegurar à infância e à juventude seus direitos fundamentais, rompendo, assim, não só histórica, mas, também, culturalmente, com os desmandos políticos a que esses segmentos da população brasileira se veem entregues no nosso País, particularmente, no que diz respeito à saúde, educação, vida familiar, recursos materiais, direitos e deveres cidadãos, de modo a garantir-lhes as condições exigíveis a toda e qualquer forma de dignidade da pessoa humana, consoante com o art. 1º, inc. III, da Constituição da República de 1988. (FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL, 2005).

4.2 A intersectorialidade como pressuposto da assistência à saúde mental do adolescente em conflito com a lei

Cíntia Maria Oliveira de Lucena

Promotora de Justiça da Infância e da Juventude – BH/MG

Especialista em Direito Sanitário (UnB/Ministério da Saúde)

Especialista Interdisciplinar em Adolescência pela Faculdade de Ciências Médicas/MG

Voluntária no Ambulatório de Saúde do Adolescente do HC/UFMG

Membro da Associação Brasileira de Magistrados, Promotores de Justiça e Defensores Públicos da Infância e da Juventude (ABMP)

A adoção definitiva da Doutrina Jurídica da Proteção Integral a partir da Constituição Federal de 1988 passou a representar um novo marco na proteção da infância e adolescência. De acordo com esta Doutrina, crianças e adolescentes, em qualquer situação, devem ser protegidos e seus direitos garantidos, além de terem reconhecidas prerrogativas idênticas às dos adultos. Esta doutrina baseia-se na concepção de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos universalmente reconhecidos, não apenas de direitos comuns aos adultos, mas, além desses, de direitos especiais provenientes de sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento que devem ser assegurados pela família, Estado e sociedade.

Trata-se, sem dúvida, do primado dos direitos e do reconhecimento da criança e do adolescente como titulares destas obrigações do Estado, da sociedade e da família. Ser “sujeitos de direitos” representa, hoje, condição especial que deve garantir-lhes direitos e deveres individuais e coletivos, bem como todas as oportunidades e facilidades a fim de lhes facultar um bom desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Ao garantir com “prioridade absoluta” o exercício de Direitos Fundamentais da população infanto-juvenil, a Constituição e o Estatuto convocaram, além do Poder Público quanto à destinação dos recursos e sua efetiva aplicação, os operadores do Direito para promoverem procedimentos e medidas judiciais que garantam esta preferência.

A proteção com prioridade absoluta é um dever social e, como norma constitucional, não é conselho ou sugestão, é determinação.

Estes novos paradigmas impõem ao Sistema de Justiça e às esferas administrativas uma mudança na cultura do atendimento, o que tem representado um permanente desafio às instituições que trabalham, direta ou indiretamente, com crianças e adolescentes, e aos operadores do Direito, sobretudo, quando se trata de adolescentes “infratores”, com transtorno psiquiátrico relacionado ou não ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

O atendimento socioeducativo dos adolescentes em conflito com a lei tem tratamento específico no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei nº 8.069/90), com previsão de um sistema de responsabilização e reeducação de adolescentes autores de atos infracionais, que se assenta na garantia de direitos processuais constitucionais – devido processo legal, contraditório, defesa técnica, presunção de inocência, etc. – para aplicação válida das chamadas “medidas socioeducativas”, que variam desde a simples *Advertência* até a privação de liberdade em estabelecimentos educacionais adequados (*Internação*), passando pela *Obrigação de Reparar o Dano*, a *Prestação de Serviços Comunitários*, a *Liberdade Assistida* e a *Semiliberdade*, valendo observar que a *internação* e a *semiliberdade* guiam-se pelos princípios da excepcionalidade e da brevidade, sendo restritas aos atos infracionais graves, cometidos com emprego de violência ou grave ameaça. Estas medidas restritivas de liberdade podem durar no máximo três anos ou até a idade limite de 21 anos, o que primeiro ocorrer, com obrigatoriedade de reavaliações periódicas, no máximo a cada seis meses.

Portanto, o sistema preconizado pelo ECA baseia-se em princípios de direitos humanos e no reconhecimento do adolescente – inclusive, o autor de ato infracional – **como pessoa em especial condição de desenvolvimento, merecedor de proteção integral por parte da família, da sociedade e do Estado**, o que não significa, de maneira alguma, que sejam absolutamente irresponsáveis diante dos atos que venham praticar que possam tipificar crime ou contravenção penal, seja ele usuário de drogas ou adolescente com transtorno psiquiátrico.

