



**Centro Universitário de Brasília
Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento – ICPD**

PAULA CRISTINA DE PAIVA MACÊDO

**O CUMPRIMENTO DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA E
MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS PRIVATIVAS DE
LIBERDADE DE ADOLESCENTES E JOVENS COM
TRANSTORNOS MENTAIS EM CONFLITO COM A LEI NO
DISTRITO FEDERAL**

**Brasília
2013**

PAULA CRISTINA DE PAIVA MACÊDO

**O CUMPRIMENTO DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA E MEDIDAS
SOCIOEDUCATIVAS PRIVATIVAS DE LIBERDADE DE
ADOLESCENTES E JOVENS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM
CONFLITO COM A LEI NO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho apresentado ao Centro
Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD)
como pré-requisito para a obtenção de
Certificado de Conclusão de Curso de
Pós-graduação *Lato Sensu*, em Direito
Penal e Controle Social.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Luciana Barbosa
Musse

**Brasília
2013**

PAULA CRISTINA DE PAIVA MACÊDO

**O CUMPRIMENTO DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA E MEDIDAS
SOCIOEDUCATIVAS PRIVATIVAS DE LIBERDADE DE
ADOLESCENTES E JOVENS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM
CONFLITO COM A LEI NO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho apresentado ao Centro
Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD)
como pré-requisito para a obtenção de
Certificado de Conclusão de Curso de
Pós-graduação *Lato Sensu*, na área Direito
Penal e Controle Social.

Orientadora: Prof^a. Dra. Luciana Barbosa
Musse

Brasília, ____ de _____ de 2013.

Banca Examinadora

Professor Dr. Nome Completo

Professor Dr. Nome Completo

Dedicatória

À Deus, a quem servimos.

Agradecimento

Agradeço aos meus pais, Paulo e Izabel, por terem me dado a vida e me ensinado valores extremamente baseados no amor, meus grandes incentivadores e companheiros de todos os momentos, pessoas estas que por muitas vezes abriram mão de seus próprios sonhos em prol dos meus;

Agradeço ao meu irmão Sanches, pessoa mais que especial em minha vida. Que eu possa ser um bom exemplo na sua caminhada;

Agradeço ao meu noivo, Rubens Eduardo, pelo companheirismo, paciência, pelas palavras de incentivo, conforto e ajuda nos momentos mais difíceis da elaboração desta pesquisa;

Amo vocês.

Agradeço a professora Luciana Barbosa Musse pelo acolhimento, força, ensinamento e orientação;

Aos Defensores Públicos, Promotores de Justiça e Juizes de Direito atuantes na justiça infanto-juvenil do Distrito Federal que colaboraram sobremaneira para a realização desta pesquisa, contribuindo no aperfeiçoamento de um dos campos da doutrina da proteção integral;

Às direções da Unidade de Internação de São Sebastião (UISS) nas pessoas do Padre Manoel e do Cássio; da Unidade de Internação do Plano Piloto (UIPP) na pessoa da Simone; da Unidade de Internação de Planaltina (UIP) nas pessoas de Helber e Luana; da Unidade de Internação do Recanto das Emas (UNIRE) nas pessoas de Walter e Salvadora; da Casa de Semiliberdade do Gama Central na pessoa da Joana; da Casa de Semiliberdade do Gama Leste na pessoa

de Edmilson, do Centro de Referência em Semiliberdade (CRESEM) nas pessoas do Daniel e Adilon, da Casa de Semiliberdade de Taguatinga Sul na pessoa do Carmelo; à todos o meu agradecimento por me proporcionarem ter acesso as instituições e efetuar a aplicação do instrumento de coleta de dados;

Ao corpo psicossocial de todas as unidades de internação e casas de semiliberdade do Distrito Federal por terem colaborado para a realização da pesquisa;

Aos meus colegas da Defensoria Pública atuante na Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal que tantas vezes me ouviram e debateram o assunto desta pesquisa.

Epígrafe

No campo infanto-juvenil, inconcebível não conceder-nos acesso a tratamento psicológico, sob pena de negarmos aplicação à doutrina da proteção integral.

Andréa Rodrigues Amim.

Resumo

Esta monografia apresenta um estudo bibliográfico, documental e empírico acerca da eficiência da aplicação de políticas públicas em saúde mental previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no Sistema Nacional Socioeducativo (SINASE), na Lei Federal nº 10.216/2001 e na Lei Distrital nº 975/1995 para adolescentes e jovens com transtorno mental em conflito com a lei no âmbito do Distrito Federal. Para tanto foi realizada pesquisa empírica, por intermédio de aplicação de questionários, respondidos por profissionais da área jurídica e psicossocial que atuam no processo ressocializador dos adolescentes e jovens que estão em cumprimento de internação provisória e medidas privativas de liberdade no Distrito Federal. Também foram analisados autos de processos em que figuram como parte adolescentes e jovens em conflito com a lei e que tenham prognóstico ou diagnóstico de transtorno mental e que foram atendidos pela Defensoria Pública atuante na Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal. A partir da análise desses dados estatísticos verificou-se que 60% dos profissionais integrantes do corpo jurídico indicaram que houve um aumento na incidência de ato infracional envolvendo adolescentes com indícios de transtorno mental e 50% declararam que houve um aumento nos casos de transtorno mental comprovado, ambos no período compreendido entre 2008 e 2012. Acerca dos motivos que ocasionaram a reiteração na prática de atos infracionais, 25%, dos 80% das respostas válidas, do corpo jurídico indicaram a falta de políticas públicas em saúde mental para este público nos casos de adolescentes com indícios de transtorno mental, enquanto 26,7%, dos 66,6% das respostas válidas, optaram pelo mesmo motivo nos casos de transtorno mental comprovado. No tocante ao corpo psicossocial de todas as instituições, apenas na Unidade de Internação de Planaltina – UIP (62,5%) e na casa de semiliberdade do Gama Leste (100%) os participantes apontaram positivamente para existência de programa específico na instituição para adolescentes com transtorno mental durante o cumprimento de internação provisória ou medidas socioeducativas privativas de liberdade. Em suma, a efetivação do direito à saúde destinada aos adolescentes e jovens com transtorno mental em conflito com a lei deveria ser uma das prioridades absolutas dos gestores e autoridades públicas, visando, no mínimo, um desenvolvimento sadio, com condições dignas de existência. Sendo, assim, pode-se afirmar que as políticas públicas em saúde mental, no Distrito Federal, voltadas para essa população não são suficientes.

Palavras-chave: Adolescente/Jovem em Conflito com a lei. Distrito Federal. Internação provisória e Medida socioeducativa. Políticas Públicas. Saúde Mental.

Abstract

This paper presents a bibliographic, documental and empirical study regarding the efficiency of public policies for mental health, according to Estatuto da Criança e do Adolescente (Children and Adolescent Statute) in the Sistema Nacional Socioeducativo (National Social-Educational System) and as specified in Federal Law n. 10.216/2001 and in District Law n. 975/1995 for adolescents and young people with mental disorders in conflict with the law in the Federal District. For this paper an empirical research was used, through questionnaires, to be answered by law and psychosocial professionals that work with resocialization of adolescents and young people that are temporarily interned and are under restrictive measures in the Federal District. Another research method used in this paper was the analysis of legal documents of lawsuits in which adolescents and young people are involved and are prognosed or diagnosed with mental disorders and are under the care of Defensoria Pública (the Public Defender's Office), along with the Vara da Infância e da Juventude (Child and Youth Court) of the Federal District. From the study of these statistical data, it was examined that 60% of the law professionals indicated that there was an increase in criminal violation involving adolescents with indication of mental disorders and other 50% declared that there was also an increase in the number of cases practiced by confirmed mental disorder patients, both occurring between 2008 and 2012. When asked questions concerning the reasons for repeating such criminal violations, 25%, of the 80% of all answers given by the law professionals indicated the lack of public policies for mental health patients, in this case, adolescents with indication of mental disorders, while 26,7%, of the 66% of all valid answers, appointed the same reason for the cases pertaining confirmed mental disorder patients. Regarding the psychosocial professionals of all institutions, only in the Unidade de Internação de Planaltina – UIP (Internment Unit in Planaltina) (62,5%) and in the casa de semiliberdade do Gama Leste (House of Semi Confinement in East Gama) (100%) the participants accused the existence of an specific program in the institution for adolescents with mental disorders during internment or when under social-educational semi confinement measures. In essence, the effectiveness of the right to health of these adolescents should be an absolute priority of public managers and authorities, objectifying, at least, a healthy development with dignifying living conditions. Thus it can be stated that public policies concerning mental health for such adolescents in the Federal District are not sufficient.

Key Words: Adolescent/Young person in conflict with the law. Federal District. Temporary internment and Socio-educational measure. Public policies. Mental health.

Lista de tabelas

Tabela 1 - Gênero dos participantes do corpo jurídico.....	90
Tabela 2 - Idade dos participantes do corpo jurídico.....	90
Tabela 3 - Profissionais do corpo jurídico que responderam o questionário.....	91
Tabela 4 - Tempo de atuação na profissão dos profissionais que responderam ao questionário do corpo jurídico.....	92
Tabela 5 - Conhecimento dos profissionais que responderam o questionário do corpo jurídico acerca da Lei nº 10.216/2001.....	93
Tabela 6 - Aplicação da Lei nº 10.216/2001 pelos profissionais que responderam o questionário do corpo jurídico.....	93
Tabela 7 - Conhecimento dos profissionais que responderam o questionário do corpo jurídico acerca da Lei nº 12.594/2012.....	94
Tabela 8 - Aplicação da Lei nº 12.594/2012 pelos profissionais que responderam o questionário do corpo jurídico.....	95
Tabela 9 - Procedimentos adotados após a família do adolescente informar transtorno mental.....	96
Tabela 10 - Possibilidade de aplicação de medida protetiva para adolescente com indícios de transtorno mental antes da conclusão do incidente de insanidade.....	97
Tabela 11 - Possibilidade da aplicação de ofício de medida protetiva para adolescentes com indícios de transtorno mental antes da conclusão do incidente de insanidade mental.....	98
Tabela 12 - Possibilidade de suspensão do processo até a conclusão do incidente de insanidade mental para adolescentes, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de internação provisória.....	99
Tabela 13 - Possibilidade da suspensão do processo para adolescentes com transtorno mental comprovado, em cumprimento de internação provisória.....	100
Tabela 14 - Possibilidade da suspensão do processo de execução até conclusão do incidente de insanidade mental para adolescentes, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de internação estrita.....	101
Tabela 15 - Possibilidade da suspensão do processo de execução para adolescentes, com transtorno mental comprovado, em cumprimento de internação estrita.....	102
Tabela 16 - Possibilidade da suspensão do processo de execução até a conclusão do incidente de insanidade mental para adolescentes, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade.....	103
Tabela 17- Possibilidade da suspensão do processo de execução para adolescentes, com transtorno mental comprovado, que estão em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade.....	104
Tabela 18 - Posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de internação provisória.....	105
Tabela 19 - Posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de internação estrita.....	106
Tabela 20 - Posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de semiliberdade.....	108
Tabela 21 - Ações tomadas em relação ao adolescente com transtorno mental, após cessar o cumprimento da medida socioeducativa.....	109
Tabela 22 - Possibilidade de aplicação da medida protetiva para a família de adolescente com transtorno mental.....	110
Tabela 23 - Medidas protetivas que podem ser aplicadas à família do adolescente com transtorno mental.....	111
Tabela 24 - Aumento no cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes com indícios de transtorno mental, no período compreendido entre 2008 e 2012.....	112

Tabela 25 - Motivos que ocasionam a reiteração na prática de atos infracionais de adolescentes com indícios de transtorno mental.....	113
Tabela 26 - Aumento nos casos de cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes com transtorno mental comprovado, no período compreendido entre 2008 e 2012.....	114
Tabela 27 - Motivos que ocasionam a reiteração na prática de atos infracionais de adolescentes com transtorno mental comprovado.....	115
Tabela 28 - Gênero dos participantes do corpo psicossocial.....	117
Tabela 29 - Idade dos participantes na pesquisa do corpo psicossocial.....	118
Tabela 30 - Profissionais que responderam o questionário.....	119
Tabela 31 - Tempo que o profissional atua na unidade.....	120
Tabela 32 - Conhecimento dos profissionais do corpo psicossocial acerca da Lei nº 10.216/2001.....	121
Tabela 33 - Aplicação da Lei nº 10.216/2001 – Transtorno mental.....	122
Tabela 34 - Conhecimento dos profissionais do corpo psicossocial acerca da Lei nº 12.594/2012 - SINASE.....	123
Tabela 35 - Aplicação da Lei nº 12.594 – SINASE.....	124
Tabela 36 - Situação do adolescente recebido na instituição.....	125
Tabela 37 - Profissionais que compõem o corpo psicossocial.....	126
Tabela 38 - Realização de triagem sobre condições do adolescente/jovem.....	127
Tabela 39 - Profissionais da instituição que realizam a triagem dos adolescentes/jovens...	128
Tabela 40 - Existência de Equipe Multidisciplinar na instituição.....	129
Tabela 41 - Composição da Equipe Multidisciplinar.....	130
Tabela 42 - Procedimentos adotados após detecção do transtorno mental no adolescente	131
Tabela 43 - Transtornos mentais mais frequentes na instituição.....	132
Tabela 44 - Procedimentos após diagnóstico de transtorno mental leve.....	133
Tabela 45 - Local em que os adolescentes com diagnóstico de transtorno mental leve são colocados nas Unidades de Internação provisória e estrita.....	134
Tabela 46 - Rotina dos adolescentes com diagnóstico de transtorno mental leve nas casas de semiliberdade.....	135
Tabela 47 - Local em que os adolescentes com diagnóstico de transtorno mental grave são colocados nas Unidades de Internação provisória e estrita.....	137
Tabela 48 - Rotina dos adolescentes com diagnóstico de transtorno mental grave nas casas de semiliberdade.....	138
Tabela 49 - Existência de programas de atendimento específicos para adolescentes com transtorno mental.....	139
Tabela 50 - Local de execução dos programas destinados a adolescentes com transtorno mental.....	140
Tabela 51 - Frequência de participação dos adolescentes com transtorno mental nos programas de atendimento.....	141
Tabela 52 - Existência do Plano Individual de Atendimento – PIA.....	142
Tabela 53 - Previsão no PIA para detecção de transtorno mental.....	143
Tabela 54 - Existência de Projeto Terapêutico Individualizado.....	144
Tabela 55 - Acompanhamento da evolução das medidas protetivas aplicadas aos adolescentes com transtorno mental.....	145
Tabela 56 - Possibilidade de aplicação de outro procedimento, caso a medida protetiva não surta efeitos.....	146
Tabela 57 - Existência de relatório para os casos de adolescentes com transtorno mental	147
Tabela 58 - Encaminhamento do relatório ao juiz que determinou a internação provisória ou aplicou a medida socioeducativa.....	148
Tabela 59 - Possibilidade de elaboração de parecer indicando a suspensão do cumprimento de internação provisória ou medidas socioeducativas privativas de liberdade quando diagnosticado o transtorno mental grave.....	149
Tabela 60 - Prazo para reavaliar a medida protetiva imposta ao adolescente na hipótese de suspensão da internação provisória ou medida socioeducativa aplicada.....	150

Tabela 61 - Procedimentos da equipe multidisciplinar para reavaliação do adolescente.....	151
Tabela 62 - Acompanhamento familiar durante processo ressocializador.....	152
Tabela 63 - Tipo de acompanhamento para a família do adolescente.....	154
Tabela 64 - Situação do adolescente após cessação da jurisdição da Infância e Juventude	155
Tabela 65 - Possibilidade de arquivamento dos documentos dos adolescentes com transtorno mental após a retirada dos programas.....	156

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição do gênero dos participantes do corpo jurídico.....	89
Gráfico 2: Distribuição da idade dos participantes do corpo jurídico.....	90
Gráfico 3: Distribuição dos profissionais que responderam o questionário.....	90
Gráfico 4: Distribuição do tempo de atuação na profissão dos profissionais que responderam ao questionário do corpo jurídico.....	91
Gráfico 5: Distribuição do conhecimento dos profissionais que responderam o questionário do corpo jurídico acerca da Lei nº 10.216/2001.....	92
Gráfico 6: Distribuição da aplicação da Lei nº 10.216/2001 pelos profissionais que responderam o questionário do corpo jurídico.....	93
Gráfico 7: Distribuição do conhecimento dos profissionais que responderam o questionário do corpo jurídico acerca da Lei nº 12.594/2012.....	93
Gráfico 8: Distribuição da aplicação da Lei nº 12.594/2012 pelos profissionais que responderam o questionário do corpo jurídico.....	94
Gráfico 9: Distribuição dos procedimentos adotados após a família do adolescente informar transtorno mental.....	95
Gráfico 10: Distribuição da possibilidade de aplicação de medida protetiva para adolescente com indícios de transtorno mental antes da conclusão do incidente de insanidade.....	96
Gráfico 11: Distribuição da possibilidade da aplicação de ofício de medida protetiva para adolescentes com indícios de transtorno mental antes da conclusão do incidente de insanidade mental.....	97
Gráfico 12: Distribuição da possibilidade de suspensão do processo até a conclusão do incidente de insanidade mental para adolescentes, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de internação provisória.....	98
Gráfico 13: Distribuição da possibilidade da suspensão do processo para adolescentes com transtorno mental comprovado, em cumprimento de internação provisória.....	99
Gráfico 14: Distribuição da possibilidade da suspensão do processo de execução até conclusão do incidente de insanidade mental para adolescentes, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de internação estrita.....	100
Gráfico 15: Distribuição da possibilidade da suspensão do processo de execução para adolescentes, com transtorno mental comprovado, em cumprimento de internação estrita.....	101
Gráfico 16: Distribuição da possibilidade da suspensão do processo de execução até a conclusão do incidente de insanidade mental para adolescentes, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade.....	102
Gráfico 17: Distribuição da possibilidade da suspensão do processo de execução para adolescentes, com transtorno mental comprovado, que estão em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade.....	103
Gráfico 18: Distribuição do posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de internação provisória.....	104
Gráfico 19: Distribuição do posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de internação estrita.....	106
Gráfico 20: Distribuição do posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de semiliberdade..	107
Gráfico 21: Distribuição das ações tomadas em relação ao adolescente com transtorno mental, após cessar o cumprimento da medida socioeducativa.....	108
Gráfico 22: Distribuição das possibilidade de aplicação da medida protetiva para a família de adolescente com transtorno mental.....	109
Gráfico 23: Distribuição das medidas protetivas que podem ser aplicadas à família do	

adolescente com transtorno mental.....	110
Gráfico 24: Distribuição do aumento no cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes com indícios de transtorno mental, no período compreendido entre 2008 e 2012.....	111
Gráfico 25: Distribuição dos motivos que ocasionam a reiteração na prática de atos infracionais de adolescentes com indícios de transtorno mental.....	112
Gráfico 26: Distribuição do aumento nos casos de cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes com transtorno mental comprovado, no período compreendido entre 2008 e 2012.....	113
Gráfico 27: Distribuição motivos que ocasionam a reiteração na prática de atos infracionais de adolescentes com transtorno mental comprovado.....	114
Gráfico 28: Distribuição do gênero dos participantes do corpo psicossocial.....	116
Gráfico 29: Distribuição da idade dos participantes na pesquisa do corpo psicossocial.....	117
Gráfico 30: Distribuição dos profissionais que responderam o questionário.....	118
Gráfico 31: Distribuição do tempo que o profissional atua na unidade.....	119
Gráfico 32: Distribuição do conhecimento dos profissionais do corpo psicossocial acerca da Lei nº 10.216/2001.....	120
Gráfico 33: Distribuição da aplicação da Lei nº 10.216/2001 - Transtorno mental.....	121
Gráfico 34: Distribuição do conhecimento dos profissionais do corpo psicossocial acerca da Lei nº 12.594/2012 – SINASE.....	122
Gráfico 35: Distribuição Aplicação da Lei nº 12.594 – SINASE.....	123
Gráfico 36: Distribuição da situação do adolescente recebido na instituição.....	124
Gráfico 37: Distribuição de profissionais que compõem o corpo psicossocial.....	125
Gráfico 38: Distribuição da realização da triagem acerca das condições psicológicas do adolescente/jovem.....	126
Gráfico 39: Distribuição dos profissionais da instituição que realizam a triagem dos adolescentes/jovens.....	127
Gráfico 40: Distribuição de existência de Equipe Multidisciplinar na instituição.....	128
Gráfico 41: Distribuição da composição da Equipe Multidisciplinar.....	129
Gráfico 42: Distribuição dos procedimentos adotados após detecção do transtorno mental no adolescente.....	131
Gráfico 43: Distribuição de transtornos mentais mais frequentes entre adolescentes na instituição.....	132
Gráfico 44: Distribuição dos procedimentos após diagnóstico de transtorno mental leve...	133
Gráfico 45: Distribuição do local em que os adolescentes com diagnóstico de transtorno mental leve são colocados nas Unidades de Internação provisória e estrita.....	134
Gráfico 46: Distribuição da rotina dos adolescentes com diagnóstico de transtorno mental leve nas casas de semiliberdade.....	135
Gráfico 47: Distribuição do Local em que os adolescentes com diagnóstico de transtorno mental grave são colocados nas Unidades de Internação provisória e estrita.....	136
Gráfico 48: Distribuição da rotina dos adolescentes com diagnóstico de transtorno mental grave nas casas de semiliberdade.....	137
Gráfico 49: Distribuição da existência de programas de atendimento específicos para adolescentes com transtorno mental.....	138
Gráfico 50: Distribuição dos locais de execução dos programas destinados a adolescentes com transtorno mental.....	139
Gráfico 51: Distribuição da frequência de participação dos adolescentes com transtorno mental nos programas de atendimento.....	140
Gráfico 52: Distribuição da existência do Plano Individual de Atendimento – PIA.....	141
Gráfico 53: Distribuição da previsão de item no PIA para detecção de transtorno mental...	142
Gráfico 54: Distribuição da existência de Projeto Terapêutico Individualizado.....	143
Gráfico 55: Distribuição do acompanhamento da evolução das medidas protetivas aplicadas aos adolescentes com transtorno mental.....	144
Gráfico 56: Distribuição da possibilidade de aplicação de outro procedimento, caso a medida protetiva aplicada não surta efeitos.....	145

Gráfico 57: Distribuição da existência de relatório para os casos de adolescentes com transtorno mental.....	146
Gráfico 58: Distribuição do encaminhamento do relatório ao juiz que determinou a internação provisória ou aplicou a medida socioeducativa.....	147
Gráfico 59: Distribuição da possibilidade de elaboração de parecer indicando a suspensão do cumprimento de internação provisória ou medidas socioeducativas privativas de liberdade quando diagnosticado o transtorno mental grave.....	148
Gráfico 60: Distribuição do prazo para reavaliação da medida protetiva imposta ao adolescente na hipótese de suspensão da internação provisória ou medida socioeducativa aplicada.....	149
Gráfico 61: Distribuição dos procedimentos da Equipe Multidisciplinar para reavaliação do adolescente.....	151
Gráfico 62: Distribuição do acompanhamento familiar durante processo ressocializador..	152
Gráfico 63: Distribuição do tipo de acompanhamento para a família do adolescente.....	153
Gráfico 64: Distribuição da situação do adolescente após cessação da jurisdição da Infância e Juventude.....	155
Gráfico 65: Distribuição da possibilidade de arquivamento dos documentos dos adolescentes com transtorno mental após a retirada dos programas.....	156

Sumário

INTRODUÇÃO.....	19
1 PARADIGMA DA SITUAÇÃO IRREGULAR À DOCTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL.....	22
1.1 Origem do direito do Menor e a Doutrina da Situação Irregular.....	22
1.2 Doutrina da Proteção Integral.....	31
1.2.1 Princípio da co-responsabilidade.....	36
1.2.2 Princípio da condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.....	37
1.2.3 Princípio da prioridade absoluta da criança e do adolescente.....	38
1.2.4 Princípio do melhor interesse da criança e do adolescente.....	39
1.2.5 Princípio da excepcionalidade e da brevidade.....	40
2 SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL: OS DESAFIOS NO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO.....	43
2.1 Direito fundamental à saúde.....	43
2.2 O processo de responsabilização do adolescente em conflito com a lei...47	
2.2.1 Adolescente/jovem com transtorno mental durante o processo ressocializador no âmbito do Distrito Federal.....	60
3 A INTERFACE ENTRE O SISTEMA DE JUSTIÇA E AS PRÁTICAS DO CAMPO SOCIOEDUCATIVO PARA ADOLESCENTES E JOVENS EM CUMPRIMENTO DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA E MEDIDAS PRIVATIVAS DE LIBERDADE COM TRANSTORNOS MENTAIS NO DISTRITO FEDERAL.....	75
3.1 Instrumento de coleta de dados.....	78
3.2 Universo e Amostra.....	79
3.3 Critérios de Inclusão.....	81
3.4 Critérios de Exclusão.....	81
4 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS.....	83
4.1 Análise dos processos atendidos pela Defensoria Pública atuante na Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal entre 2008 e 2012.....	83
4.2 Análise dos dados levantados a partir dos questionários aplicados.....	88
4.2.1 Análise do questionário aplicado ao corpo jurídico.....	88
4.2.1.1 Gênero.....	88
4.2.1.2 Idade.....	89
4.2.1.3 Profissionais que participaram da pesquisa.....	90
4.2.1.4 Tempo de atuação na profissão.....	91
4.2.1.5 Conhecimento acerca da Lei nº 10.216/2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica.....	91
4.2.1.6 Aplicação da Lei nº 10.216/2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica.....	92
4.2.1.7 Conhecimento acerca da Lei nº 12.594/2012.....	93
4.2.1.8 Aplicação da Lei nº 12.594/2012 – SINASE.....	94
4.2.1.9 Procedimentos adotados após a família do adolescente informar transtorno mental.....	94
4.2.1.10 Possibilidade de aplicação de medida protetiva para adolescente com indícios de transtorno mental antes da conclusão do incidente de insanidade.....	96
4.2.1.11 Possibilidade da aplicação de ofício de medida protetiva para adolescentes com indícios de transtorno mental antes da conclusão do incidente de insanidade mental.....	97
4.2.1.12 Possibilidade de suspensão do processo até a conclusão do incidente de insanidade mental.....	98
4.2.1.13 Possibilidade da suspensão do processo para adolescentes com transtorno mental comprovado, em cumprimento de internação provisória.....	99

4.2.1.14 Possibilidade da suspensão do processo de execução até a conclusão do incidente de insanidade mental para os casos de adolescentes/jovens, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de internação estrita.....	100
4.2.1.15 Possibilidade da suspensão do processo de execução para os casos de adolescentes/jovens, com transtorno mental comprovado, que estão em cumprimento de internação estrita.....	101
4.2.1.16 Possibilidade da suspensão do processo de execução até a conclusão do incidente de insanidade mental para adolescentes, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade.....	101
4.2.1.17 Possibilidade da suspensão do processo de execução para adolescentes, com transtorno mental comprovado, que estão em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade.....	102
4.2.1.18 Posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de internação provisória.....	103
4.2.1.19 Posicionamento do Juiz de Direito após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de internação provisória.....	105
4.2.1.20 Posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de internação estrita.....	105
4.2.1.21 Posicionamento do Juiz de Direito após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de internação estrita.....	106
4.2.1.22 Posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de semiliberdade.....	106
4.2.1.23 Posicionamento do Juiz de Direito após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de semiliberdade.....	107
4.2.1.24 Ações do operador do direito da Infância e Juventude em relação ao adolescente com transtorno mental, após cessar o cumprimento da medida socioeducativa.....	108
4.2.1.25 Possibilidade de aplicação da medida protetiva para a família de adolescente com transtorno mental.....	109
4.2.1.26 Medidas protetivas aplicadas à família do adolescente com transtorno mental....	109
4.2.1.27 Aumento no cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes com indícios de transtorno mental, no período compreendido entre 2008 e 2012.....	110
4.2.1.28 Motivos que ocasionam a reiteração na prática de atos infracionais de adolescentes com indícios de transtorno mental.....	111
4.2.1.29 Aumento nos casos de cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes com transtorno mental comprovado, no período compreendido entre 2008 e 2012.....	112
4.2.1.30 Motivos que ocasionam a reiteração na prática de atos infracionais de adolescentes com transtorno mental comprovado.....	113
4.2.2 Análise do questionário aplicado ao corpo psicossocial.....	114
4.2.2.1 Gênero.....	114
4.2.2.2 Idade dos participantes da pesquisa do corpo psicossocial.....	116
4.2.2.3 Profissionais que responderam o questionário.....	117
4.2.2.4 Tempo que o profissional atua na unidade.....	118
4.2.2.5 Conhecimento dos profissionais do corpo psicossocial acerca da Lei nº 10.216/2001.....	119
4.2.2.6 Aplicação da Lei nº 10.216/2001.....	120
4.2.2.7 Conhecimento dos profissionais do corpo psicossocial acerca da Lei nº 12.594/2012.....	121
4.2.2.8 Aplicação da Lei nº 12.594/2012.....	122
4.2.2.9 Situação do adolescente recebido na instituição.....	123
4.2.2.10 Profissionais que compõem o corpo psicossocial.....	124
4.2.2.11 Realização de triagem nos adolescentes.....	125
4.2.2.12 Profissionais que realizam a triagem dos adolescentes.....	126
4.2.2.13 Existência de Equipe Multidisciplinar na instituição.....	127
4.2.2.14 Composição da Equipe Multidisciplinar.....	128
4.2.2.15 Procedimentos adotados após a detecção do transtorno mental no adolescente	129

4.2.2.16 Transtornos mentais mais frequentes na instituição.....	131
4.2.2.17 Procedimentos adotados após diagnóstico transtorno mental leve.....	132
4.2.2.18 Local em que o adolescente com diagnóstico de transtorno mental leve é colocado durante o cumprimento de internação provisória e estrita.....	133
4.2.2.19 Rotina dos adolescentes com diagnóstico de transtorno mental leve durante o cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade.....	134
4.2.2.20 Local em que o adolescente com diagnóstico de transtorno mental grave é colocado durante o cumprimento de internação provisória e estrita.....	135
4.2.2.21 Rotina dos adolescentes com diagnóstico de transtorno mental grave durante o cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade.....	136
4.2.2.22 Existência de programas de atendimento específicos a adolescentes com transtorno mental.....	138
4.2.2.23 Local de execução dos programas destinados a adolescentes com transtorno mental.....	139
4.2.2.24 Frequência de participação dos adolescentes com transtorno mental nos programas de atendimento.....	140
4.2.2.25 Existência do Plano Individual de Atendimento – PIA.....	141
4.2.2.26 Previsão no PIA para detecção de transtorno mental.....	141
4.2.2.27 Existência de projeto terapêutico individualizado.....	142
4.2.2.28 Acompanhamento da evolução das medidas protetivas aplicadas aos adolescentes com transtorno mental.....	143
4.2.2.29 Possibilidade de aplicação de outro procedimento caso a medida protetiva não surta efeitos.....	144
4.2.2.30 Existência de relatório após o diagnóstico de transtorno mental.....	146
4.2.2.31 Encaminhamento do relatório ao Juiz que determinou a internação provisória ou aplicou a medida socioeducativa.....	146
4.2.2.32 Possibilidade de elaboração de parecer indicando a suspensão do cumprimento da internação provisória ou medidas socioeducativas privativas de liberdade quando diagnosticado o transtorno mental grave.....	147
4.2.2.33 Prazo para reavaliar a medida protetiva imposta ao adolescente na hipótese de suspensão da internação provisória ou medida socioeducativa aplicada.....	149
4.2.2.34 Procedimentos da equipe multidisciplinar para reavaliação do adolescente.....	150
4.2.2.35 Acompanhamento familiar durante o processo ressocializador.....	151
4.2.2.36 Tipo de acompanhamento para a família do adolescente.....	152
4.2.2.37 Situação do adolescente após a cessação da jurisdição da infância e juventude.....	154
4.2.2.38 Possibilidade de arquivamento dos documentos dos adolescentes com transtorno mental após a retirada dos programas.....	155
CONCLUSÃO.....	158
REFERÊNCIAS.....	166
APÊNDICE A – Termo de Aceite Institucional.....	171
APÊNDICE B – Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE).....	172
APÊNDICE C – Questionário aplicado ao Corpo Jurídico.....	174
APÊNDICE D – Questionário aplicado ao Corpo Psicossocial.....	180
ANEXO A – Termo de Aprovação do Comitê de Ética.....	187

INTRODUÇÃO

Este trabalho consiste numa pesquisa – de cunho bibliográfico, documental e empírico – acerca do tratamento jurídico e psicossocial concedido pelo Estado aos adolescentes e jovens com transtorno mental em conflito com a lei no âmbito do Distrito Federal, durante o cumprimento de internação provisória ou medidas socioeducativas privativas de liberdade.

Tem como objetivo geral verificar quais são as políticas públicas voltadas para a atenção integral em saúde mental para esse público. E como objetivos específicos identificar e descrever os princípios constitucionais e estatutários inerentes a Crianças e Adolescentes com transtornos mentais e analisar as ações em saúde previstas no Sistema Socioeducativo – SINASE (Lei 12.594/2012) acerca de adolescentes e jovens com transtornos mentais no sistema socioeducativo. Para alcançar os objetivos foi realizada a coleta e análise de dados empíricos, por meio de questionários aplicados aos profissionais das áreas jurídica e psicossocial atuantes no processo ressocializador de adolescentes e jovens com transtorno mental no Distrito Federal e análise de autos de processos atendidos pela Defensoria Pública atuante na Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal referente ao público estudado.

Sob esta ótica, verifica-se um aparente aumento no número de casos de adolescentes e jovens em conflito com a lei com prognóstico ou diagnóstico de transtorno mental. Todavia, não é possível afirmar se o aumento é decorrente do processo denominado patologização social ou se o fenômeno é devido a falta de

investimento em espaços adequados para os adolescentes/jovens inseridos no cumprimento de medidas socioeducativas, ou ainda se é motivado pela crônica falta de serviços e assistência à saúde mental que acomete o Distrito Federal, fatores estes que impulsionaram a necessidade da realização desse estudo monográfico. A partir deste contexto surgiu o seguinte problema de pesquisa: “ Existe tratamento jurídico e psicossocial, satisfatórios, concedido pelo Estado aos adolescentes e jovens com transtorno mental e em conflito com a lei no Distrito Federal?”.

Levantou-se como hipótese a seguinte afirmação: “As políticas públicas de saúde oferecidas pelo Estado à adolescentes e jovens com transtornos mentais inseridos no processo ressocializador no Distrito Federal não são suficientes para atender as necessidades desse público”.

Diante disso e como possível desdobramento desse cenário, surgiu um debate jurídico-doutrinário relativo à (não) responsabilização dessa população, o que, novamente, denota a necessidade do enfrentamento teórico-prático do tema, buscando investigar se as políticas públicas de saúde mental voltadas e implementadas no Distrito Federal são suficientes para atender a demanda deste público, a fim de que o Estado e os demais atores sociais possam encontrar a forma mais eficiente para garantir a proteção integral desses adolescentes e jovens.

Além disso, como se pode depreender do anteriormente exposto, o problema é complexo e multifacetado, por isso, requer uma análise interdisciplinar, notadamente jurídica e psicossocial. Apesar de sua complexidade e relevância social e jurídica, por lidar com novos sujeitos de direito que, pela sua peculiaridade de ser humano em desenvolvimento, requer atenção integral e prioritária por parte da família, do Estado e da sociedade, é pouco enfrentado por pesquisadores da área

jurídica, o que, novamente, justifica a realização desta pesquisa, cuja síntese encontra-se organizada da seguinte forma.

O primeiro capítulo volta-se para uma análise do direito da criança e do adolescente, fazendo um breve relato acerca da doutrina da situação irregular chegando a um novo paradigma, qual seja, o da doutrina da proteção integral, prevista no Direito Internacional, na Constituição Federal, assim como no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Por sua vez, o segundo capítulo faz referência ao direito fundamental à saúde durante o processo ressocializador de adolescentes/jovens em conflito com a lei que apresentam prognóstico ou diagnóstico de transtorno mental. Ademais, traz as considerações da Lei 8.069/1990 e Lei 12.594/2012, no tocante a responsabilização juvenil voltada para o desdobramento de criminalização, judicialização e patologização dos adolescentes e jovens em conflito com a lei.

Nesse panorama, o terceiro capítulo adentra no objeto específico da pesquisa empírica, qual seja, o cumprimento de internação provisória e medidas privativas de liberdade de adolescentes/jovens com transtorno mental no Distrito Federal, além de descrever a metodologia utilizada.

No quarto capítulo, foi realizada uma análise de autos de processos de adolescentes e jovens em conflito com a lei, com prognóstico ou diagnóstico de transtorno mental, atendidos pela Defensoria Pública atuante na Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal. Este último capítulo, traz, por fim, uma análise dos questionários aplicados ao corpo de Defensores Públicos, Promotores de Justiça e Juízes de Direito, militantes na Justiça da Infância e da Juventude do Distrito

Federal, além da análise dos questionários aplicados aos profissionais que compõem o corpo psicossocial das unidades de internação provisória, estrita e casas de semiliberdade do Distrito Federal, que atuam diretamente no processo ressocializador dos adolescentes e jovens.

1 PARADIGMA DA SITUAÇÃO IRREGULAR À DOCTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL

Este capítulo terá como ponto de partida um breve apanhado histórico das concepções que orientam o direito da criança e do adolescente. Neste prisma, o presente capítulo aborda o processo de mudança da doutrina da situação irregular, consolidada no Código de Menores, para o paradigma da proteção integral, previsto tanto na Constituição Federal Brasileira quanto no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

1.1 Origem do direito do Menor e a Doutrina da Situação Irregular

No chamado período pós-guerra, uma grande parte da população infanto-juvenil não tinha acesso a uma instituição educacional, como bem assevera Martha de Toledo¹, o que acarretou em crianças e adolescentes inseridos precocemente em trabalhos com condições precárias, ocasionando, assim, uma vivência em profunda miséria, isto é, em completa marginalização.

Com o agravante da exclusão social, fez-se atentar para o aumento da criminalidade juvenil, oriunda, principalmente, das classes menos favorecidas. Neste cenário de manifesta preocupação com a elevação de crimes praticados por crianças e adolescentes criou-se a confusão entre criança carente e criança delinquente.

¹ MACHADO, Martha de Toledo. **A Proteção Constitucional de Crianças e Adolescentes e os Direitos Humanos**. Barueri, São Paulo: Manole, 2003. p. 29.

Tal pensamento nasceu e perdurou, construindo-se, a premissa de que toda infância desprotegida era semelhante à criança delinquente. Neste sentido, convém ressaltar o entendimento de Martha de Toledo Machado²:

E assim, historicamente se construiu a categoria criança não-escola, não-família, criança desviante, criança em situação irregular, enfim, carente/delinquente, que passa a receber um mesmo tratamento – e a se distinguir de nossos filhos, que sempre foram simplesmente com crianças e jovens - , compondo uma nova categoria, os menores.

Por oportuno, insta salientar que a construção do direito do menor teve seu nascimento nos Estados Unidos, no qual se preocupou com a criação dos Tribunais de Menores. Assim, o primeiro Tribunal de Menores foi implantado em Illinois, nos EUA, no ano de 1899. No Brasil, tal juízo especial foi constituído em 1923³.

Ora, nessa perspectiva faz-se necessário uma retrospectiva para ressaltar que em 1906, foram inauguradas no país casas de recolhimento, dividida em escolas de prevenção e colônias correcionais. A primeira era destinada a educar menores em abandono, já a segunda tinha o intuito de regenerar menores em conflito com a lei⁴.

Assim, após discussão no I Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, em 1922, foram publicadas as primeiras normas assistenciais, visando à proteção de crianças abandonadas e crianças delinquentes, ocasionando, desta maneira a criação de uma Doutrina do Direito do Menor, apoiada no binômio

2 MACHADO, Martha de Toledo. **A Proteção Constitucional de Crianças e Adolescentes e os Direitos Humanos**. Barueri, São Paulo: Manole, 2003. p. 33.

3 MACHADO, Martha de Toledo. **A Proteção Constitucional de Crianças e Adolescentes e os Direitos Humanos**. Barueri, São Paulo: Manole, 2003. p. 33-34.

4 MACHADO, Martha de Toledo. **A Proteção Constitucional de Crianças e Adolescentes e os Direitos Humanos**. Barueri, São Paulo: Manole, 2003. p. 34.

carência/delinquência⁵.

Corroborando com as declarações citadas, Andréa Rodrigues Amin⁶, explicita:

A influência externa e as discussões internas levaram à construção de uma Doutrina do Direito do Menor, fundada no binômio carência/delinquência. Era a fase da criminalização da infância pobre. Havia uma consequência geral de que o Estado teria o dever de proteger os menores, mesmo que suprimindo suas garantias. Delineava-se a Doutrina da Situação Irregular.

Em decorrência dos fatos mencionados, o primeiro Código de Menores, conhecido como Código Mello Mattos, foi publicado em 1927. Com esta nova Lei, caberia ao Juiz de Menores decidir seus destinos. Observa-se as considerações de Andréa Rodrigues⁷:

Foi uma lei que uniu Justiça e Assistência, união necessária para que o Juiz de Menores exercesse toda sua autoridade centralizadora, controladora e protecionista sobre a infância pobre, potencialmente perigosa. Estava construída a categoria do Menor, conceito estigmatizante que acompanharia crianças e adolescentes até a Lei nº 8.069, de 1990.

A Carta Magna de 1937 buscou abranger melhor a infância e a juventude, além dos setores mais carentes da sociedade. Para tanto, vale destacar alguns programas sociais, tais como, o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) - 1940, que atendia crianças desvalidas e delinquentes. Neste momento, as intervenções caracterizavam-se pela quebra dos vínculos familiares, sendo, portanto, substituído

5 MACHADO, Martha de Toledo. **A Proteção Constitucional de Crianças e Adolescentes e os Direitos Humanos**. Barueri, São Paulo: Manole, 2003. p. 34-35.

6 AMIN, Andréa Rodrigues. Evolução Histórica do Direito da Criança e do Adolescente. In: MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (Coord.). **Curso de Direito da Criança e do Adolescente**. Aspectos Teóricos e Práticos. 3 ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008. p. 6.

7 AMIN, Andréa Rodrigues. Evolução Histórica do Direito da Criança e do Adolescente. In: MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (Coord.). **Curso de Direito da Criança e do Adolescente**. Aspectos Teóricos e Práticos. 3 ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008. p. 6.

por vínculos institucionais. O intuito Estatal era simplesmente correcional, ou seja, adequar a criança aos ditames do Estado, e não afetivo, visto que não se preocupavam com o afastamento dos menores do seio familiar⁸.

Por conseguinte, verificou-se que os problemas ligados à infância e juventude estavam correlacionados ao aspecto social. Neste diapasão, fez-se necessária promover uma revisão no Código Mello Mattos, tendo, contudo, o objetivo de elaborar um código misto, voltado não só para aspectos jurídicos, mas também sociais. Tal projeto tinha resquícios dos movimentos voltados em prol dos Direitos Humanos, que mais tarde levaram a Organização das Nações Unidas a criarem a Declaração dos Direitos Fundamentais do Homem e posteriormente publicar a Declaração dos Direitos da Criança. Entretanto, a referida revisão no primeiro Código de Menores não pôde ser concluída, eis que o cenário político do país enfrentava o golpe militar⁹.