Nesse ponto, é necessário chamar a atenção para o crescente encaminhamento de adolescentes cumprindo medida socioeducativa para perícias psiquiátricas e avaliações “psis” visando à aferição do “grau de periculosidade”; à utilização crescente

das avaliações como crivo para a desinternação, que nos fizeram levantar a hipótese de uma “psiquiatrização estigmatizante” da problemática infracional.

Não estou desconsiderando que as ações em saúde mental não sejam importantes e férteis para os processos socioeducativos de adolescentes infratores, nem pretendo questionar a valoração diagnóstica dos transtornos mentais e sua relevância para a formulação de projetos terapêuticos; muito menos pensar que a complexidade das questões que afetam hoje a juventude possam prescindir das proposições e implementação de ações no campo da saúde mental; nem tampouco se trata de negar a existência da demanda social quanto às turbulências e conflitos na relação com seus jovens. Quando formulo a ideia de que estamos frente a uma psiquiatrização estigmatizante, é no sentido de que esta:

- **pode encobrir ou desconsiderar as múltiplas causalidades em jogo na deriva infracional, impedindo a leitura dos fenômenos sociais de exclusão, de vulnerabilidade social e subjetiva que lhe são também determinantes;**
- **que pode favorecer a desresponsabilização do adolescente, bem como a do sistema socioeducativo: a colocação do sujeito como portador de ‘transtorno de personalidade’, “quase incurável”, dificulta que ele se reconheça com suas determinações psíquicas e sócio-históricas e impede que ele faça laço social, que supere as circunstâncias em que está colocado e que seja responsabilizado.**

Trata-se de um modo de exercício de poder que despoja o jovem da possibilidade de decisão e escolha e, nessa medida, também da dimensão da responsabilidade.

A questão da responsabilidade deve ser pensada mais além da responsabilidade penal ou da imputabilidade e deve incluir também a **responsabilidade social** (das políticas públicas, famílias, comunidade, etc.). Se situarmos a busca da responsabilidade no jogo recíproco das diferentes instituições e atores envolvidos no sistema de proteção integral, então, a própria responsabilidade do jovem deveria ser buscada nas relações que estabelece com essas agências: assim, a autonomia/responsabilidade do jovem deve ser pensada como “função de uma relação” e não de uma qualidade do sujeito. Além disso, a psicologia social e as vanguardas da psiquiatria concordam em considerar que a

responsabilidade (no plano subjetivo) é resultante de um processo interativo e não uma qualidade individual que existe ou não existe, o que coloca a necessidade de pensar processos de subjetivação do adolescente na confluência com os agenciamentos sócio-históricos, ou, dito de outro modo, a necessária interdependência entre a dimensão de responsabilização subjetiva e o contexto sociopolítico que a promove/sustenta.

Daí a conclusão de que o adolescente autor de ato infracional com transtorno mental, associado ou não ao uso das drogas, deve e precisa ser responsabilizado, a fim de que tenha a chance de promover a subjetivação do ato por ele praticado, e, paralelamente, deve ser avaliado e acompanhado por equipe de saúde mental, de caráter multidisciplinar, na unidade socioeducativa, em parceria com o CAPSi/referência da rede de saúde local. Na eventualidade de constatação de alguma patologia mental, serão promovidos os encaminhamentos indicados pela equipe de saúde mental responsável, tais como tratamento ambulatorial, permanência em leito de observação (até 12 horas), tratamento intensivo em serviço substitutivo ou ficar internado em unidade de saúde, mediante laudo médico circunstanciado (BRASIL, 2001¹⁵, 2002), observando-se a companhia de um responsável.

Vale lembrar que, **a qualquer tempo**, deverá o Juízo da Execução da Medida Socioeducativa determinar as medidas necessárias para o efetivo cumprimento da norma contida no § 3º do art. 112 do ECA: *“os adolescentes portadores de doença mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições”* (BRASIL, 1990).

O Ministério da Saúde, por intermédio da Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, numa ação integrada com as secretarias de Direitos Humanos e de Políticas para as Mulheres, aprovou e regulamentou as diretrizes para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, por intermédio da Portaria Interministerial nº 1.426 e da Portaria MS/SAS nº 340, de julho de 2004, posteriormente aperfeiçoadas pela Portaria MS/SAS nº 647, de 11 de novembro de 2008. Desta forma, foram definidos parâmetros para construção e reforma de estabelecimentos de saúde nas unidades socioeducativas, definição do caráter

¹⁵ Art. 6º.

multidisciplinar da equipe de saúde em atuação nos centros socioeducativos, bem como sua necessária interlocução e parceria com a rede de saúde local, assegurando a inserção definitiva do adolescente privado de liberdade no Sistema Único de Saúde (SUS), com assistência em média e alta complexidade.

Como desdobramento lógico, imperioso, que os operadores do Sistema de Garantias de Direitos se apropriem das diretrizes operacionais para os serviços de saúde destinados ao atendimento de crianças e adolescentes parametrizadas pelo Ministério da Saúde/2005, especialmente quanto ao novo modelo de assistência em saúde mental, além de fazer um “reconhecimento de campo”, com a identificação/levantamento da capacidade instalada da rede de saúde local (número e distribuição das UBS, PSF, ACS e suas articulações com as escolas, espaços/projetos culturais, esportes, instituições religiosas, serviços comunitários; equipes complementares; rede CAPS + CAPSad; serviços de urgência, centros de convivência, rede de acolhimento provisório, etc.) para, em seguida, instituir fluxos operacionais de atendimento à saúde de adolescentes privados de liberdade, observando-se os princípios da *territorialidade*, *corresponsabilidade*, *intersectorialidade* e *encaminhamento implicado*.

O CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – constitui a principal estratégia do modelo de assistência em saúde mental e vem se mostrando efetivo na substituição do modelo hospitalar. Como dispositivo, deve estar articulado com toda rede de serviços de saúde, organizados a partir da noção de “território”, **não restringindo sua atuação no campo da saúde** (BRASIL, 2002b).

Nessa perspectiva, o Fórum Nacional de Saúde Mental, na sua VIII reunião ordinária, reafirmou o CAPS, especialmente em sua modalidade CAPSad (Álcool e Drogas), como principal dispositivo da assistência, nas localidades em que esta modalidade de CAPS exista, em função de sua condição de polo de referência e ordenação das práticas de cuidado ao usuário de drogas. Como é próprio na prática dos CAPS, recomenda-se a articulação inter-CAPS (CAPSad e CAPSi, por exemplo), em parceria, nas discussões clínicas sobre o encaminhamento dos casos, incluindo as articulações intersetoriais com abrigos, conselho tutelar e outras instâncias da rede ampliada frequentemente envolvidas em situações de uso de drogas e risco social na infância e na adolescência. Nas

localidades onde não exista CAPSad, mas existam outros tipos de CAPS, este dispositivo deverá acolher em tratamento o adolescente (ou criança) usuário de drogas. Estabilizado o quadro, o adolescente poderá ser encaminhado para a UBS do território de abrangência, que deverá respeitar as necessidades clínicas apresentadas no Plano Individual Terapêutico formulado. O mandato territorial do CAPS, na articulação de diferentes equipamentos de saúde e de outros setores, o recomenda como recurso estratégico. Trata-se de aprofundar, corrigir e retificar a concepção e a proposta operacional do CAPS, em todos os pontos e lugares em que ela revela falhas na sua execução, como, por exemplo, a recusa ou hesitação em tomar a si a responsabilidade clínico-política das situações que lhe batem às portas; fechamento dessas mesmas portas ou hesitação em mantê-las abertas; ausência de iniciativas intersetoriais e territoriais; fechamento em seus próprios procedimentos clínicos, entre outros.

O CAPS é o garantidor de que o adolescente autor de ato infracional, quando desligado da unidade socioeducativa, será 'contrarreferenciado' para a UBS do seu território, que dará continuidade ao tratamento, se necessário.

A proposta de que o CAPSad seja o polo de articulação de ações clínicas, intersetoriais e interinstitucionais de cuidado a jovens usuários de drogas não significa, assim, que o tratamento deva ser feito exclusiva ou mesmo precipuamente no interior do CAPS, mas que, pelo contrário, o CAPS convoque atores, instâncias e espaços como cenários e recursos daquilo que não será apenas denominável como tratamento, mas como um conjunto de ações psicossociais, envolvendo atividades laborativas, artísticas, de esporte, lazer e cultura; enfim, que se desenvolvam nos diferentes espaços da cidade, por meio das quais a experiência de vida dos jovens usuários de drogas possa reorientar-se por outros parâmetros que excluam a droga das demandas desses jovens.