Outrossim, assevera-se que o Serviço de Assistência do Menor, em meados da década de 60, sofria inúmeras críticas, pois na prática seu objetivo via-se sem foco. Ora, a incapacidade de recuperação dos internos, devido à superlotação, ensino precário, entre outros motivos, levaram a extinção do SAM e a criação da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM). Tal entidade baseava-se na política nacional do bem-estar do menor, apresentando uma proposta voltada para a pedagogia assistencialista. Porém, na realidade tratava-se de mais uma

8 AMIN, Andréia Rodrigues. Evolução Histórica do Direito da Criança e do Adolescente. In: MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (Coord.). **Curso de Direito da Criança e do Adolescente. Aspectos Teóricos e Práticos.** 3 ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008. p. 6.

9 AMIN, Andréia Rodrigues. Evolução Histórica do Direito da Criança e do Adolescente. In: MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (Coord.). **Curso de Direito da Criança e do Adolescente. Aspectos Teóricos e Práticos.** 3 ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008. p. 7.

política de controle, mesmo referindo-se a menor de idade¹⁰.

Posteriormente, iniciava-se a discussão a respeito da criação de uma legislação menorista. Assim, no ano de 1979 foi publicada a Lei 6.697, o novo Código de Menores, no qual consolidou a Doutrina da Situação Irregular. Neste período, a internação era vista, na maioria dos casos, como a única solução para carentes ou delinquentes.

A doutrina da situação irregular preocupava-se em tratar daqueles que não se enquadravam no padrão pré-estabelecido pela sociedade. Ou seja, eram de interesse de um direito, denominado como especial, quando apresentavam algum desvirtuamento social.

Nessa acepção, ressalta-se que o Juiz de menores restringia-se ao binômio carência/delinquência. Logo, a situação irregular poderia ser derivada de uma conduta pessoal ou em decorrência de abandono. Destaca-se o seguinte excerto de Andréa Rodrigues¹¹:

Compreendia o menor privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, em razão da falta, ação ou omissão dos pais ou responsável; as vítimas de maus-tratos; os que estavam em perigo moral por se encontrarem em ambientes ou atividades contrárias aos bons costumes; o autor de infração penal e ainda todos os menores que apresentassem “desvio de conduta, em virtude de grave inadaptação familiar ou comunitária”.

Corroborando com este pensamento João Batista¹² salienta:

10AMIN, Andréa Rodrigues. Evolução Histórica do Direito da Criança e do Adolescente. In: MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (Coord.). **Curso de Direito da Criança e do Adolescente. Aspectos Teóricos e Práticos**. 3 ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008. p. 7.

11AMIN, Andréa Rodrigues. Evolução Histórica do Direito da Criança e do Adolescente. In: MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (Coord.). **Curso de Direito da Criança e do Adolescente. Aspectos Teóricos e Práticos**. 3 ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008. p. 13.

12SARAIVA, João Batista Costa. **Adolescente em Conflito com a Lei**. Da indiferença à proteção integral. Uma abordagem sobre a responsabilidade penal juvenil. 2 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005. p. 48.

A declaração de situação irregular tanto pode derivar de sua conduta pessoal (caso de infrações por ele praticadas ou de “desvio de conduta”), como da família (maus-tratos) ou da própria sociedade (abandono). Haveria uma situação irregular, uma “moléstia social”, sem distinguir, com clareza, situações decorrentes da conduta do jovem ou daqueles que o cercam.

A referida doutrina tem fundamento assistencialista, sem a preocupação de conservar laços familiares, visto que a família, ou simplesmente a ausência dela, era fator determinante para a chamada situação irregular.

Tal doutrina não enunciava direitos, os menores passavam a ser objetos da norma quando encontravam-se, segundo João Batista Costa Saraiva¹³, em estado de patologia social.

Cumprе frisar o pensamento de Andréa Amin¹⁴:

Não era uma doutrina garantista, até porque não enunciava direitos, mas apenas pré-definia situações e determinava uma atuação de resultados. Agia-se apenas na consequência e não na causa do problema, “apagando-se incêndios”. Era um Direito do Menor, ou seja, que agia sobre ele, como objeto de proteção e não como sujeito de direitos.

Nesse contexto, os institutos de menores misturavam crianças/adolescentes abandonados (vítimas de abandono, maus-tratos) e crianças/adolescentes autores de algum ato infracional sob o argumento de que estariam todos na mesma condição, qual seja a da situação irregular.

A doutrina da situação irregular trata o universo infanto-juvenil como objeto de proteção, visto que crianças e adolescentes são reconhecidos como

13 SARAIVA, João Batista Costa. **Adolescente em Conflito com a Lei**. Da indiferença à proteção integral. Uma abordagem sobre a responsabilidade penal juvenil. 2 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005. p. 48.

14 AMIN, Andréa Rodrigues. Evolução Histórica do Direito da Criança e do Adolescente. In: MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (Coord.). **Curso de Direito da Criança e do Adolescente**. Aspectos Teóricos e Práticos. 3 ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008. p. 14.

incapazes, sendo a lei direcionada apenas para os menores e não para toda a infância e adolescência.

Tal doutrina apresenta como característica que as condições do menor (pessoais, sociais e familiares) os condicionam a situação irregular, necessitando, assim, de uma intervenção do Estado, não só para si, mas também para seus familiares.

Outra particularidade dessa doutrina é que as possíveis questões que envolvam menores seriam tratadas nos juizados de menores, enquanto as ditas crianças seriam objetos do direito de família. Neste panorama, salienta-se que a lei visa à proteção de menores. Todavia, restringe e viola direitos, eis que não é arquitetada sob a ótica dos direitos fundamentais. Ora, o menor é visto como incapaz, logo sua opinião não se faz necessária.

É esperado que o juiz de menores exerça não só seu papel jurisdicional, mas que se incumba, como se fosse um “pai”, dos menores em situação irregular. Segundo João Saraiva¹⁵:

[...] o Juiz de Menores deve ocupar-se não somente de questões tipicamente judiciais, mas também de suprir as deficiências de falta de políticas públicas adequadas. Por isso se espera que o Juiz atue com um “bom pai de família” em sua missão de encarregado do “patronato” do Estado sobre estes “menores em situação de risco ou perigo moral ou material”. Disso resulta que o Juiz de Menores não está limitado pela lei e tenha faculdades ilimitadas e onipotentes de disposição e intervenção sobre a família e a criança, com amplo poder discricionário.

As medidas adotadas pelos juizados de menores, tanto para autores de atos infracionais quanto para os protegidos, eram medidas privativas de liberdade,

15 SARAIVA, João Batista Costa. **Adolescente em Conflito com a Lei**. Da indiferença à proteção integral. Uma abordagem sobre a responsabilidade penal juvenil. 2 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005. p. 50.

sob o argumento de que estariam em risco e não simplesmente pelo fato ocorrido.

Durante a vigência do Código de Menores, grande parte da população infanto-juvenil recolhida às entidades de internação não eram autores de atos infracionais.

Vale asseverar a posição de Emílio García Méndez¹⁶:

Trata-se, na realidade, da doutrina jurídica que pouco tem de doutrina e nada de jurídica, se por jurídico entendermos – no sentido iluminista – regras claras e preestabelecidas de cumprimento obrigatório para os destinatários e para os responsáveis por sua aplicação. Essa doutrina constitui, na realidade, uma colcha de retalhos do senso comum que o destino elevou a categoria comum. Sua missão consiste, na realidade, em legitimar a disponibilidade estatal absoluta de sujeitos vulneráveis que, precisamente por assim serem, são definidos como situação irregular. Nesse sentido, as hipóteses de entrada no sistema carecem da menor taxatividade.

Crianças e adolescentes abandonados, vítimas de abusos e maus-tratos e supostos autores da lei penal, quando pertencentes aos setores mais débeis da sociedade constituem em clientes potenciais dessa definição. Além disso, como numa espécie de auto-ironia, as leis de menores ampliam os alcances da disponibilidade estatal ao restante da infância que se encontre em perigo material ou mortal. Neste contexto, a arbitrariedade não pode jamais constituir a exceção e sim o comportamento rotineiro dos encarregados de sua aplicação.

Salienta-se alguns pontos principais acerca da doutrina da situação irregular, segundo Emílio Méndez¹⁷:

- a) Essas leis pressupõem a existência de profunda divisão no interior da categoria infância: crianças-adolescentes e menores (entendendo-se pelos últimos o universo dos excluídos da escola, da família, da saúde etc.). Como consequência, essas leis, que são exclusivamente para menores, tendem objetivamente a consolidar as divisões aludidas dentro do universo da infância;
- b) Centralização do poder de decisão na figura do juiz de menores com competência onímoda e discricional;
- c) Judicialização dos problemas vinculados à infância em situação de

16 MÉNDEZ, Emílio García. **Infância e Cidadania na América Latina**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 171.

17 MÉNDEZ, Emílio García. **Infância e Cidadania na América Latina**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 26.

risco, com clara tendência de patologizar situações de origem estrutural;

d) Impunidade (com base na arbitrariedade normativamente reconhecida) para tratamento dos conflitos de natureza penal. Essa impunidade se traduz na possibilidade de se declarar juridicamente irrelevante os delitos graves cometidos por adolescentes pertencentes às classes sociais média e alta;

e) Criminalização da pobreza, dispondo de intervenções que constituem verdadeiras privações de liberdade, por motivos vinculados à mera falta de carência de recursos materiais;

f) Consideração da infância, na melhor das hipóteses, como objeto de proteção;

g) Negação explícita e sistemática dos princípios básicos e elementares do direito até mesmo dos contemplados na própria Constituição Nacional como direito de todos os habitantes; e

h) Construção sistemática da semântica eufemística que condiciona o funcionamento do sistema à não-verificação empírica de suas consequências reais.

Com o advento da Carta Magna Brasileira de 1988 provocou-se grandes mudanças no ordenamento jurídico brasileiro. A nova Constituição, mais especificamente em seus artigos 227 e 228, rompe com a doutrina da situação irregular e estabelece um novo paradigma, chamado doutrina da proteção integral.

Nesse sentido, salienta-se o entendimento de Andréa Amin¹⁸:

Coroando a revolução constitucional que colocou o Brasil no seleto rol das nações mais avançadas na defesa dos interesses infante-juvenis, para as quais crianças e jovens são sujeitos de direito, titulares de direitos fundamentais, foi adotado o sistema garantista da doutrina da proteção integral. Objetivando regulamentar e implementar o novo sistema, foi promulgada a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, de autoria do Senador Ronan Tito e relatório da Deputada Rita Camata.

Assim, nessa conjuntura e pela nova ordem que se originou após a Convenção das Nações Unidas de Direitos da Criança, além do aparato internacional incidente, surge a Doutrina da Proteção Integral, já presente na

18 AMIN, Andréa Rodrigues. Evolução Histórica do Direito da Criança e do Adolescente. In: MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (Coord.). **Curso de Direito da Criança e do Adolescente**. Aspectos Teóricos e Práticos. 3 ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008. p. 6.

Constituição Federal de 1988 e posteriormente consolidada no Estatuto da Criança e do Adolescente, resta, portanto, sepultada a doutrina da situação irregular.

1.2 Doutrina da Proteção Integral

Por sua vez, vale destacar que a doutrina da proteção integral, trazida na legislação brasileira pelo Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, absorveu valores insculpidos na Convenção dos Direitos da Criança de 1989 e quebrou um padrão pré-estabelecido (a doutrina da situação irregular), passando, assim, a ter um direito infanto-juvenil amplo, com caráter de política pública, com um poder decisório participativo e uma gestão democrática. Segundo Andréa Amin¹⁹ “[...] passamos assim, a ter um Direito da Criança e do Adolescente, em substituição ao Direito do Menor, amplo, abrangente, universal e, principalmente, exigível”.

Veja o que diz Norberto Bobbio²⁰:

[...] A *Declaração dos Direitos da Criança*, adotada pela Assembléia Geral em 20 de novembro de 1959, refere-se em seu preâmbulo à Declaração Universal; mas, logo após essa referência, apresenta o problema dos direitos da criança como uma especificação da solução dada ao problema dos direitos do homem. Se se diz que “a criança, por causa da sua imaturidade física e intelectual, necessita de uma proteção *particular* e de cuidados *especiais*”, deixa-se assim claro que os direitos da criança são consideradas como um *ius singulare* com relação a um *ius commune* [...].

A Constituição Federal de 1988 incorporou em seu texto, mais especificamente em seus artigos 227 e 228, os princípios fundantes da Doutrina da

19 AMIN, Andréa Rodrigues. Evolução Histórica do Direito da Criança e do Adolescente. In: MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (Coord.). **Curso de Direito da Criança e do Adolescente**. Aspectos Teóricos e Práticos. 3. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008. p. 14.

20 BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992. p. 35.

Proteção Integral. Neste sentido, vale destacar o que o artigo 227, caput, e 228²¹ dispõem:

Art. 227: É dever da família, da sociedade e do estado 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, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Art. 228: São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às normas da legislação especial.

Estando, assim, em perfeita harmonia com a Carta Magna de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente veio regulamentar os dispositivos constitucionais que versam sobre a matéria. É importante frisar, portanto, o que está expresso em seus artigos 1º, 3º, 4º, *caput* e 5º²², conforme destacado abaixo:

Art. 1º: Esta lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.

Art. 3º: A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, de 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 referentes à vida, à saúde, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Art.5º: Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Outrossim, cabe salientar, que diante da Convenção Internacional de

21 BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 6. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

22 BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 jul.1990.

Direitos da Criança²³, das Regras Mínimas das Nações Unidas para administração dos Direitos dos Menores (chamadas de Regras de Beijing - 1985)²⁴, das Regras das Nações Unidas para a proteção dos menores privados de liberdade e das Diretrizes das Nações Unidas para prevenção da delinquência juvenil (conhecida como Diretrizes de Riad - 1990)²⁵, foi afirmada a Doutrina da Proteção Integral.

Acerca da doutrina da Proteção Integral, é relevante citar o que Emílio García Méndez²⁶ dispõe:

Pela primeira vez, uma construção de direito positivo vinculada à infância-adolescência rompe explicitamente com a chamada doutrina da situação irregular, substituindo-a pela doutrina da proteção integral, também chamada doutrina das Nações Unidas para a proteção dos direitos da infância.

Emílio Garcia Mendez²⁷, ainda, coloca em evidência os principais pontos deste novo paradigma:

1. Municipalização da política de atenção direta (art. 88., I).
2. Eliminação de formas coercitivas de internação, por motivos relativos ao desamparo social, por meio da supressão da figura da situação irregular. O art. 106 dispõe de forma taxativa (garantista) os motivos causais da privação de liberdade (flagrante de ato infrator ou por ordem estrita e fundamentada da autoridade judicial competente).
3. Participação paritária e deliberativa do governo-sociedade civil, assegurada pela existência de Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente, nos três níveis da organização política e administrativa do país: federal, estadual e municipal (art. 88, II).
4. Hierarquização da função judicial, transferindo aos conselhos

23 Convenção Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/cidadaos/infancia-e-juventude/legislacao>>. Acesso em: 27 jan. 2013.

24 Regras Mínimas para a Administração da Justiça, da Infância e da Juventude. Regras de Beijing. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/cidadaos/infancia-e-juventude/legislacao>>. Acesso em: 27 jan. 2013.

25 Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade. Disponível em: <http://www.mp.am.gov.br/index.php/centros-de-apoio/infancia-e-juventude/legislacao/1797-regras-minimas-das-nacoes-unidas-para-a-protecao-dos-jovens-privados-de-liberdade>. Acesso em: 23 fev. 2013.

26 MÉNDEZ, Emílio García. **Infância e Cidadania na América Latina**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 113.

27 MÉNDEZ, Emílio García. **Infância e Cidadania na América Latina**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 113-114.

tutelares, de atuação exclusiva no âmbito municipal, tudo o que for relativo à atenção de casos não veiculados ao âmbito da infração penal nem a decisões relevantes passíveis de produzir alterações importantes na condição jurídica da criança ou do adolescente (arts. 136 e 137).

Tal paradigma constrói um novo direito infanto-juvenil. Assim, crianças/adolescentes passam a ser sujeitos de direitos, titulares de direitos fundamentais e respeitados como pessoas em desenvolvimento.

Nesse sentido, João Costa Saraiva²⁸ assevera:

Este conjunto normativo revogou a antiga concepção tutelar, trazendo a criança e o adolescente para uma condição de sujeito de direito, de protagonista de sua própria história, titular de direitos e obrigações próprios de sua peculiar condição de pessoa em desenvolvimento, dando um novo contorno ao funcionamento da Justiça de Infância e Juventude, abandonando o conceito de menor, como subcategoria de cidadania.

A ideia central, de proteger crianças e adolescentes, não se trata de proteger a pessoa dos infantes/adolescentes e sim assegurar os direitos de todas as crianças e adolescentes, ou seja, tal proteção visa promover estes direitos sem restrições ou violações.

Conclui-se, assim, que a Doutrina da Proteção Integral é norteadora de todo o direito da criança e do adolescente, sendo portanto, recepcionada pela lei maior do ordenamento jurídico do país. Ora, este novo paradigma rompeu com o pensamento anterior da sociedade.

Nesse contexto, vale citar o pensamento de Martha de Toledo Machado²⁹:

[...] o *paradigma da proteção integral*, revisitando e revigorando a

28 SARAIVA, João Batista Costa. **Adolescente em Conflito com a Lei**. Da indiferença à proteção integral. Uma abordagem sobre a responsabilidade penal juvenil. 2 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005. p. 57.

29 MACHADO, Martha de Toledo. **A Proteção Constitucional de Crianças e Adolescentes e os Direitos Humanos**. Barueri, São Paulo: Manole, 2003. p. 54.

vertente igualitária e democratizante do direito iluminista, instala uma nova ordem na matéria, afinada com a contemporânea concepção radical proteção aos Direitos Humanos.

A doutrina da proteção integral, no campo formal, está perfeitamente delineada. Entretanto, o desafio é torná-la efetiva, palpável, real. Para que isto ocorra é necessário o comprometimento de todos os agentes, isto é, o Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Executivo, técnicos, sociedade civil, família, em querer adequar a um sistema garantista o cotidiano infanto-juvenil.

Esse comprometimento de todos os atores sociais se faz necessário, também, em relação ao adolescente/jovem em conflito com a lei, no contexto do cumprimento de medidas socioeducativas, a fim de que as práticas estatutárias não sejam adotadas em diferentes contextos.

Assim, vale frisar o que preceitua o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) acerca do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)³⁰:

[...] É imprescindível a composição de um corpo técnico que tenha conhecimento específico na área de atuação profissional e, sobretudo, conhecimento teórico-prático em relação à especificidade do trabalho a ser desenvolvido. Sendo assim, os programas socioeducativos devem contar com uma equipe multiprofissional com perfil capaz de acolher e acompanhar os adolescentes e suas famílias em suas demandas bem como atender os funcionários; com habilidade de acessar a rede de atendimento pública e comunitária para atender casos de violação, promoção e garantia de direitos.

As diferentes áreas do conhecimento são importantes e complementares no atendimento integral dos adolescentes. A psicologia, a terapia ocupacional, o serviço social, a pedagogia, a antropologia, a sociologia, a filosofia e outras áreas afins que possam agregar conhecimento no campo do atendimento das medidas socioeducativas.

30 BRASIL. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE/Secretaria Especial dos Direitos Humanos** – Brasília/DF: CONANDA, 2006. p. 53.

Nesse diapasão, a interface entre o sistema de justiça e as práticas do campo socioeducativo são marcados por uma crescente interdisciplinariedade. Assim, as fronteiras que estão sendo construídas nesta interface são fundamentais para produzir avanços para uma efetiva promoção dos direitos da infância e da adolescência.

Uma preocupação na formulação de políticas condizentes com o paradigma da proteção integral é o modo de efetivar a dimensão da responsabilização. Maria Cristina Vicentim³¹ assim dispõe:

[...] o tema da assunção/atribuição de responsabilidade assume uma função cardinal quando estamos no campo da adolescência pelas inúmeras tensões/problematizações que se colocam na discussão: tutela x autonomia, direitos civis x direitos sociais, justiça penal x sistema socioeducativo (ou sócio-psico-assistencial) [...].

Torna-se mais relevante a discussão no tocante a responsabilização juvenil quando se trata de novas demandas sociais, principalmente quando voltadas para desdobramentos em processos de criminalização, judicialização e patologização dos adolescentes e jovens em conflito com a lei.

Nesse diapasão, com o propósito de avançar o paradigma da proteção integral, no que dispõe acerca do cumprimento de internação provisória e medidas socioeducativas privativas de liberdade de adolescentes e jovens com transtornos mentais, menciona-se princípios basilares norteadores da justiça infanto-juvenil.

1.2.1 Princípio da co-responsabilidade

Uma das mais importantes considerações a respeito do tema é a

31 VICENTIM, Maria Cristina. A questão da responsabilidade penal juvenil: notas para uma perspectiva ético-política. In: **Justiça, Adolescente e Ato Infracional**: socioeducação e responsabilização. ILANUD; ABMP; SEDH; UNFPA (Orgs.). São Paulo: ILANUD, 2006. p. 153.

necessidade da obediência ao preceito constitucional, bem como da lei infraconstitucional, garantindo à infância e juventude a efetividade de seus direitos.

É papel da família, da sociedade, além do Estado de assegurar se tais direitos especiais estão sendo observados. Neste sentido, cabe a estes entes (família, sociedade, Estado) garantir a proteção e promoção dos direitos das crianças/adolescentes sem restrições ou violações.

Entretanto, caso ocorra violações desses direitos é dever não só do Estado, mas da família e da sociedade de restabelecer o direito atingido, por meio de procedimentos eficazes. Infere-se, contudo, que cabe a família, sociedade e ao Estado a responsabilidade de garantir o respeito aos direitos constitucionais.

1.2.2 Princípio da condição peculiar de pessoa em desenvolvimento

Prefacialmente, no que reporta-se a criança/adolescente tem que se ter em mente que são sujeitos de direito que ainda não desenvolveram por completo a sua personalidade. Tal característica é própria de sua peculiar condição de pessoa em formação, sob inúmeros aspectos, tanto no que diz respeito à moralidade, ao lado psíquico, intelectual, social e físico também.

Essa condição de pessoa em desenvolvimento significa que se encontram em uma situação especial, de grande vulnerabilidade, ensejadora, portanto, de proteção específica, para que possam desenvolver completamente sua formação. A Constituição Federal da República de 1988, bem como o Estatuto da Criança e do Adolescente se incumbiram de assegurar tais direitos fundamentais.

Nesse panorama, Martha de Toledo³² afirma que “[...] os direitos

³² MACHADO, Martha de Toledo. **A Proteção Constitucional de Crianças e Adolescentes e os Direitos Humanos**. Barueri, São Paulo: Manole, 2003. p. 121.

fundamentais de crianças e adolescentes são especiais, no sentido de distintos do direito dos adultos [...]”. Ora, crianças/adolescentes devem ser tratados de forma peculiar, eis que são detentores de necessidades inerentes ao seu desenvolvimento, devendo, assim, serem envolvidos com cuidados, carinho, atenção, pois ainda não sabem direcionar suas vidas, sendo de extrema relevância terem apoio de pessoas que os conduzam.

Isto posto, salienta-se que se faz necessário a observância do princípio da peculiar condição de pessoa em desenvolvimento para garantir, plenamente, a eficácia dos direitos infanto-juvenis.

1.2.3 Princípio da prioridade absoluta da criança e do adolescente

O princípio da prioridade absoluta é constitucionalmente assegurado, sendo, inclusive, integrante da doutrina da proteção integral. Salienta-se, neste contexto, que tal prioridade tem por objetivo assegurar a proteção integral, garantindo, assim, a eficácia dos direitos enunciados tanto na Carta Maior quanto no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Insta relatar que essa prioridade leva em consideração a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, isto porque as crianças/adolescentes encontram-se em estágio de formação biopsicossocial. Ora, tal prioridade deve ser garantida por todos, isto é, pela família, pela comunidade, pela sociedade num todo e pelo Estado.

Conforme Andréa Amim³³, “Buscando efetivar o princípio da prioridade

33 AMIN, Andréa Rodrigues. Evolução Histórica do Direito da Criança e do Adolescente. In: MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (Coord.). **Curso de Direito da Criança e do Adolescente**. Aspectos Teóricos e Práticos. 3 ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008. p. 23.

absoluta, a lei previu um rol mínimo de preceitos a serem seguidos buscando tornar real o texto constitucional”. Neste sentido, vale citar o que dispõe o parágrafo único, do artigo 4º, da Lei 8.069/90³⁴:

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, 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.

Nesse diapasão, ressalta-se que o princípio da prioridade absoluta deve ser encarado como primazia. Ora, tal previsão legal deve prevalecer em favor dos interesses das crianças/adolescentes.

1.2.4 Princípio do melhor interesse da criança e do adolescente

Conforme enunciado na Convenção Internacional dos Direitos da Criança, o princípio do melhor interesse da criança/adolescente dispõe que estes tenham seus interesses tratados como prioridade, tanto pelo Estado, como pela sociedade, quanto pela família, eis que deve ser observada sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

Vale frisar que atualmente qualquer decisão que diz respeito à criança ou adolescente deve ser tomada considerando seu melhor interesse. Neste sentido,

³⁴ BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 jul.1990.

segundo dispõe Paulo Lôbo³⁵, “O princípio não é uma recomendação ética, mas diretriz determinante nas relações da criança e do adolescente com seus pais, com sua família, com a sociedade e com o Estado”.

Assevera-se, portanto, que o princípio do melhor interesse da criança e do adolescente é um reflexo da doutrina da proteção integral e da sua relação com os direitos humanos.

Por fim, o princípio do melhor interesse é orientador tanto para o legislador quanto para o aplicador, determinando, contudo, as necessidades da criança e do adolescente como critério de interpretação da lei.

1.2.5 Princípio da excepcionalidade e da brevidade

A Constituição Federal em seu artigo 227, § 3º, inciso V, e o artigo 121, *caput*, do Estatuto da Criança e do Adolescente enunciam os princípios da excepcionalidade e brevidade, como limitadores da resposta estatal, na privação de liberdade de adolescentes autores de atos infracionais.

Nesse prisma, destaca-se que as medidas privativas de liberdade - quais sejam: inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional – estão sujeitas aos princípios da excepcionalidade, brevidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento (artigo 121, *caput*, ECA)³⁶.

O princípio da excepcionalidade implica a necessidade de que as medidas socioeducativas sejam aplicadas seguindo uma gradação, começando-se

35 LÔBO, Paulo. **Direito Civil. Famílias**. São Paulo: Saraiva, 2008. p. 55.

36 BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 jul.1990.

pela mais branda e passando-se a uma mais gravosa. Do contrário, a medida assume natureza de punição e não de reeducação, como determina o Estatuto da Criança e do Adolescente. Ou seja, só serão aplicadas se preenchidas as hipóteses do artigo 122 do Estatuto Menorista, sendo portanto, último recurso à reeducação do adolescente em conflito com a lei.

Nesse sentido, segue o julgado do Superior Tribunal de Justiça, externado no Habeas Copus 28650 / SP, do Relator Ministro Paulo Medina³⁷:

O princípio da excepcionalidade previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 121, acentua que **todas as medidas mais brandas devem ser impostas ao adolescente antes de serem aplicadas as mais gravosas** (grifo nosso).

O artigo 121, § 2º do ECA traz o princípio da brevidade enunciando que as medidas privativas de liberdade não comportam prazo determinado, devendo ser reavaliada no máximo a cada seis meses, mediante decisão fundamentada.

Emílio García Mendez ressalta que: “[...] O caráter breve e excepcional da medida surge, também, do reconhecimento dos provados efeitos negativos da privação de liberdade, principalmente no caso de pessoa humana em condição peculiar de pessoa em desenvolvimento³⁸.”

As normas internacionais - a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, as Regras Mínimas para a Administração da Justiça, da Infância e da Juventude (Regras de Beijing) e as Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade³⁹ – aliadas a Carta Magna de 1988, a

37 SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/ita.asp?registro=200300917802&dt_publicacao=24/11/2003>. Acesso em: 22 jan 2013.

38 MENDEZ, Emílio García In: CURY, Munir (Coord.). **Estatuto da Criança e do Adolescente comentado**: comentários jurídicos e sociais. 9 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2008. p. 449.

39 MENDEZ, Emílio García In: CURY, Munir (Coord.). **Estatuto da Criança e do Adolescente comentado**: comentários jurídicos e sociais. 9 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2008. p. 449.

Lei 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) e a Lei 12.594/2012 (Sistema Nacional Socioeducativo – SINASE) são imperiosas ao caracterizar a medida privativa de liberdade como sendo de última instância, de caráter excepcional e mínima duração possível.

Os princípios da excepcionalidade e da brevidade estão implícitos na inimputabilidade penal infanto-juvenil e são exclusivos aos inimputáveis, configurando uma garantia constitucional de crianças e adolescentes.

Nesse contexto, de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos surge o processo de responsabilização de adolescente/jovem em conflito com lei que, norteado de garantias constitucionais especiais e exclusivas, define sanções compatíveis com sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

2 SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL: OS DESAFIOS NO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO

Este capítulo dedica-se a tratar do direito fundamental à saúde, especialmente, o direito à saúde mental, durante o processo ressocializador de adolescentes/jovens em conflito com a lei que apresentam indícios ou comprovação de transtorno mental. Busca esboçar, em especial, as diretrizes trazidas na Lei 8.069/1990, na lei n. 10.216/2001 e na Lei 12.594 de 18 de janeiro de 2012, que regulamentou a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescentes que praticam atos infracionais. Prima, hodiernamente, por levantar a discussão acerca da responsabilização juvenil voltada para o desdobramento de criminalização, judicialização e patologização dos adolescentes e jovens em conflito com a lei.

2.1 Direito fundamental à saúde

A definição de saúde, pela Organização Mundial da saúde, entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças, será a adotada nesta pesquisa⁴⁰.

Nesse prisma, a Constituição Federal⁴¹ preceitua que “[...] saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que

40 Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 09 jul. 2011.

41 BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Carta Magna de 1988 no *caput* do artigo 227 assegura à criança, ao adolescente e ao jovem, com prioridade absoluta, o direito à saúde, isto é, um direito fundamental de 2ª geração que se encontra no rol de direitos sociais, chamados de direitos positivos, exigindo, portanto, atuação estatal para concretizá-lo. Ademais, o inciso II, § 1º do artigo 227 da mencionada Carta⁴² prevê a “[...] criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos [...]”.

O artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece, dentre outros, como prioridade absoluta a efetivação do direito à saúde. Para que esta efetivação ocorra, o parágrafo único do artigo 4º do ECA⁴³ dispõe:

Art. 4º: ...

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 de políticas públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Nesse diapasão, o artigo 7º do ECA⁴⁴ prevê que “A criança e o

42 BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 6. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

43 BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 jul.1990.

44 BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 jul.1990.

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”.

Ainda no tocante à saúde, o artigo 11 do ECA⁴⁵ assegura a criança e ao adolescente atendimento integral pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Asseverando, inclusive, em seu parágrafo primeiro que “A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado”.

Sob esta ótica, frisa-se que a Lei 8.069/90 indica mecanismos destinados à promoção dos direitos da criança e do adolescente com normas sobre a política de atendimento infanto-juvenil. Neste sentido, Patrícia Silveira Tavares⁴⁶ assevera:

Compreende-se, hodiernamente, a política de atendimento, como o conjunto de instituições, princípios, regras, objetivos e metas que dirigem a elaboração de planos destinados à tutela dos direitos da população infanto-juvenil, permitindo, desta forma, a materialização do que é determinado, idealmente, pela ordem jurídica.

É, portanto, pelo desenvolvimento da política de atendimento – que integra o âmbito maior da política de promoção e proteção dos direitos humanos – , que o eixo estratégico da promoção dos direitos humanos de crianças e adolescentes é operacionalizado.

Ressalta-se que cabe a União, Estados, Distrito Federal e Municípios a política de atendimento a crianças e adolescentes, consoante disposto no artigo 86 do ECA, em harmonia com o artigo 227, parágrafo 7º da Constituição Federal combinado com o artigo 204 do mesmo diploma legal. Isto é, cabe a todos os entes da federação a responsabilidade no tratamento infanto-juvenil.

Nesse sentido, o inciso I do artigo 87 do Estatuto da Criança e do

45 BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 jul.1990.

46 TAVARES, Patrícia Silveira. A Política de Atendimento. In: MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (Coord.). **Curso de Direito da Criança e do Adolescente**. Aspectos Teóricos e Práticos. 4 ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2010. p. 305.

Adolescente preconiza as políticas sociais básicas como uma das linhas de ação da política de atendimento, ou seja, neste rol se encontra a saúde.

A Lei 12.594/2012 prevê, dentro dos planos de atendimento socioeducativo, ações voltadas para a saúde, conforme preceituado em seu artigo 7º, parágrafo 2º.

As ações integrantes da política de atendimento são de execução obrigatória, eis que seu descumprimento legitima o ajuizamento das ações de responsabilidade, elencada no artigo 208 da Lei 8.069/90.

Por fim, vale mencionar o que João Batista da Costa Saraiva⁴⁷ traz como sistema de garantias para efetivar uma política pública que prioriza a criança e o adolescente, observando sua peculiar condição. É o que segue:

- a) O Sistema Primário, que dá conta das Políticas Públicas de Atendimento a crianças e adolescentes (especialmente os arts. 4º e 85/87);
- b) o Sistema Secundário que trata das Medidas de Proteção dirigidas a crianças e adolescentes em situação de risco pessoal ou social, não autores de atos infracionais, de natureza preventiva, ou seja, crianças e adolescentes enquanto vítimas, enquanto violados em seus direitos fundamentais (especialmente os arts. 98 e 101).
- c) o Sistema Terciário, que trata das medidas socioeducativas, aplicáveis a adolescentes em conflito com a Lei, autores de atos infracionais, ou seja, quando passam à condição de vitimizadores (especialmente os arts. 103 e 112) [...].

Assim, quando o adolescente é autor de ato infracional o sistema terciário é acionado, dando início ao seu processo de responsabilização, conforme a seguir exposto.

47 SARAIVA, João Batista Costa. **Adolescente em conflito com a lei**: da indiferença à proteção integral. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003. p. 62-63.

2.2 O processo de responsabilização do adolescente em conflito com a lei

O Estatuto da Criança e do Adolescente, tomando como ponto de partida a Constituição Federal de 1988, abraçou as necessidades sociais, invocando direitos e obrigações, projetando uma transformação na condição sócio-jurídica da Infância e da Juventude. Com foco na doutrina da proteção integral, buscou disciplinar as regras de apuração de atos infracionais praticados por adolescentes, resguardando sua peculiar condição de pessoa em desenvolvimento, assegurando o devido processo legal e a ampla defesa.

A Lei 8.069/90 ao distinguir crianças (pessoa até doze anos de idade incompletos) e adolescentes (pessoa entre doze e dezoito anos de idade) faz por definir medidas de responsabilização diferentes quando estes praticam atos infracionais. A referida lei traz em seu corpo que, excepcionalmente, será aplicada às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade. Ora, isto se dá nos casos em que a apuração do fato venha a acontecer após ser atingida a maioridade penal do autor do ato.

Conforme disposto no artigo 103 do Estatuto, ato infracional será toda conduta descrita como crime ou contravenção penal, em observância ao princípio constitucional da legalidade.

Nesse prisma, conforme o artigo 105 do ECA, crianças que cometem condutas típicas penalmente estão sujeitas, tão somente, às medidas de proteção

elencadas no artigo 101 do mesmo diploma legal⁴⁸, sem que ocorra a privação de liberdade.

O ECA prevê em seu artigo 136, inciso I, que cabe ao Conselho Tutelar, e não ao Juízo da Vara da Infância e da Juventude, o atendimento e aplicação de medidas de proteção à crianças quando praticarem atos infracionais.

Em contrapartida, os adolescentes que cometem atos infracionais, após apurada sua responsabilidade e observado o devido processo legal, estão sujeitos as medidas socioeducativas⁴⁹ que incluem as medidas privativas de liberdade.

Wilson Donizeti Liberati⁵⁰ assevera:

[...] as crianças não somente são penalmente inimputáveis como também são penalmente irresponsáveis. No caso do cometimento por uma criança de atos que infrinjam as leis penais, apenas poderão corresponder, eventualmente, medidas de proteção, previstas no art. 101 do ECA. Ao contrário, os adolescentes, também penalmente inimputáveis, são, no entanto, penalmente responsáveis. Quer dizer, respondem penalmente, nos exatos termos de leis específicas como o Estatuto, por aquelas condutas passíveis de serem caracterizadas como crimes ou contravenção penal.

48 Art. 101 da Lei nº 8.069/1990. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

- I – encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;
- II – orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- III – matrícula e frequência obrigatória em estabelecimento oficial de ensino fundamental;
- IV – inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente;
- V – requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;
- VI – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;
- VII – acolhimento institucional;
- VIII – inclusão em programa de acolhimento familiar;
- IX – colocação em família substituta.

49 Art. 112 da Lei nº 8.069/1990. Verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas:

- I – advertência;
- II – obrigação de reparar o dano;
- III – prestação de serviços à comunidade;
- IV – liberdade assistida;
- V – inserção em regime de semiliberdade;
- VI – internação em estabelecimento educacional;
- VII – qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI.

50 LIBERATI, Wilson Donizeti. **Processo Penal Juvenil**. São Paulo: Malheiros, 2008. p. 74.

O artigo 106 da norma estatutária elenca um dos direitos individuais previstos para adolescentes autores de atos infracionais, consistente em “nenhum adolescente será privado de sua liberdade senão em flagrante de ato infracional ou por ordem escrita e fundamentada da autoridade judiciária competente”. Assim, a norma dispõe que em situação de flagrância de ato infracional, permitindo a apreensão do adolescente, devem ser observadas as hipóteses dos artigos 302 e 303 do Código de Processo Penal, subsidiariamente aplicados ao ECA, conforme preconiza o artigo 152 do Estatuto. Caso contrário, a inobservância acarreta em crime previsto no artigo 230, *caput*, da Lei 8.069/90.

Ademais, o adolescente deve ser informado dos seus direitos, dentre eles o direito constitucional de permanecer calado, bem como o direito à identificação dos responsáveis pela sua apreensão (art. 106, parágrafo único do ECA), além de lhe ser assegurado a assistência de familiares e de advogado. Inexistindo respeito à norma, resta tipificado o crime elencado no parágrafo único, do artigo 230 do Estatuto.

Conforme o artigo 107, *caput*, do Estatuto, a apreensão de qualquer adolescente e o local em que se encontra apreendido serão imediatamente comunicados à autoridade judiciária competente e à família do apreendido ou à pessoa por ele mencionada. A não observância da formalidade incide no crime descrito no artigo 231 do ECA.

A referida comunicação possibilita a liberação do adolescente pela autoridade policial, ante o comparecimento de qualquer dos pais ou responsável, segundo disposto no artigo 174 da Lei 8.069/90.

Nesse contexto, o parágrafo único do artigo 107 do ECA, prevê a possibilidade imediata de liberação do adolescente, quer seja pela autoridade policial (liberação aos pais ou responsáveis), quer seja pelo Juiz da Vara da Infância e da Juventude (liberação da apreensão ilegal). A omissão da autoridade competente tipifica o crime previsto no artigo 324 do ECA.

O artigo 109 do Estatuto, integrante, ainda, dos direitos individuais do adolescente, ressalva que “O adolescente civilmente identificado não será submetido a identificação compulsória pelos órgãos policiais, de proteção e judiciais, salvo para efeito de confrontação, havendo dúvida fundada”. Assim, a inobservância do dispositivo acarreta na violação do artigo 232 do ECA.

Já os artigos 110 e 111 do Estatuto da Criança e do Adolescente dispõem sobre as garantias processuais que permeiam o processo de responsabilização do adolescente em conflito com a lei.

Sob esse enfoque, o § 3º, do artigo 227 e artigo 228, ambos da Carta Maior definem o sistema especial de proteção dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes. O inciso IV do § 3º do artigo 227 da Constituição Federal garante que o adolescente tenha direito ao conhecimento pleno e formal da atribuição do ato infracional imputado, bem como igualdade na relação processual, além de ser assistido por um profissional técnico e habilitado.

Esse direito pleno e formal do conhecimento da atribuição do ato infracional está descrito, ainda, no inciso I do artigo 111 da Lei 8.069/90. Sua materialização ocorrerá por meio da citação regular do adolescente e de seus pais ou responsável, com fulcro no § 1º do artigo 184 do mencionado diploma legal.

O inciso II, do artigo 111, do ECA trouxe a garantia da igualdade na relação processual, consistente em equiparar as partes, promovendo o equilíbrio entre a acusação e a defesa⁵¹. O adolescente, poderá, conforme expresso no artigo, produzir todas as provas necessárias à sua defesa, além de confrontar-se com as vítimas e testemunhas. Neste prisma, o direito de produzir provas na audiência de continuação (artigo 186, § 4º do ECA) está disposto no enunciado da súmula 342 do Superior Tribunal de Justiça⁵².

Sob a premissa da garantia a igualdade processual, o inciso III do artigo 111 da norma estatutária prevê a garantia da defesa técnica para o adolescente autor de ato infracional, sob pena de nulidade dos atos processuais realizados. Vale frisar, ainda, o que enuncia o dispositivo 207 e parágrafos do ECA⁵³, reafirmando a imprescindibilidade da atuação do profissional habilitado, autorizando, inclusive, que o juiz nomeie defensor substituto, ainda que provisoriamente ou apenas para o ato, quando verificada a ausência do advogado constituído.

Desta feita, a assistência judiciária gratuita, bem como o direito de ser ouvido pessoalmente pela autoridade competente, além do direito de requerer a presença dos pais ou responsáveis legais são garantias processuais, elencadas nos incisos IV, V e VI, do artigo 111 da norma estatutária, destinadas aos adolescentes autores de atos infracionais.

51 LIBERATI. Wilson Donizeti. **Processo penal juvenil**: a garantia da legalidade na execução de medida socioeducativa. São Paulo: Malheiros Editores, 2006. p. 104.

52 Súmula 342 STJ: No procedimento para aplicação de medida socioeducativa, é nula a desistência de outras provas em face da confissão do adolescente.

53 Art. 207 do ECA. Nenhum adolescente a quem se atribua a prática de ato infracional, ainda que ausente ou foragido, será processado sem defensor.

§ 1º Se o adolescente não tiver defensor, ser-lhe-á nomeado pelo juiz, ressalvado o direito de, a todo tempo, constituir outro de sua preferência.

§ 2º A ausência do defensor não determinará o adiamento de nenhum ato do processo, devendo o juiz nomear substituto, ainda que provisoriamente, ou para o só efeito do ato.

§ 3º Será dispensada a outorga de mandato, quando se tratar de defensor nomeado ou, sido constituído, tiver sido indicado por ocasião de ato formal com a presença da autoridade judiciária.

Partindo do contexto acima, a apreensão do adolescente poderá acontecer por força de flagrante de ato infracional, devendo ser encaminhado a autoridade policial competente, ou por força de ordem judicial, sendo encaminhado neste caso ao Juiz da Vara da Infância e da Juventude.

Nos termos do artigo 173, incisos I, II, III e parágrafo único do ECA, caso o adolescente seja apreendido em flagrante por ato infracional cometido mediante violência ou grave ameaça a pessoa será lavrado auto de apreensão, ouvindo as testemunhas e o autor do ato. Entretanto, se o adolescente for apreendido por flagrante de ato infracional praticado sem violência, tampouco grave ameaça a pessoa, a autoridade policial competente lavrará boletim de ocorrência circunstanciada. Nas duas hipóteses a autoridade competente deverá apreender o produto e os instrumentos da infração, bem como requisitar exames ou perícias necessárias para a comprovação da materialidade e autoria do ato infracional, sendo elementos imprescindíveis para eventual aplicação de medida socioeducativa.