O envolvimento de adolescentes com drogas constitui especial desafio que precisa ser enfrentado com metodologias adequadas a cada contexto no qual a questão é abordada. A condição de adolescente que, além de consumir drogas, está envolvido com a prática de atos infracionais, configura situação complexa que exige, na maioria das vezes, busca de soluções nada fáceis.

As estratégias de *Redução de Danos* têm sido consideradas fundamentais, em virtude das ações objetivas que propõem e que contemplam, tais como a implantação de redutores de danos articulados com os CAPS, com ação eminentemente territorial, construindo vinculação diretamente nas comunidades e ofertando cuidados possíveis aos grupos vulneráveis, sem necessariamente propor a abstinência de consumo de substâncias psicoativas ou idas ao CAPS como condição única de tratamento.¹⁶

Dados da Secretaria Especial de Direitos Humanos¹⁷, do ano de 2008, dão conta de que cerca de 15.000 adolescentes foram privados de liberdade em todo o Brasil, cumprindo medida socioeducativa de Internação, sendo que 80% destes jovens ingressam nos centros socioeducativos com questões concernentes ao uso de drogas (Ipea).

Para que este sistema **posto** funcione de fato é preciso que o Poder Público crie as estruturas necessárias a esse atendimento especializado (o que ainda não se logrou fazer de forma satisfatória) e, principalmente, exista **diálogo** entre os diversos operadores do Sistema de Garantia de Direitos que atuam junto a este público, tais como conselhos de Direitos e tutelares, conselhos de saúde, membros do Poder Judiciário e do Ministério Público, defensores públicos, gestores de saúde e do sistema socioeducativo, sobretudo das esferas estaduais e municipais. A interlocução permanente entre os atores do Sistema de Garantias é de fundamental importância, vez que só por intermédio dela tem-se viabilizado respostas às demandas quotidianas, que exigem fluxos dinâmicos e operacionais, a fim de se evitar práticas de violação de direitos humanos, tais como extrapolação do prazo máximo da Internação (sob a justificativa da presença de transtorno mental ou uso abusivo de drogas ou mesmo pela gravidade do ato infracional),

¹⁶ Quanto às estratégias de redução de danos, temos atualmente legislação estadual específica, com a finalidade de autorizar as ações de saúde pública, em seis estados brasileiros: São Paulo, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul e em Minas Gerais. A necessidade de uma legitimação uniformizada das estratégias de redução de danos levou o Ministério da Saúde a editar a Portaria nº 1.059, de 4 de julho de 2005, que regulamenta as ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad), cumulada com a iniciativa da Secretaria Nacional Antidrogas, a Senad, que encampou a redução de danos como uma das estratégias da Política Nacional Antidrogas brasileira, nos termos da Resolução Conad nº 3, de 27 de outubro de 2005.

¹⁷ BRASIL. Presidência da república. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Subsecretaria dos Direitos da Criança e Adolescente. Programa de Implementação do Sinase. **Levantamento Nacional do Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei**. 2008. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/spdca/levantamento_2008.pdf. Acesso em: 18 Jan. 2012

internações psiquiátricas involuntárias em hospitais psiquiátricos e/ou unidades especializadas, instauração de incidentes de sanidade mental, dentre outros.

A inexistência de práticas intersetoriais gera para esses adolescentes, muitas vezes, a sensação de serem vítimas de um sistema perverso e ineficiente, além da proliferação de práticas arbitrárias e ilegais patrocinadas pelo estado, geralmente sob os aplausos cegos da sociedade, mal informada que é sobre a real complexidade e as múltiplas facetas deste tema.

5 DEPOIMENTOS

Por que é importante implantar o POE no seu estado?

Denise Leite Ocampos

Coordenadora da Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

A implantação do POE no Distrito Federal trouxe à tona a discussão sobre as condições de saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em medida de internação e internação provisória, além de possibilitar a aproximação entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania, que é o órgão responsável pela execução das medidas socioeducativas no DF. Tal aproximação, que necessitou ser feita para a efetividade do Plano, especificamente em razão do estabelecimento das unidades de saúde de referência para cada uma das unidades de internação e do estabelecimento de rotinas específicas para a distribuição de medicamentos e insumos, inicialmente encontrou resistências de ambos os lados, mas, com o passar do tempo, gerou parcerias muito interessantes, que estão funcionando em razão do envolvimento dos técnicos e dos gestores de ambas as secretarias.

Nossa experiência é que a operacionalização do POE no DF só foi possível porque suas ações foram articuladas nos dois níveis: dos gestores e dos técnicos e também porque contou com o apoio de outras secretarias de estado, da Vara e Promotoria de Infância e Juventude e também de universidades e outras organizações, cujo interesse é a infância e adolescência. Além disso, houve um esforço das duas secretarias no sentido de trabalharem juntas, somando competências e dividindo as responsabilidades.

Por fim, o POE é a concretização da universalidade de acesso ao sistema de saúde conforme previsto no SUS e no ECA, representando um salto qualitativo nas políticas para infância e juventude no Brasil.

Iana Sarah Bacelar Sarquis

Responsável pela saúde da Criança e Adolescente de Rio Branco/Acre

O Plano Operativo Estadual (POE) surge em um momento de suma importância, onde a fragilidade da saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, não era prioridade no Brasil.

Como plano-piloto, Rio Branco no Acre fez grandes avanços no que se refere à estrutura física e qualidade de vida oferecida a esses adolescentes. Hoje, por meio do POE, iniciamos um processo de intersetorialidade, visando atender o adolescente de forma integral.

É pela continuidade das ações desenvolvidas pelo POE que chegaremos a realizar, além do processo curativo, a promoção e a prevenção de doenças, propiciando, assim, o que o artigo 7º do ECA preconiza:

A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. (BRASIL, 1990).

Lauro De Marco

Diretor do Centro de Internação de Adolescentes de Planaltina/Distrito Federal

O processo de implementação da Política teve um início promissor, com a oferta da Oficina, possibilitando troca de informações e conhecimentos, apresentando um conjunto de indicações de procedimentos visando ao aperfeiçoamento do sistema.

Não é sem tempo que o Estado, de fato, vem assumir uma necessária articulação de ações. Doravante, os próximos passos cabem diretamente aos agentes de ponta, articulando os parceiros locais, socializando o POE e, conseqüentemente, definindo os necessários fluxos e rotinas.

No DF, contamos com uma pessoa de referência, Dra. Denise, que vem propiciando a implementação de forma comprometida, criativa, produzindo um efeito altamente positivo nas equipes que vinham executando sozinhas o atendimento às medidas socioeducativas.

Parabéns a toda equipe do Ministério da Saúde, pela coragem de levar adiante tão necessária medida de atenção.

Mariana Alencar Sales

Técnica da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade – Rede Saúde Livre
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Compreendemos que a implantação dos Planos Operativos Estaduais vem dar consequência ao objetivo de inaugurar um novo paradigma para atenção em saúde aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de internação e internação provisória, que historicamente têm seu direito a saúde violado, seja em função da própria condição de privação de liberdade como também devido às precárias condições sanitárias das Unidades Socioeducativas brasileiras. Sabíamos, desde o início, que de alguma forma o adolescente privado de liberdade era atendido na rede municipal. No entanto, esta assistência se dava de forma pontual e precária, uma vez que a rede de saúde não estava preparada para recebê-lo. Não havia serviços de referência, fluxos definidos, ações pactuadas e planejamento assistencial mínimo.

Em Minas Gerais, temos percebido que a implantação do Plano proporcionou uma maior articulação entre Saúde e Segurança Pública, entre as secretarias municipais de saúde e as Unidades Socioeducativas, e tem possibilitado a organização da rede existente para atender a esse adolescente da melhor forma possível. Nas reuniões conjuntas para reconhecimento da realidade, construção do Plano Local, nos debates sobre as necessidades prioritárias, estabelecimentos dos fluxos assistenciais, tem sido possível perceber a possibilidade concreta de construção de uma parceria cotidiana. Tal processo tem sido importante inclusive para dar visibilidade às questões relacionadas à organização da rede municipal para atendimento ao adolescente, de uma forma geral.