Sendo o adolescente, observado os requisitos do artigo 174, primeira parte do Estatuto, liberado pela autoridade policial, deverá comparecer ao Ministério Público, no mesmo dia ou, na impossibilidade, no primeiro dia útil após ser liberado da apreensão. Concomitantemente, a autoridade policial encaminhará cópia do auto de apreensão ou boletim de ocorrência ao Órgão Acusador para que tome as providências cabíveis. Inexistindo flagrância, porém com indícios de participação do adolescente em ato infracional, a autoridade policial encaminhará relatórios de investigações e documentos pertinentes.

Não sendo liberado, conforme disposto no artigo 174, parte final do ECA, o adolescente será encaminhado, juntamente com a cópia do auto de infração ou do

boletim de ocorrência (artigo 175, *caput*, da Lei 8.069/90) ao *Parquet*. Por ventura, caso não seja possível a imediata apresentação ao Ministério Público, o adolescente será encaminhado à unidade de internação em estabelecimento educacional, sendo nesta hipótese apresentado no prazo de 24 horas ao Órgão Acusador (artigo 175, § 1º do mesmo Diploma Legal).

Conforme disposto no artigo 175, § 2º do ECA, na ausência de entidade de atendimento, o jovem permanecerá na delegacia especializada e, na sua falta, permanecerá em dependência separada dos adultos, não podendo exceder o período de 24 horas. Assim, o seu descumprimento incorre nas penas do artigo 235 da norma estatutária.

A teor do artigo 178 do Estatuto o adolescente não poderá ser locomovido em condições atentatórias à sua dignidade ou que coloquem em risco sua integridade física ou mental, sob pena de responsabilidade.

No âmbito ministerial, o membro do Órgão Acusador procederá à oitiva informal do adolescente e, sendo possível a dos pais ou responsáveis legais, bem como da vítima e testemunhas (artigo 179 do Estatuto). A não apresentação do jovem implica a notificação aos pais ou responsável legal do adolescente ou, em caso extremo, na condução coercitiva do adolescente.

Feita a oitiva informal, o Promotor de Justiça poderá adotar as providências elencadas nos incisos do artigo 180 do ECA⁵⁴. Caso seja promovido o arquivamento do feito ou oferecida a remissão na modalidade de exclusão do

54 Art. 180 do ECA. Adotadas as providências a que alude o artigo anterior, o representante do Ministério Público poderá:

I – promover o arquivamento dos autos;

II – conceder a remissão;

III – representar à autoridade judiciária para aplicação de medida sócio-educativa.

processo, cumulada ou não com medida socioeducativa em meio aberto, os autos serão encaminhados ao Magistrado para homologação. Não o fazendo, com fundamento no artigo 181 e seus parágrafos, do ECA, os autos poderão ser remetidos ao Procurador Geral de Justiça, com despacho fundamentado, podendo este ratificar o arquivamento ou a remissão, bem como oferecer representação ou designar novo membro do Órgão Acusador para oferecê-la.

Todavia, se o Promotor de Justiça entender pelo oferecimento da representação, irá propor a autoridade judiciária a instauração de procedimento para aplicação de medida socioeducativa pertinente a cada caso, segundo explicita o artigo 182 do ECA. Desta feita, a petição independerá de prova pré-constituída de autoria e materialidade (artigo 182, § 2º, do Estatuto), contendo um resumo dos fatos, além da classificação do ato praticado e rol de testemunhas, se necessário (artigo 182, § 1º do Estatuto).

A autoridade judiciária poderá rejeitar ou receber a representação. Para

Munir Cury⁵⁵:

A rejeição liminar pode ocorrer nos seguintes casos: (a) representação que desatende os requisitos do art. 182, § 1º; (b) representação oferecida em relação a ato infracional praticado por criança (art. 105); (c) o autor do ato infracional conta com 21 anos de idade completos (arts. 2º, parágrafo único, 120, § 2º, e 121, § 5º); (d) a conduta não constitui ato infracional (art. 103); (e) o sujeito era penalmente imputável no momento da conduta (art. 104).

Em contraposto, caso o Juiz da Vara da Infância e da Juventude receba a representação designará a audiência de apresentação, decidindo, neste momento, sobre a decretação da internação provisória pleiteada pelo membro do Órgão

55 CURY, Munir; PAULA, Paulo Afonso Garrido de; MARÇURA, Jurandir Noberto. **Estatuto da Criança e do Adolescente anotado**. 3. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002. p. 163.

Acusador ou pela manutenção desta, a teor do artigo 184, *caput* e parágrafos, do ECA).

O artigo 108 do Estatuto da Criança e do Adolescente disciplina que “A internação, antes da sentença, pode ser determinada pelo prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias”. Devendo ser observado os fundamentos dispostos no parágrafo único do mencionado artigo (indícios suficientes de autoria e materialidade, demonstrada a necessidade imperiosa da medida). O excesso de prazo estipulado em lei ocasiona a ilegalidade da internação provisória e impõe a liberação do adolescente, sob pena de violar o artigo 235 do ECA.

A internação provisória depende de decisão do Juiz da Vara da Infância e da Juventude (art. 146 do ECA), devendo fundamentá-la com base em indícios suficientes de autoria e materialidade, demonstrando, ainda, a necessidade imperiosa da medida. Esta necessidade imperiosa é baseada nos fundamentos da prisão preventiva, aplicado subsidiariamente a norma estatutária (art. 152 do ECA)⁵⁶.

Conforme disposto no artigo 174 da Lei 8.069/90, a internação provisória pode ser decretada para a segurança pessoal do adolescente. Todavia, tal dispositivo seria inconstitucional, eis que fere as garantias das liberdades individuais, lhe subtraindo a própria liberdade⁵⁷.

Dezem, Aguirre e Fuller⁵⁸, asseveram:

[...] A internação provisória, portanto, somente pode ser cogitada para

56 Artigo 312 do Código de Processo Penal: A prisão preventiva poderá ser decretada como garantia da ordem pública, da ordem econômica, por conveniência da instrução criminal, ou para assegurar a aplicação da lei penal, quando houver prova da existência do crime e indício suficiente de autoria.

57 SARAIVA, João Batista da Costa. **Compêndio de direito penal juvenil**: adolescente e ato infracional. 3 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006. p. 99.

58 DEZEM, Guilherme Madeira; AGUIRRE, João Ricardo Brandão; FULLER, Paulo Henrique Aranda. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009. p. 75.

adolescentes que hajam praticado ato infracional “mediante grave ameaça ou violência a pessoa” (art. 122, I) ou que configure “reiteração no cometimento de outras infrações graves” (art. 122, II), sob pena de a medida ser desproporcional (o que não caberia na sentença, depois de definida a responsabilidade do adolescente, a *fortiori*, não caberia antes dela, no curso do procedimento de apuração de ato infracional). Em suma, onde não cabe internação definitiva (medida socioeducativa), não cabe internação provisória (medida cautelar) [...].

A internação provisória não poderá ser cumprida em estabelecimento prisional (artigo 185 do ECA). Caso não exista na comarca um estabelecimento conforme previsão do artigo 123 do Estatuto, o adolescente deverá ser transferido para comarca mais próxima que possua o local adequado. Sendo inviável a transferência imediata, serão resguardados os preceitos estabelecidos no parágrafo 2º do artigo 185 da norma estatutária, quais sejam: manutenção do adolescente em seção isolada dos adultos, com instalações apropriadas, não ultrapassando o limite máximo de cinco dias, sob pena de configurar o crime disposto no artigo 235 do ECA.

Salienta-se que é por meio da citação que se toma conhecimento da pretensão deduzida pelo *Parquet* na representação, visto que é o primeiro ato processual de comunicação. O adolescente deverá ser citado pessoalmente e notificado para comparecer a audiência designada, conforme preconiza o artigo 184, § 1º da Lei 8.069/90 combinado com os artigos 351 e seguintes do Código de Processo Penal.

Será nomeado curador especial, na ausência dos pais ou representante legal, durante a audiência de apresentação. Ademais, ausente o adolescente, devido não o terem localizado, a autoridade judiciária determinará a expedição de mandado de busca e apreensão, suspendendo a audiência até a localização do adolescente.

Na hipótese do adolescente se encontrar acautelado, serão notificados os pais ou responsáveis, além de requisitá-lo para a audiência (parágrafos 2º, 3º e 4º do artigo 184, do ECA).

A teor do artigo 187 do Estatuto, o adolescente que devidamente notificado para audiência de apresentação, não comparecer, sem justificativa, poderá ser conduzido coercitivamente à nova audiência a ser designada pelo juiz.

Na ocasião da audiência de apresentação, poderá o juiz, ouvindo o representante do Ministério Público e da Defesa, beneficiar o adolescente com o instituto da remissão, na modalidade de suspensão ou extinção do processo (artigo 186, § 1º do Estatuto).

A remissão judicial não implica o reconhecimento ou comprovação da responsabilidade, não prevalecendo, ainda, para efeitos de antecedentes e poderá, eventualmente, ser cumulada com as medidas socioeducativas previstas em lei, salvo a inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional, expresso no artigo 127 do ECA.

Verificada a gravidade da infração e as condições pessoais do adolescente, não sendo viável a aplicação da remissão judicial, o juiz designará audiência de continuação, promovendo a instrução e julgamento do feito. Se possível, é realizada a oitiva da vítima, além das oitivas das testemunhas arroladas pela acusação e pela defesa, bem como a realização diligências necessárias. Após, será oportunizado ao membro do Ministério Público e da Defesa, sucessivamente, a palavra para oferecerem alegações finais orais no prazo de 20 minutos acrescido de 10 minutos a critério do Juiz (artigo 186, §§ 2º e 4º do ECA).

O juiz da Vara da Infância e da Juventude, reconhecendo alguma das hipóteses previstas no artigo 189 do ECA⁵⁹, deixará de proferir sentença aplicando qualquer das medidas socioeducativas. Em contraposto, comprovada a prática do ato infracional, o Juiz poderá aplicar isolada ou cumulativamente as medidas socioeducativas, previstas no artigo 112 da norma estatutária, quais sejam: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida (medidas em meio aberto) ou inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional (medidas privativas de liberdade). As medidas privativas de liberdade estão sujeitas aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à peculiar condição de pessoa em desenvolvimento (artigo 121, *caput*, do Estatuto).

Segundo se extrai do § 1º, do artigo 112, do Estatuto, a medida socioeducativa aplicada ao adolescente levará em conta a sua capacidade de cumpri-la, as circunstâncias do fato e a gravidade da infração.

O Julgador dará preferência às medidas socioeducativas não privativas de liberdade, além daquelas que visem o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários (artigo 100 do Estatuto). Tais medidas poderão ser substituídas a qualquer tempo (artigo 99 cumulada com o artigo 113 da Lei 8.069/90).

A aplicação da advertência exige a prova da materialidade e indícios suficientes da autoria (parágrafo único, do artigo 114 do ECA), consistindo em

59 Art. 189 do ECA. A autoridade judiciária não aplicará qualquer medida, desde que reconheça na sentença:

I – estar provada a inexistência do fato;

II – não haver prova da existência do fato;

III – não constituir o fato ato infracional;

IV – não existir prova de ter o adolescente concorrido para o ato infracional.

Parágrafo único. Na hipótese deste artigo, estando o adolescente internado, será imediatamente colocado em liberdade.

admoestação verbal (artigo 115 do ECA). Já a imposição das medidas socioeducativas de obrigação de reparar o dano (artigo 116 do ECA), prestação de serviços à comunidade (artigo 117 do ECA), liberdade assistida (artigo 118 e seguinte do ECA), inserção em regime de semiliberdade (artigo 120 do ECA) e internação em estabelecimento educacional (artigo 121 e seguintes do ECA) pressupõe a existência de provas suficientes da autoria e da materialidade da infração, salvo a hipótese de remissão (artigo 114 do ECA).

Nesse diapasão, o artigo 190 e parágrafos da norma estatutária explicita que a intimação nos casos de aplicação das medidas privativas de liberdade será feita ao adolescente e a seu advogado ou na ausência do adolescente aos seus pais ou responsável legal. Em contrapartida, quando se tratar de medida socioeducativa em meio aberto ou medida protetiva a intimação será realizada para o defensor do adolescente. Em suma, o adolescente, quando intimado, deverá se manifestar quanto a interposição de recurso (artigo 198 e incisos do Estatuto). Isto é, o sistema recursal que a infância e a juventude adotou foi o previsto no Código de Processo Civil, cabendo, inclusive, o juízo de retratação.

Por oportuno, impende salientar que adolescentes em conflito com a lei, também, estão sujeitos às medidas de proteção previstas no artigo 101 e incisos da Lei nº 8.069/90, conforme descrito no artigo 112, inciso VII, do Estatuto.

As medidas de proteção, previstas no artigo 101 do ECA, podem ser aplicadas a crianças e aos adolescentes sempre que seus direitos forem ameaçados ou violados por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; ou, ainda, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável; além da razão de sua própria conduta (artigo 98, incisos I, II e III da Lei 8.069/90).

Com fulcro no artigo 131 do Estatuto da Criança e do Adolescente, cabe ao Conselho Tutelar, órgão não jurisdicional, permanente e autônomo, zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, aplicando, assim, as medidas de proteção. Na ausência dos Conselhos Tutelares cabe ao poder judiciário a aplicação das referidas medidas.

A Constituição Federal de 1988 ao enunciar a inimputabilidade dos menores de dezoito anos, institui um processo de ressocialização próprio, excluindo as penas aplicáveis aos imputáveis, indicando que são sujeitos às normas da legislação especial. Em conformidade, a norma infraconstitucional (Lei 8.069/90), prevê as medidas de responsabilização pertinentes à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, reafirmando a inimputabilidade penal daqueles com idade inferior a dezoito anos.

Isto posto, mostra-se viável a discussão do processo de responsabilização de adolescente, sob o enfoque da criminalização, judicialização e patologização de adolescentes e jovens em conflito com a lei, quando se encontram em situação de internação provisória e medidas socioeducativas privativas de liberdade.

2.2.1 Adolescente/jovem com transtorno mental durante o processo ressocializador no âmbito do Distrito Federal

Prefacialmente, é relevante frisar que as políticas voltadas para a saúde mental infanto-juvenil passaram por diversos movimentos no Brasil, resultando na concepção abarcada pela Constituição da República de 1988, e posteriormente pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, em que reconhece crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, detentores de direitos fundamentais básicos, como a

saúde.

Nesse contexto, a Lei 10.216/2001 foi resultado de movimentos como a Reforma Sanitária, no qual estabelece a base do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, fator determinante para a promulgação da referida lei. Esta lei estabelece os direitos das pessoas com transtorno mental, visando mudanças no modelo de assistência à saúde mental, isto é, ao invés de um tratamento voltado unicamente dentro de hospitais psiquiátricos passa para um modelo de atenção à saúde aberto e comunitário, focando na inserção social e evitando a segregação⁶⁰.

O conceito de transtorno mental foi evoluindo ao longo do tempo. Assim, Amstalden, Hoffmann e Monteiro⁶¹ asseveram:

[...] Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), a saúde mental é definida de diferentes maneiras por estudiosos de diferentes culturas. Assim, de uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. No entanto, parece haver consenso de que a saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos psíquicos. Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas: o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa [...].

Antônio Márcio Junqueira Lisboa⁶², preceitua:

[...] Ser mentalmente sadio é ser capaz de desfrutar a vida de forma alegre e prazerosa e, ao mesmo tempo, enfrentar os momentos difíceis que dela fazem parte sem perder o seu equilíbrio emocional. A estruturação de uma boa saúde mental, fator dos mais importantes na formação da personalidade, inicia-se até antes do nascimento, pois o feto tem emoções. Entretanto, o período mais importante para a consolidação de uma sadia estrutura mental é a época em que se

60 AMSTALDEN, Ana Lúcia Ferraz; HOFFMANN, Maria Cristina Correa Lopes; MONTEIRO, Taciane Pereira Maria. A Política de Saúde Mental Infato-Juvenil: seus percursos e desafios. In: RIBEIRO, Edith Lauridsen; TANAKA, Oswaldo Yoshimi (Coord.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 33-34.

61 AMSTALDEN, Ana Lúcia Ferraz; HOFFMANN, Maria Cristina Correa Lopes; MONTEIRO, Taciane Pereira Maria. A Política de Saúde Mental Infato-Juvenil: seus percursos e desafios. In: RIBEIRO, Edith Lauridsen; TANAKA, Oswaldo Yoshimi (Coord.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 35.

62 LISBÔA, Antônio Márcio Junqueira. **A primeira infância e as raízes da violência**. Propostas para diminuição da violência. Brasília: LGE, 2007. p. 160.

formam definitivamente os alicerces da personalidade – os primeiros anos de vida. E o fator mais importante para promovê-la é uma convivência feliz dentro de um lar estável e equilibrado, traduzida por uma infância alegre e prazerosa, uma adolescência criadora e em uma idade adulta plena de realizações [...].

O artigo 2º, parágrafo único, da Lei 10.216/2001⁶³ elenca os direitos destinados as pessoas com transtornos mentais. Por sua vez, o artigo 3º preconiza que cabe ao Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, devendo ser executada em estabelecimentos de saúde mental, compreendidas por instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Ademais, a Lei que visa a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais – Lei 10.216/2001, preceitua em seu artigo 4º que qualquer forma de internação psiquiátrica somente poderá ocorrer caso seja esgotado os recursos extra-hospitalares.

Cabe destacar também, a Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde⁶⁴ que dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial – CAP'S, com intuito de

63 Art. 2º. Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

64 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria GM 336-2002.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_GM_336-2002.pdf)>. Acesso em: 16 de fev 2013.

proteger os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental.

Segundo Lauridsen-Ribeiro e Tanaka⁶⁵, “[...] Os Caps são serviços de saúde abertos e comunitários do SUS, que prestam assistência diária a pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e outros problemas cuja gravidade ou persistência justifiquem sua permanência num serviço de cuidado intenso, comunitário, personalizado e promotor de vida”.

Pela portaria acima mencionada existem três tipos de Caps. Os Caps para adultos, os Caps AD – Caps para usuários de álcool e drogas e os Caps i – Caps específicos para a infância. Neste sentido, os Caps i devem contar com equipe multidisciplinar para o atendimento de crianças e adolescentes, sendo referência em saúde mental especializada.

Posteriormente, o Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Especial de Direitos Humanos e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres aprovaram, pela Portaria Interministerial nº 1.426/2004⁶⁶, as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em cumprimento de internação provisória e medida socioeducativa de internação.

Essas diretrizes, em observância a Constituição Federal de 1988, ao Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como a Resolução do Conselho

65 LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. A Política de Saúde Mental Infato-Juvenil: seus percursos e desafios. In: RIBEIRO, Edith Lauridsen; TANAKA, Oswaldo Yoshimi (Coord.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 158-159.

66 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial nº 1.426/2004. Disponível em: dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1426.htm. Acesso em: 17 fev. 2013.

Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) nº 46/96⁶⁷, têm a finalidade de promover a saúde dos adolescentes, oferecendo uma abordagem educativa, integral, humanizada e de qualidade.

Por oportuno, a Portaria nº 340 de 14 de Julho de 2004 do Ministério da Saúde⁶⁸, regulamenta as normas para a implantação e implementação de atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em cumprimento de medida de internação e internação provisória, em unidades de internação masculinas e femininas, além da padronização física do estabelecimento de saúde nas unidades de internação estrita e provisória, bem como sobre o Plano Operativo Estadual de atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em cumprimento de internação provisória e estrita.

O tópico de saúde mental do Anexo I da mencionada portaria prevê:

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

Garantir, aos adolescentes acometidos de transtornos mentais, tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições, conforme o artigo 112, § 3º, do ECA;

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 a amenizar os sintomas da abstinência;

Garantir o acesso do adolescente com transtornos mentais decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas aos Centros de Atenção Psicossocial ou outros equipamentos extra-hospitalares da rede SUS de atenção à saúde mental;

Implantar programas permanentes de reintegração social capazes de possibilitar a construção de projetos individuais de inserção social e que incluam parcerias intersetoriais e inter-institucionais;

Realizar a vigilância e a observação de possíveis casos de transtornos alimentares, tais como anorexia, bulimia e transtorno do comer compulsivo, em especial entre o público feminino.

67 DIREITOS DA CRIANÇA: Portal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Disponível em: <http://www.direitosdacrianca.org.br/conanda/resolucoes/resolucao-nb0-46-de-29-de-outubro-de-1996>. Acesso em: 17 fev. 2013.

68 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 340 de 14 de Julho de 2004. Disponível em: [<dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-340.htm>](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-340.htm). Acesso em: 16 fev. 2013.

Implementar programas de suporte psicossocial para os trabalhadores das instituições do sistema sócio-educativo [...].

A Portaria nº 1.608 de 03 de agosto de 2004 do Ministério da Saúde⁶⁹, instituiu um Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, visando discutir políticas públicas, estabelecer diretrizes nacionais, produzir conhecimento e informações, além de promover a integração e articulação entre os campos da saúde e da infância e juventude.

Em 11 de novembro de 2008 a Portaria nº 647 do Ministério da Saúde⁷⁰ enunciou os parâmetros para construção, ampliação ou reforma de estabelecimento de saúde nas unidades de internação estrita e provisória, o Plano Operativo Estadual de atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, durante o cumprimento de internação provisória e estrita, além das normas para a implantação e implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em internação estrita e internação provisória – PNAISARI, em unidades masculinas e femininas.

Cumpra mencionar, inclusive, o que dispõe o artigo 112, § 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente. É o que se segue:

[...] os adolescentes portadores de doenças ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições [...]⁷¹.

Corroborando com o Estatuto menorista, o Conselho Nacional de Atendimento Socioeducativo (CONANDA) quando versa sobre parâmetros

69 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.608 de 03 de agosto de 2004. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1608.htm>. Acesso em: 16 fev.2013.

70 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 647 de 11 de novembro de 2008. Disponível em: <bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0647_11_11_2008.html>. Acesso em: 16 fev. 2013.

71 ISHIDA, Válter Kenji. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Doutrina e Jurisprudência. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 212.

socioeducativos enuncia, no que tange a programas de execução de internação provisória e medidas socioeducativas, a necessidade de “[...] garantir atendimento técnico especializado (psicossocial e jurídico) imediato ao adolescente e seus responsáveis logo após a sua apreensão e/ou admissão no atendimento socioeducativo [...]”⁷².

A Lei 12.594/2012 – SINASE, em seu capítulo V, especificamente nos artigos 60 e seguintes⁷³, versa sobre a atenção integral à saúde de adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, enunciando para isto diretrizes. É o que segue:

Art. 60...

I - previsão, nos planos de atendimento socioeducativo, em todas as esferas, da implantação de ações de promoção da saúde, com o objetivo de integrar as ações socioeducativas, estimulando a autonomia, a melhoria das relações interpessoais e o fortalecimento de redes de apoio aos adolescentes e suas famílias;

II - inclusão de ações e serviços para a promoção, proteção, prevenção de agravos e doenças e recuperação da saúde;

III - cuidados especiais em saúde mental, incluindo os relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas, e atenção aos adolescentes com deficiências;

IV - disponibilização de ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;

V - garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde, por meio de referência e contrarreferência, de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde (SUS);

VI - capacitação das equipes de saúde e dos profissionais das entidades de atendimento, bem como daqueles que atuam nas unidades de saúde de referência voltadas às especificidades de saúde dessa população e de suas famílias;

VII - inclusão, nos Sistemas de Informação de Saúde do SUS, bem como no Sistema de Informações sobre Atendimento Socioeducativo, de dados e indicadores de saúde da população de adolescentes em atendimento socioeducativo; e

VIII - estruturação das unidades de internação conforme as normas de referência do SUS e do Sinase, visando ao atendimento das necessidades de Atenção Básica.

72 BRASIL. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE/Secretaria Especial dos Direitos Humanos** – Brasília/DF: CONANDA, 2006. p. 55.

73 BRASIL. **Lei 12.594, de 18 de janeiro de 2012**. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 jan. 2012.

Nesse contexto, assevera-se que quando se trata de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade receberão informações sobre o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em se tratando de adolescentes em internação provisória ou estrita as unidades acauteladoras deverão contar com uma equipe de profissionais de saúde em observância as normas estabelecidas pelo SUS, tudo em respeito aos artigos 61 e 62 do SINASE.

É notório asseverar o artigo 64 da Lei 12.594/2012, eis que prioriza o adolescente que apresenta indícios de transtorno mental durante o processo ressocializador. Nesta hipótese, o adolescente deverá ser avaliado por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial, fazendo constar em seu Plano individual de atendimento a elaboração e execução da terapêutica adotada, incluindo, se necessário, ações voltadas para a família (§ 2º do artigo 64 do SINASE).

Segundo o SINASE é possível, em caráter excepcional, que o juiz suspenda a execução da medida socioeducativa, com intuito de incluir o adolescente em programa de atenção integral à saúde mental, após ouvir os membros da Defensoria Pública e do *Parquet*, visando atender os objetivos do tratamento previsto para o caso concreto (§ 4º do artigo 64 da Lei 12.594/2012).

A autoridade judiciária designará representante para acompanhar, incumbindo-lhe de informar sobre a evolução do atendimento ao adolescente, caso seja suspensa a execução da medida socioeducativa (§ 5º do artigo 64 do SINASE). A cada 06 (seis) meses, no mínimo, a suspensão da medida imposta será avaliada (§ 6º do artigo 64 da Lei 12.594/2012).

A Lei 10.216/2001 deverá ser observada no tratamento em que o

adolescente for submetido (§7º do SINASE). Assevera-se, ainda, que o Juiz poderá remeter cópia dos autos para o Órgão Acusador para eventual propositura de interdição, ou providências cabíveis, enquanto não cessa a jurisdição infanto-juvenil, nas hipóteses do artigo 64 (artigo 65 da Lei 12.594/2012).

Partindo das considerações acima explanadas, salienta-se que no âmbito do Distrito Federal, a Lei Distrital nº 975, de 12 de dezembro de 1995, fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal.

Nessa premissa, em 14 de março de 1997, a Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude do Distrito Federal ajuizou uma Ação Civil Pública⁷⁴ em face do Distrito Federal, pelo descumprimento do que preceitua o artigo 227 da Constituição Federal e artigo 101, incisos V e VI do Estatuto da Criança e do Adolescente.

A referida Ação Civil Pública teve como foco responsabilizar o Distrito Federal pela inexistência de programa específico para auxílio, orientação e tratamento a crianças e adolescentes alcoólatras e toxicômanos, além de criar instituição hospitalar adequada ao tratamento de pessoas com transtornos mentais, direitos estes elencados no artigo 101, incisos V e VI, do Estatuto da Criança e do Adolescente.

No que atine a pesquisa, vale mencionar que a Ação Civil Pública visava a construção de um estabelecimento destinado a implementação das medidas de proteção previstas no artigo 101, incisos V e VI, da norma estatutária, com equipamentos adequados, além de profissionais especializados, em número

74 BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Ação Civil Pública**. Processo nº 766/53., 1997.

compatível com a demanda.

Em 24 de novembro de 2006, o Julgador da Ação Civil Pública acima mencionada, processo nº 766/53, afirmou que até a data de julgamento da ação, o Governo do Distrito Federal não havia tomado providências e, as pessoas com transtornos mentais estavam sendo atendidas de forma precária, com número de profissionais insuficientes para a demanda, gerando grandes listas de espera. É o segue no trecho abaixo⁷⁵:

[...] Os portadores de transtorno mental, por sua vez, também têm sido atendidos de forma precária e insuficiente pelo Governo do Distrito Federal, constando do relatório técnico elaborado pela SET informações quanto à existência de listas de espera com elevado número de crianças (casos considerados graves) aguardando atendimento; número insuficiente de trabalhadores de saúde com capacitação em saúde mental que atuem no campo da infância e adolescência, contando a rede pública do Distrito Federal com somente três médicos psiquiatras especialistas em criança; funcionamento dos programas e serviços de atendimento em espaços físicos inadequados, com equipamentos quebrados ou instalados em locais sem o devido respeito às normas técnicas em relação ao isolamento acústico [...]

[...] Ressalta-se que, desde o ajuizamento desta ação em março de 1997 até a presente data, permanece precária a situação do Distrito Federal no campo da saúde mental, não tendo sido promovida nenhuma medida realmente eficaz nesse sentido, o que revela a ineficiência das políticas públicas até então adotadas [...].

A decisão prolatada pelo Magistrado da Ação Civil Pública, processo nº 766/53 é a seguir mencionada⁷⁶:

[...] JULGO PROCEDENTE o pedido, condenando o DISTRITO FEDERAL a criar programa eficaz destinado a atender crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais e/ou alcoólatras e toxicômanos, bem como construir ou definir estabelecimento próprio de saúde, equipando-o de forma adequada e dotando-o de profissionais especializados em número suficiente ao suprimento da demanda, tendo por finalidade específica garantir o implemento do referido programa, bem assim das medidas de proteção previstas no

75 BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Sentença da Ação Civil Pública**. Processo nº 766/53. 2006.

76 BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Sentença da Ação Civil Pública**. Processo nº 766/53. 2006.

artigos 101, incisos V e VI, do ECA, tudo no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, fixando-se multa diária no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) em caso de descumprimento.

O Governo do Distrito Federal criou um Plano de Saúde do Distrito Federal 2008 – 2011, prevendo assistência a saúde mental, descrevendo metas a serem atingidas neste campo.

No ano de 2008, mais precisamente, em 31 de outubro, o setor psicossocial da Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude do Distrito Federal apresentou as principais demandas da saúde mental do Distrito Federal, com o diagnóstico situacional, passando pelo cenário, indicadores do Distrito Federal, tudo isto com foco na Política de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes no Distrito Federal⁷⁷.

A Portaria conjunta nº 01, de 30 de setembro de 2011⁷⁸, elaborada pela Secretaria da Criança e Secretaria de Saúde, ambas do Distrito Federal, regulam as relações entre as Secretarias, para fins de execução da política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em conflito com a Lei, em cumprimento de internação estrita e provisória – PNAISARI, contemplando ações de promoção e proteção à saúde.

A partir das descrições acima, passa a tecer considerações acerca do levantamento dos serviços de saúde mental destinados a crianças e adolescentes no âmbito do Distrito Federal.

77 PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE DEFESA DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE DO DISTRITO FEDERAL. Disponível em: <http://www.mpdf.gov.br/portal/index.php/conhecampdf-menu/promotorias-justica-menu/promotoria-de-justica-de-defesa-da-infancia-e-da-juventude-mainmenu-322/277-diversos/1197-saude-mental-infante-juvenil>. Acesso em: 17 fev. 2013.

78 DISTRITO FEDERAL. Portaria conjunta nº 01, de 30 de setembro de 2011. Diário Oficial do Distrito Federal. Disponível em: http://www.buriti.df.gov.br/ftp/default.asp?dir=DODF%20N%BA%20192%2003-10-2011&ano=2011&mes=10_Outubro. Acesso em: 17 fev. 2013.

A secretaria de saúde do Distrito Federal, em 1991, implementou o Programa de Atenção Integral ao Adolescente – PRAIA, visando prestar atendimentos aos adolescentes sob um ótica biopsicossocial. Este programa visa a promoção da saúde dos adolescentes e seus familiares, por meio de um acompanhamento sistemático, com intuito de prevenir agravos, possibilitando diagnósticos precoces, tratamento de patologias, além de atenção as características psicossociais.

No âmbito do Distrito Federal, os locais destinados ao atendimento para adolescentes com transtornos mentais são: o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), em caso de urgência, o Adolescentro, voltados para adolescentes com transtornos mentais leves e faixa etária entre 10 e 18 anos e o Centro de Orientação Médico Psicopedagógica do Distrito Federal (COMPP) para crianças e adolescentes com transtorno mental com idade de 0 a 18 anos. A tabela⁷⁹ abaixo mostra a distribuição dos locais de atendimento para adolescentes com transtorno mental no Distrito Federal, senão vejamos:

Quadro 1 - Locais de atendimento para adolescentes com transtorno mental no Distrito Federal

Locais de Atendimento para adolescentes com transtorno mental no Distrito Federal			
Serviço	Adolescentro	COMPP	HBDF
Público-alvo	Adolescentes de 10 a 18 anos com uso de álcool e drogas, Transtornos Mentais leves e Vítimas de violência.	Crianças e adolescentes de 0 a 18 anos com transtorno mental ou vítima de violência.	Adultos acima de 18 anos com transtornos mentais e comorbidades clínicas e cirúrgicas graves. Adolescentes de 13 a 18 com transtornos mentais.
Área de Abrangência	Todas as regiões do Distrito Federal	Todas as regiões do Distrito Federal	Todas as regiões do Distrito Federal
Programas / Projetos	Acolhimento, atendimento individual de Psicologia, Psiquiatria, Neurologia, Terapia Ocupacional e Clínica Médica de adolescentes, oficinas e grupos terapêuticos e atendimento de famílias.	Acolhimento, atendimentos de Psicologia, Psiquiatria, Neurologia, Neuropediatria, Fonoaudiologia, Assistência Social, Terapia Ocupacional, Psicopedagogia, Pedagogia e Nutrição.	Internação psiquiátrica de pacientes com transtornos mentais e comorbidades clínicas e cirúrgicas. Internação psiquiátrica de adolescentes de 13 a 18 anos com transtorno mental grave.

Fonte: Site do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (2013).

79 PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE DEFESA DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE DO DISTRITO FEDERAL. Disponível em: <<http://www.mpdft.gov.br/portal/index.php/conhecampdf-menu/promotorias-justica-menu/promotoria-de-justica-de-defesa-da-infancia-e-da-juventude-mainmenu-322/277-diversos/4574-saude-mental>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

Segundo Amstalden, Hoffmann e Monteiro⁸⁰, duas categorias de transtorno mental acometem crianças e adolescentes, são elas: transtorno do desenvolvimento psicológico e os transtornos de comportamentos e emocionais. Os transtornos do desenvolvimento psicológico são identificados pela deterioração ou retardo do desenvolvimento da fala e da linguagem, como por exemplo as dislexias. Quando se menciona os transtornos de comportamento e emocionais abrangem os transtornos hipercinéticos (CID-10), de atenção e hiperatividade (DSM-IV), além dos distúrbios de conduta e transtornos emocionais na infância⁸¹.

No Distrito Federal, existem cinco seções psicossociais, dentre elas, a Seção de Medidas Socioeducativas – SEMSE, voltada ao atendimento socio-psico-pedagógico oferecido a adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas no Distrito Federal.

Campos, Ferreira e Lins preceituam⁸²:

[...] a equipe de fiscalização da SEMSE é composta por profissionais da área de pedagogia, psicologia e serviço social.

Na concepção da equipe, a atividade fiscalizatória constitui-se num espaço privilegiado de reflexão e orientação. Entende-se que para compreender a dinâmica dos órgãos executores, é necessário considerar a singularidade e complementaridade dos olhares daqueles que integram as referidas instituições.

Desse modo, a SEMSE busca, conjuntamente com os órgãos executores das medidas socioeducativas, desenvolver ações que possibilitem um melhor atendimento ao adolescente em conflito com a lei.

80 AMSTALDEN, Ana Lúcia Ferraz; HOFFMANN, Maria Cristina Correa Lopes; MONTEIRO, Taciane Pereira Maria. A Política de Saúde Mental Infato-Juvenil: seus percursos e desafios. In: RIBEIRO, Edith Lauridsen; TANAKA, Oswaldo Yoshimi (Coord.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 36.

81 A pesquisa apesar de interdisciplinar não aprofundará no campo da psicologia e da psiquiatria, recomendando, para maior aprofundamento nas descrições dos transtornos, as leituras do CID-10 e o DSM-IV.

82 CAMPOS, Gisele Carneiro; FERREIRA, Maria Adelaide de Souza; LINS, Theresa Cristina André. A Fiscalização das Medidas Socioeducativas na Visão Psicossocial. In: GHESTI-GALVÃO, Ivânia; ROQUE, Elizângela Caldas Barroca (Coord.). **Aplicação da Lei em uma Perspectiva Interprofissional: Direito, Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social e Ciências Sociais na Prática Jurisdicional**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2010. p. 158.

Nesse contexto, como operacionalização do processo de conhecimento de realidade institucional, a equipe técnica realiza visitas sistemáticas às Unidades executoras das medidas socioeducativas. Durante as visitas, busca-se estabelecer diálogo com representantes dos vários segmentos (Direção, Administração, Equipe Técnica, Agentes Sociais, Serviço de Saúde, Adolescentes em cumprimento das medidas).

Além da SEMSE, a Seção de Atendimento à Situação de Risco (SEASIR) acompanha as medidas protetivas aplicadas a crianças e adolescentes. As medidas protetivas são aplicadas com o intuito de cessar a situação de risco e garantir os direitos ameaçados ou violados de crianças e adolescentes⁸³.

No caso do indivíduo com doença ou deficiência deverá ser aplicado um tratamento individualizado, tal como previsto pela Lei 10.216/2001. Sendo cabível, portanto, a aplicação de tratamento especializado e individual conforme decisão minoritária do Superior Tribunal de Justiça no julgado abaixo:

HABEAS CORPUS. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. MENOR QUE POSSUI COMPROMETIMENTO DAS FACULDADES MENTAIS. NECESSIDADE DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. MEDIDA SÓCIO-EDUCATIVA DE INTERNAÇÃO. CARÁTER MERAMENTE RETRIBUTIVO. ILEGALIDADE. 1. A internação de menor portador de distúrbio mental, incapaz de assimilar a medida sócio-educativa, possui caráter meramente retributivo, o que não se coadunada com os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente. Precedente. 2. Ordem concedida para determinar que o Paciente seja inserido em medida sócio-educativa de liberdade assistida, concomitante com acompanhamento ambulatorial psiquiátrico, psicopedagógico e familiar⁸⁴. (Grifos nossos).

Entretanto, ocorre uma expressiva dificuldade do Sistema Único de Saúde (SUS) em atender adolescentes e jovens com transtornos mentais estando inclusos no processo de ressocialização, aliado a isto enfrentamos um despreparo dos

83 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/cidadaos/infancia-e-juventude/informacoes/situacao-de-risco-1>. Acesso em: 22 fev. 2013.

84 SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. 5ª turma. HC 47.178/SP. Ementa: [...] Relatora: Ministra LAURITA VAZ. Brasília, DF, 19 out. 06. DJ 27.11.06, p. 293.

agentes públicos envolvidos quando se trata de adolescentes em conflito com a lei.

Assim, o grande desafio para as políticas públicas é executar mecanismos facilitadores de inclusão de adolescentes/jovens em conflito com a lei, durante o cumprimento de internação provisória e cumprimento de medidas socioeducativas privativas de liberdade, aos serviços de saúde.

Nesse prisma, frisa-se que o § 5º do artigo 121 do Estatuto da Criança e do Adolescente prevê que a liberação compulsória dos adolescentes e jovens privados de liberdade se dará aos 21 anos de idade. Isto posto, verifica-se que se os adolescentes e jovens com transtornos mentais não tiverem a possibilidade de tratamento, aos 21 anos de idade estarão de volta à sociedade com os mesmos problemas de saúde mental, colocando em risco não só a coletividade, mas também a sua integridade física, com grandes possibilidades de reiterar na prática de condutas criminosas, por omissão do Estado ao não lhes possibilitar o acesso à saúde e tratamento em saúde mental, quer dentro do sistema de cumprimento de medidas socioeducativas, quer no Sistema Único de Saúde (SUS). Para constatar, na prática, até que ponto o argumento anteriormente apresentado se mostra correto, exporemos, nos próximos capítulos, os resultados da pesquisa empírica realizada no Distrito Federal.

3 A INTERFACE ENTRE O SISTEMA DE JUSTIÇA E AS PRÁTICAS DO CAMPO SOCIOEDUCATIVO PARA ADOLESCENTES E JOVENS EM CUMPRIMENTO DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA E MEDIDAS PRIVATIVAS DE LIBERDADE COM TRANSTORNOS MENTAIS NO DISTRITO FEDERAL

Este capítulo discorre acerca da prática socioeducativa de adolescentes/jovens em cumprimento de internação provisória e medidas privativas de liberdade no Distrito Federal. O enfoque voltou-se para os adolescentes/jovens que apresentaram indícios ou comprovação de transtornos mentais durante o processo reeducativo/ressocializador.

Para isso, é imprescindível destacar que no Distrito Federal a justiça infanto-juvenil é composta pela Vara da Infância e da Juventude, Vara Regional de Atos Infracionais da Infância e da Juventude e Vara de Execução de Medidas Socioeducativas⁸⁵.

Nesse contexto, destaca-se que a Vara da Infância e da Juventude atende os adolescentes que cometeram atos infracionais em Brasília, além das cidades-satélites do Gama, Santa Maria, Candangolândia, Cruzeiro, Guará, Itapoã, Jardim Botânico, Lago Norte, Lago Sul, Núcleo Bandeirante, Paranoá, Planaltina, Riacho Fundo, Riacho Fundo II, São Sebastião, Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA), Setor de Indústria e Abastecimento (SIA), Sobradinho,

85 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/cidadaos/infancia-e-juventude/composicao>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Sobradinho II, Sudoeste/Octogonal, Varjão, Vicente Pires. Já os adolescentes que praticaram atos infracionais nas cidades-satélites de Samambaia, Brazlândia, Águas Claras, Ceilândia, Park Way, Recanto das Emas e Taguatinga são atendidos pela Vara Regional de Atos Infracionais da Infância e da Juventude. Salieta-se, ainda, que todas as medidas socioeducativas aplicadas aos adolescentes são executadas pela Vara de Execução de Medidas Socioeducativas.

Assevera-se, inclusive, que o Distrito Federal possui duas delegacias especializadas. São elas: Delegacia da Criança e do Adolescente, responsável pela apreensão dos adolescentes que cometem atos infracionais nas cidades atendidas pela Vara da Infância e da Juventude. E, 2ª Delegacia da Criança e do Adolescente, competente pela apreensão dos adolescentes que cometeram atos infracionais nas cidades atendidas pela Vara Regional de Atos Infracionais da Infância e da Juventude.

Salieta-se, ainda, que os núcleos da Defensoria Pública do Distrito Federal que atuam na área infanto-juvenil são: Núcleo de atendimento da Infância e Juventude atuante na Vara da Infância e Juventude, núcleo de atendimento da infância e juventude de samambaia atuante na Vara Regional de atos infracionais da Infância e Juventude e núcleo de execução de medidas socioeducativas que atendem os adolescentes submetidos ao cumprimento de medidas socioeducativas e medidas protetivas aplicadas tanto pela Vara da Infância e Juventude quanto pela Vara Regional de atos infracionais da infância e juventude⁸⁶.

As Promotorias de Justiça atuantes em casos de adolescentes/jovens em

86 DEFENSORIA PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL. Disponível em: http://www.defensoria.df.gov.br/?page_id=2324. Acesso em: 12 fev. 2013.

conflito com a lei são: a Promotoria de Justiça Infracional da Infância e da Juventude que atua nos processos que tramitam na Vara da Infância e Juventude, a Promotoria de Justiça Infracional de Defesa da Infância e da Juventude de Samambaia atuante na Vara Regional de atos infracionais da Infância e Juventude e a Promotoria de Justiça de Execuções de Medidas Socioeducativas da Infância e da Juventude⁸⁷.

Relata-se, ainda, que o Distrito Federal possui uma unidade de Internação provisória, a Unidade de Internação Provisória de São Sebastião – UISS (o antigo Centro Socioeducativo Amigoniano de Brasília – CESAMI) e três unidades de internação estrita, quais sejam: a Unidade de Internação do Plano Piloto – UIPP (o antigo Centro de Atendimento Juvenil Especializado – CAJE), a Unidade de Internação do Recanto das Emas – UNIRE (o antigo Centro de Internação de Adolescentes Granja das Oliveiras – CIAGO) e a Unidade de Internação de Planaltina – UIP (o antigo Centro de Internação de Planaltina – CIAP)⁸⁸ e quatro casas de semiliberdade: Casa de semiliberdade do Gama Central, Casa de semiliberdade do Gama Leste, Casa de semiliberdade de Taguatinga Sul e o Centro de Referência em Semiliberdade (CRESEM).

No decorrer da pesquisa, verificou-se que a Unidade de Internação Provisória (UISS) não comporta o quantitativo de adolescentes que respondem acautelados provisoriamente pelas práticas de atos infracionais. Assim, a Unidade de Internação do Plano Piloto (UIPP) possui alas de internação provisória, além das

87 MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. Disponível em: <http://www.mpdf.gov.br/portal/index.php/conhecampdf-menu/promotorias-justica-menu/promotoria-de-justica-de-defesa-da-infncia-e-da-juventude-mainmenu-322>. Acesso em: 12 fev. 2013.

88 CAMPOS, Gisele Carneiro; FERREIRA, Maria Adelaide de Souza; LINS, Theresa Cristina André. A Fiscalização das Medidas Socioeducativas na Visão Psicossocial. In: GHESTI-GALVÃO, Ivânia; ROQUE, Elizângela Caldas Barroca (Coord.). **Aplicação da Lei em uma Perspectiva Interprofissional: Direito, Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social e Ciências Sociais na Prática Jurisdicional**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2010. p. 157-158.

alas de internação estrita, para acolher os adolescentes do sexo masculino que se encontram em cumprimento de internação provisória. Já as adolescentes, quando submetidas tanto a internação provisória quanto estrita, são encaminhadas a Unidade de Internação do Recanto das Emas – UNIRE.

3.1 Instrumento de coleta de dados

Para a elaboração da pesquisa empírica, utilizou-se a análise documental de casos de adolescentes e jovens com indícios ou comprovação de transtornos mentais que estão em internação provisória ou em cumprimento de medidas socioeducativas privativas de liberdade no Distrito Federal. Para isto, foram analisados os autos dos processos de adolescentes e jovens em conflito com a lei com prognóstico ou diagnóstico de transtorno mental atendidos pela Defensoria Pública atuante na Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal.

Além disso, para a coleta de dados foram aplicados questionários ao corpo de Defensores Públicos, Promotores de Justiça e Juízes, militantes na Justiça da Infância e da Juventude do Distrito Federal (Apêndice C).

Foram, ainda, aplicados questionários aos profissionais que compõem o corpo psicossocial das unidades de internação provisória, estrita e casas de semiliberdade do Distrito Federal, que atuam diretamente no processo ressocializador dos adolescentes e jovens (Apêndice D).

Por fim, frisa-se que a casa de semiliberdade do Gama Leste foi fechada após a coleta de dados. Todavia, em nada influenciou na realização da pesquisa, visto que os dados foram coletados em tempo hábil. Assim, ressalta-se que o Distrito

Federal conta, atualmente, com a Casa de semiliberdade do Gama Central, a Casa de semiliberdade de Taguatinga Sul e o Centro de Referência em Semiliberdade (CRESEM).

3.2 Universo e Amostra

O universo da pesquisa documental no tocante a análise dos autos de processos de adolescentes e jovens em conflito com a lei que estão em cumprimento de internação provisória ou medidas privativas de liberdade no Distrito Federal, foi composta por uma amostra de 15 (quinze) autos em que figuram como parte 16 (dezesesseis) adolescentes/jovens com indícios ou comprovação de transtorno mental, atendidos pela Defensoria Pública do Distrito Federal atuantes na Vara da Infância e da Juventude no período compreendido entre 2008 e 2012.

Para a aplicação dos questionários jurídicos a amostra foi igual ao universo, sendo composta pelos 10 (dez) Defensores Públicos, 13 (treze) Promotores de Justiça e 07 (sete) Juízes atuantes na Justiça da Infância e da Juventude do Distrito Federal, perfazendo a quantidade de 30 profissionais.

Do total de questionários aplicados houve o retorno de apenas 10 (dez), sendo 09 (nove) respondidos por Defensores Públicos, 01 (um) por Promotor de Justiça e nenhum por Juiz de Direito.

No corpo Psicossocial a amostra foi igual ao universo, sendo formada por 197 (cento e noventa e sete) profissionais que atuam no processo ressocializador dos adolescentes e jovens que estão cumprindo internação provisória e medidas privativas de liberdade nas seguintes instituições:

Internação Provisória: Unidade de Internação de São Sebastião – UISS (60 profissionais), Unidade de Internação do Plano Piloto – UIPP (60 profissionais) e Unidade de Internação do Recanto das Emas – UNIRE (20 profissionais);

Unidade de Internação Estrita: Unidade de Internação do Plano Piloto – UIPP (60 profissionais), Unidade de Internação de Planaltina – UIP (40 profissionais) e Unidade de Internação do Recanto das Emas – UNIRE (20 profissionais);

Casas de Semiliberdade: Casa de semiliberdade do Gama Central (04 profissionais), Casa de semiliberdade do Gama Leste (04 profissionais), Casa de semiliberdade de Taguatinga Sul (05 profissionais), Centro de Referência em Semiliberdade – CRESEM (04 profissionais).

Na unidade de Internação de São Sebastião (UISS) houve o retorno de 22 (vinte e dois) questionários respondidos. Na unidade Unidade de Internação do Plano Piloto – UIPP foram respondidos 14 (quatorze) questionários. Já na Unidade de Internação de Planaltina – UIP 08 (oito) profissionais responderam o questionário. Por fim, na Unidade de Internação do Recanto das Emas – UNIRE 03 (três) dos questionários aplicados foram respondidos. Resultando, então, no total de 47 (quarenta e sete) questionários respondidos pelo corpo psicossocial das unidades de internação.

Nas casas de semiliberdade o retorno de questionários respondidos foram: 03 (três) da Casa de semiliberdade do Gama Central, 02 (dois) da Casa de semiliberdade do Gama Leste, 03 (três) da Casa de semiliberdade de Taguatinga Sul e 03 (três) do Centro de Referência em Semiliberdade – CRESEM. Houve um total de 11 (onze) questionários respondidos pelo corpo psicossocial das casas de

semiliberdade.

3.3 Critérios de Inclusão

É importante destacar que toda pesquisa necessita de critérios para incluir sujeitos de um universo em uma amostra a ser pesquisada, devendo os sujeitos incluídos atenderem todos os critérios solicitados pela inclusão e não serem atingidos pelos critérios de exclusão. Para inclusão dos sujeitos na presente pesquisa foram utilizados os seguintes critérios:

Na composição da amostra dos adolescentes e jovens os critérios foram: ser adolescente/jovem com idade entre 12 e 21 anos, cujos atos infracionais tenham sido praticados no Distrito Federal e que tenham indícios ou diagnóstico de transtorno mental;

Na composição da amostra do corpo jurídico os critérios foram: ser Defensor Público, Promotor de Justiça ou Juiz de Direito, com atuação na Justiça da Infância e Juventude do Distrito Federal;

Na composição da amostra do corpo psicossocial os critérios foram: compor o quadro de servidores das unidades de internação provisória, estrita ou casas de semiliberdade do Distrito Federal, que atuam diretamente no processo ressocializador de adolescentes e jovens em conflito com a lei no Distrito Federal.

3.4 Critérios de Exclusão

Assim como toda pesquisa necessita de critérios para incluir sujeitos de um universo em uma amostra a ser pesquisada, é importante destacar que existem

os critérios de exclusão. Desta forma, os sujeitos incluídos na amostra não podem ser atingidos pelos critérios de exclusão. Para exclusão dos sujeitos na presente pesquisa foram utilizados os seguintes critérios:

Para exclusão dos adolescentes e jovens os critérios foram: Ser adolescente/jovem com idade inferior a 12 anos e superior a 21 anos, que tenha praticado o ato infracional em unidade da federação diversa do Distrito Federal e sem indícios ou diagnóstico de transtorno mental;

Para exclusão dos sujeitos do corpo jurídico os critérios foram: Não ser Defensor Público, Promotor de Justiça ou Juiz de Direito atuantes na Justiça da Infância e Juventude do Distrito Federal;

Para exclusão dos sujeitos do corpo psicossocial os critérios foram: Não compor o quadro de servidores das unidades de internação provisória, estrita ou casas de semiliberdade do Distrito Federal; Não atuar diretamente no processo ressocializador de adolescentes e jovens em conflito com a lei no Distrito Federal; Atuar indiretamente no processo ressocializador de adolescentes e jovens em conflito com a lei no Distrito Federal.

Após a definição da metodologia, o próximo capítulo trará a análise dos dados coletados com a aplicação do instrumento de coleta e da observação dos processos dos adolescentes/jovens em conflito com a lei, com prognóstico ou diagnóstico de transtorno mental, atendidos pela Defensoria Pública atuante na Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal.

4 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Este capítulo abordará a análise de autos de processos de adolescentes e jovens em conflito com a lei, com prognóstico ou diagnóstico de transtorno mental, atendidos pela Defensoria Pública atuante na Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal. Ademais, analisará os questionários aplicados ao corpo de Defensores Públicos, Promotores de Justiça e Juízes de Direito, militantes na Justiça infanto-juvenil do Distrito Federal, e os questionários aplicados aos profissionais que compõem o corpo psicossocial das unidades de internação provisória, estrita e casas de semiliberdade do Distrito Federal.

4.1 Análise dos processos atendidos pela Defensoria Pública atuante na Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal entre 2008 e 2012

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, os dados obtidos por meio da pesquisa documental foram analisados de forma descritiva, a partir da observação de informações contidas nos processos.

Tem-se constatado, após a análise dos processos, um aumento no ano de 2012 nos casos de adolescentes/jovens em conflito com a lei com prognóstico ou diagnóstico de transtorno mental. Dos 09 (nove) diagnósticos feitos nos processos analisados 07 (sete) ocorreram no mencionado ano.

Não é possível aferir, ao certo, se isso ocorreu devido à maior cautela dos profissionais envolvidos no processo ressocializador do jovem, ou devido as providências tomadas pelos operadores do direito ligados ao processo do adolescente/jovem em conflito com a lei, ou, ainda, em razão da família do

representado informar tal peculiaridade. Sabe-se que casos de adolescentes/jovens com transtornos mentais em conflito com a lei tem se tornado aparente no âmbito do Distrito Federal.

Constata-se, a partir dos processos levantados que dentro da Vara da Infância e da Juventude os Magistrados se posicionam de diversas formas no tocante a esse público estudado.

Dos 16 (dezesesseis) casos analisados, em 14 (quatorze) deles foi aplicada uma ou mais das medidas socioeducativas elencadas no artigo 112 do Estatuto e dentre estes 09 (nove) das sentenças prolatadas sequer mencionava a medida protetiva ao representado.

Ou seja, a aplicação da medida protetiva, prevista no artigo 101, inciso V do ECA, incorporada na norma estatutária, estando em consonância com a Constituição Federal de 1988, além das Convenções que versam sobre criança e adolescente, não está sendo observada.

Atentando-se para o adolescente descrito na tabela abaixo como A1, verifica-se que este jovem possui 73 (setenta e três) passagens pela justiça infanto-juvenil entre o período compreendido de 2006 e 2012. Ora, um adolescente que apresenta prognóstico de transtorno mental, sendo, posteriormente, comprovado o diagnóstico, deve ser submetido a um tratamento especializado. No caso em comento, a medida protetiva de tratamento psicológico foi aplicada ao representado A1 no ano de 2008. Entretanto, este mesmo jovem ainda se encontra cometendo atos infracionais.

Nesse ponto, a discussão passa a adentrar no campo da execução da

medida protetiva aplicada. Os programas governamentais oferecem a este adolescente o tratamento psicológico na rede pública de saúde. Todavia, outros adolescentes, inclusive os que não se encontram em processo reeducativo/ressocializador, concorrem com os adolescentes em conflito com a lei pela mesma oportunidade de tratamento.

Sabe-se que a demanda não é compatível com os tratamentos oferecidos, ocasionando demora na execução das medidas protetivas aplicadas, devido a grandes listas de espera para o tratamento.

Por fim, nos demais casos analisados, também se verifica uma significativa reiteração na seara infracional. Segue a tabela da análise dos processos.

Quadro 2 - Análise dos processos atendidos pela Defensoria Pública atuante na Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal entre 2008 e 2012

Indivíduo	Número de Passagens	1ª Passagem	Indícios de Transtorno	Diagnóstico de Transtorno Mental	Uso de Psicotrópico	Ato Infracional ¹	Atuação da Defesa	Medida Aplicada	Situação atual do adolescente ²
A ₁	73	2006	—	Transtorno de Conduta (diagnóstico 2009)	Não	Estelionato e ameaça	Pleiteou a instauração do incidente de insanidade mental em 2008 e a aplicação de medida protetiva	Remissão judicial como forma de extinção do processo. A medida protetiva já havia sido aplicada em 2008.	Cumprindo a Medida Socioeducativa de Semiliberdade referente a outro ato. Outros processos em aberto.
A ₂	12	2007	Indícios de Transtorno Mental	—	Não	Porte de arma	Pleiteou a instauração do incidente de insanidade mental em 2008. Suspensão dos processos até conclusão do incidente.	Medida Socioeducativa de Semiliberdade + Medida Protetiva	Cumprindo a Medida Socioeducativa de Semiliberdade e medida protetiva.
A ₃	4	2009	Indícios de Transtorno Mental	—	Não	Porte de arma	Pleiteou aplicação de medida protetiva	Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida, Prestação de Serviços à Comunidade e Medida Protetiva	Cumprindo a Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida, Prestação de Serviços à Comunidade e Medida protetiva. Respondendo a novos atos infracionais.
A ₄	11	2010	Indícios de Transtorno Mental	—	Não	Porte e uso de drogas	Pleiteou a instauração do incidente de insanidade mental em 2008 e a aplicação de medida socioeducativa de advertência e medida protetiva	Medida Socioeducativa de Internação	Cumprindo a Medida Socioeducativa de Internação
A ₅	9	2010	---	Diagnosticado durante internação provisória, com crises de dissociação da consciência, episódios de ansiedade intensa, agressividade. Usuário de drogas (diagnóstico 2012)	Sim	Tentativa de Homicídio	Pleiteou aplicação de Medida Protetiva.	Medida Socioeducativa de Internação	Cumprindo a Medida Socioeducativa de Internação
A ₆	3	2009	Indícios de Transtorno Mental (2012) + drogas.	Diagnóstico de TDAH (diagnóstico 2012)	Sim	Roubo	Pleiteou internação compulsória devido uso de drogas	Processo em andamento.	---
A ₇	2	2012	Indícios de Transtorno Mental (2012)	Diagnóstico TDAH, Déficit cognitivo leve e transtorno de conduta (diagnóstico 2012)	Sim	Tentativa de Latrocínio	Pleiteou a instauração do incidente de insanidade mental	Processo em andamento – não foi suspenso	---

A ₈	1	2012	Indício de Transtorno Mental – TDAH (2012) – Faz tratamento no COMPP	Não	Sim	Roubo	Pleiteou a instauração do incidente de insanidade mental	Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida e medida protetiva	Aguardando execução da medida imposta
A ₉	18	2011	Indícios de Transtorno Mental – Déficit Intelectual.	Não	Não	Roubo	Pleiteou a Medida Protetiva	Medida Socioeducativa de Internação	Cumprimento da medida imposta
A ₁₀	4	2011	Indícios de Transtorno Mental	Psiquiatra sugeriu internação compulsória para tratamento de drogas (2012)	Não	Tráfico de Drogas	Pleiteou Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida + Medida Protetiva.	Medida Socioeducativa de Semiliberdade	Cumprimento da medida imposta
A ₁₁	3	2010	---	Diagnosticado com TDAH + Usuário de Drogas – tem diagnóstico desde os 09 anos de idade. Projeto Praia.	Sim	Roubo e Porte uso de drogas	Pleiteou a Medida Protetiva	Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida + Prestação de Serviços à Comunidade	Aguardando execução da medida imposta e em cumprimento de medida socioeducativa anteriormente imposta
A ₁₂	2	2011	Indícios de transtorno. Usuário de drogas.	Não	Não	Roubo	Pleiteou a aplicação de medida protetiva	Medida Socioeducativa de Internação	Cumprindo a medida imposta
A ₁₃	3	2012	---	Diagnosticado com TDHA e transtorno misto de habilidades escolares (diagnóstico 2012)	Sim	Porte de Arma	Pleiteou a aplicação de medida protetiva	Medida Socioeducativa de Internação	Cumprindo nova medida socioeducativa de internação referente a ato infracional posterior
A ₁₄	12	2009	Indícios de transtorno.	—	Não	Furto	Pleiteou a aplicação de medida protetiva	Medida Socioeducativa de Semiliberdade + medida protetiva	Cumprindo a medida imposta
A ₁₅	10	2010	---	Diagnosticado com TDAH (diagnóstico 2012)	Sim	Roubo	Pleiteou aplicação de medida protetiva	Medida Socioeducativa de Semiliberdade	Cumprindo a medida imposta
A ₁₆	2	2009	—	Diagnosticado com distúrbio de comportamento + usuário de drogas (diagnóstico 2012)	Sim	Roubo	Pleiteou aplicação de medida protetiva	Medida Socioeducativa de Semiliberdade	Cumprindo a medida imposta

Fonte: Quadro elaborado pela autora da pesquisa.

1 – Ato infracional que desencadeou a necessidade de instauração do incidente de insanidade ou aplicação de medida protetiva prevista no artigo 101, inciso V do ECA.

2 – Andamento Processual verificado até 01/2013.

4.2 Análise dos dados levantados a partir dos questionários aplicados

A seguir serão realizadas análises descritivas dos dados obtidos através da aplicação de um questionário composto por 30 (trinta) questões para o corpo jurídico, e um questionário de 38 (trinta e oito) questões para o corpo psicossocial das unidades de internação provisória, estrita e casas de semiliberdade.

Os dados coletados foram analisados utilizando-se para tanto tabelas e gráficos, possibilitando assim seu melhor entendimento e estão dispostas na mesma ordem em que aparecem no questionário. Os questionários aplicados nas unidades de internação provisória, estrita e casas de semiliberdade foram analisados entre si. Por outro lado, os questionários aplicados ao corpo jurídico foram analisados conjuntamente.

Entende-se não ser necessária a aplicação de estatística inferencial tendo em vista, pela característica da pesquisa, não ser necessário a utilização de testes paramétricos mais sofisticados como *t-Student* e Qui-Quadrado.

4.2.1 Análise do questionário aplicado ao corpo jurídico

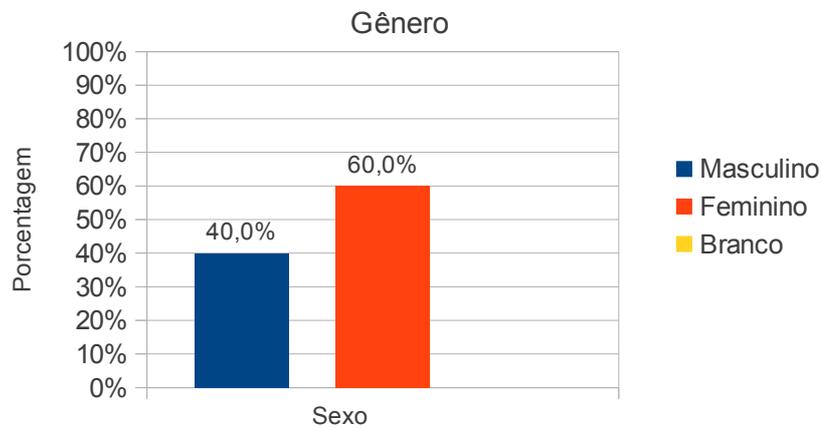
4.2.1.1 Gênero

Dos questionários aplicados ao corpo jurídico atuante na infância e juventude do Distrito Federal, 60% foram respondidos por profissionais do sexo feminino e 40% por profissionais do sexo masculino (Tabela 1).

Tabela 1 - Gênero dos participantes do corpo jurídico

Sexo	Frequência Absoluta
Masculino	4
Feminino	6
Branco	0
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 1: Distribuição do gênero dos participantes do corpo jurídico.

Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

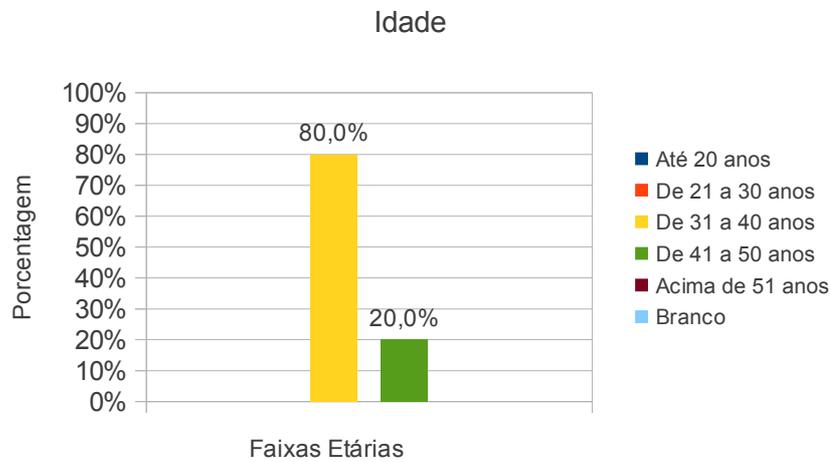
4.2.1.2 Idade

Dos profissionais integrantes do corpo jurídico que responderam a pesquisa, 80% estão na faixa etária compreendida entre 31 e 40 anos. Os outros 20% se concentram na faixa de 41 a 50 anos de idade (Tabela 2).

Tabela 2 - Idade dos participantes do corpo jurídico

Idade	Frequência Absoluta
Até 20 anos	0
De 21 a 30 anos	0
De 31 a 40 anos	8
De 41 a 50 anos	2
Acima de 51 anos	0
Branco	0
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 2: Distribuição da idade dos participantes do corpo jurídico.

Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.3 Profissionais que participaram da pesquisa

Dentre os profissionais que responderam o questionário do corpo jurídico, 90% foi composto por Defensores Públicos e 10% por Promotores de Justiça. Não houve nenhum questionário respondido por Juiz de Direito (Tabela 3).

Tabela 3 - Profissionais do corpo jurídico que responderam o questionário

Profissão	Frequência Absoluta
Juiz de Direito	0
Defensor Público	9
Promotor de Justiça	1
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 3: Distribuição dos profissionais que responderam o questionário.

Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.4 Tempo de atuação na profissão

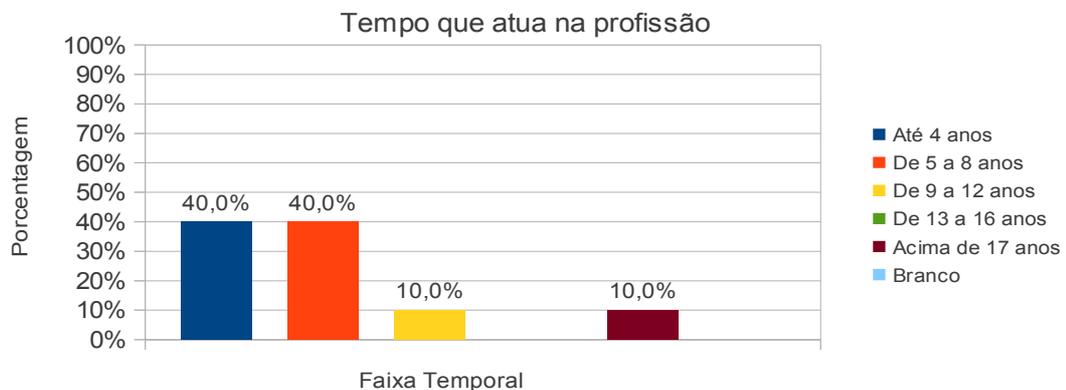
A distribuição das respostas se concentrou na faixa de tempo compreendido de até 04 anos com 40% e na faixa de tempo de 05 a 08 anos com também 40% da respostas (Tabela 4).

Tabela 4 - Tempo de atuação na profissão dos profissionais que responderam ao questionário do corpo jurídico

Tempo na profissão	Frequência Absoluta
Até 4 anos	4
De 5 a 8 anos	4
De 9 a 12 anos	1
De 13 a 16 anos	0
Acima de 17 anos	1
Branco	0
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 4: Distribuição do tempo de atuação na profissão dos profissionais que responderam ao questionário do corpo jurídico.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.5 Conhecimento acerca da Lei nº 10.216/2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica

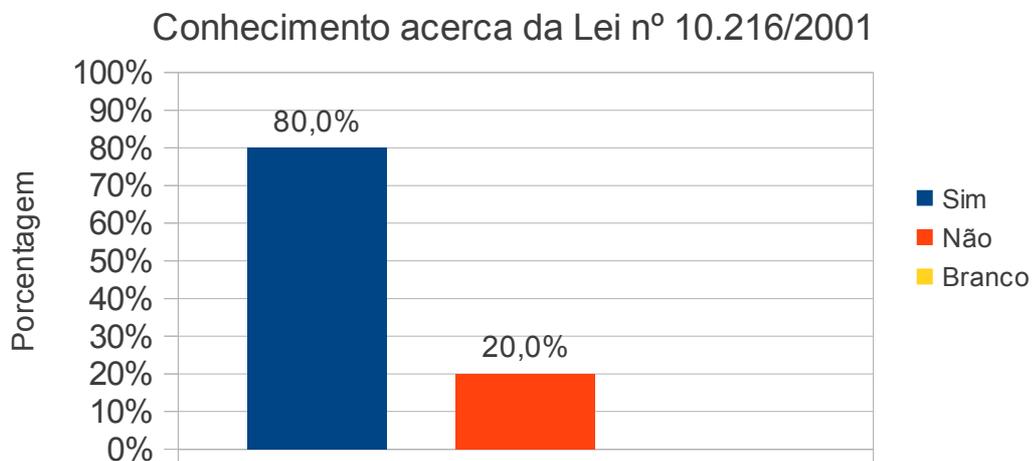
Dos resultados obtidos com a aplicação dos questionários ao corpo jurídico, 80% reponderam que têm conhecimento acerca da lei da reforma psiquiátrica (Lei 10.216/2001) (Tabela 5).

Tabela 5 - Conhecimento dos profissionais que responderam o questionário do corpo jurídico acerca da Lei nº 10.216/2001

Conhecimento da Lei 10.216/2001	Frequência Absoluta
Sim	8
Não	2
Branco	0
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 5: Distribuição do conhecimento dos profissionais que responderam o questionário do corpo jurídico acerca da Lei nº 10.216/2001.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.6 Aplicação da Lei nº 10.216/2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica

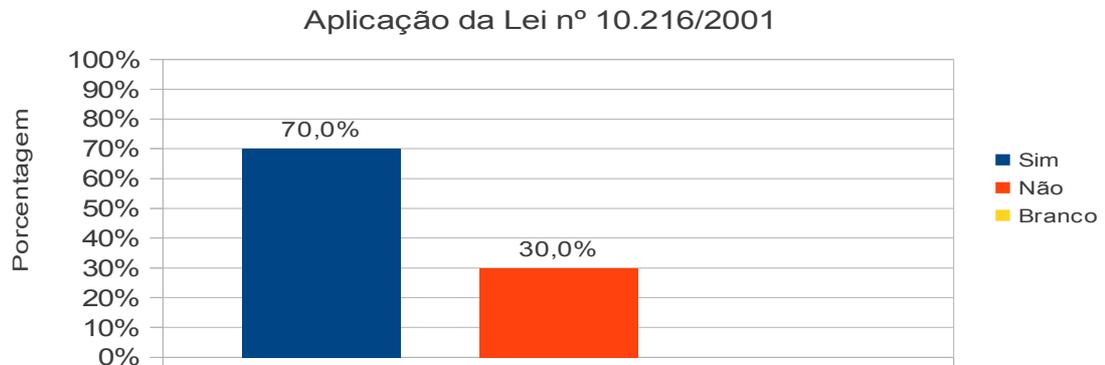
No tocante a aplicação da Lei da reforma psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), 70% dos participantes responderam que pleiteiam a sua aplicação (Tabela 6).

Tabela 6 - Aplicação da Lei nº 10.216/2001 pelos profissionais que responderam o questionário do corpo jurídico

Aplicação da Lei nº 10.216/2001	Frequência Absoluta
Sim	7
Não	3
Branco	0
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 6: Distribuição da aplicação da Lei nº 10.216/2001 pelos profissionais que responderam o questionário do corpo jurídico.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.7 Conhecimento acerca da Lei nº 12.594/2012

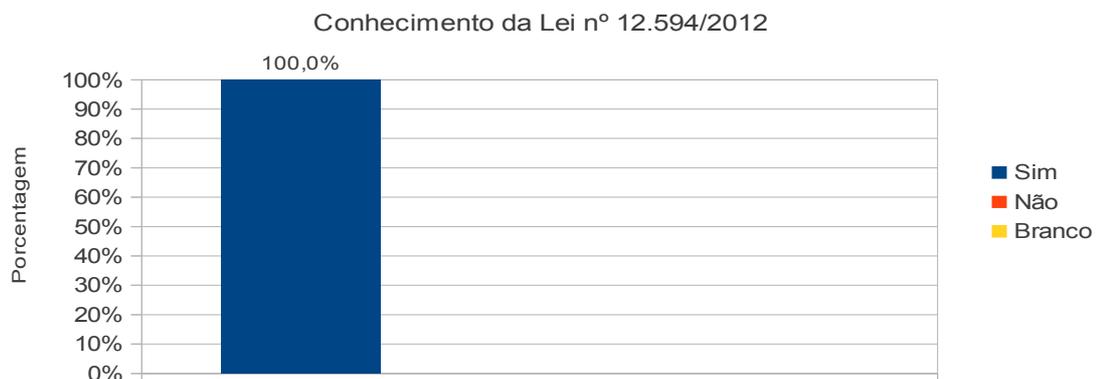
Segundo a análise dos dados, 100% dos participantes possuem conhecimento da Lei 12.594/2012 que versa sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) (Tabela 7).

Tabela 7 - Conhecimento dos profissionais que responderam o questionário do corpo jurídico acerca da Lei nº 12.594/2012

Conhecimento da Lei 12.594/2012 – SINASE	Frequência Absoluta
Sim	10
Não	0
Branco	0
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 7: Distribuição do conhecimento dos profissionais que responderam o questionário do corpo jurídico acerca da Lei nº 12.594/2012.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.8 Aplicação da Lei nº 12.594/2012 – SINASE

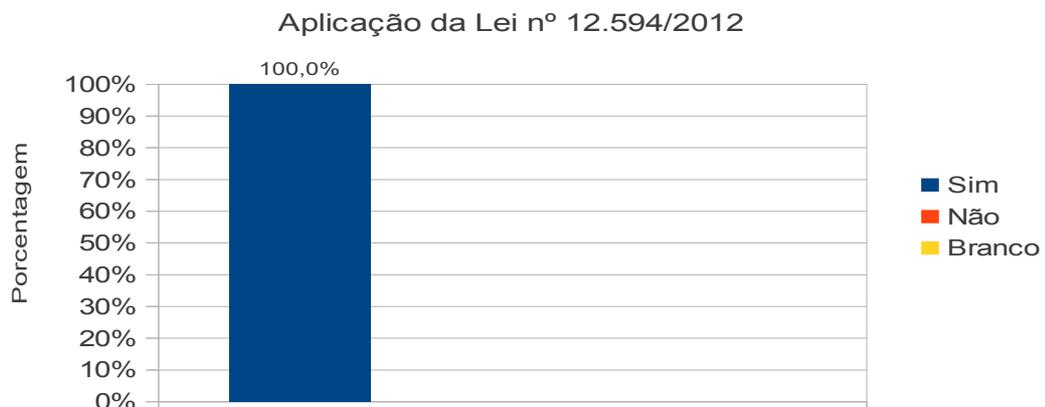
Conforme o gráfico abaixo, 100% dos participantes do corpo jurídico afirmaram que pleiteiam a aplicação da Lei 12.594/2012 - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) (Tabela 8).

Tabela 8 - Aplicação da Lei nº 12.594/2012 pelos profissionais que responderam o questionário do corpo jurídico

Aplicação da Lei 12.594/2012 – SINASE	Frequência Absoluta
Sim	10
Não	0
Branco	0
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 8: Distribuição da aplicação da Lei nº 12.594/2012 pelos profissionais que responderam o questionário do corpo jurídico.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.9 Procedimentos adotados após a família do adolescente informar transtorno mental

Acerca do procedimento adotado quando a família do adolescente/jovem leva ao conhecimento do corpo jurídico o indício ou comprovação do transtorno mental, 32% dos participantes responderam que pleiteiam a aplicação de medida protetiva, enquanto 28% pleiteiam a instauração do incidente de insanidade mental e 20% afirmaram que pleiteia o encaminhamento do adolescente/jovem ao Psiquiatra

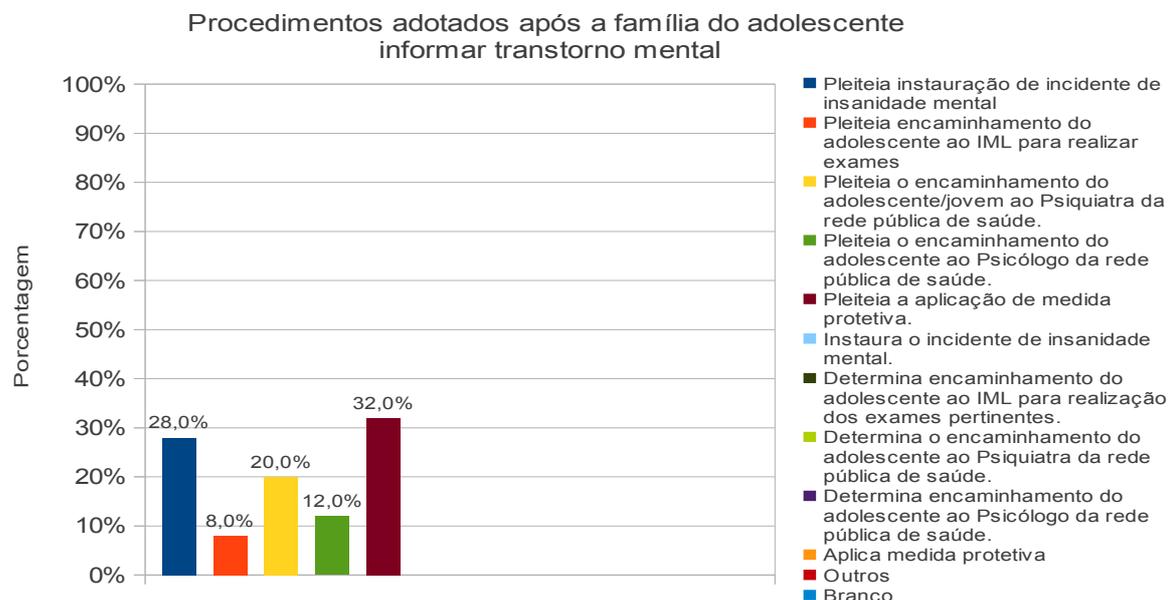
da rede pública de saúde. Os demais resultados estão distribuídos nas outras possibilidades de respostas (Tabela 9).

Tabela 9 - Procedimentos adotados após a família do adolescente informar transtorno mental

Procedimentos adotados após a família do adolescentes informar transtorno mental	Frequência Absoluta
Pleiteia instauração de incidente de insanidade mental	7
Pleiteia encaminhamento do adolescente ao IML para realizar exames	2
Pleiteia o encaminhamento do adolescente/jovem ao Psiquiatra da rede pública de saúde.	5
Pleiteia o encaminhamento do adolescente ao Psicólogo da rede pública de saúde.	3
Pleiteia a aplicação de medida protetiva.	8
Instaura o incidente de insanidade mental.	0
Determina encaminhamento do adolescente ao IML para realização dos exames pertinentes.	0
Determina o encaminhamento do adolescente ao Psiquiatra da rede pública de saúde.	0
Determina encaminhamento do adolescente ao Psicólogo da rede pública de saúde.	0
Aplica medida protetiva	0
Outros	0
Branco	0
Total	25

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 9: Distribuição dos procedimentos adotados após a família do adolescente informar transtorno mental



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.10 Possibilidade de aplicação de medida protetiva para adolescente com indícios de transtorno mental antes da conclusão do incidente de insanidade

A partir da análise dos dados, verificou-se que 100% dos participantes responderam que é possível a aplicação de medida protetiva para adolescentes com indícios de transtorno mental antes da conclusão do incidente de insanidade mental (Tabela 10).

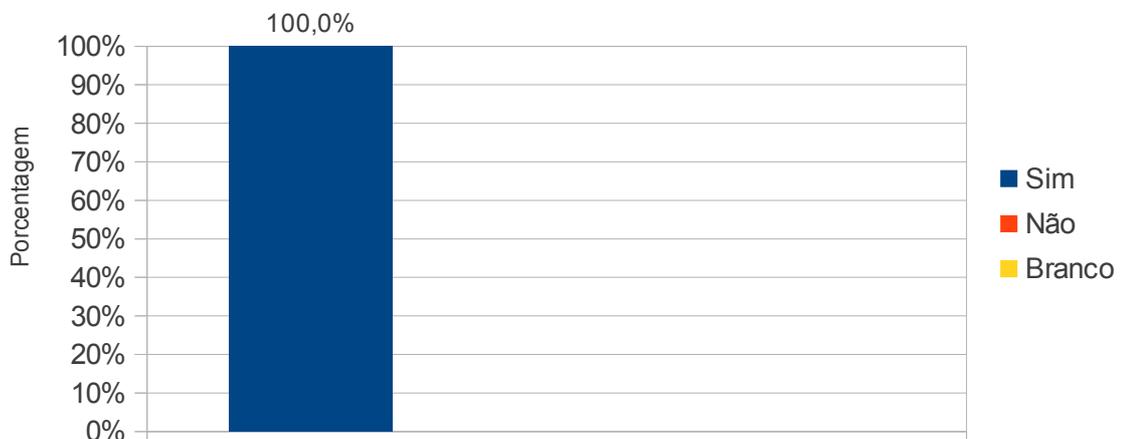
Tabela 10 - Possibilidade de aplicação de medida protetiva para adolescente com indícios de transtorno mental antes da conclusão do incidente de insanidade

Possibilidade de aplicação de medida protetiva para adolescente com indícios de transtorno mental antes da conclusão do incidente de insanidade	Frequência Absoluta
Sim	10
Não	0
Branco	0
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 10: Distribuição da possibilidade de aplicação de medida protetiva para adolescente com indícios de transtorno mental antes da conclusão do incidente de insanidade

Possibilidade de pedido de aplicação de medida protetiva para adolescentes/jovens com indícios de transtorno mental antes da conclusão do incidente de insanidade mental



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.11 Possibilidade da aplicação de ofício de medida protetiva para adolescentes com indícios de transtorno mental antes da conclusão do incidente de insanidade mental

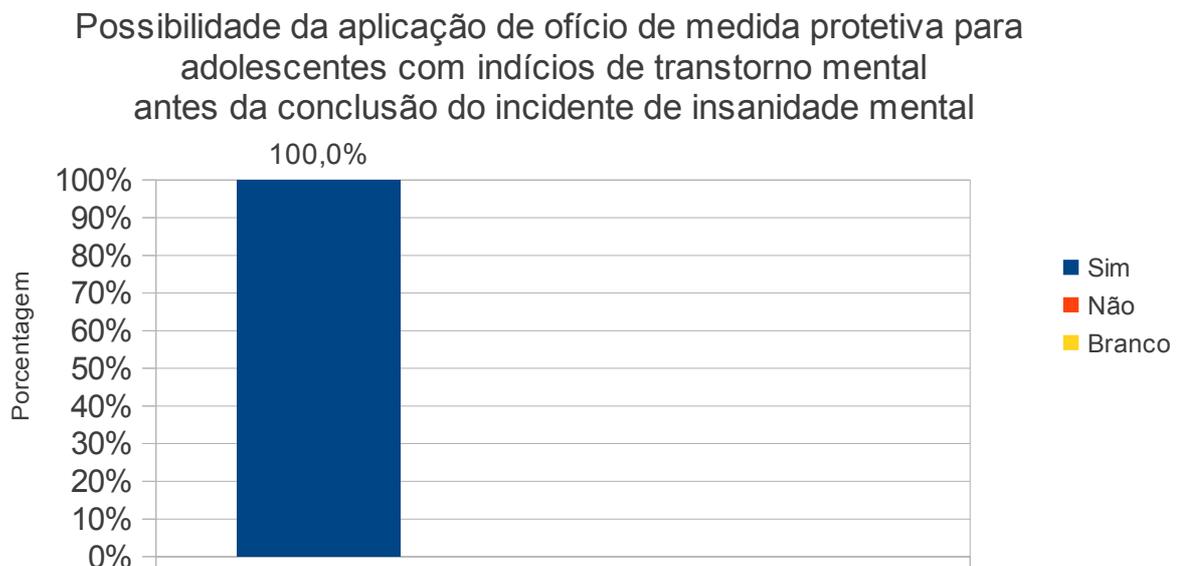
No tocante a possibilidade da aplicação de ofício de medida protetiva para adolescentes com indícios de transtorno mental, antes da conclusão do incidente de insanidade mental, 100% dos participantes responderam afirmativamente (Tabela 11).

Tabela 11 - Possibilidade da aplicação de ofício de medida protetiva para adolescentes com indícios de transtorno mental antes da conclusão do incidente de insanidade mental

Possibilidade da aplicação de ofício de medida protetiva para adolescentes com indícios de transtorno mental antes da conclusão do incidente de insanidade mental	Frequência Absoluta
Sim	10
Não	0
Branco	0
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 11: Distribuição da possibilidade da aplicação de ofício de medida protetiva para adolescentes com indícios de transtorno mental antes da conclusão do incidente de insanidade mental.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.12 Possibilidade de suspensão do processo até a conclusão do incidente de insanidade mental

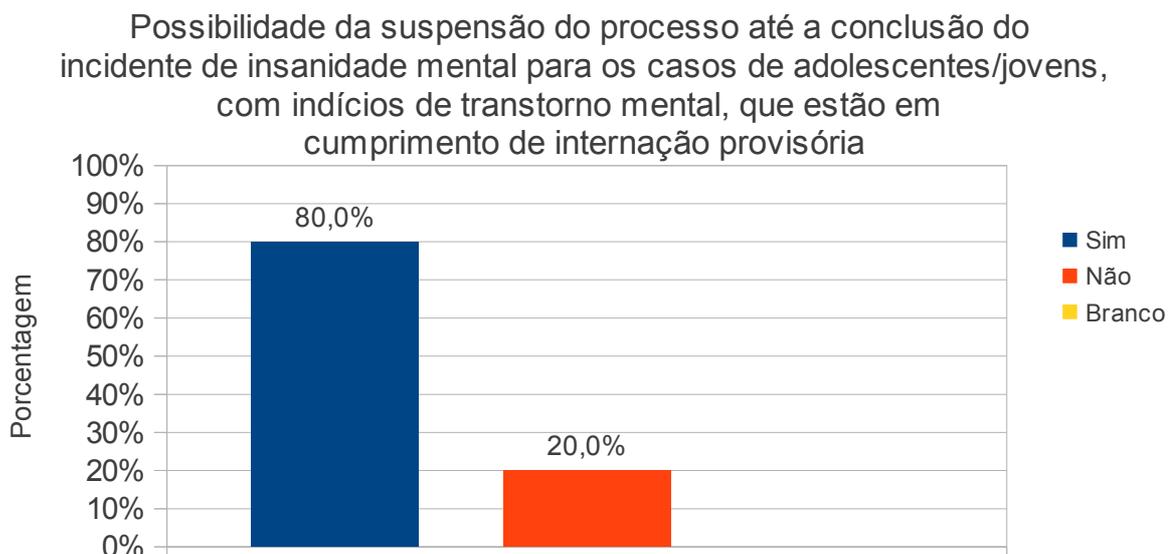
Segundo o gráfico abaixo, 80% dos participantes afirmaram que é possível pleitear a suspensão do processo até a conclusão do incidente de insanidade mental, para adolescentes com indícios de transtorno mental, em cumprimento de internação provisória (Tabela 12).