No entanto, apesar dos avanços já alcançados até o momento, a sustentabilidade da Política tem sido abalada pela não garantia dos repasses previstos aos municípios já habilitados na Pnaisari. Isso, por sua vez, além de gerar um retrocesso no reconhecimento da importância da garantia da manutenção das ações pelos gestores, dificulta também o andamento do processo de habilitação dos demais municípios do estado devido a certo descrédito na Política.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Sérgio. Exclusão socioeconômica e violência urbana. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 4, n. 8, jul/dez, 2002, p. 84-135.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos. **IV Caravana Nacional dos Direitos Humanos: uma amostra da situação dos adolescentes privados de liberdade nas FEBEMS e congêneres: o sistema Febem e a produção do mal**. Brasília, 2001a. 124 p., il. (Série Ação Parlamentar, n. 155).

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 18 Jan. 2012.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 18 Jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM nº 1.426, de 15 de julho de 2004**. 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. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%201426%20julho-2004.pdf>>. Acesso em: 18 Jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 18 Jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.301, de 18 de dezembro de 2002**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/7350-2301>>. Acesso em: 18 Jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS nº 647, de 11 de novembro de 2008.**

Disponível em:

<http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15194>.

Acesso em: 18 Jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Relatório Executivo da Oficina de Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à saúde de Adolescentes e Jovens: caminhos para a atenção aos adolescentes com transtornos mentais em medidas de internação e internação provisória.** Brasília, 2007. No prelo.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Secretaria de Direitos Humanos. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase).** Brasília, 2006.

COSTA, Cláudia Regina B. S. Fernandes. É possível construir novos caminhos? Da necessidade de ampliação do olhar na busca de experiências bem-sucedidas no contexto socioeducativo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 5, n. 2, 2º semestre de 2005.

COSTA, Cláudia Regina B. S. Fernandes; ASSIS, Simone Gonçalves de. Fatores protetivos a adolescentes em conflito com a lei no contexto socioeducativo. **Psicologia Social [online]**. Florianópolis, vol.18, n.3, 2006, p. 74-81. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n3/a11v18n3.pdf>>. Acesso em 04 jan. 2010.

CUNHA, Janice Machado. A saúde do adolescente no contexto da ação socioeducativa. In: BRITO, L. M. T. **Jovens em conflito com a lei.** Rio de Janeiro: Eduerj, 2000.

ELIA, Luciano. **Diretrizes Norteadoras da Ação de Saúde Mental Envolvendo Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade e em Regime de Internação sob Medidas Sócio-Educativas.** Texto contido no Anexo 7.1 do Relatório Executivo da "Oficina de Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens: caminhos para a atenção aos adolescentes com transtornos mentais em medidas de internação e internação provisória", realizada em Curitiba, junho de 2007. Disponível em: <http://www.mp.pr.gov.br/cpca/dwnld/ca_rel_oficina.doc>. Acesso em 21 nov. de 2007.

FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL. **Recomendação nº 002/05 (Carta de Curitiba).** Curitiba, 2005.

HEILBORN, Maria Luiza. Construção de si, gênero e sexualidade. In: HEILBORN, M. L. (org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

LARA, Diogo. **Temperamento forte e bipolaridade: dominando os altos e baixos do humor.** 9. ed. Porto Alegre: Revolução de Idéias, 2004. p. 17-24.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: FASE e Espaço Tempo, 1992.

OZELLA, Sergio. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: CONTINI, M. L. J. (coord.); KOLLER, S. H. (org.) **Adolescência e psicologia**: concepções, práticas e reflexões críticas. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002, p. 16-24.

RESENDE, Cibele Cristina Freitas de. **Aspectos legais da internação psiquiátrica de crianças e adolescentes portadores de transtorno mental**. 2008. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/drogadicao/htm/drg_art06.htm>. Acesso em: 15 set. 2009.

SAITO, Maria Ignez. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco: a prevenção em questão. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. (coords.). **Adolescência, prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001, p. 33-38.

SCIVOLETTO, Sandra. Tratamento psiquiátrico de adolescentes usuários de drogas. In: **Dependência química**: novos modelos de tratamento. São Paulo: Rocco, 2001.

SERRA, Ana Sudária Lemos. **Adolescentes em medida socioeducativa de internação**: um estudo sobre as representações sociais da equipe de saúde. (Dissertação de Mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2005.

SILVA, Enid Rocha Andrade; GUERESI, Simone. Adolescentes em conflito com a Lei: situação do atendimento institucional no Brasil. **Texto para Discussão**, Brasília, n. 979, 2003. ISSN 1415-4765.

SILVA, Vânia Fernandes. **Perdeu, passa tudo!**: a voz do adolescente autor do ato infracional. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2005.