Tabela 12 - Possibilidade de suspensão do processo até a conclusão do incidente de insanidade mental para adolescentes, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de internação provisória

Possibilidade de suspensão do processo até a conclusão do incidente de insanidade mental para adolescentes, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de internação provisória	Frequência Absoluta
Sim	8
Não	2
Branco	0
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 12: Distribuição da possibilidade de suspensão do processo até a conclusão do incidente de insanidade mental para adolescentes, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de internação provisória.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.13 Possibilidade da suspensão do processo para adolescentes com transtorno mental comprovado, em cumprimento de internação provisória

Dos resultados obtidos, 80% responderam que é possível a suspensão do processo para adolescentes com transtorno mental comprovado, em cumprimento de internação provisória (Tabela 13).

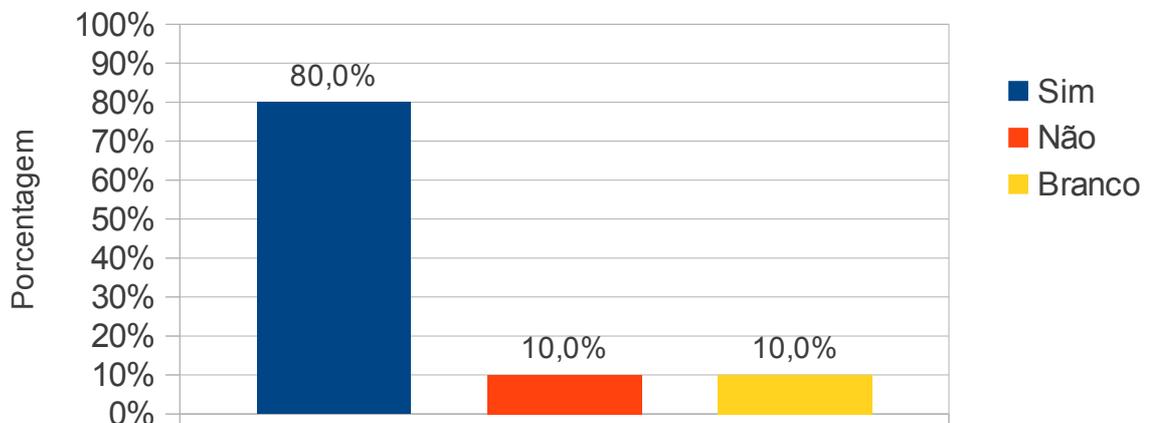
Tabela 13 - Possibilidade da suspensão do processo para adolescentes com transtorno mental comprovado, em cumprimento de internação provisória

Possibilidade da suspensão do processo para adolescentes com transtorno mental comprovado, em cumprimento de internação provisória	Frequência Absoluta
Sim	8
Não	1
Branco	1
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 13: Distribuição da possibilidade da suspensão do processo para adolescentes com transtorno mental comprovado, em cumprimento de internação provisória.

Possibilidade da suspensão do processo para os casos de adolescentes/jovens, com transtorno mental comprovado, que estão em cumprimento de internação provisória



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.14 Possibilidade da suspensão do processo de execução até a conclusão do incidente de insanidade mental para os casos de adolescentes/jovens, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de internação estrita

Nota-se que 80% dos participantes afirmaram ser possível a suspensão do processo de execução até conclusão do incidente de insanidade mental para os casos de adolescentes, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de internação estrita (Tabela 14).

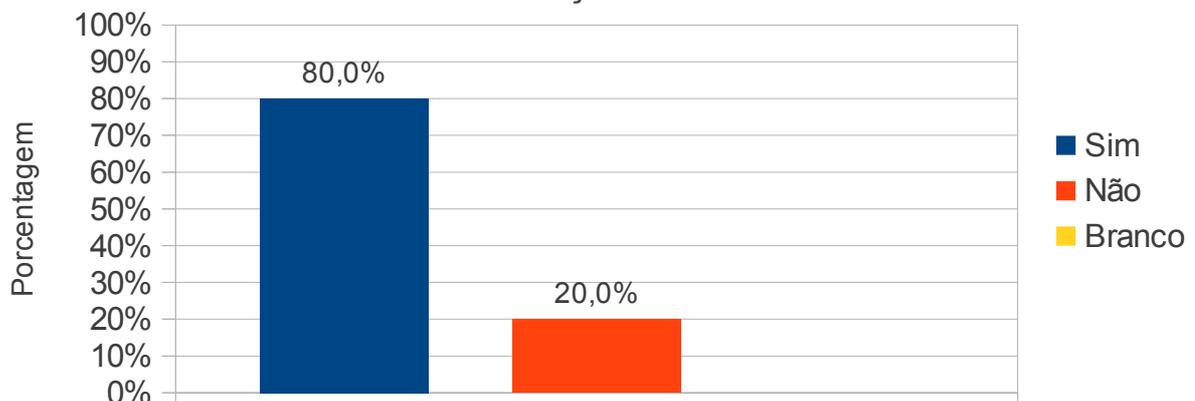
Tabela 14 - Possibilidade da suspensão do processo de execução até conclusão do incidente de insanidade mental para adolescentes, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de internação estrita

Possibilidade da suspensão do processo de execução até conclusão do incidente de insanidade mental para adolescentes, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de internação estrita	Frequência Absoluta
Sim	8
Não	2
Branco	0
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 14: Distribuição da possibilidade da suspensão do processo de execução até conclusão do incidente de insanidade mental para adolescentes, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de internação estrita.

Possibilidade da suspensão do processo de execução até a conclusão do incidente de insanidade mental para os casos de adolescentes/jovens, com indícios de transtorno mental, que estão em cumprimento de internação estrita



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.15 Possibilidade da suspensão do processo de execução para os casos de adolescentes/jovens, com transtorno mental comprovado, que estão em cumprimento de internação estrita

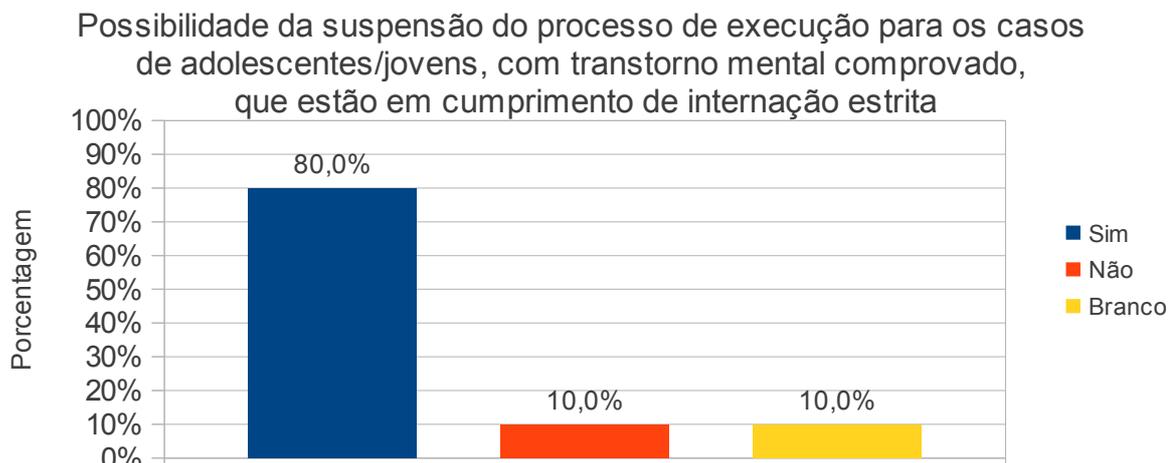
De acordo com os dados levantados, 80% dos participantes responderam que é possível a suspensão do processo de execução de adolescentes, com transtorno mental comprovado, em cumprimento de internação estrita (Tabela 15).

Tabela 15 - Possibilidade da suspensão do processo de execução para adolescentes, com transtorno mental comprovado, em cumprimento de internação estrita

Possibilidade da suspensão do processo de execução para adolescentes, com transtorno mental comprovado, em cumprimento de internação estrita	Frequência Absoluta
Sim	8
Não	1
Branco	1
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 15: Distribuição da possibilidade da suspensão do processo de execução para adolescentes, com transtorno mental comprovado, em cumprimento de internação estrita.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.16 Possibilidade da suspensão do processo de execução até a conclusão do incidente de insanidade mental para adolescentes, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade

Verifica-se que 90% dos participantes responderam ser possível a

suspensão do processo de execução, até a conclusão do incidente de insanidade mental, para os casos de adolescentes com indícios de transtorno mental, em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade (Tabela 16).

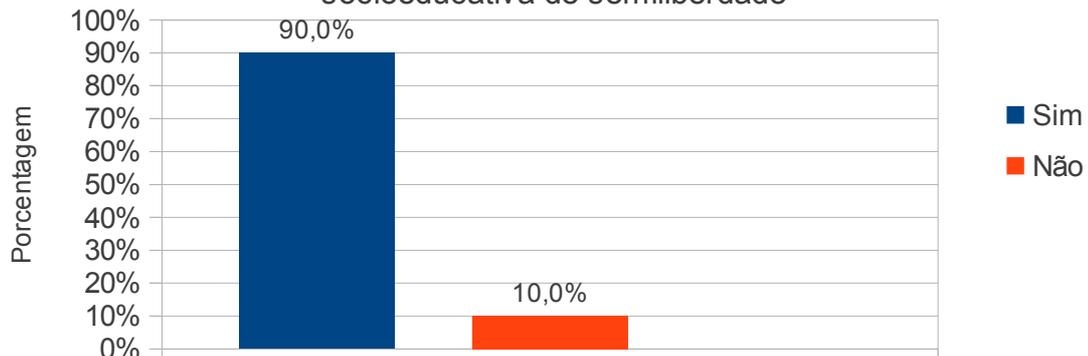
Tabela 16 - Possibilidade da suspensão do processo de execução até a conclusão do incidente de insanidade mental para adolescentes, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade

Possibilidade da suspensão do processo de execução até a conclusão do incidente de insanidade mental para adolescentes, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade	Frequência Absoluta
Sim	9
Não	1
Branco	0
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 16: Distribuição da possibilidade da suspensão do processo de execução até a conclusão do incidente de insanidade mental para adolescentes, com indícios de transtorno mental, em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade.

Possibilidade da suspensão do processo de execução até a conclusão do incidente de insanidade mental para os casos de adolescentes/jovens, com indícios de transtorno mental, que estão em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.17 Possibilidade da suspensão do processo de execução para adolescentes, com transtorno mental comprovado, que estão em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade

Em observância do gráfico, constatou-se que 80% dos participantes responderam afirmativamente para a possibilidade de suspensão do processo de execução para adolescentes com transtorno mental comprovado, que estão em

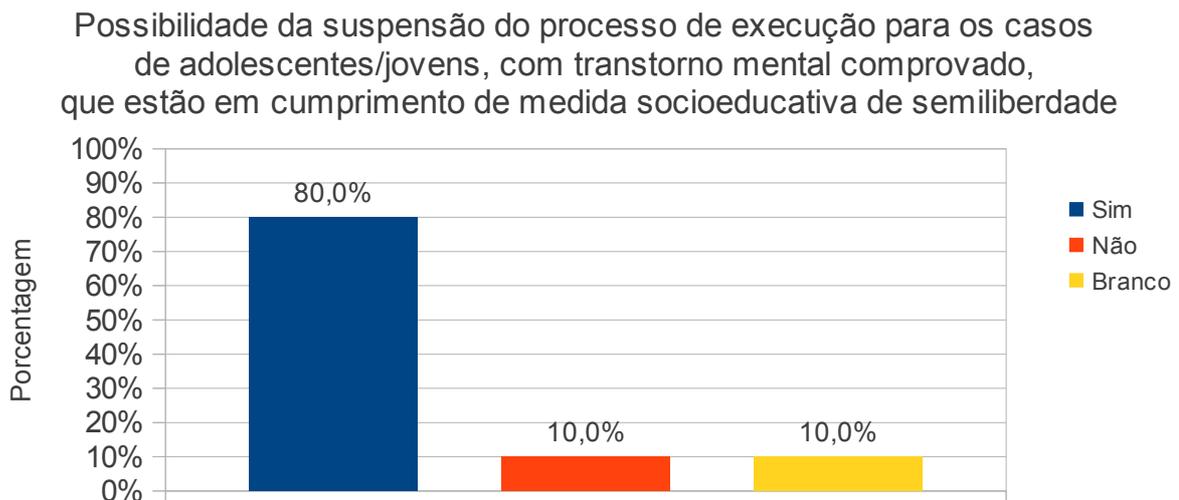
cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade (Tabela 17).

Tabela 17- Possibilidade da suspensão do processo de execução para adolescentes, com transtorno mental comprovado, que estão em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade

Possibilidade da suspensão do processo de execução para adolescentes, com transtorno mental comprovado, que estão em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade	Frequência Absoluta
Sim	8
Não	1
Branco	1
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 17: Distribuição da possibilidade da suspensão do processo de execução para adolescentes, com transtorno mental comprovado, que estão em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.18 Posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de internação provisória

Nota-se que 19,4% dos participantes afirmaram que pleiteiam a liberação do adolescente/jovem do cumprimento de internação provisória, após constatado o transtorno mental dos adolescentes que se encontram em cumprimento de internação provisória. Em contraposto, pleitear a aplicação de medida protetiva ou pleitear a aplicação do instituto da remissão e medida protetiva ou pleitear o

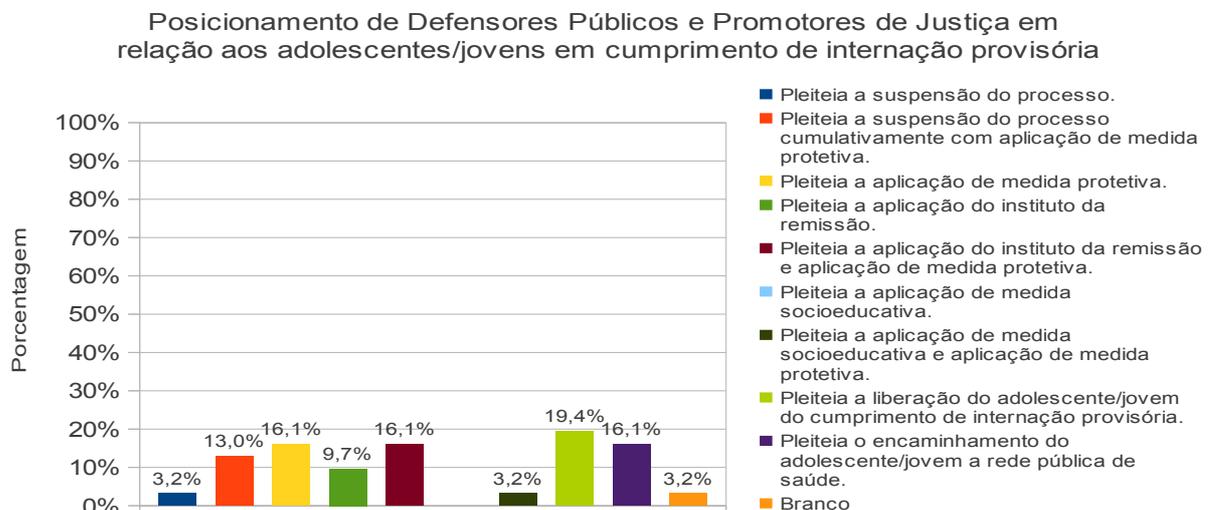
encaminhamento do adolescente/jovem a rede pública de saúde, perfizeram 16,1% das respostas cada uma das alternativas. Os demais resultados estão distribuídos nas outras possibilidades de respostas (Tabela 18).

Tabela 18 - Posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de internação provisória

Posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de internação provisória	Frequência Absoluta
Pleiteia a suspensão do processo.	1
Pleiteia a suspensão do processo cumulativamente com aplicação de medida protetiva.	4
Pleiteia a aplicação de medida protetiva.	5
Pleiteia a aplicação do instituto da remissão.	3
Pleiteia a aplicação do instituto da remissão e aplicação de medida protetiva.	5
Pleiteia a aplicação de medida socioeducativa.	0
Pleiteia a aplicação de medida socioeducativa e aplicação de medida protetiva.	1
Pleiteia a liberação do adolescente/jovem do cumprimento de internação provisória.	6
Pleiteia o encaminhamento do adolescente/jovem a rede pública de saúde.	5
Branco	1
Total	31

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 18: Distribuição do posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de internação provisória.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.19 Posicionamento do Juiz de Direito após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de internação provisória

Não houve a participação de Juizes de Direito.

4.2.1.20 Posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de internação estrita

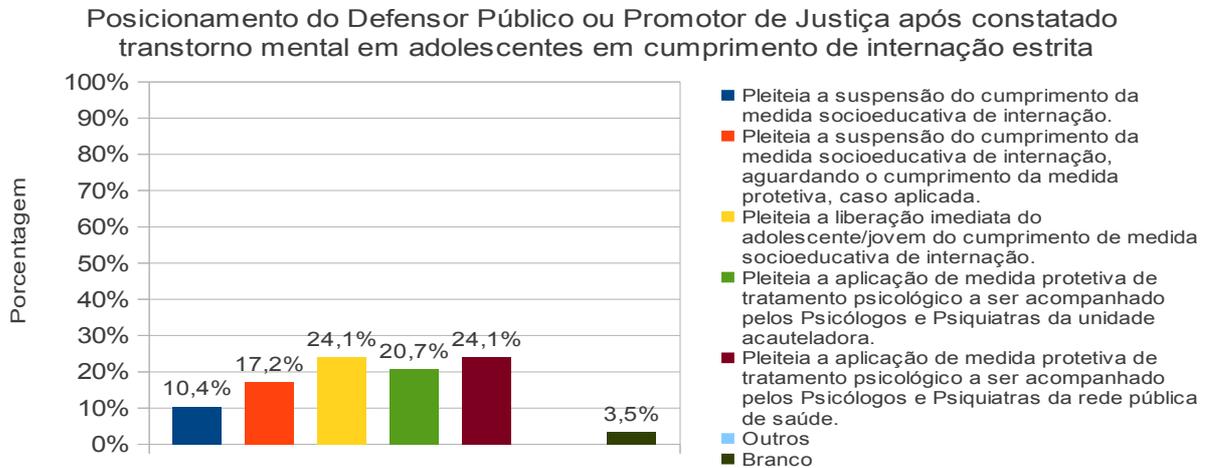
Assevera-se que na questão suscitada, o percentual de 24,1% foi atribuído igualmente para pleitear a liberação imediata do adolescente/jovem do cumprimento da medida socioeducativa de internação e para pleitear a aplicação de medida protetiva de tratamento psicológico a ser acompanhado pelos Psicólogos e Psiquiatras da rede pública de saúde, na hipótese de ser constatado o transtorno mental em adolescentes durante o cumprimento de internação estrita. Os demais resultados estão distribuídos nas outras possibilidades de respostas (Tabela 19).

Tabela 19 - Posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de internação estrita

Posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de internação estrita	Frequência Absoluta
Pleiteia a suspensão do cumprimento da medida socioeducativa de internação.	3
Pleiteia a suspensão do cumprimento da medida socioeducativa de internação, aguardando o cumprimento da medida protetiva, caso aplicada.	5
Pleiteia a liberação imediata do adolescente/jovem do cumprimento de medida socioeducativa de internação.	7
Pleiteia a aplicação de medida protetiva de tratamento psicológico a ser acompanhado pelos Psicólogos e Psiquiatras da unidade acauteladora.	6
Pleiteia a aplicação de medida protetiva de tratamento psicológico a ser acompanhado pelos Psicólogos e Psiquiatras da rede pública de saúde.	7
Outros	0
Branco	1
Total	29

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 19: Distribuição do posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de internação estrita.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.21 Posicionamento do Juiz de Direito após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de internação estrita

Não houve a participação de Juízes de Direito.

4.2.1.22 Posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de semiliberdade

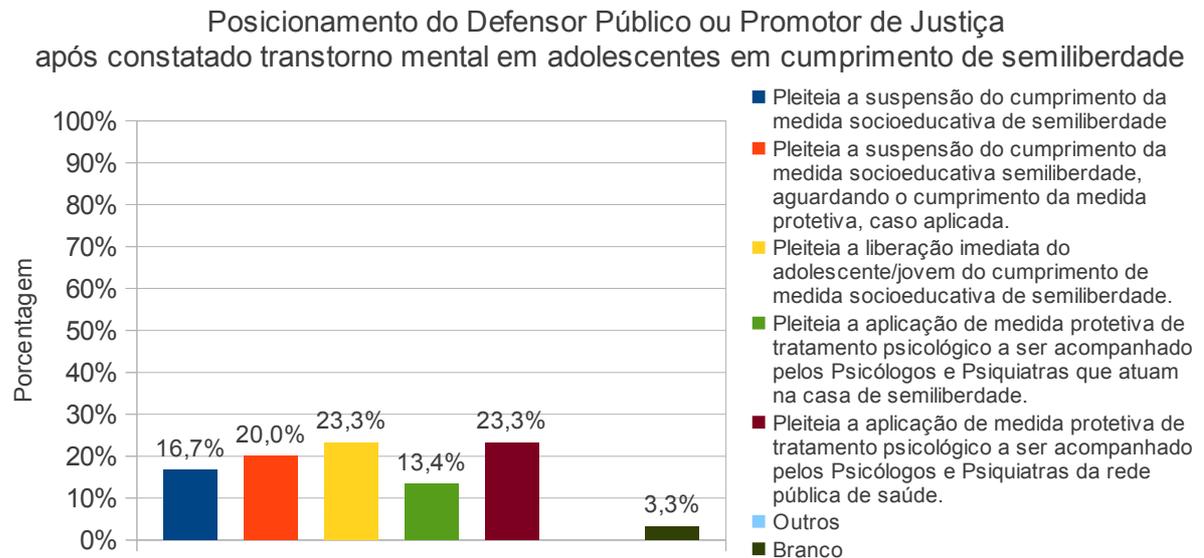
Conforme o gráfico abaixo, o percentual de 23,3% foi atribuído igualmente para pleitear a imediata liberação do adolescente/jovem do cumprimento da medida socioeducativa de semiliberdade e para pleitear a aplicação de medida protetiva de tratamento psicológico a ser acompanhado pelos Psicólogos e Psiquiatras da rede pública de saúde após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de semiliberdade. Os demais resultados estão distribuídos nas outras possibilidades de respostas (Tabela 20).

Tabela 20 - Posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de semiliberdade

Posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de semiliberdade	Frequência Absoluta
Pleiteia a suspensão do cumprimento da medida socioeducativa de semiliberdade	5
Pleiteia a suspensão do cumprimento da medida socioeducativa semiliberdade, aguardando o cumprimento da medida protetiva, caso aplicada.	6
Pleiteia a liberação imediata do adolescente/jovem do cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade.	7
Pleiteia a aplicação de medida protetiva de tratamento psicológico a ser acompanhado pelos Psicólogos e Psiquiatras que atuam na casa de semiliberdade.	4
Pleiteia a aplicação de medida protetiva de tratamento psicológico a ser acompanhado pelos Psicólogos e Psiquiatras da rede pública de saúde.	7
Outros	0
Branco	1
Total	30

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 20: Distribuição do posicionamento do Defensor Público ou Promotor de Justiça após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de semiliberdade.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.23 Posicionamento do Juiz de Direito após constatado transtorno mental em adolescentes em cumprimento de semiliberdade

Não houve a participação de Juízes de Direito.

4.2.1.24 Ações do operador do direito da Infância e Juventude em relação ao adolescente com transtorno mental, após cessar o cumprimento da medida socioeducativa

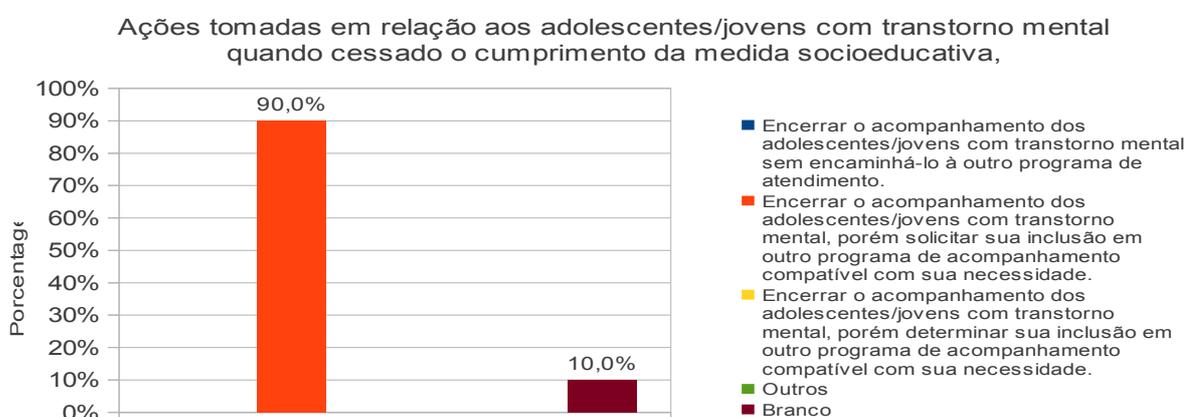
Constata-se que 90% dos participantes responderam que a providência tomada após cessar o cumprimento da medida socioeducativa é encerrar o acompanhamento dos adolescentes/jovens com transtorno mental, porém solicitar sua inclusão em outro programa de acompanhamento compatível com sua necessidade (Tabela 21).

Tabela 21 - Ações tomadas em relação ao adolescente com transtorno mental, após cessar o cumprimento da medida socioeducativa

Ações tomadas em relação ao adolescente com transtorno mental, após cessar o cumprimento da medida socioeducativa	Frequência Absoluta
Encerrar o acompanhamento dos adolescentes/jovens com transtorno mental sem encaminhá-lo à outro programa de atendimento.	0
Encerrar o acompanhamento dos adolescentes/jovens com transtorno mental, porém solicitar sua inclusão em outro programa de acompanhamento compatível com sua necessidade.	9
Encerrar o acompanhamento dos adolescentes/jovens com transtorno mental, porém determinar sua inclusão em outro programa de acompanhamento compatível com sua necessidade.	0
Outros	0
Branco	1
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 21: Distribuição das ações tomadas em relação ao adolescente com transtorno mental, após cessar o cumprimento da medida socioeducativa.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.25 Possibilidade de aplicação da medida protetiva para a família de adolescente com transtorno mental

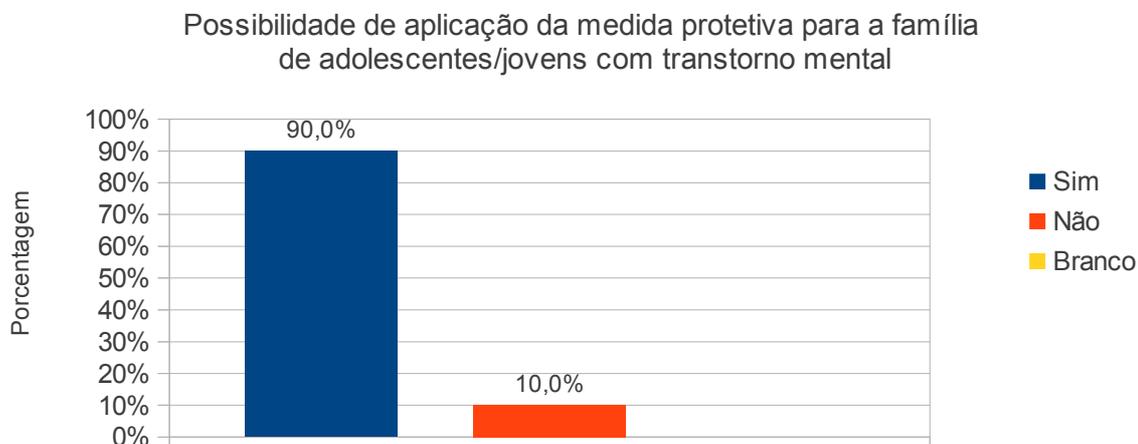
De acordo com os dados levantados, 90% dos participantes responderam que é possível a aplicação de medida protetiva para a família de adolescente com transtorno mental (Tabela 22).

Tabela 22 - Possibilidade de aplicação da medida protetiva para a família de adolescente com transtorno mental

Possibilidade de aplicação da medida protetiva para a família de adolescente com transtorno mental	Frequência Absoluta
Sim	9
Não	1
Branco	0
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 22: Distribuição das possibilidade de aplicação da medida protetiva para a família de adolescente com transtorno mental.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.26 Medidas protetivas aplicadas à família do adolescente com transtorno mental

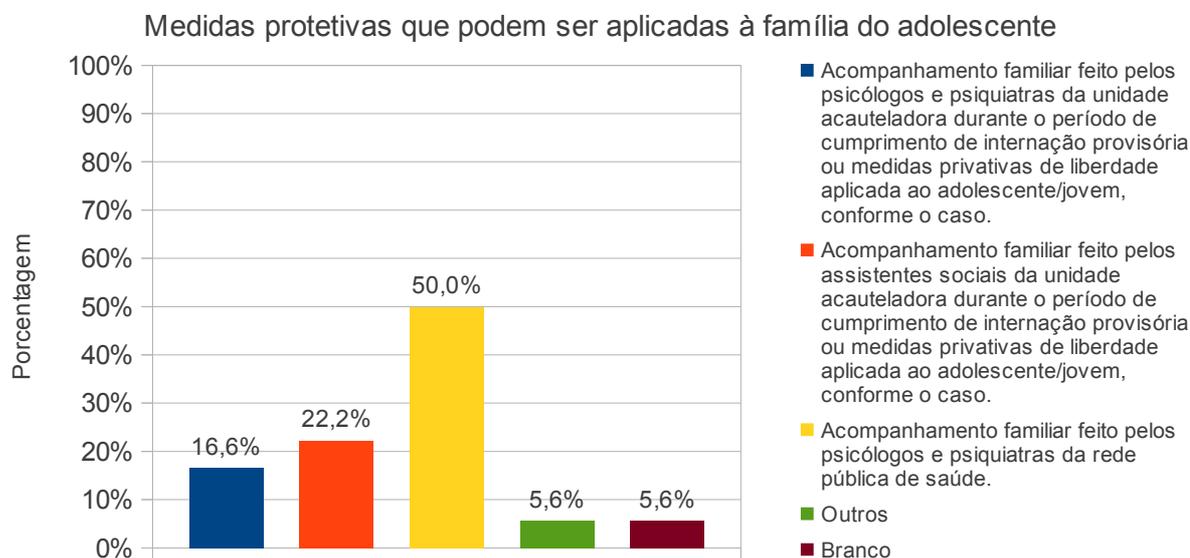
Nota-se que 50% dos participantes afirmaram que é aplicado como medida protetiva à família do adolescente com transtorno mental o acompanhamento por psicólogos e psiquiatras da rede pública de saúde (Tabela 23).

Tabela 23 - Medidas protetivas que podem ser aplicadas à família do adolescente com transtorno mental

Medidas protetivas que podem ser aplicadas à família do adolescente com transtorno mental	Frequência Absoluta
Acompanhamento familiar feito pelos psicólogos e psiquiatras da unidade acauteladora durante o período de cumprimento de internação provisória ou medidas privativas de liberdade aplicada ao adolescente/jovem, conforme o caso.	3
Acompanhamento familiar feito pelos assistentes sociais da unidade acauteladora durante o período de cumprimento de internação provisória ou medidas privativas de liberdade aplicada ao adolescente/jovem, conforme o caso.	4
Acompanhamento familiar feito pelos psicólogos e psiquiatras da rede pública de saúde.	9
Outros	1
Branco	1
Total	18

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 23: Distribuição das medidas protetivas que podem ser aplicadas à família do adolescente com transtorno mental.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.27 Aumento no cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes com indícios de transtorno mental, no período compreendido entre 2008 e 2012

Verificou-se que 60% dos participantes indicaram que houve um aumento no cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes com indícios de

transtorno mental, no período compreendido entre 2008 e 2012 (Tabela 24).

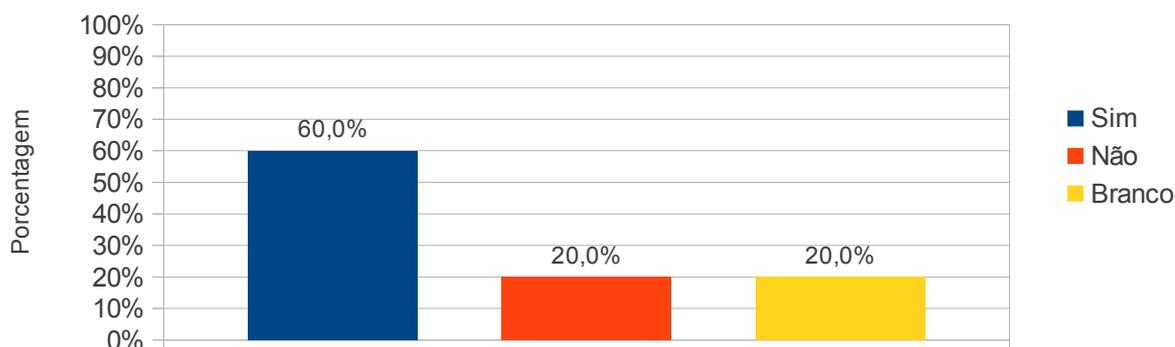
Tabela 24 - Aumento no cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes com indícios de transtorno mental, no período compreendido entre 2008 e 2012

Aumento no cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes com indícios de transtorno mental, no período compreendido entre 2008 e 2012	Frequência Absoluta
Sim	6
Não	2
Branco	2
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 24: Distribuição do aumento no cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes com indícios de transtorno mental, no período compreendido entre 2008 e 2012.

Aumento no cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes/jovens com indícios de transtorno mental, no período compreendido entre 2008 e 2012



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.28 Motivos que ocasionam a reiteração na prática de atos infracionais de adolescentes com indícios de transtorno mental

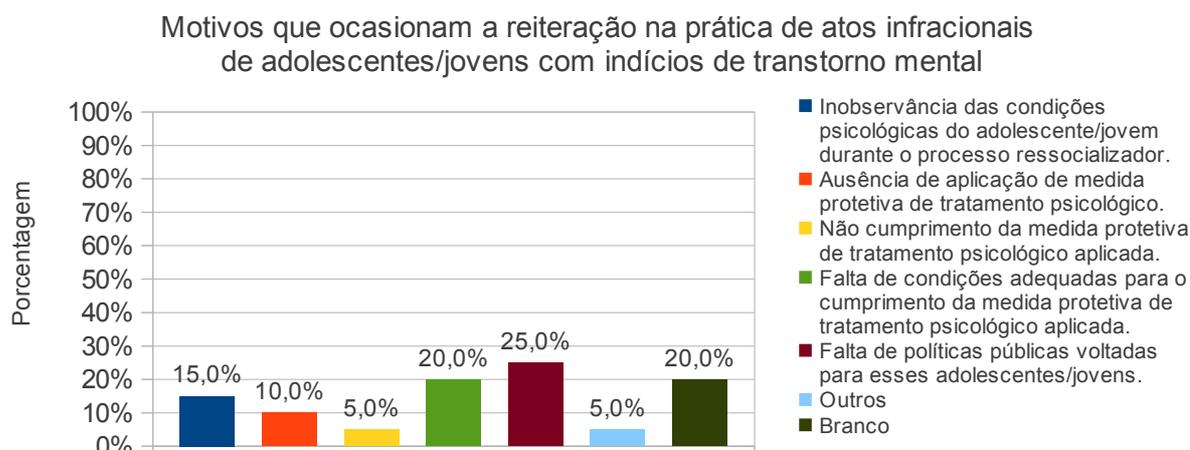
Conforme o disposto no gráfico abaixo, 25% dos participantes afirmaram que o motivo que ocasiona a reiteração na prática de atos infracionais de adolescentes com indícios de transtorno mental é a falta de políticas públicas voltadas para esse público. Enquanto, 20% responderam que o motivo é a falta de condições adequadas para o cumprimento da medida protetiva de tratamento psicológico aplicada. Os demais resultados estão distribuídos nas outras possibilidades de respostas (Tabela 25).

Tabela 25 - Motivos que ocasionam a reiteração na prática de atos infracionais de adolescentes com indícios de transtorno mental

Motivos que ocasionam a reiteração na prática de atos infracionais de adolescentes com indícios de transtorno mental	Frequência Absoluta
Inobservância das condições psicológicas do adolescente/jovem durante o processo ressocializador.	3
Ausência de aplicação de medida protetiva de tratamento psicológico.	2
Não cumprimento da medida protetiva de tratamento psicológico aplicada.	1
Falta de condições adequadas para o cumprimento da medida protetiva de tratamento psicológico aplicada.	4
Falta de políticas públicas voltadas para esses adolescentes/jovens.	5
Outros	1
Branco	4
Total	20

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 25: Distribuição dos motivos que ocasionam a reiteração na prática de atos infracionais de adolescentes com indícios de transtorno mental.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.29 Aumento nos casos de cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes com transtorno mental comprovado, no período compreendido entre 2008 e 2012

Segundo a análise dos dados, 50% dos participantes afirmaram que houve um aumento nos casos de cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes com transtorno mental comprovado, no período compreendido entre 2008 e 2012 (Tabela 26).

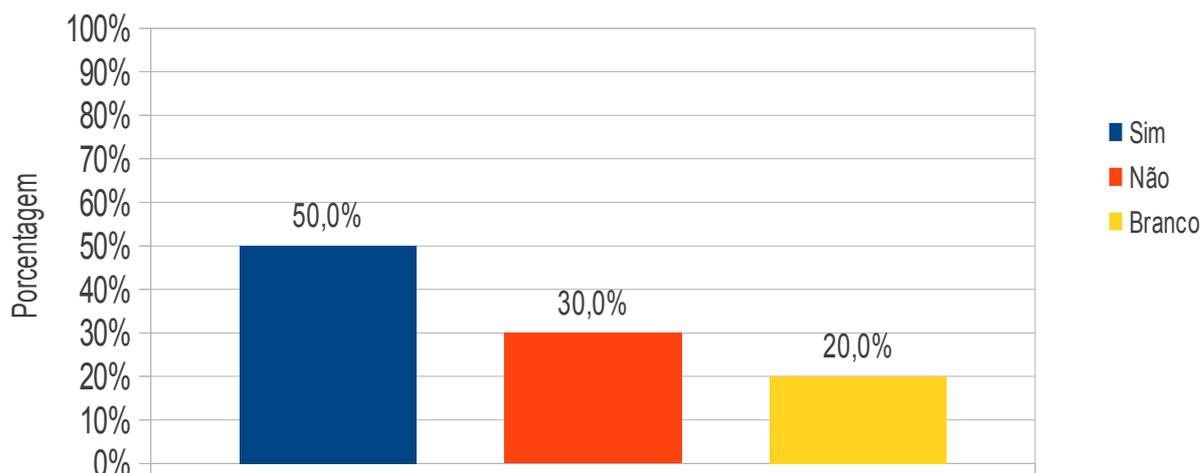
Tabela 26 - Aumento nos casos de cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes com transtorno mental comprovado, no período compreendido entre 2008 e 2012

Aumento nos casos de cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes com transtorno mental comprovado, no período compreendido entre 2008 e 2012	Frequência Absoluta
Sim	5
Não	3
Branco	2
Total	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 26: Distribuição do aumento nos casos de cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes com transtorno mental comprovado, no período compreendido entre 2008 e 2012.

Aumento nos casos de cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes/jovens com transtorno mental comprovado, no período compreendido entre 2008 e 2012



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.1.30 Motivos que ocasionam a reiteração na prática de atos infracionais de adolescentes com transtorno mental comprovado

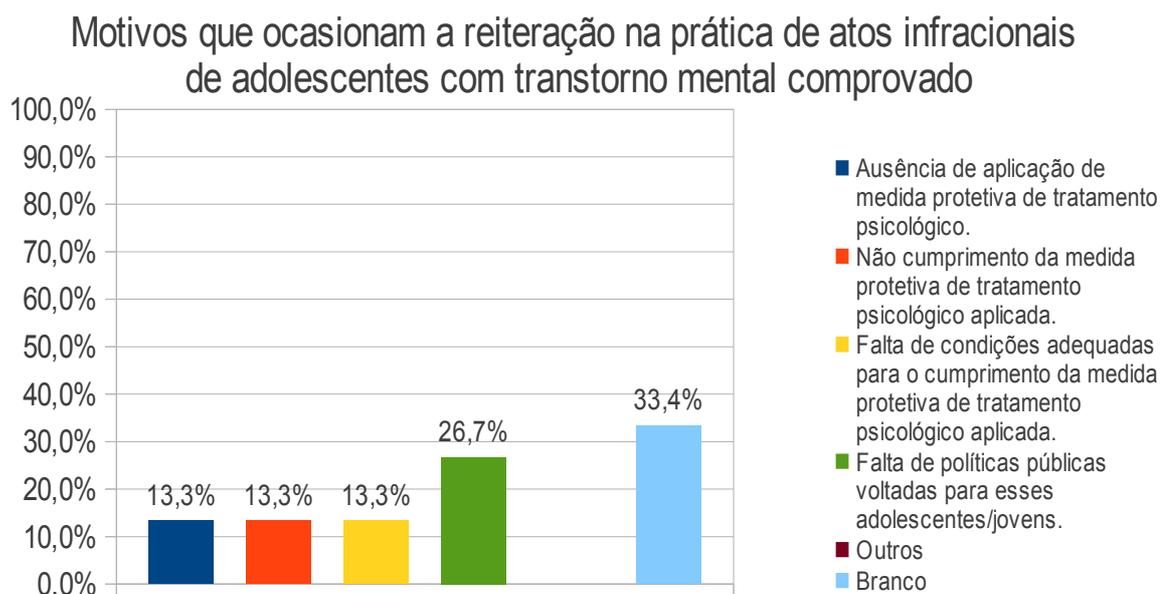
Dos resultados obtidos, 26,7% apontaram a falta de políticas públicas como motivo que ocasiona a reiteração na prática de atos infracionais de adolescentes com transtorno mental comprovado. O restante das respostas se dividiu entre as demais alternativas (Tabela 27).

Tabela 27 - Motivos que ocasionam a reiteração na prática de atos infracionais de adolescentes com transtorno mental comprovado

Motivos que ocasionam a reiteração na prática de atos infracionais de adolescentes com transtorno mental comprovado	Frequência Absoluta
Ausência de aplicação de medida protetiva de tratamento psicológico.	2
Não cumprimento da medida protetiva de tratamento psicológico aplicada.	2
Falta de condições adequadas para o cumprimento da medida protetiva de tratamento psicológico aplicada.	2
Falta de políticas públicas voltadas para esses adolescentes/jovens.	4
Outros	0
Branco	5
Total	15

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 27: Distribuição motivos que ocasionam a reiteração na prática de atos infracionais de adolescentes com transtorno mental comprovado.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2 Análise do questionário aplicado ao corpo psicossocial

4.2.2.1 Gênero

Na unidade de internação de São Sebastião (UISS), 68,2% dos questionários aplicados ao corpo psicossocial foram respondidos por indivíduos do

sexo masculino e 31,8% foram respondidos por indivíduos do sexo feminino.

Dos questionários aplicados ao corpo psicossocial da unidade de internação do Plano Piloto (UIPP), 7,2% foram respondidos por sujeitos do sexo masculino e 92,8% foram respondidos por sujeitos do sexo feminino.

Verificou-se que na unidade de internação de Planaltina (UIP), 12,5% dos questionários respondidos foram por pessoas do sexo masculino, enquanto 87,5% foram respondidos por pessoas do sexo feminino.

Já na unidade de internação do Recanto das Emas (UNIRE), 66,7% dos questionários aplicados ao corpo psicossocial foram respondidos por indivíduos do sexo masculino e 33,3% por indivíduos do sexo feminino.

No Centro de Referência em Semiliberdade (CRESEM), 33,3% dos questionários aplicados ao corpo psicossocial foram respondidos por sujeitos do sexo masculino e 66,7% foram respondidos por sujeitos do sexo feminino.

Dos questionários aplicados ao corpo psicossocial da casa de semiliberdade do Gama Central, 66,7% foram respondidos por indivíduos do sexo masculino e 33,3% foram respondidos por indivíduos do sexo feminino.

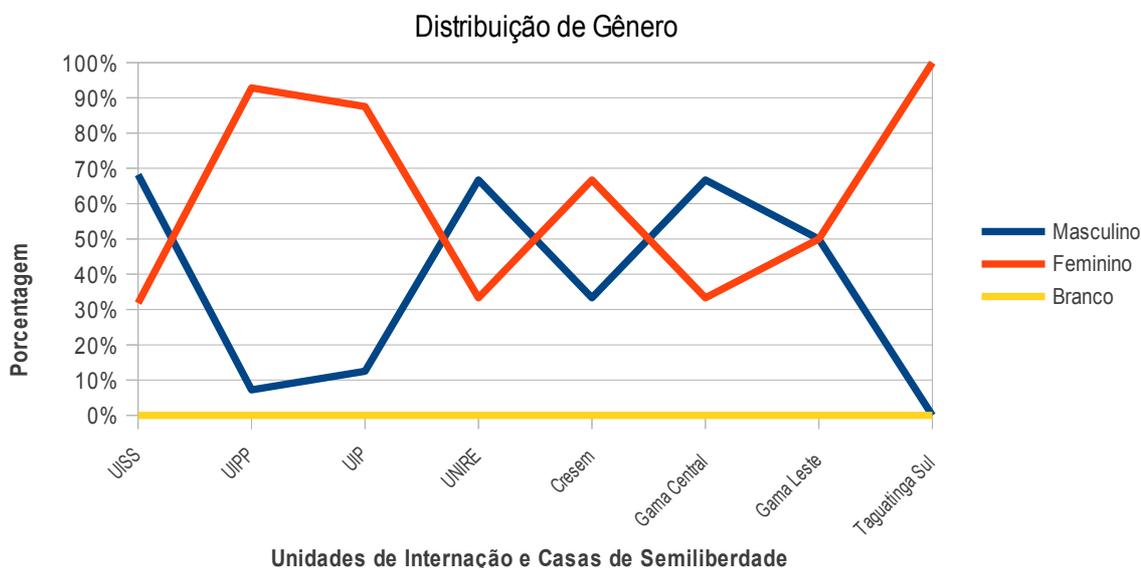
Assevera-se que na casa de semiliberdade do Gama Leste, as respostas aos questionários aplicados foram de 50% para ambos os sexos.

Por fim, na casa de semiliberdade de Taguatinga Sul, 100% dos questionários aplicados ao corpo psicossocial foram respondidos por indivíduos do sexo feminino (Tabela 28).

Tabela 28 - Gênero dos participantes do corpo psicossocial

Sexo	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Masculino	15	1	1	2	1	2	1	0
Feminino	7	13	7	1	2	1	1	3
Branco	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 28: Distribuição do gênero dos participantes do corpo psicossocial.

Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

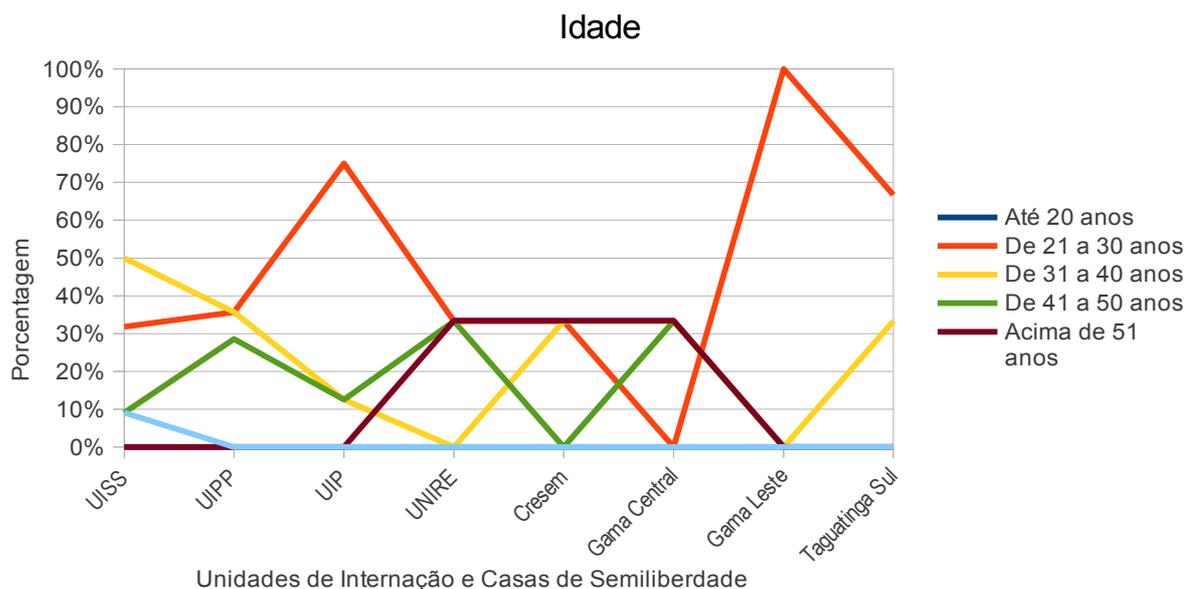
4.2.2.2 Idade dos participantes da pesquisa do corpo psicossocial

Na UISS 50% dos profissionais que responderam a pesquisa se concentraram na faixa etária entre 31 e 40 anos. Na UIPP o resultado foi igualmente distribuído entre as faixas de 21 a 30 anos e 31 a 40 anos, ambas com 35,7%. Na UIP (75%), no Gama Leste (100%) e em Taguatinga Sul (66,7%) dos participantes têm a idade compreendida entre 21 a 30 anos. Enquanto, na UNIRE, Cresem e Gama Central 33,4% os profissionais que participaram estão com idade superior a 51 anos (Tabela 29).

Tabela 29 - Idade dos participantes na pesquisa do corpo psicossocial

Idade	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Até 20 anos	0	0	0	0	0	0	0	0
De 21 a 30 anos	7	5	6	1	1	0	2	2
De 31 a 40 anos	11	5	1	0	1	1	0	1
De 41 a 50 anos	2	4	1	1	0	1	0	0
Acima de 51 anos	0	0	0	1	1	1	0	0
Branco	2	0	0	0	0	0	0	0
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 29: Distribuição da idade dos participantes na pesquisa do corpo psicossocial.

Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

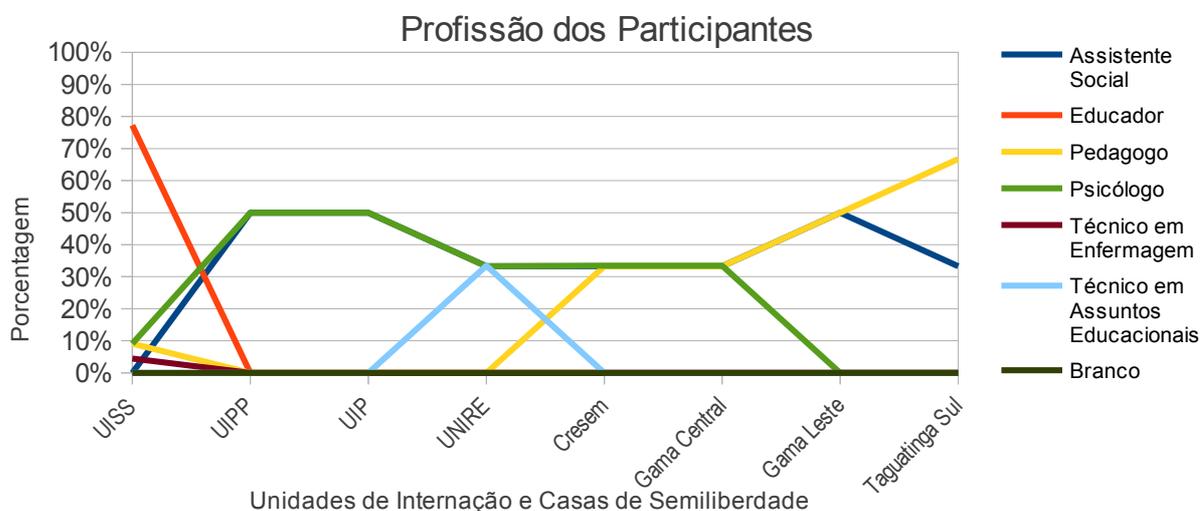
4.2.2.3 Profissionais que responderam o questionário

Assistentes sociais, Educadores, Pedagogos e Psicólogos, foram, na maioria das unidades de internação e casas de semiliberdade os profissionais que participaram da pesquisa (Tabela 30).

Tabela 30 - Profissionais que responderam o questionário

Profissão	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Assistente Social	0	7	4	1	1	1	1	1
Educador	17	0	0	0	0	0	0	0
Pedagogo	2	0	0	0	1	1	1	2
Psicólogo	2	7	4	1	1	1	0	0
Técnico em Enfermagem	1	0	0	0	0	0	0	0
Técnico em Assuntos Educacionais	0	0	0	1	0	0	0	0
Branco	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 30: Distribuição dos profissionais que responderam o questionário.

Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.4 Tempo que o profissional atua na unidade

Na UIP (100%), Cresem (100%), Gama Leste (100%), Taguatinga Sul (100%), UIPP (78,6%), UISS (68,7%), UNIRE (66,7%) os profissionais que responderam a pesquisa atuam nas instituições no período compreendido entre 0 e 4 anos. Enquanto, no Gama Central 66,7% dos profissionais estão atuando na casa

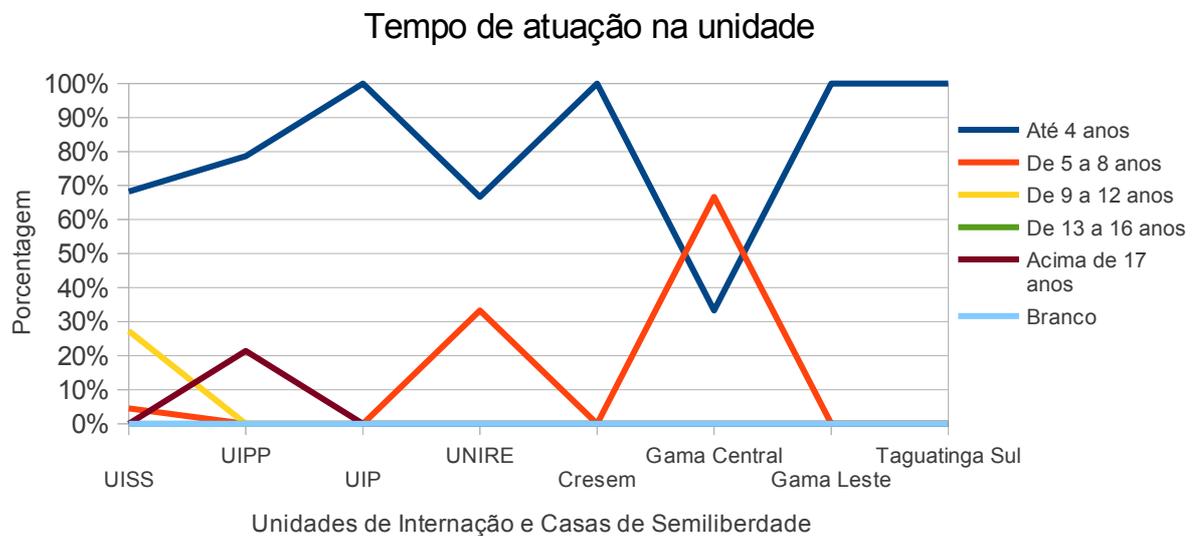
de semiliberdade no período entre 5 e 8 anos (Tabela 31).

Tabela 31 - Tempo que o profissional atua na unidade

Tempo na unidade	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Até 4 anos	15	11	8	2	3	1	2	3
De 5 a 8 anos	1	0	0	1	0	2	0	0
De 9 a 12 anos	6	0	0	0	0	0	0	0
De 13 a 16 anos	0	0	0	0	0	0	0	0
Acima de 17 anos	0	3	0	0	0	0	0	0
Branco	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 31: Distribuição do tempo que o profissional atua na unidade.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.5 Conhecimento dos profissionais do corpo psicossocial acerca da Lei nº 10.216/2001

Os profissionais integrantes do Gama Central (100%), Taguatinga Sul, Cresem e UNIRE (todas com 66,7%) e UIPP (57,1%) declararam que possui conhecimento acerca da Lei 10.216/2001. Já no Gama Leste (100%), UISS (81,8%)

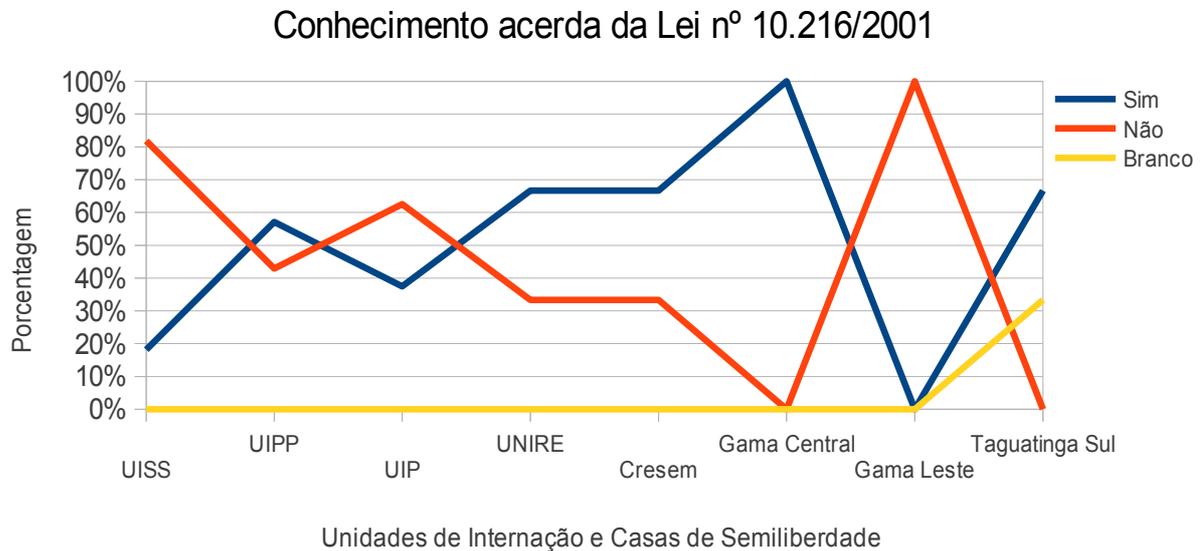
e UIP (62,7%) afirmaram que não possuem conhecimento da lei que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Tabela 32).

Tabela 32 - Conhecimento dos profissionais do corpo psicossocial acerca da Lei nº 10.216/2001

Conhecimento da Lei 10.216/2001	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Sim	4	8	3	2	2	3	0	2
Não	18	6	5	1	1	0	2	0
Branco	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 32: Distribuição do conhecimento dos profissionais do corpo psicossocial acerca da Lei nº 10.216/2001.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.6 Aplicação da Lei nº 10.216/2001

No tocante a aplicação da Lei nº 10.216/2001, a maioria dos profissionais, Gama Leste e Gama Central (ambos com 100%), UISS (77,3%), UIP (75,0%),

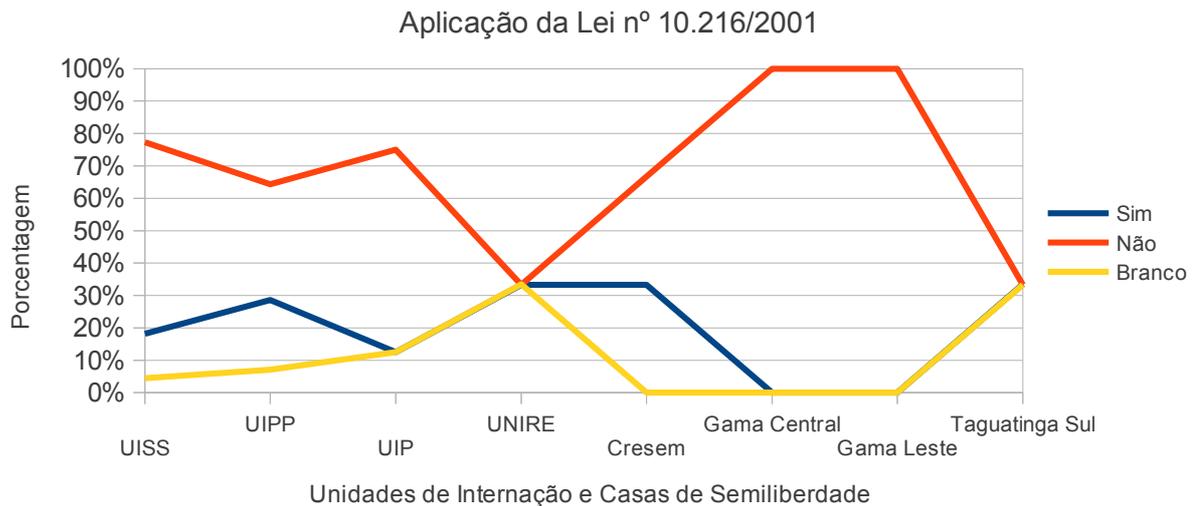
Cresem (66,7%) e UIPP (64,3%), responderam negativamente (Tabela 33).

Tabela 33 - Aplicação da Lei nº 10.216/2001 – Transtorno mental

Aplica a Lei nº 10.216/2001	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Sim	4	4	1	1	1	0	0	1
Não	17	9	6	1	2	3	2	1
Branco	1	1	1	1	0	0	0	1
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 33: Distribuição da aplicação da Lei nº 10.216/2001 - Transtorno mental.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.7 Conhecimento dos profissionais do corpo psicossocial acerca da Lei nº 12.594/2012

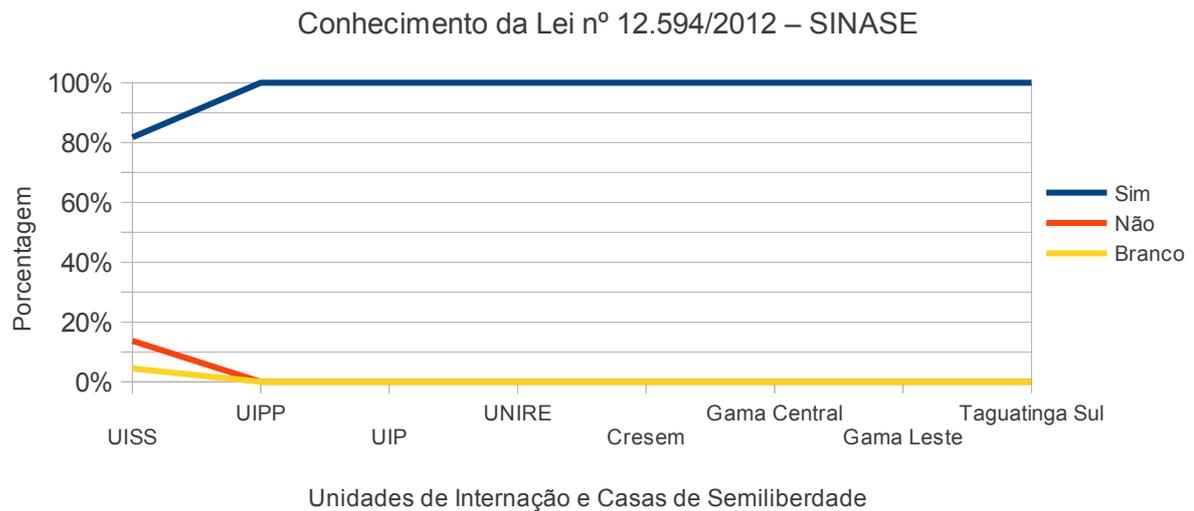
Todos os profissionais integrantes do corpo psicossocial das casas de semiliberdade do Gama Leste, Gama Central, Taguatinga Sul e Cresem (todas com 100%), bem como nas unidades de internação – UIPP, UIP, UNIRE (todas com 100%) e a UISS (81,8%) declararam que têm conhecimento da Lei 12.594/2012 (SINASE) (Tabela 34).

Tabela 34 - Conhecimento dos profissionais do corpo psicossocial acerca da Lei nº 12.594/2012 - SINASE

Conhecimento da Lei 12.594/2012 – SINASE	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Sim	18	14	8	3	3	3	2	3
Não	3	0	0	0	0	0	0	0
Branco	1	0	0	0	0	0	0	0
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 34: Distribuição do conhecimento dos profissionais do corpo psicossocial acerca da Lei nº 12.594/2012 – SINASE.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

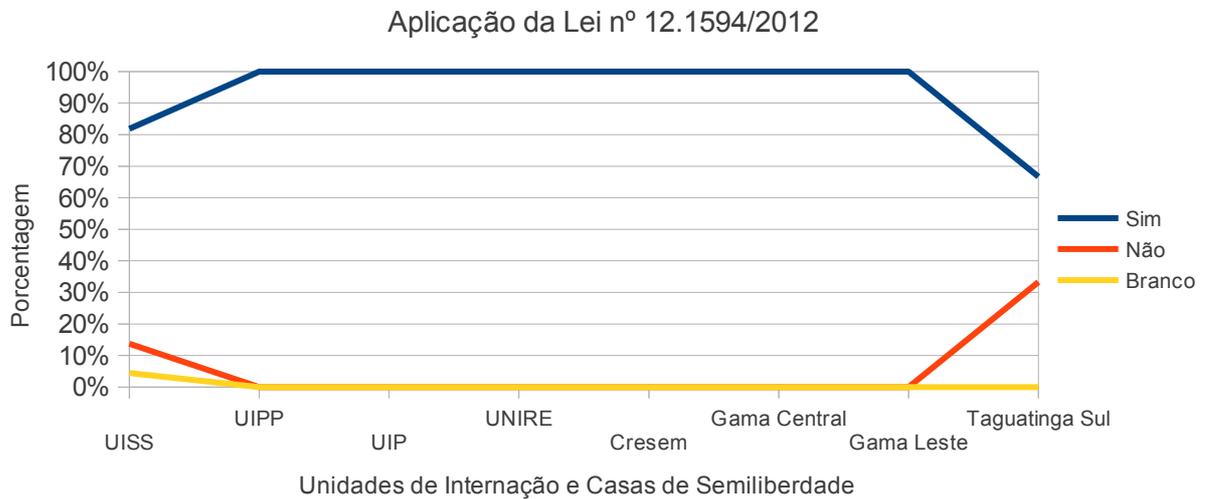
4.2.2.8 Aplicação da Lei nº 12.594/2012

Os profissionais que participaram da pesquisa, tanto nas unidades de internação – UIPP, UIP, UNIRE (todas com 100%) e UISS (81,8%) - como nas casas de semiliberdade - Gama Central, Gama Leste, Cresem (todas com 100%) e Taguatinga Sul (66,7%) - responderam afirmativamente no tocante a aplicação da Lei 12.594/2012 (SINASE) (Tabela 35).

Tabela 35 - Aplicação da Lei nº 12.594 – SINASE

Aplica a Lei 12.594/2012	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Sim	18	14	8	3	3	3	2	2
Não	3	0	0	0	0	0	0	1
Branco	1	0	0	0	0	0	0	0
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 35: Distribuição Aplicação da Lei nº 12.594 – SINASE.

Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.9 Situação do adolescente recebido na instituição

Em 100% das respostas da UISS, os adolescentes recebidos estão em cumprimento de internação provisória. Já na UIP, 100% afirmaram que os adolescentes se encontram em internação estrita na unidade. Nas UIPP e UNIRE, os profissionais afirmaram que estas unidades recebem tanto adolescentes de internação provisória quanto de estrita (UIPP – 56,5% responderam internação estrita e 43,5% provisória; UNIRE – 75% responderam internação estrita e 25% provisória). Ademais, em 100% de todas as respostas dos profissionais lotados nas casas de semiliberdade – Gama Central, Gama Leste, Cresem e Taguatinga Sul –

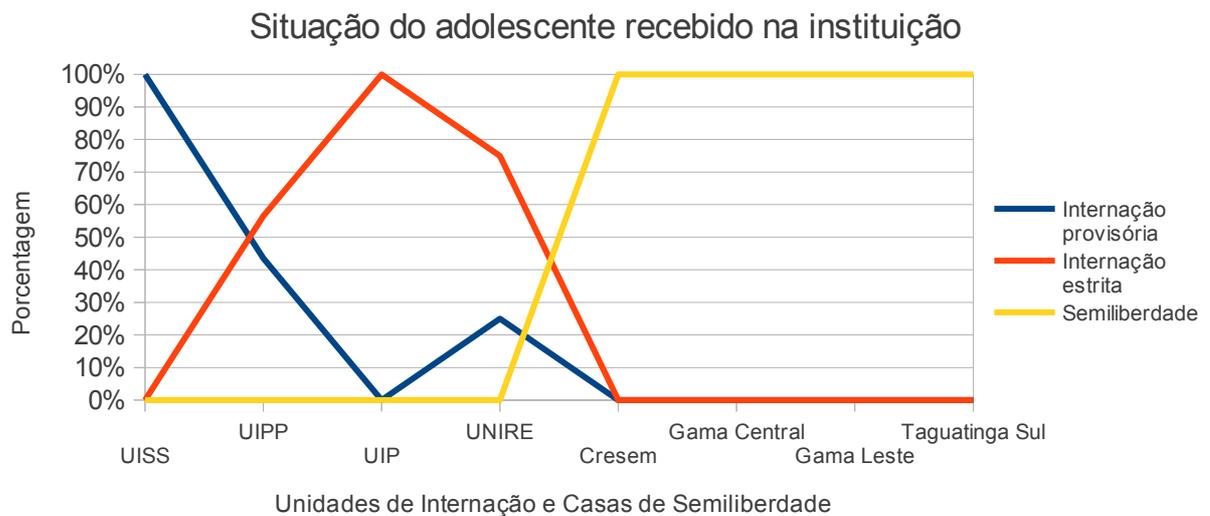
declararam que os adolescentes estão em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade (Tabela 36).

Tabela 36 - Situação do adolescente recebido na instituição

Situação do adolescente recebido na instituição	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Internação provisória	22	10	0	1	0	0	0	0
Internação estrita	0	13	8	3	0	0	0	0
Semiliberdade	0	0	0	0	3	3	2	3
Total	22	23	8	4	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 36: Distribuição da situação do adolescente recebido na instituição.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

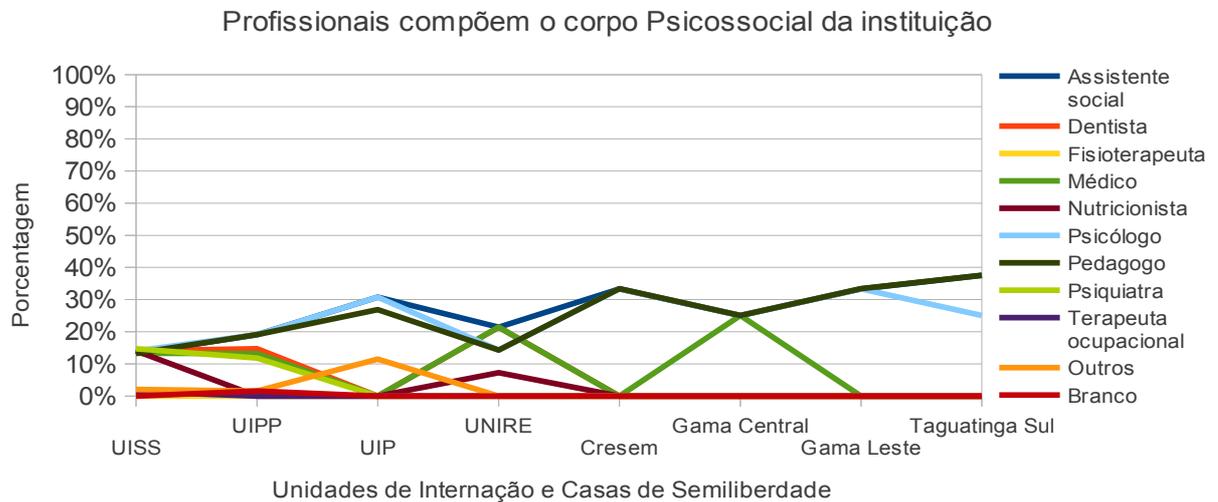
4.2.2.10 Profissionais que compõem o corpo psicossocial

As respostas foram diversificadas, porém os profissionais mais citados em todas as unidades de internação e casas de semiliberdade foram os assistentes sociais, pedagogos e psicólogos. Apenas nas UISS e UIPP os psiquiatras foram mencionados, com 14,7% e 11,8% respectivamente (Tabela 37).

Tabela 37 - Profissionais que compõem o corpo psicossocial

Profissionais compõem o corpo Psicossocial da instituição	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Assistente social	20	13	8	3	3	3	2	3
Dentista	21	10	0	3	0	0	0	0
Fisioterapeuta	0	0	0	0	0	0	0	0
Médico	20	9	0	3	0	3	0	0
Nutricionista	21	0	0	1	0	0	0	0
Psicólogo	21	13	8	2	3	3	2	2
Pedagogo	20	13	7	2	3	3	2	3
Psiquiatra	22	8	0	0	0	0	0	0
Terapeuta ocupacional	2	0	0	0	0	0	0	0
Outros	3	1	3	0	0	0	0	0
Branco	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	150	68	26	14	9	12	6	8

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 37: Distribuição de profissionais que compõem o corpo psicossocial.

Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.11 Realização de triagem nos adolescentes

Todas unidades de internação UISS, (77,3%), UIPP (64,3%), UIP (75,0%), UNIRE (100%), e casas de semiliberdade Cresem (100%), Gama Central (100%), Gama Leste (100%), Taguatinga Sul (66,7%), apontaram que é realizada triagem

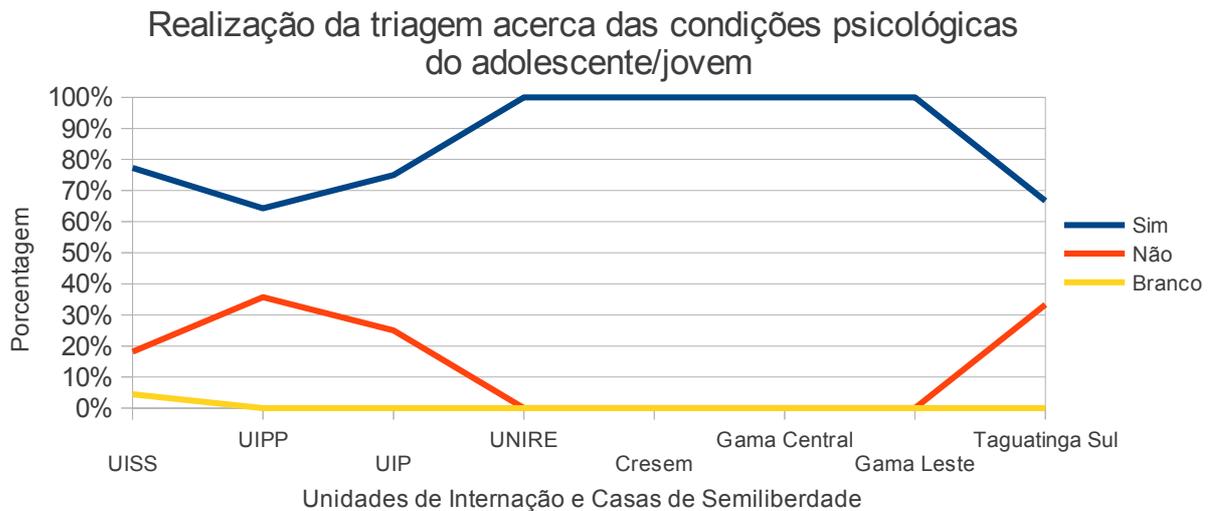
acerca das condições psicológicas do adolescente/jovem quando ele dá entrada na instituição (Tabela 38).

Tabela 38 - Realização de triagem sobre condições do adolescente/jovem

Triagem acerca das condições psicológicas do adolescente/jovem	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Sim	17	9	6	3	3	3	2	2
Não	4	5	2	0	0	0	0	1
Branco	1	0	0	0	0	0	0	0
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 38: Distribuição da realização da triagem acerca das condições psicológicas do adolescente/jovem.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.12 Profissionais que realizam a triagem dos adolescentes

Sobre os profissionais que realizam a triagem dos adolescentes, a UISS (24,6%), UIPP (31,6%), UNIRE (50%), apontaram que a triagem é feita por Equipe Multidisciplinar. Já na UIP (45,4%) e Cresem (100%) a concentração das respostas foi apontando que a triagem é feita pelo Psicólogo, enquanto nas outras casas de semiliberdade as respostas ficaram dispersas entre Assistente Social, Equipe

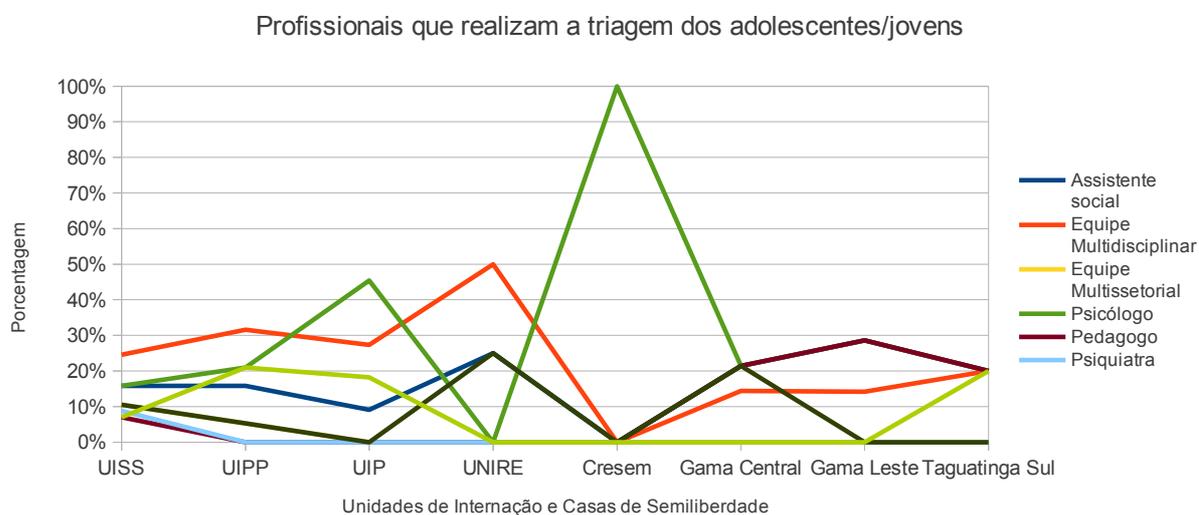
Multidisciplinar, Psicólogo, Pedagogo, e outros profissionais (Tabela 39).

Tabela 39 - Profissionais da instituição que realizam a triagem dos adolescentes/jovens

Profissionais que realizam a triagem	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Assistente social	9	3	1	1	0	3	2	1
Equipe Multidisciplinar	14	6	3	2	0	2	1	1
Equipe Multissetorial	6	1	0	0	0	0	0	0
Psicólogo	9	4	5	0	3	3	2	1
Pedagogo	4	0	0	0	0	3	2	1
Psiquiatra	5	0	0	0	0	0	0	0
Outros	6	1	0	1	0	3	0	0
Branco	4	4	2	0	0	0	0	1
Total	57	19	11	4	3	14	7	5

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 39: Distribuição dos profissionais da instituição que realizam a triagem dos adolescentes/jovens.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.13 Existência de Equipe Multidisciplinar na instituição

Todas as unidades de internação e casas de semiliberdade apontaram, em sua grande maioria, afirmativamente em relação a existência de Equipe Multidisciplinar presente na instituição. UNIRE, Cresem, Gama Central, Gama Leste

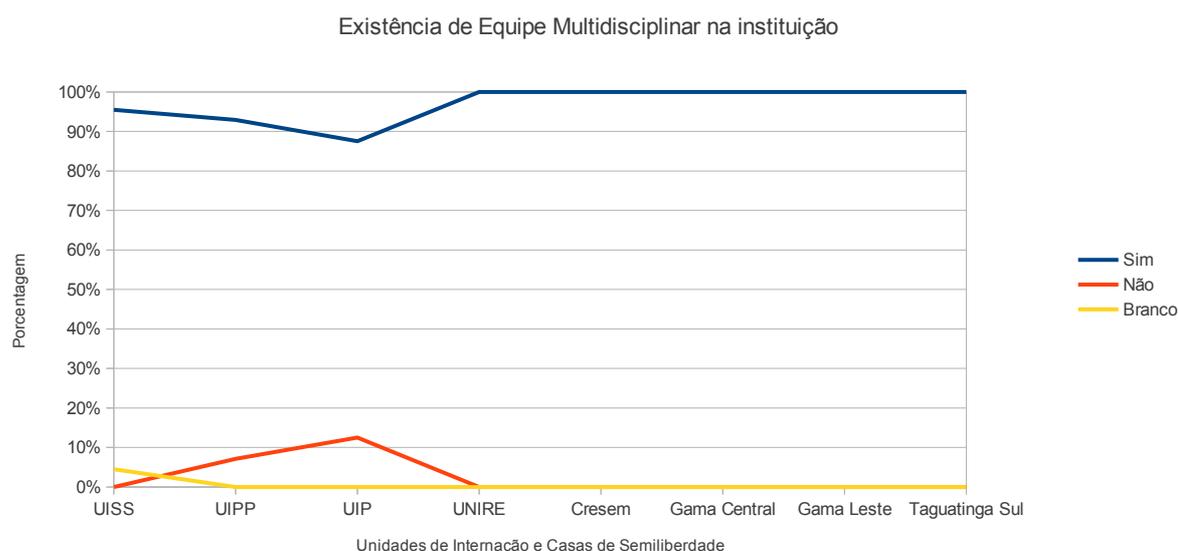
e Taguatinga Sul, todas com 100% das respostas afirmativas. UISS, UIPP e UIP com respostas positivas acima de 80% (Tabela 40).

Tabela 40 - Existência de Equipe Multidisciplinar na instituição

Existência de Equipe Multidisciplinar na instituição	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Sim	21	13	7	3	3	3	2	3
Não	0	1	1	0	0	0	0	0
Branco	1	0	0	0	0	0	0	0
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 40: Distribuição de existência de Equipe Multidisciplinar na instituição.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

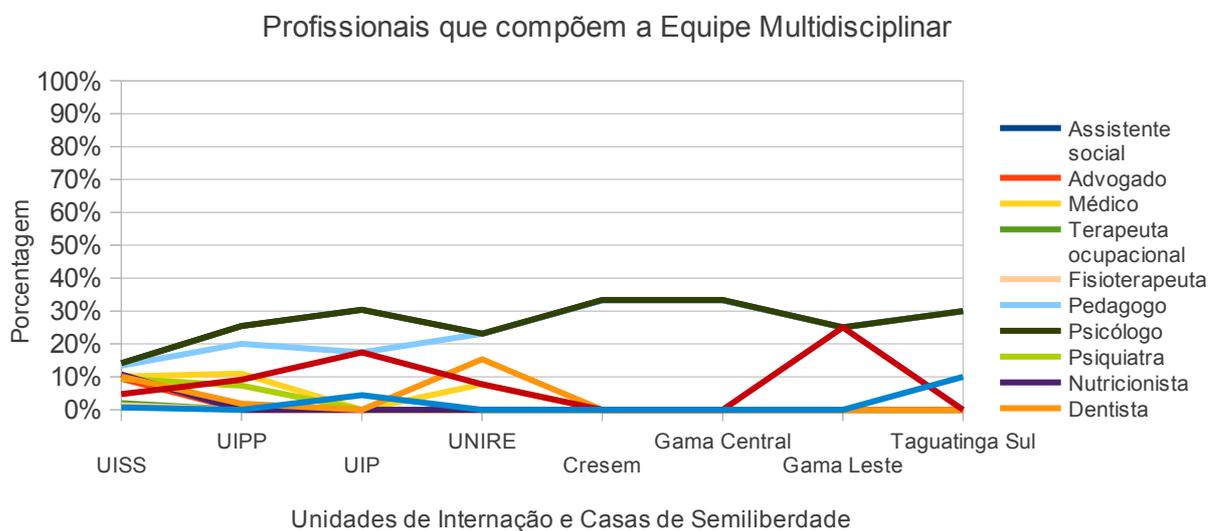
4.2.2.14 Composição da Equipe Multidisciplinar

A frequência das respostas mostrou-se bastante dispersa entre as profissões. Destaque para Assistente Social, Psicólogo e Pedagogo que foram as profissões com maior quantidade de apontamentos em todas as instituições (Tabela 41).

Tabela 41 - Composição da Equipe Multidisciplinar

Composição da Equipe Multidisciplinar	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Assistente social	21	14	7	3	3	3	2	3
Advogado	14	0	0	0	0	0	0	0
Médico	15	6	0	1	0	0	0	0
Terapeuta ocupacional	3	0	0	0	0	0	0	0
Fisioterapeuta	2	0	0	0	0	0	0	0
Pedagogo	20	11	4	3	3	3	2	3
Psicólogo	21	14	7	3	3	3	2	3
Psiquiatra	14	4	0	0	0	0	0	0
Nutricionista	16	0	0	0	0	0	0	0
Dentista	15	1	0	2	0	0	0	0
Outros	7	5	4	1	0	0	2	1
Branco	1	0	1	0	0	0	0	0
Total	149	55	23	13	9	9	8	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 41: Distribuição da composição da Equipe Multidisciplinar

Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.15 Procedimentos adotados após a detecção do transtorno mental no adolescente

As unidades de internação, UISS (31,2%) e da UIPP (29,3%), das respostas obtidas para esses procedimentos, a maior parte apontou para o

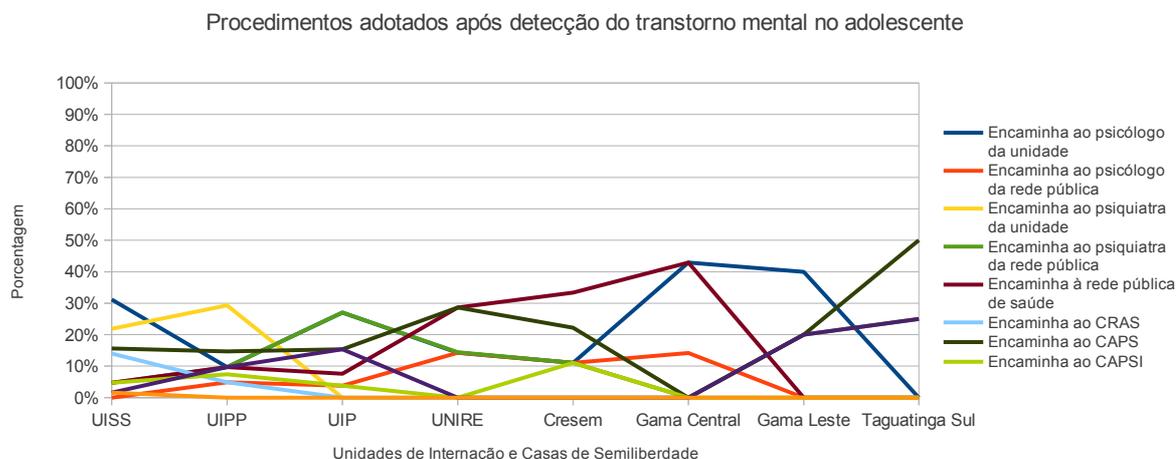
encaminhamento do adolescente/jovem com transtorno mental detectado, ao psicólogo da unidade e encaminhamento ao psiquiatra da unidade, respectivamente. Já a UIP e UNIRE tiveram a concentração das respostas em dois procedimentos. A UIP (encaminhamento ao psicólogo e psiquiatra da unidade, ambos com 27%) e a UNIRE (encaminhamento à rede pública e ao CAPS, ambos com 28,6%). Nas casas de semiliberdade, Cresem (33,4%) e Gama Leste (40,0%) a concentração das respostas foi para o procedimento de encaminhamento à rede pública de saúde e encaminhamento ao psicólogo da unidade, respectivamente. Taguatinga Sul apontou como procedimento, com 50% das respostas, o encaminhamento ao CAPS. Por fim, Gama Central teve uma distribuição maior das respostas entre 2 procedimentos, quais sejam: encaminhamento ao psicólogo da unidade e a rede pública de saúde, ambos com 42,9% (Tabela 42).

Tabela 42 - Procedimentos adotados após detecção do transtorno mental no adolescente

Procedimentos adotados após detecção do transtorno mental no adolescente	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Encaminha ao psicólogo da unidade	20	4	7	1	1	3	2	0
Encaminha ao psicólogo da rede pública	0	2	1	1	1	1	0	0
Encaminha ao psiquiatra da unidade	14	12	0	0	0	0	0	0
Encaminha ao psiquiatra da rede pública	3	4	7	1	1	0	1	1
Encaminha à rede pública de saúde	3	4	2	2	3	3	0	0
Encaminha ao CRAS	9	2	0	0	0	0	0	0
Encaminha ao CAPS	10	6	4	2	2	0	1	2
Encaminha ao CAPSI	3	3	1	0	1	0	0	0
Outros	1	4	4	0	0	0	1	1
Branco	1	0	0	0	0	0	0	0
Total	64	41	26	7	9	7	5	4

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 42: Distribuição dos procedimentos adotados após detecção do transtorno mental no adolescente.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

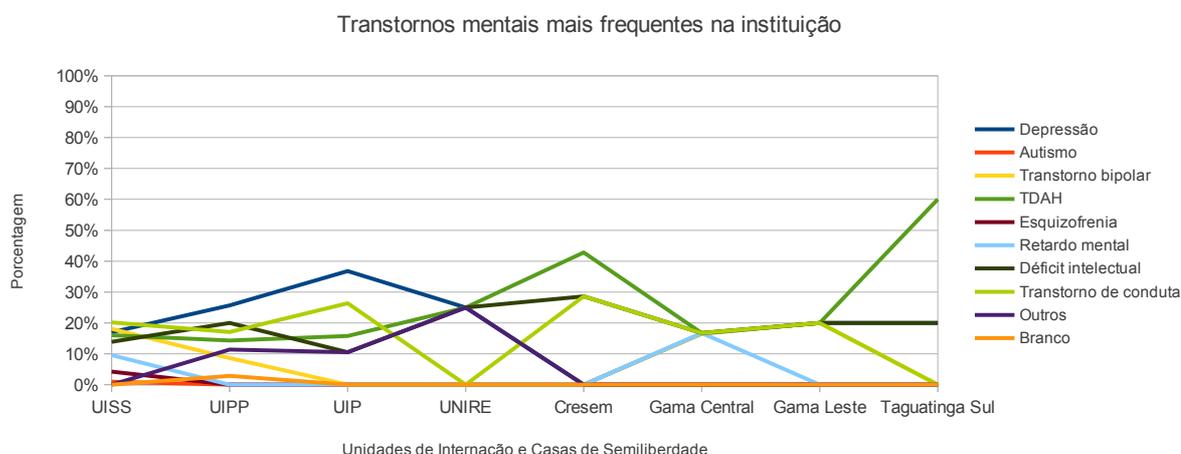
4.2.2.16 Transtornos mentais mais frequentes na instituição

Dos transtornos mentais mais recorrentes nas instituições, as respostas se concentraram em transtorno de conduta na UISS (20,2%); depressão na UIPP (25,7%) e na UIP (36,8%); TDAH no Cresem (42,8%) e em Taguatinga Sul (60%). No restante das instituições, as respostas se dispersaram em outras situações (Tabela 43).

Tabela 43 - Transtornos mentais mais frequentes na instituição

Transtornos mentais mais frequentes na instituição	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casa de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Depressão	16	9	7	1	0	3	2	1
Autismo	1	0	0	0	0	0	0	0
Transtorno bipolar	17	3	0	0	0	3	2	0
Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)	15	5	3	1	3	3	2	3
Esquizofrenia	4	0	0	0	0	0	0	0
Retardo mental	9	0	0	0	0	3	0	0
Déficit intelectual	13	7	2	1	2	3	2	1
Transtorno de conduta	19	6	5	0	2	3	2	0
Outros	0	4	2	1	0	0	0	0
Branco	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	94	35	19	4	7	18	10	5

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 43: Distribuição de transtornos mentais mais frequentes entre adolescentes na instituição.

Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

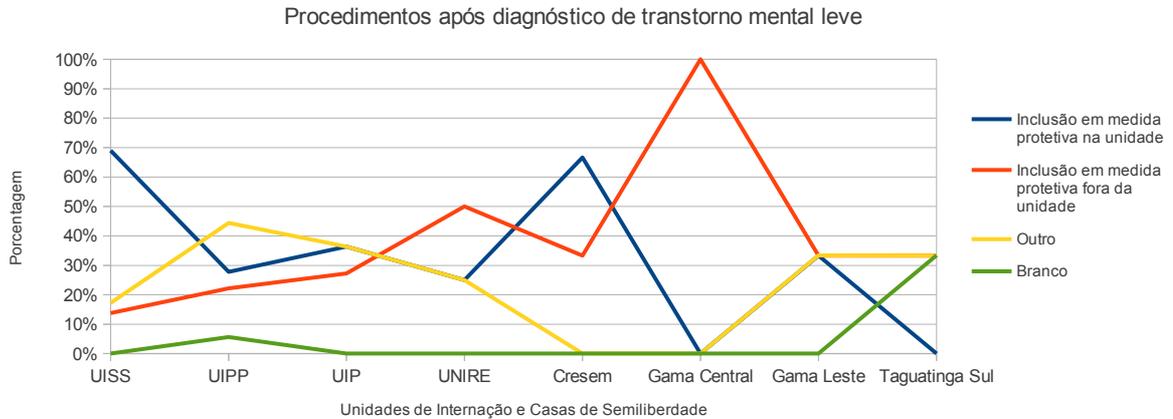
4.2.2.17 Procedimentos adotados após diagnóstico transtorno mental leve

Acerca do procedimento adotado quando detectado transtorno mental leve no adolescente, 69% e 66,7% das respostas na UISS e no Cresem, respectivamente, apontaram para inclusão do adolescente/jovem em medida protetiva na própria instituição. Na UIPP (44,4%) é adotado outro tipo de procedimento. Já na UNIRE (50%) e no Gama Central (100%) indicam a inclusão do adolescente/jovem em medida protetiva fora da instituição. Nas outras instituições as respostas dadas estavam distribuídas em outros procedimentos (Tabela 44).

Tabela 44 - Procedimentos após diagnóstico de transtorno mental leve

Procedimentos após diagnóstico de transtorno mental leve	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Inclusão em medida protetiva na unidade	20	5	4	1	2	0	1	0
Inclusão em medida protetiva fora da unidade	4	4	3	2	1	3	1	1
Outros	5	8	4	1	0	0	1	1
Branco	0	1	0	0	0	0	0	1
Total	29	18	11	4	3	3	3	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 44: Distribuição dos procedimentos após diagnóstico de transtorno mental leve.

Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.18 Local em que o adolescente com diagnóstico de transtorno mental leve é colocado durante o cumprimento de internação provisória e estrita

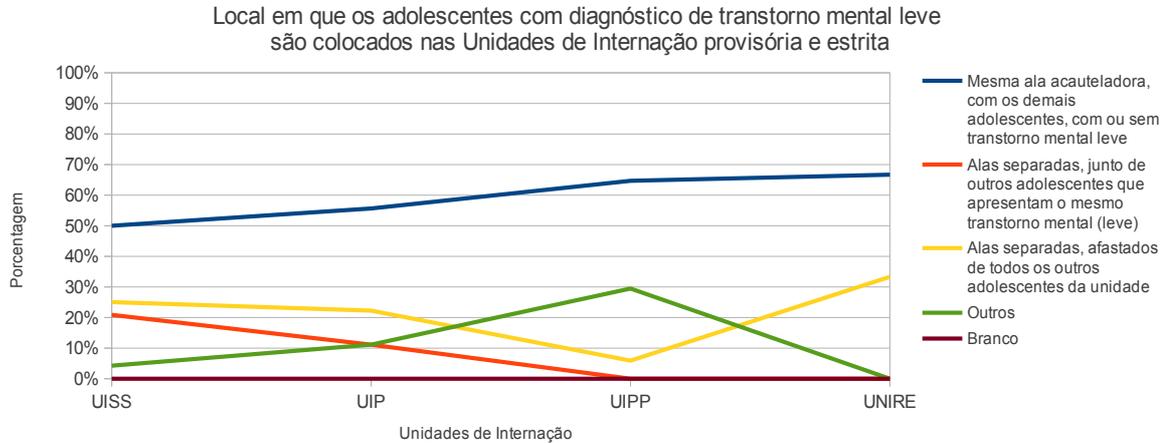
Em todas as unidades de internação a maioria das respostas apontaram para a “Mesma ala acauteladora, com os demais adolescentes, com ou sem transtorno mental leve” no que tange ao local em que os adolescentes com diagnóstico de transtorno mental leve são colocados durante a internação provisória ou estrita (Tabela 45).

Tabela 45 - Local em que os adolescentes com diagnóstico de transtorno mental leve são colocados nas Unidades de Internação provisória e estrita

Ambiente em que os adolescentes com transtorno mental leve são colocados na instituição	Frequência Absoluta			
	UISS	UIP	UIPP	UNIRE
Mesma ala acauteladora, com os demais adolescentes, com ou sem transtorno mental leve	12	5	11	2
Alas separadas, junto de outros adolescentes que apresentam o mesmo transtorno mental (leve)	5	1	0	0
Alas separadas, afastados de todos os outros adolescentes da unidade	6	2	1	1
Outros	1	1	5	0
Branco	0	0	0	0
Total	24	9	17	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 45: Distribuição do local em que os adolescentes com diagnóstico de transtorno mental leve são colocados nas Unidades de Internação provisória e estrita.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.19 Rotina dos adolescentes com diagnóstico de transtorno mental leve durante o cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade

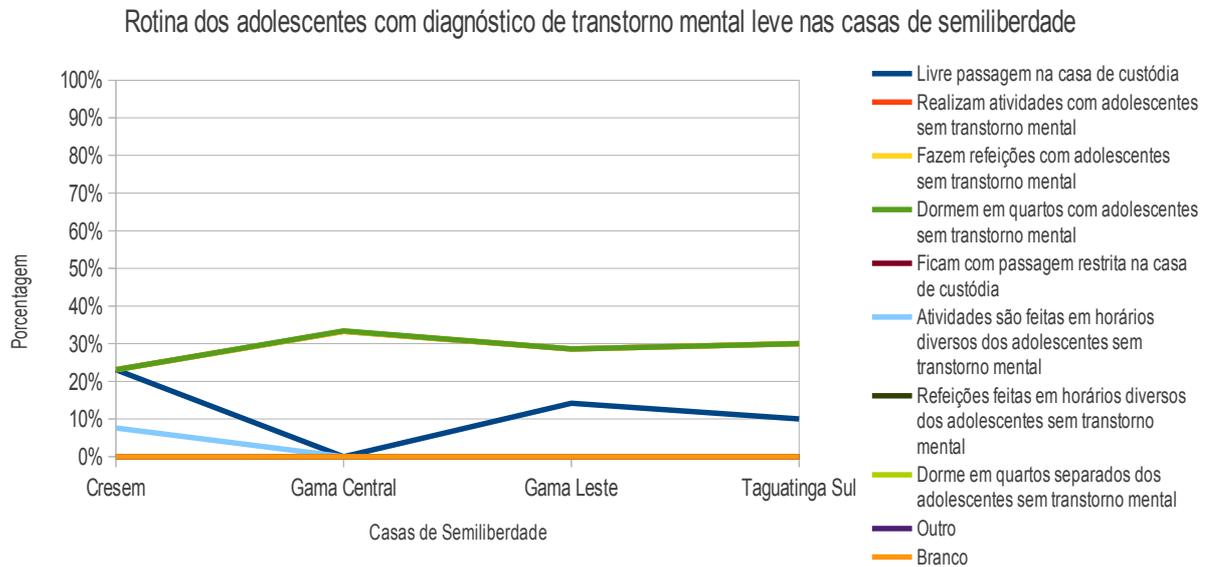
Acerca da rotina dos adolescentes com diagnóstico de transtorno mental leve durante o cumprimento da medida socioeducativa de semiliberdade, as respostas se distribuíram igualmente em três situações: realização de atividades com os adolescentes sem transtorno mental; fazem refeições com adolescentes sem transtorno mental; dormem em quartos com adolescentes sem transtorno mental. Nos demais casos as respostas foram dispersas (Tabela 46).

Tabela 46 - Rotina dos adolescentes com diagnóstico de transtorno mental leve nas casas de semiliberdade

Rotina dos adolescentes com transtorno mental leve nas casas de semiliberdade	Frequência Absoluta			
	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Livre passagem na casa de custódia	3	0	1	1
Realizam atividades com adolescentes sem transtorno mental	3	3	2	3
Fazem refeições com adolescentes sem transtorno mental	3	3	2	3
Dormem em quartos com adolescentes sem transtorno mental	3	3	2	3
Ficam com passagem restrita na casa de custódia	0	0	0	0
Atividades são feitas em horários diversos dos adolescentes sem transtorno mental	1	0	0	0
Refeições feitas em horários diversos dos adolescentes sem transtorno mental	0	0	0	0
Dorme em quartos separados dos adolescentes sem transtorno mental	0	0	0	0
Outros	0	0	0	0
Branco	0	0	0	0
Total	13	9	7	10

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 46: Distribuição da rotina dos adolescentes com diagnóstico de transtorno mental leve nas casas de semiliberdade.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.20 Local em que o adolescente com diagnóstico de transtorno mental grave é colocado durante o cumprimento de internação provisória e estrita

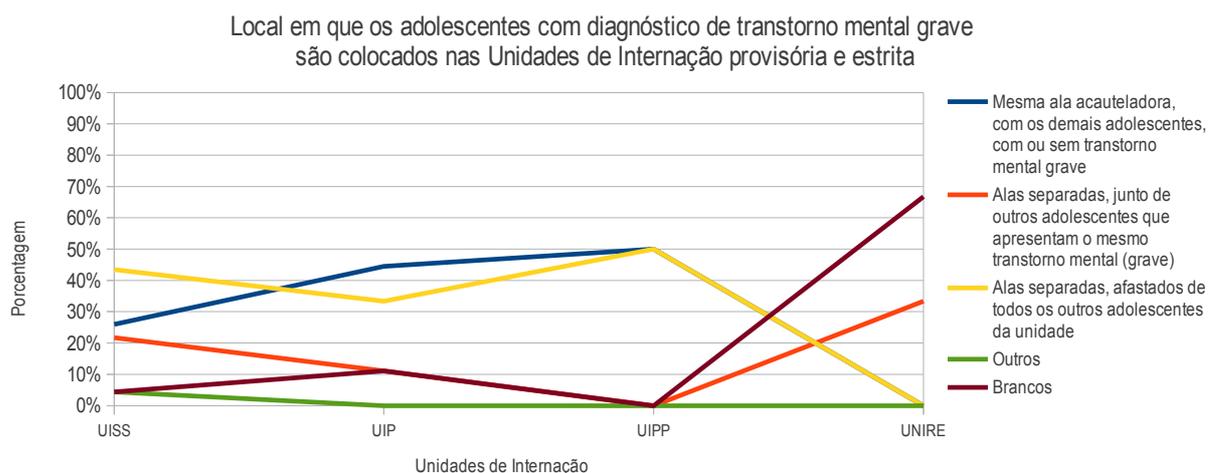
No caso das unidades de internação provisória e estrita, o local em que os adolescentes com diagnóstico de transtorno mental grave são colocados, 43,5% das respostas da UISS apontaram que os adolescentes são colocados em “alas separadas, afastados de todos os outros adolescentes da unidade”. Na UIP 44,5% das respostas mostraram que esses adolescentes são deixados na “mesma ala acauteladora, com os demais adolescentes, com ou sem transtorno mental grave”. Na UIPP houve uma divisão das respostas, mostrando que os adolescentes são colocados na “mesma ala acauteladora, com os demais adolescentes, com ou sem transtorno mental grave” ou em “alas separadas, afastados de todos os outros adolescentes da unidade”. Destaque para UNIRE, em que 66,7% das respostas foram em branco (Tabela 47).

Tabela 47 - Local em que os adolescentes com diagnóstico de transtorno mental grave são colocados nas Unidades de Internação provisória e estrita

Local em que os adolescentes com diagnóstico de transtorno mental grave são colocados na instituição	Frequência Absoluta			
	UISS	UIP	UIPP	UNIRE
Mesma ala acauteladora, com os demais adolescentes, com ou sem transtorno mental grave	6	4	7	0
Alas separadas, junto de outros adolescentes que apresentam o mesmo transtorno mental (grave)	5	1	0	1
Alas separadas, afastados de todos os outros adolescentes da unidade	10	3	7	0
Outros	1	0	0	0
Branços	1	1	0	2
Total	23	9	14	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 47: Distribuição do Local em que os adolescentes com diagnóstico de transtorno mental grave são colocados nas Unidades de Internação provisória e estrita.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.21 Rotina dos adolescentes com diagnóstico de transtorno mental grave durante o cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade

No que tange a rotina dos adolescentes com diagnóstico de transtorno mental grave durante o cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade, tal como ocorreu nos casos de transtorno mental leve, houve uma distribuição igualitária entre três situações, quais sejam: realização de atividades com adolescentes sem transtorno mental; fazem refeições com adolescentes sem transtorno mental; dormem em quartos com adolescentes sem transtorno mental

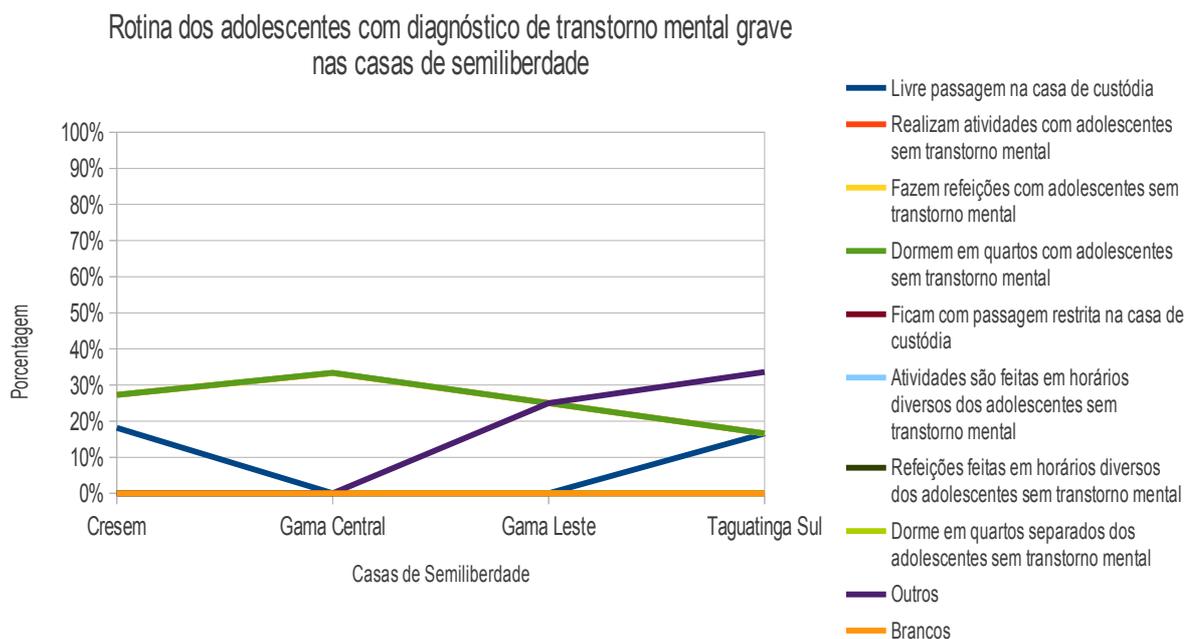
(Tabela 48).

Tabela 48 - Rotina dos adolescentes com diagnóstico de transtorno mental grave nas casas de semiliberdade

Rotina dos adolescentes com transtorno mental grave nas casas de semiliberdade	Frequência Absoluta			
	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Livre passagem na casa de custódia	2	0	0	1
Realizam atividades com adolescentes sem transtorno mental	3	3	1	1
Fazem refeições com adolescentes sem transtorno mental	3	3	1	1
Dormem em quartos com adolescentes sem transtorno mental	3	3	1	1
Ficam com passagem restrita na casa de custódia	0	0	0	0
Atividades são feitas em horários diversos dos adolescentes sem transtorno mental	0	0	0	0
Refeições feitas em horários diversos dos adolescentes sem transtorno mental	0	0	0	0
Dorme em quartos separados dos adolescentes sem transtorno mental	0	0	0	0
Outros	0	0	1	2
Branco	0	0	0	0
Total	11	9	4	6

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 48: Distribuição da rotina dos adolescentes com diagnóstico de transtorno mental grave nas casas de semiliberdade.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.22 Existência de programas de atendimento específicos a adolescentes com transtorno mental

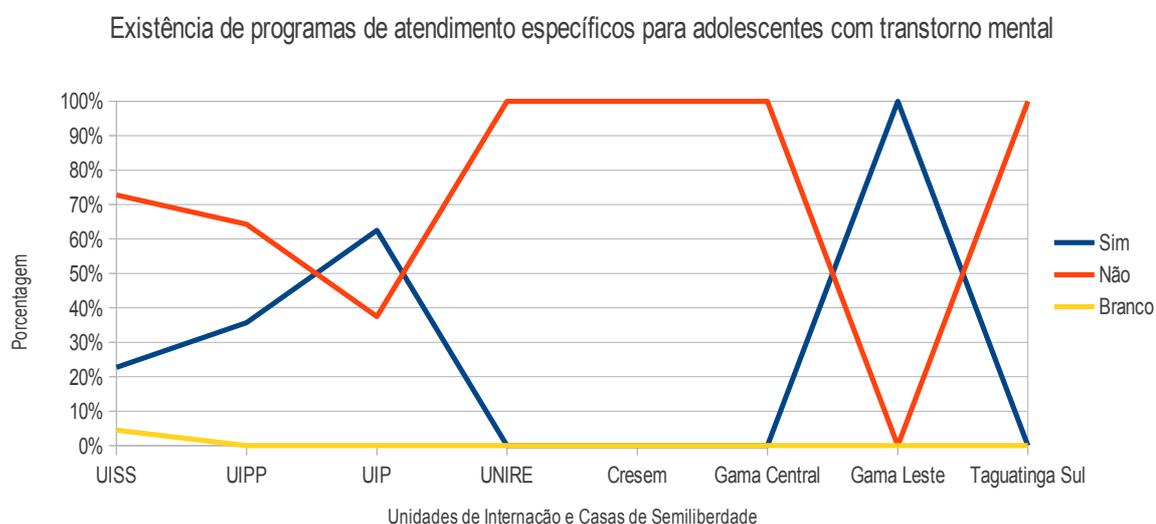
De todas as instituições, apenas na UIP (62,5%) e no Gama Leste (100%) os participantes apontaram positivamente para existência de programas específicos na instituição para adolescentes com transtorno mental durante o cumprimento de internação provisória ou medidas socioeducativas privativas de liberdade. Nas outras instituições os participantes responderam negativamente para o questionamento (UNIRE, Cresem, Gama Central, Taguatinga Sul – todas com 100%; UISS – 72,8%; UIPP – 64,3%) (Tabela 49).

Tabela 49 - Existência de programas de atendimento específicos para adolescentes com transtorno mental

Existência de programas de atendimento específicos para adolescentes com transtorno mental	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Sim	5	5	5	0	0	0	2	0
Não	16	9	3	3	3	3	0	3
Branco	1	0	0	0	0	0	0	0
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 49: Distribuição da existência de programas de atendimento específicos para adolescentes com transtorno mental.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.23 Local de execução dos programas destinados a adolescentes com transtorno mental

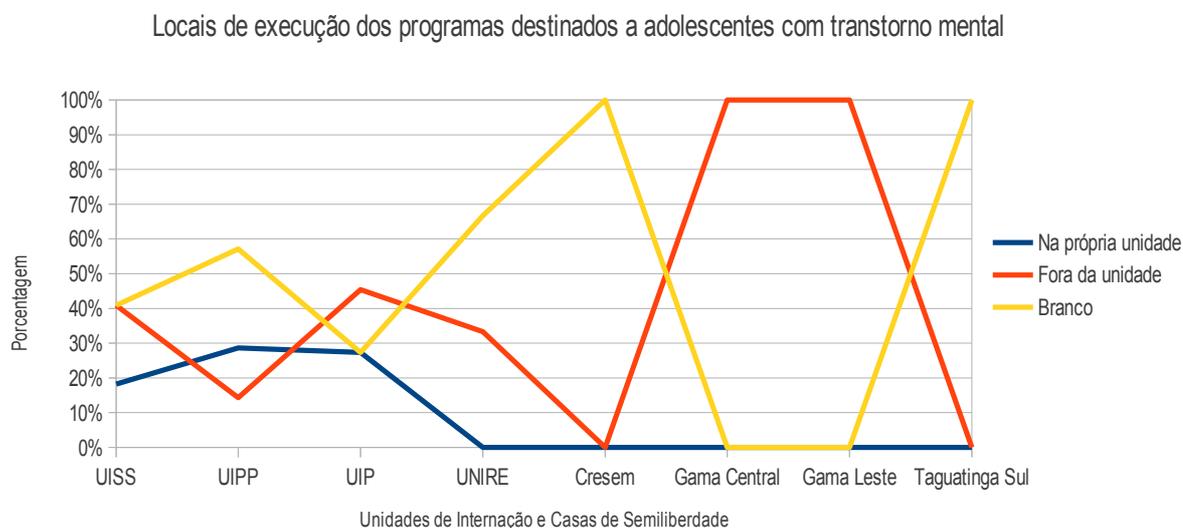
No Gama Leste e Gama Central, 100% dos participantes apontaram que o local de execução dos programas é fora da casa de semiliberdade. Já o Cresem e Taguatinga Sul deixaram de responder o questionamento. Nas unidades de internação, UIPP (57,1%) e UNIRE (66,7%) tiveram a maior parte das respostas em branco, enquanto na UIP 45,4% dos participantes apontaram o programa sendo executado fora da unidade. A UISS teve distribuição igual entre fora da unidade e respostas em branco, com 40,9% (Tabela 50).

Tabela 50 - Local de execução dos programas destinados a adolescentes com transtorno mental

Local de execução dos programas	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Na própria unidade	4	4	3	0	0	0	0	0
Fora da unidade	9	2	5	1	0	3	2	0
Branco	9	8	3	2	3	0	0	3
Total	22	14	11	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 50: Distribuição dos locais de execução dos programas destinados a adolescentes com transtorno mental.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.24 Frequência de participação dos adolescentes com transtorno mental nos programas de atendimento

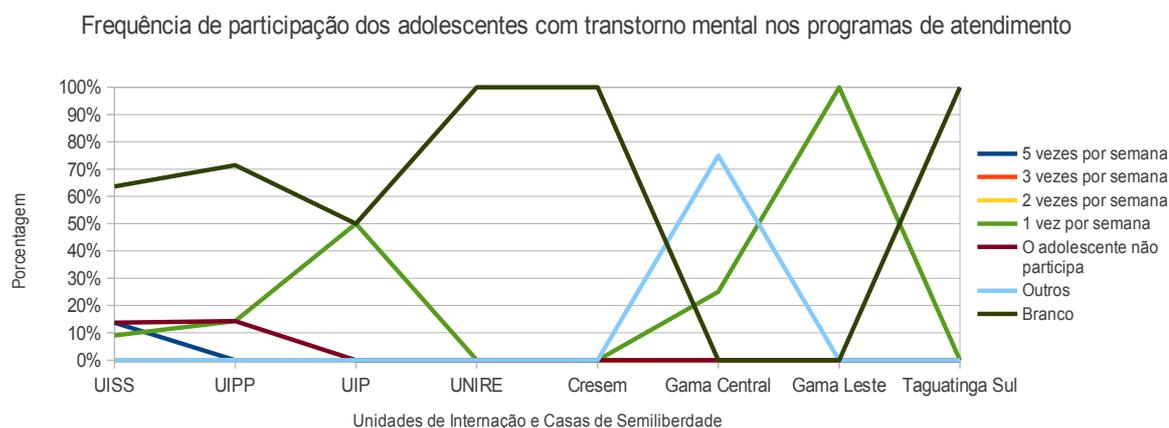
No que tange a frequência de participação dos adolescentes nos programas governamentais, a casa de semiliberdade do Gama Leste respondeu na totalidade que os adolescentes frequentam 1 vez por semana. A UIP se dividiu entre 1 vez na semana e respostas em branco. Nas outras instituições o percentual maior das respostas se concentrou em outras frequências de participação ou respostas em branco (Tabela 51).

Tabela 51 - Frequência de participação dos adolescentes com transtorno mental nos programas de atendimento

Frequência de participação dos adolescentes com transtornos mentais nos programas de atendimento	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
5 vezes por semana	3	0	0	0	0	0	0	0
3 vezes por semana	0	0	0	0	0	0	0	0
2 vezes por semana	0	0	0	0	0	0	0	0
1 vez por semana	2	2	4	0	0	1	2	0
O adolescente não participa	3	2	0	0	0	0	0	0
Outros	0	0	0	0	0	3	0	0
Branco	14	10	4	3	3	0	0	3
Total	22	14	8	3	3	4	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 51: Distribuição da frequência de participação dos adolescentes com transtorno mental nos programas de atendimento.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.25 Existência do Plano Individual de Atendimento – PIA

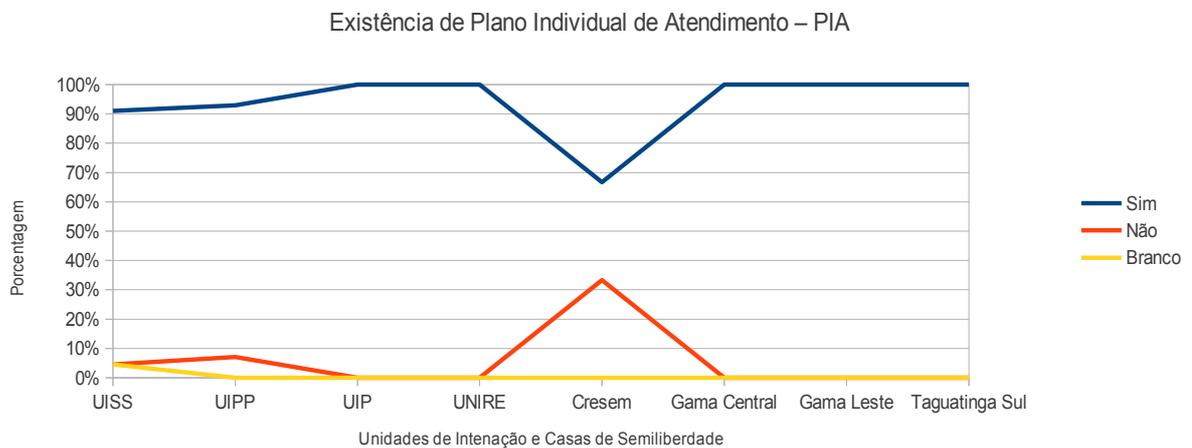
Todas as instituições apontaram a existência do Plano Individual de Atendimento – PIA, sendo que o Cresem foi a instituição que apresentou menor percentual de resposta positiva, tendo 33,3% de resposta negativa para a existência do PIA (Tabela 52).

Tabela 52 - Existência do Plano Individual de Atendimento – PIA

Existência do Plano Individual de Atendimento – PIA	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Sim	20	13	8	3	2	3	2	3
Não	1	1	0	0	1	0	0	0
Branco	1	0	0	0	0	0	0	0
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 52: Distribuição da existência do Plano Individual de Atendimento – PIA.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.26 Previsão no PIA para detecção de transtorno mental

A exemplo da existência do PIA, a maioria das instituições informaram positivamente acerca da existência de item específico para detecção de transtorno mental no PIA. Exceção foram Taguatinga Sul, em que 66,7% dos participantes

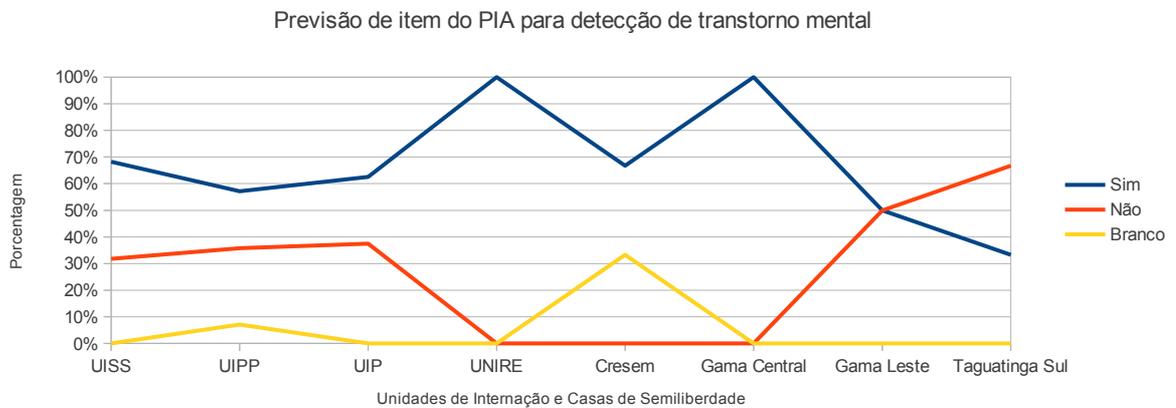
apontaram a não existência do item e Gama Leste que apresentou distribuição igual para existência e não existência do item, 50% em ambos os casos (Tabela 53).

Tabela 53 - Previsão no PIA para detecção de transtorno mental

Previsão no PIA para detecção de transtorno mental	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Sim	15	8	5	3	2	3	1	1
Não	7	5	3	0	0	0	1	2
Branco	0	1	0	0	1	0	0	0
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 53: Distribuição da previsão de item no PIA para detecção de transtorno mental.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

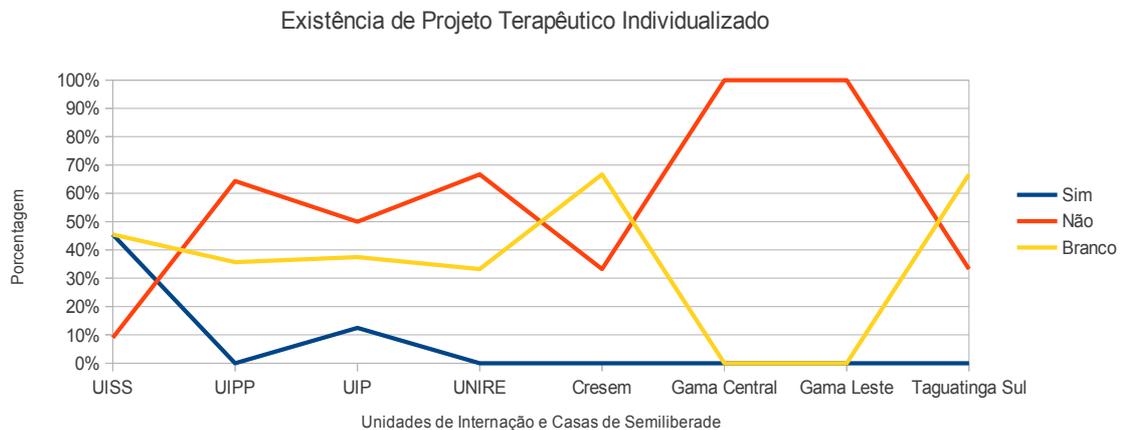
4.2.2.27 Existência de projeto terapêutico individualizado

Em todas as unidades de internação e casas de semiliberdade a maioria das respostas se concentrou nas respostas em branco ou na não existência do Projeto Terapêutico Individualizado (Tabela 54).

Tabela 54 - Existência de Projeto Terapêutico Individualizado

Existência de Projeto Terapêutico Individualizado	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Sim	10	0	1	0	0	0	0	0
Não	2	5	4	2	1	3	2	1
Branco	10	9	3	1	2	0	0	2
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 54: Distribuição da existência de Projeto Terapêutico Individualizado.

Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.28 Acompanhamento da evolução das medidas protetivas aplicadas aos adolescentes com transtorno mental

Acerca do acompanhamento da evolução das medidas protetivas aplicadas aos adolescentes com transtorno mental, a maioria das instituições responderam positivamente sobre o acompanhamento desses adolescentes, salvo Gama Central que 66,7% dos participantes informaram não realizar o acompanhamento. Além do Gama Leste e UIP que tiveram distribuição igual entre realizar o acompanhamento e não realizar o acompanhamento, ambas com 50% cada (Tabela 55).

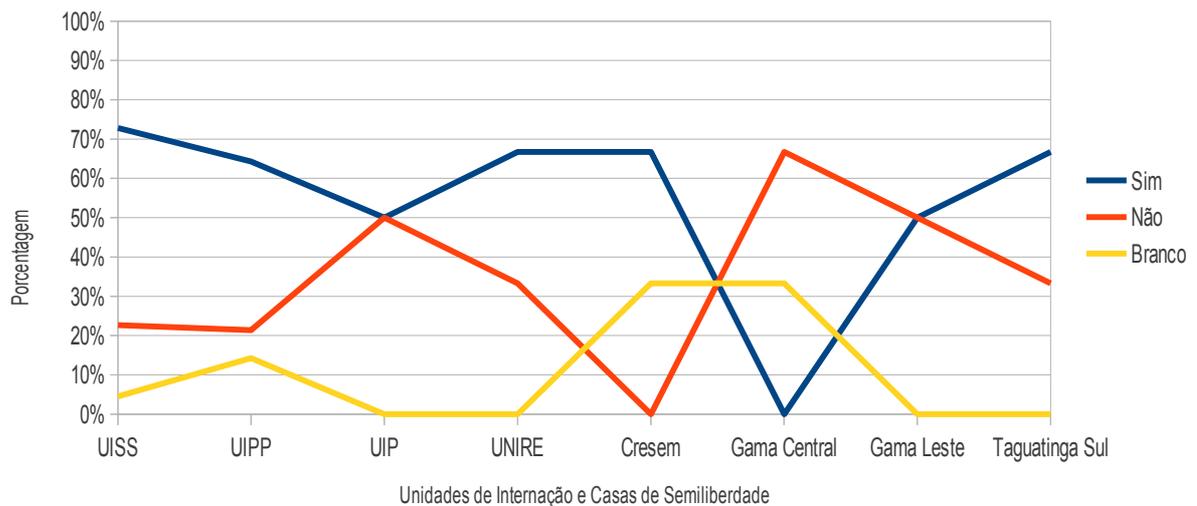
Tabela 55 - Acompanhamento da evolução das medidas protetivas aplicadas aos adolescentes com transtorno mental

Acompanhamento da evolução das medidas protetivas aplicadas aos adolescentes com transtorno mental	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Sim	16	9	4	2	2	0	1	2
Não	5	3	4	1	0	2	1	0
Branco	1	2	0	0	1	1	0	1
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 55: Distribuição do acompanhamento da evolução das medidas protetivas aplicadas aos adolescentes com transtorno mental.

Acompanhamento da evolução das medidas protetivas aplicadas aos adolescentes com transtorno mental



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.29 Possibilidade de aplicação de outro procedimento caso a medida protetiva não surta efeitos

Das unidades de internação, UISS (45,4%) e UNIRE (66,7%) informaram que é possível a aplicação de outros procedimentos caso as medidas protetivas aplicadas não surtam os efeitos desejados. Já UIPP (85,8%) e UIP (87,5%) apontaram negativamente para essa possibilidade. Das casas de semiliberdade,

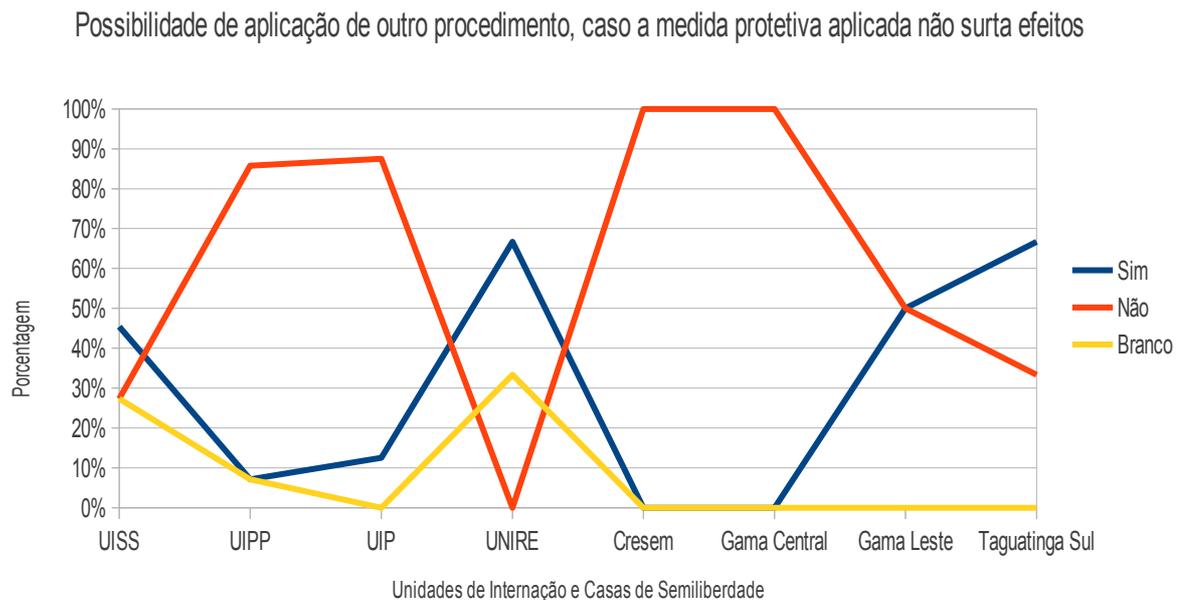
apenas Taguatinga Sul (66,7%) apontou com maioria ser possível aplicar outros procedimentos. Gama Central e Cresem, 100% em ambos, apontaram negativamente para essa possibilidade e Gama Leste houve divisão de respostas entre a possibilidade de aplicar outros procedimentos e a ausência dessa possibilidade (Tabela 56).

Tabela 56 - Possibilidade de aplicação de outro procedimento, caso a medida protetiva não surta efeitos

Possibilidade de aplicação de outro procedimento, caso a medida protetiva não surta efeitos	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Sim	10	1	1	2	0	0	1	2
Não	6	12	7	0	3	3	1	1
Branco	6	1	0	1	0	0	0	0
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 56: Distribuição da possibilidade de aplicação de outro procedimento, caso a medida protetiva aplicada não surta efeitos.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.30 Existência de relatório após o diagnóstico de transtorno mental

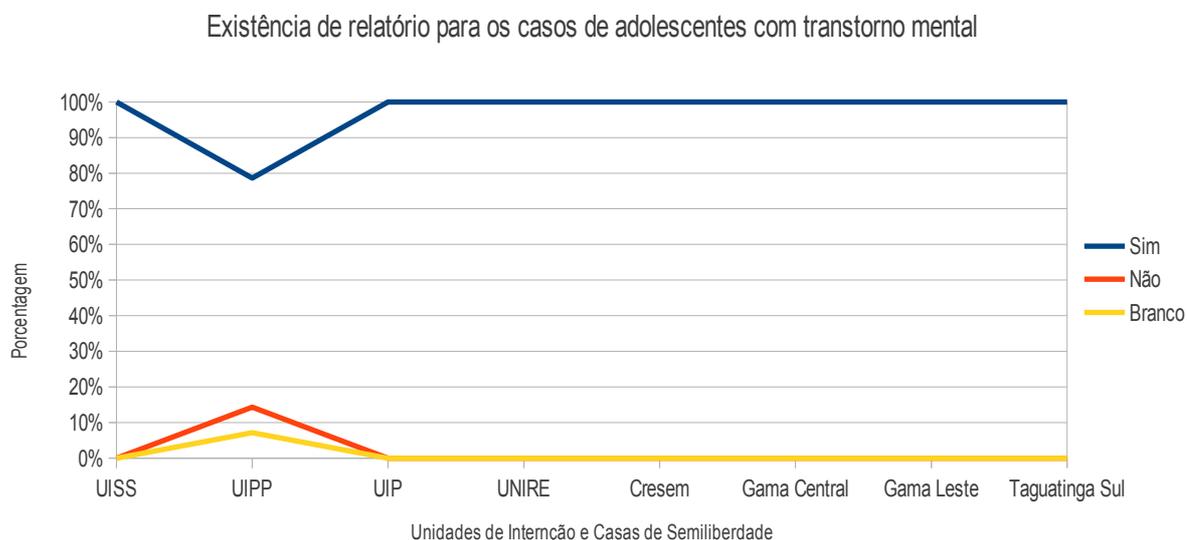
Todas as unidades de internação e casas de semiliberdade apontaram positivamente quanto a elaboração de relatório para casos de adolescentes com transtorno mental (Tabela 57).

Tabela 57 - Existência de relatório para os casos de adolescentes com transtorno mental

Existência de relatório para os casos de adolescentes com transtorno mental	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Sim	22	11	8	3	3	3	2	3
Não	0	2	0	0	0	0	0	0
Branco	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 57: Distribuição da existência de relatório para os casos de adolescentes com transtorno mental.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.31 Encaminhamento do relatório ao Juiz que determinou a internação provisória ou aplicou a medida socioeducativa

A maioria das unidades de internação e casas de semiliberdade

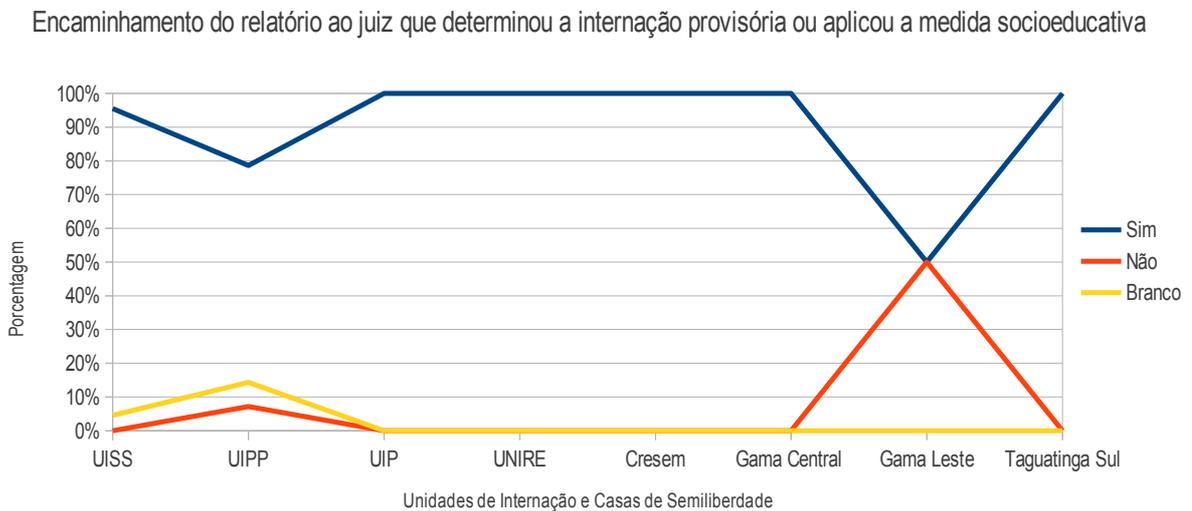
apontaram que é encaminhado relatório ao Juiz que determinou a internação provisória ou aplicou a medida socioeducativa. A exceção foi Gama Leste, que 50% dos participantes apontaram não ocorrer encaminhamento do relatório ao Juiz (Tabela 58).

Tabela 58 - Encaminhamento do relatório ao juiz que determinou a internação provisória ou aplicou a medida socioeducativa

Encaminhamento do relatório ao juiz que determinou a internação provisória ou aplicou a medida socioeducativa	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Sim	21	11	8	3	3	3	1	3
Não	0	1	0	0	0	0	1	0
Branco	1	2	0	0	0	0	0	0
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 58: Distribuição do encaminhamento do relatório ao juiz que determinou a internação provisória ou aplicou a medida socioeducativa.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.32 Possibilidade de elaboração de parecer indicando a suspensão do cumprimento da internação provisória ou medidas socioeducativas privativas de liberdade quando diagnosticado o transtorno mental grave

Nas unidades de internação, a UISS apontou com 45,4% não ser possível

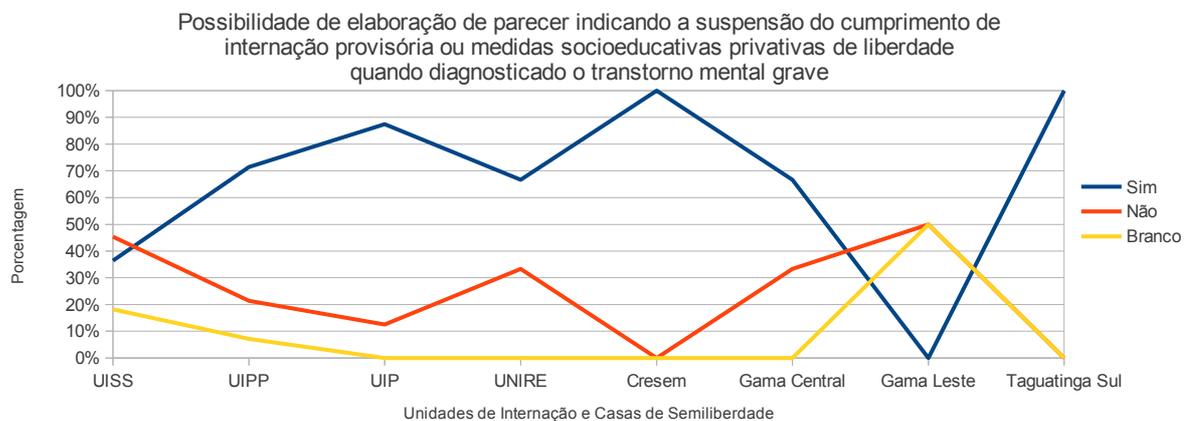
a elaboração de parecer indicando a suspensão da internação provisória ou medidas socioeducativas privativas após o diagnóstico do transtorno mental grave, enquanto nas outras unidades de internação a maioria das respostas foram positivas em relação ao questionamento. Já nas casas de semiliberdade, Cresem (100%), Gama Central (66,7%) e Taguatinga Sul (100%) apontaram a possibilidade de elaboração do parecer indicando a suspensão da internação provisória ou medida socioeducativa imposta (Tabela 59).

Tabela 59 - Possibilidade de elaboração de parecer indicando a suspensão do cumprimento de internação provisória ou medidas socioeducativas privativas de liberdade quando diagnosticado o transtorno mental grave

Possibilidade de elaboração de parecer indicando a suspensão	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Sim	8	10	7	2	3	2	0	3
Não	10	3	1	1	0	1	1	0
Branco	4	1	0	0	0	0	1	0
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 59: Distribuição da possibilidade de elaboração de parecer indicando a suspensão do cumprimento de internação provisória ou medidas socioeducativas privativas de liberdade quando diagnosticado o transtorno mental grave.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.33 Prazo para reavaliar a medida protetiva imposta ao adolescente na hipótese de suspensão da internação provisória ou medida socioeducativa aplicada

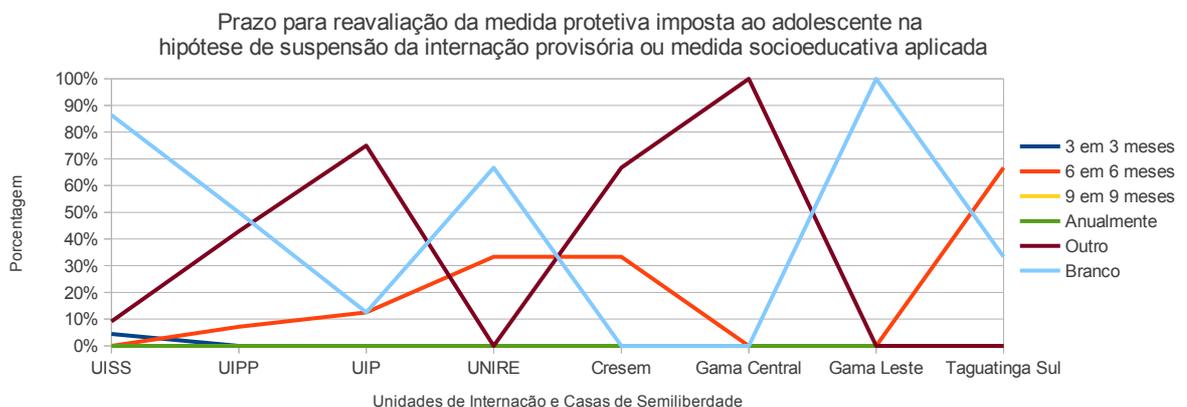
Das unidades de internação apenas UIP com 75% apontou outro prazo de reavaliação da medida protetiva, sendo que nas outras unidades de internação a maioria dos participantes deixou o questionamento sem resposta. Já nas casas de semiliberdade, Taguatinga Sul apontaram em 66,7% das respostas que a avaliação é feita de 6 em 6 meses (Tabela 60)

Tabela 60 - Prazo para reavaliar a medida protetiva imposta ao adolescente na hipótese de suspensão da internação provisória ou medida socioeducativa aplicada

Prazo para reavaliação da medida protetiva	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
3 em 3 meses	1	0	0	0	0	0	0	0
6 em 6 meses	0	1	1	1	1	0	0	2
9 em 9 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
Anualmente	0	0	0	0	0	0	0	0
Outros	2	6	6	0	2	3	0	0
Branco	19	7	1	2	0	0	2	1
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 60: Distribuição do prazo para reavaliação da medida protetiva imposta ao adolescente na hipótese de suspensão da internação provisória ou medida socioeducativa aplicada.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.34 Procedimentos da equipe multidisciplinar para reavaliação do adolescente

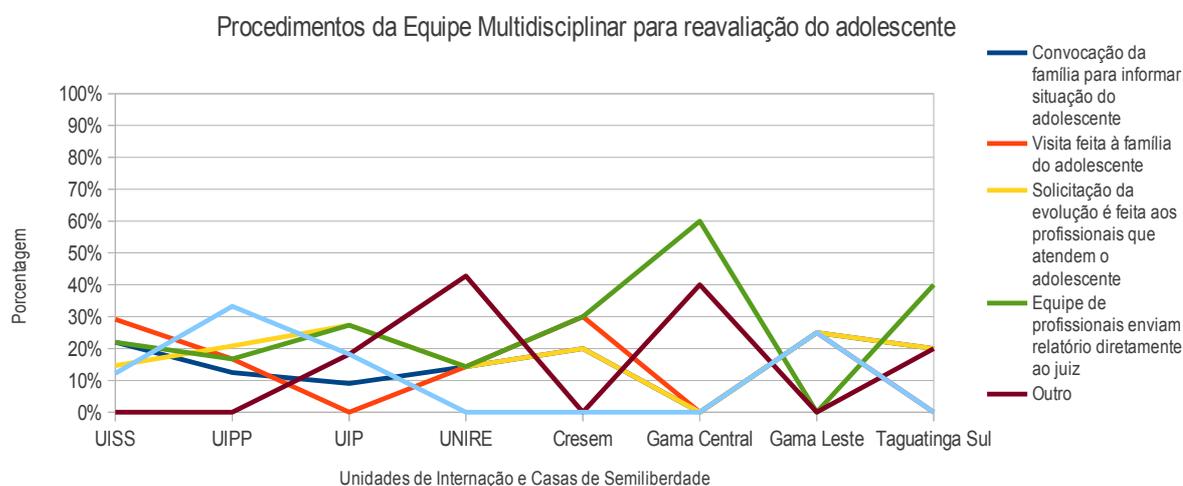
As respostas do procedimento da Equipe Multidisciplinar para reavaliação do adolescente apresentaram-se dispersas entre as possibilidades em todas as instituições. Na UISS 22% das respostas apontaram que a unidade faz a convocação da família para informar situação do adolescente e que a equipe de profissionais envia relatório diretamente ao juiz. Em Taguatinga Sul a maioria das respostas, 40%, mostraram que a equipe de profissionais envia relatório diretamente ao juiz. As demais situações apresentam distribuição em outras respostas (Tabela 61).

Tabela 61 - Procedimentos da equipe multidisciplinar para reavaliação do adolescente

Procedimentos da Equipe Multidisciplinar para reavaliação do adolescente	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Convocação da família para informar situação do adolescente	9	3	1	1	2	0	1	1
Visita feita à família do adolescente	12	4	0	1	3	0	1	0
Solicitação da evolução é feita aos profissionais que atendem o adolescente	6	5	3	1	2	0	1	1
Equipe de profissionais enviam relatório diretamente ao juiz	9	4	3	1	3	3	0	2
Outros	0	0	2	3	0	2	0	1
Branco	5	8	2	0	0	0	1	0
Total	41	24	11	7	10	5	4	5

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 61: Distribuição dos procedimentos da Equipe Multidisciplinar para reavaliação do adolescente.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

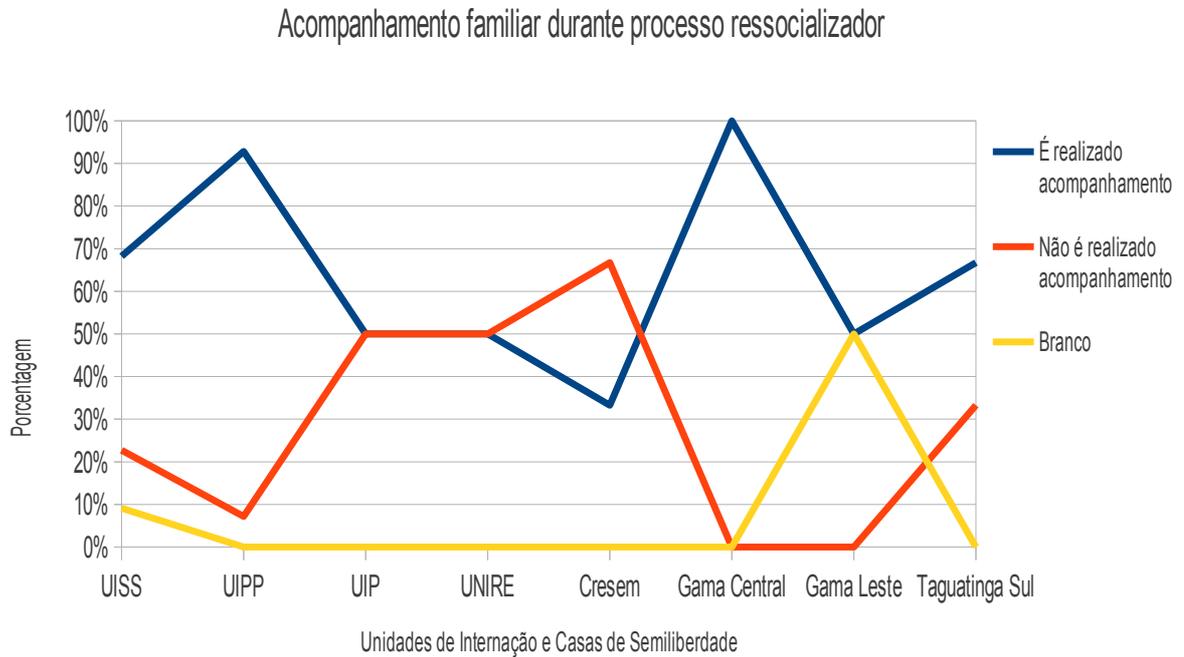
4.2.2.35 Acompanhamento familiar durante o processo ressocializador

Entre as unidades de internação a maioria dos participantes da UISS e da UIPP, com 68,2% e 92,8% respectivamente, disseram que é realizado acompanhamento com a família do adolescente, enquanto UIP e UNIRE mostraram percentual equilibrado entre a realização do acompanhamento e a sua não realização. Já nas casas de semiliberdade, apenas o Cresem, com 66,7% das respostas, apontou não ser feito acompanhamento com a família dos adolescentes, enquanto as outras casas disseram ser feito tal acompanhamento (Tabela 62).

Tabela 62 - Acompanhamento familiar durante processo ressocializador

Acompanhamento familiar durante processo ressocializador	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
É realizado acompanhamento	15	13	4	2	1	3	1	2
Não é realizado acompanhamento	5	1	4	2	2	0	0	1
Branco	2	0	0	0	0	0	1	0
Total	22	14	8	4	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 62: Distribuição do acompanhamento familiar durante processo ressocializador.

Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

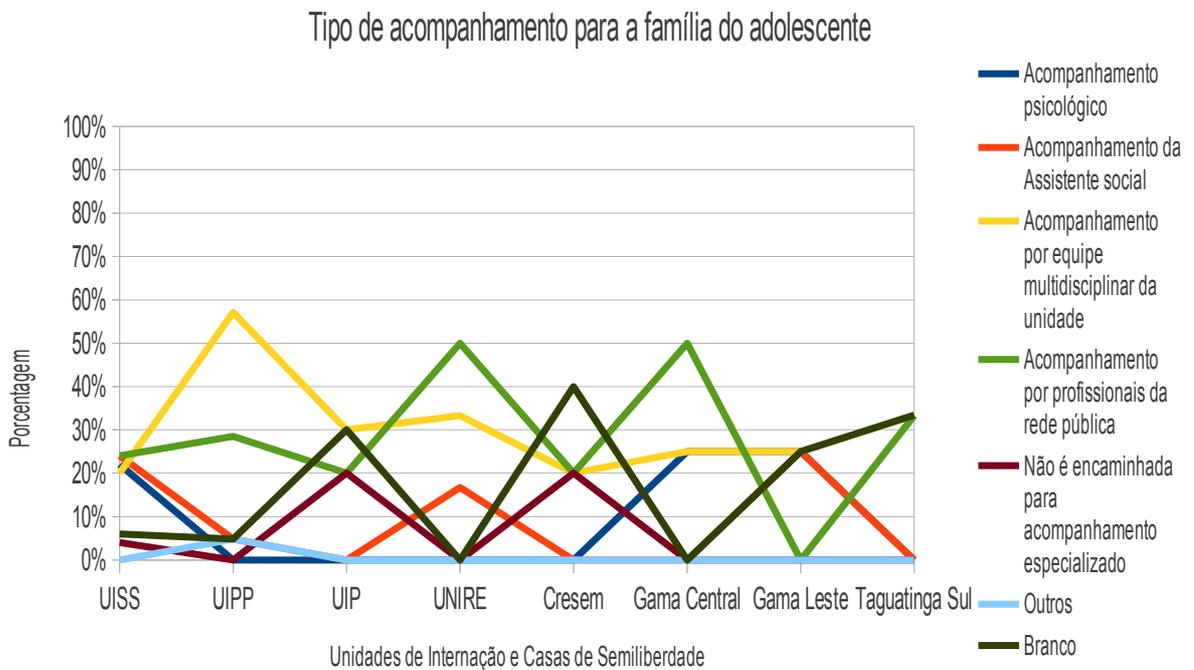
4.2.2.36 Tipo de acompanhamento para a família do adolescente

Acerca do tipo de acompanhamento para a família do adolescente, na UISS as respostas apontaram equilíbrio entre acompanhamento da Assistente Social e acompanhamento por profissionais da rede pública, com 24% das respostas. Na UIPP com 57,1% e na UIP com 30% das respostas apontaram para acompanhamento por equipe multidisciplinar da unidade. Na UNIRE 50% das respostas mostraram que o acompanhamento é feito por profissionais da rede pública. Já nas casas de semiliberdade houve uma distribuição equilibrada entre as possibilidades, com destaque para o Gama Central que 50% das respostas apontaram o acompanhamento feito por profissionais da rede pública (Tabela 63).

Tabela 63 - Tipo de acompanhamento para a família do adolescente

Tipo de acompanhamento para a família do adolescente	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Acompanhamento psicológico	11	0	0	0	0	1	1	0
Acompanhamento da Assistente social	12	1	0	1	0	0	1	0
Acompanhamento por equipe multidisciplinar da unidade	10	12	3	2	1	1	1	1
Acompanhamento por profissionais da rede pública	12	6	2	3	1	2	0	1
Não é encaminhada para acompanhamento especializado	2	0	2	0	1	0	0	0
Outros	0	1	0	0	0	0	0	0
Branco	3	1	3	0	2	0	1	1
Total	50	21	10	6	5	4	4	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 63: Distribuição do tipo de acompanhamento para a família do adolescente.

Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.37 Situação do adolescente após a cessação da jurisdição da infância e juventude

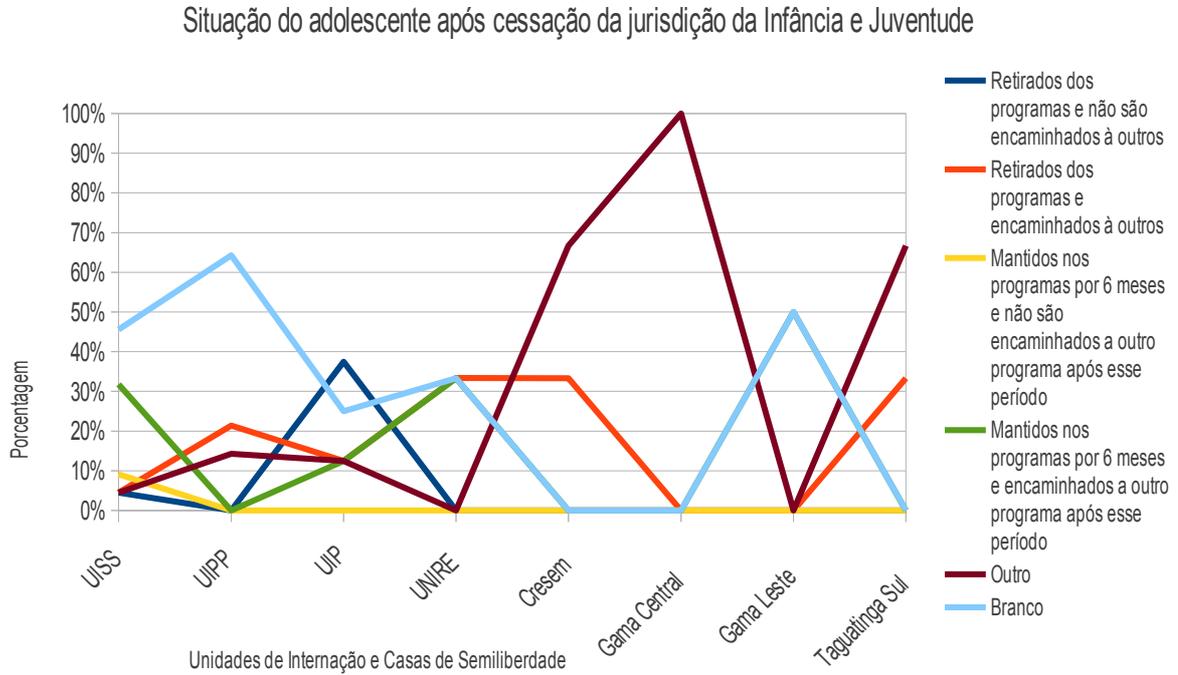
Acerca da situação do adolescente após cessação da jurisdição da infância e juventude, na UIP 37,5% dos participantes responderam que os adolescentes são retirados dos programas e não são encaminhados à outros. No Gama Leste 50% dos participantes responderam que os adolescentes são mantidos nos programas por 6 meses e encaminhados a outro programa após esse período. Já no Cresem e em Taguatinga Sul, ambos com 66,7% dos participantes, afirmaram que é realizado outro procedimento com os adolescentes (Tabela 64).

Tabela 64 - Situação do adolescente após cessação da jurisdição da Infância e Juventude

Situação do adolescente após cessação da jurisdição da Infância e Juventude	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Retirados dos programas e não são encaminhados à outros	1	0	3	0	0	0	0	0
Retirados dos programas e encaminhados à outros	1	3	1	1	1	0	0	1
Mantidos nos programas por 6 meses e não são encaminhados a outro programa após esse período	2	0	0	0	0	0	0	0
Mantidos nos programas por 6 meses e encaminhados a outro programa após esse período	7	0	1	1	0	0	1	0
Outros	1	2	1	0	2	3	0	2
Branco	10	9	2	1	0	0	1	0
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 64: Distribuição da situação do adolescente após cessação da jurisdição da Infância e Juventude.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

4.2.2.38 Possibilidade de arquivamento dos documentos dos adolescentes com transtorno mental após a retirada dos programas

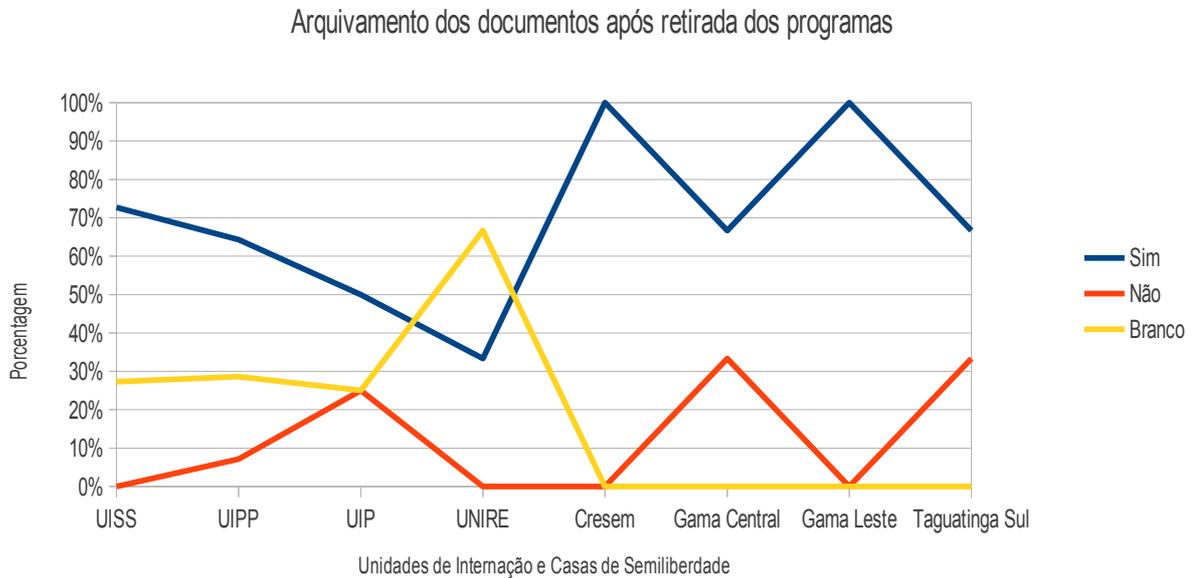
Na maioria das unidades de internação, UISS (72,7%), UIPP (64,3%) e UIP (50%), os participantes responderam positivamente quanto ao arquivamento dos documentos dos adolescentes após a retirada dos programas. Em todas as casas de semiliberdade a maioria das respostas apontaram para o arquivamento dos documentos (Tabela 65).

Tabela 65 - Possibilidade de arquivamento dos documentos dos adolescentes com transtorno mental após a retirada dos programas

Possibilidade de arquivamento dos documentos após retirada dos programas	Frequência Absoluta							
	Unidades de Internação				Casas de Semiliberdade			
	UISS	UIPP	UIP	UNIRE	Cresem	Gama Central	Gama Leste	Taguatinga Sul
Sim	16	9	4	1	3	2	2	2
Não	0	1	2	0	0	1	0	1
Branco	6	4	2	2	0	0	0	0
Total	22	14	8	3	3	3	2	3

Fonte: Tabela elaborada pela autora da pesquisa.

Gráfico 65: Distribuição da possibilidade de arquivamento dos documentos dos adolescentes com transtorno mental após a retirada dos programas.



Fonte: Gráfico elaborado pela autora da pesquisa.

Diante do exposto, constatou-se que 60% dos profissionais integrantes do corpo jurídico indicaram que houve um aumento no cometimento de ato infracional envolvendo adolescente com indícios de transtorno mental e 50% declararam que houve um aumento nos casos de transtorno mental comprovado, ambos no período compreendido entre 2008 e 2012. Acerca dos motivos que ocasionaram a reiteração na prática de atos infracionais, 25%, dos 80% das respostas válidas, do corpo jurídico indicou a falta de políticas públicas para este público nos casos de adolescentes com indícios de transtorno mental, enquanto 26,7%, dos 66,6% das respostas válidas, optaram pelo mesmo motivo nos casos de transtorno mental comprovado.

Em suma, em relação ao corpo psicossocial de todas as instituições, apenas na Unidade de Internação de Planaltina – UIP (62,5%) e na casa de

semiliberdade do Gama Leste (100%) os participantes apontaram positivamente para existência de programa específico na instituição para adolescentes com transtorno mental durante o cumprimento de internação provisória ou medidas socioeducativas privativas de liberdade.

CONCLUSÃO

Prefacialmente, convém mencionar que as normas internacionais – a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, as Regras Mínimas para a Administração da Justiça, da Infância e da Juventude (Regras de Beijing) e as Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade – aliadas a Carta Magna de 1988, a Lei 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) e a Lei 12.594/2012 (Sistema Nacional Socioeducativo – SINASE) foram às legislações que exaltaram a doutrina da proteção integral, se revelando como um marco na história infanto-juvenil e, em especial, no tocante aos adolescentes em conflito com a lei.

As diretrizes do paradigma da doutrina da proteção integral foram reconhecidas como primazia em favor da criança e do adolescente em todas as esferas de interesses, os reconhecendo como sujeitos de direitos em relação à família, à sociedade e ao Estado. Neste contexto, mostra-se necessário a observância dos princípios norteadores da norma estatutária, quais sejam: o do melhor interesse da criança e do adolescente, da prioridade absoluta, da co-responsabilidade, da condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

No que dispõe a responsabilização dos adolescentes em conflito com a lei, o novo paradigma fez por reconhecer a inimputabilidade penal, estabelecendo na Lei 8.069/1990 medidas compatíveis com sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, devendo ser respeitado, quando da sua aplicação, os princípios da excepcionalidade e da brevidade.

As medidas socioeducativas elencadas no rol do artigo 112 da norma estatutária são as normas utilizadas pelo Estado, após a prática de ato infracional, para aplicar aos adolescentes em conflito com a lei. A doutrina majoritária entende que as medidas socioeducativas têm duplo caráter, precipuamente, pedagógico, o qual busca a ressocialização do adolescente em conflito com a lei e ao mesmo tempo retributiva, na medida em que se verifica a restrição de direitos como um efeito prático de sua imposição.

Nesse diapasão, constata-se que os adolescentes autores de ato infracional gozam da mais ampla rede de garantias e direitos, quando do processo de responsabilização. Assim, o sistema jurídico adotado pela Lei nº 8.069/1990 impõe medidas de responsabilização, cuja aplicação se dá sob o crivo do devido processo legal, das garantias constitucionais e legais inerentes a estes sujeitos de direitos, respeitando o procedimento especial de apuração de ato infracional.

Convém frisar que o Estatuto da Criança e do Adolescente em conjunto com o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, ambos em harmonia com a Constituição da República de 1988, trazem em seu bojo o direito fundamental à saúde, também inerente ao adolescente em conflito com a lei.

Nesse sentido, cabe à União, Estados, Distrito Federal e Municípios a política de atendimento a crianças e adolescentes, consoante previsão estatutária em conformidade com o artigo 227, parágrafo 7º da Constituição Federal combinado com o artigo 204 do mesmo diploma legal. Ou seja, cabe à todos os entes da federação a responsabilidade no tratamento infanto-juvenil.

Reportando-se à realidade do Distrito Federal, foi realizada uma análise

dos processos atendidos pela Defensoria Pública atuante na Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal entre os anos de 2008 e 2012, além da aplicação de questionários ao corpo jurídico – Defensores Públicos, Promotores de Justiça e Juízes de Direito – e aos profissionais que compõem o corpo psicossocial das unidades de internação provisória, estrita e casas de semiliberdade do Distrito Federal.

A partir dos dados levantados, constatou-se que 32% dos participantes do corpo jurídico responderam que pleiteiam a aplicação de medida protetiva, enquanto 28% pleiteiam a instauração do incidente de insanidade mental quando a família informa que o adolescente tem transtorno mental.

Ademais, no tocante a suspensão do processo antes da conclusão do incidente de insanidade mental ou após o diagnóstico de transtorno mental, nas hipóteses de internação provisória, estrita ou cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade, todas as respostas de cunho positivo obtiveram resultado igual ou superior a 80%.

Após diagnosticado o transtorno mental, os questionários respondidos por Promotores de Justiça ou Defensores Públicos, resultaram em um percentual acima de 19%, para a possibilidade de pleitear a imediata liberação dos adolescentes nos casos de internação provisória ou medidas privativas de liberdade. Neste sentido, salienta-se que não houve participação de Juízes de Direito na pesquisa.

Dos participantes do corpo jurídico, 60% afirmaram que houve um aumento, no período compreendido entre 2008 e 2012, de prognósticos de adolescentes em conflito com a lei com transtorno mental. Por outro lado, 50%

responderam que houve um aumento da comprovação de transtorno mental neste público. Em ambos os casos, as respostas somaram um percentual igual ou acima de 25% para a falta de políticas públicas como a causa da reiteração na seara infracional quando se trata do público estudado.

Dos questionários aplicados ao corpo psicossocial foram extraídas informações significativas. Todas as unidades de internação – UISS (77,3%), UIPP (64,3%), UIP (75,0%), UNIRE (100%) – e casas de semiliberdade – Cresem (100%), Gama Central (100%), Gama Leste (100%), Taguatinga Sul (66,7%) – apontaram que a triagem acerca das condições psicológicas do adolescente/jovem é realizada quando ele dá entrada na instituição.

Na UISS, 31,2% dos participantes apontaram que quando detectado algum indício de transtorno mental a providência tomada é o encaminhamento do adolescente a psicóloga da unidade. Já na casa de semiliberdade, a resposta que mais se destacou foi em Taguatinga Sul com 50% das respostas para o encaminhamento do adolescente ao CAPS.

Dos transtornos mentais mais recorrentes nas unidades de internação provisória e estrita, bem como nas casas de semiliberdade, as respostas se concentraram em transtorno de conduta na UISS (20,2%); depressão na UIPP (25,7%) e na UIP (36,8%); TDAH no Cresem (42,8%) e em Taguatinga Sul (60%).

Assevera-se que durante o cumprimento de internação provisória e estrita, nos casos de transtornos mentais leves a maioria das respostas apontaram que os adolescentes ficam na mesma ala acauteladora, com os demais adolescentes, com ou sem transtorno mental leve. Já na hipótese de transtorno

mental grave, o destaque foi para a UNIRE, visto que 66,7% das respostas não foram respondidas. Já nas casas de semiliberdade, em se tratando do transtorno leve ou grave as respostas apontaram que os adolescentes realizam atividades, fazem refeições e dormem juntamente com os adolescentes sem transtorno mental.

De todas as instituições, apenas na UIP (62,5%) e no Gama Leste (100%) os participantes apontaram positivamente para existência de programas específicos na instituição para adolescentes com transtorno mental durante o cumprimento de internação provisória ou medidas socioeducativas privativas de liberdade. Neste sentido, 100% das respostas do Gama Leste afirmaram que os programas são executados fora da casa de semiliberdade. No tocante as unidades acauteladoras, destacou-se a UNIRE, eis que a maior parte das respostas foram em branco (66,7%).

Constata-se que em 57,1% das respostas da UIPP, bem como em 50% dos participantes do Gama Central informaram que é feito acompanhamento com a família do adolescente, pela equipe multidisciplinar da instituição e por profissionais da rede pública, respectivamente.

Cessada a jurisdição infanto-juvenil, após o jovem completar 21 anos de idade, 37,5% dos participantes da UIP responderam que os adolescentes são retirados dos programas e não são encaminhados à outros.

Em resumo, salienta-se que a internação, tanto provisória quanto definitiva, de adolescentes e jovens com transtornos mentais possui um caráter retributivo, sendo incompatível com a finalidade reeducativa do Estatuto da Criança e do Adolescente. Ora, o adolescente e jovem com transtorno mental deve receber

atenção especial por parte do Estado e da sociedade. Sendo assim, o adolescente/jovem necessita de tratamento em saúde mental que respeite as peculiaridades de sua condição, de modo a evitar que esteja em posição de risco e desvantagem no sistema socioeducativo.

Em se tratando de saúde mental deve-se ater a realidade da institucionalização de adolescentes em conflito com a lei, eis que se torna um ambiente propício para o medo, o desamparo e até mesmo a depressão, diante das violências institucionais. Não se pode deixar de mencionar as inúmeras mortes noticiadas dos adolescentes acautelados nas unidades de internação do Plano Piloto, grande parte ocorridas no ano de 2012.

Assim, a desinstitucionalização é um fator positivo para adolescentes/jovens em conflito com a lei com transtorno mental, eis que abarcados pelas políticas de saúde mental podem receber tratamento adequado a sua peculiar condição.

Todavia, é necessário atendimentos pormenorizados aos adolescentes com prognósticos de transtorno mental, visto que é importante consolidar a diferença do conflito pela punição estatal e a real patologia pré-existente. Afinal, a adolescência já é baseada em uma espécie de “crise”, fator este que deve ser avaliado com cautela por profissionais qualificados, evitando que qualquer experiência ilícita seja decorrente de uma patologia.

O Estado deve propiciar aos profissionais integrantes da política de saúde mental cursos capacitantes para lidar com o processo socioeducativo de adolescentes/jovens somatizados a um prognóstico ou diagnóstico patológico.

A partir da real constatação da patologia é totalmente inerente a condição do público estudado o direito a saúde, em respeito a doutrina da proteção integral insculpida nas convenções e regras internacionais, bem como na Carta Magna de 1988 e normas infraconstitucionais, inclusive, no âmbito Distrital.

Nesse ponto, é de extrema relevância o aprimoramento na atenção à saúde no sistema socioeducativo, em especial nas unidades de internação provisória e estrita, bem como ampliar a inclusão de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade na rede pública de saúde, não em detrimento de adolescente sem envolvimento com a seara infracional, mas como forma de efetivar um direito inerente a sua condição peculiar.

De fato, apesar da dificuldade com o deslocamento dos adolescentes, em especial aquele realizado com o uso da algema, deve-se, ainda, priorizar o atendimento na rede pública de saúde, visando a reinserção do adolescente/jovem na comunidade. Entretanto, caso este serviço não seja suficiente para o quantitativo de pessoas necessitando de atendimento da rede, deve o adolescente ser atendido pela equipe de saúde lotada dentro da unidade acauteladora. Neste campo, também se discute o risco de fuga dos adolescentes, todavia, por se tratar de uma perspectiva socioeducativa, é possível minimizar tal realidade com a contratação prévia de profissionais com capacitação para exercer a função.

A Portaria interministerial nº 1.426/2004, a Portaria nº 340/2004, a Portaria nº 647/2008, todas do Ministério da Saúde, visam a implantação e implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos adolescentes em conflito com a lei nas unidades acauteladoras. Neste prisma, tudo indica que a UIPP, em observações feitas nos questionários aplicados, está em discussão para que seja implementada a

unidade de saúde dentro da instituição.

Em suma, no Distrito Federal, os locais de atendimento referente ao público estudado ainda são precários, não sendo compatível com a demanda, resultando em um grande número de adolescentes à espera de um tratamento especializado. Os resultados obtidos, acarretaram a negação da hipótese deste trabalho, o que não inviabilizou a validade da pesquisa.

Isto posto, cabe aos operadores do direito como aos profissionais da saúde ligados diretamente ao processo ressocializador do adolescente/jovem continuar exercendo as funções que lhes são próprias, buscando aperfeiçoamentos, tudo voltado para garantir a efetivação dos direitos que são inerentes aos adolescentes com transtornos mentais, com o intuito de ver resguardo mais um campo da doutrina da proteção integral.

REFERÊNCIAS

AMIN, Andréia Rodrigues. Evolução Histórica do Direito da Criança e do Adolescente. In: MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (Coord.). **Curso de Direito da Criança e do Adolescente**. Aspectos Teóricos e Práticos. 3. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008.

AMSTALDEN, Ana Lúcia Ferraz; HOFFMANN, Maria Cristina Correa Lopes; MONTEIRO, Taciane Pereira Maria. A Política de Saúde Mental Infato-Juvenil: seus percursos e desafios. In: RIBEIRO, Edith Lauridsen; TANAKA, Oswaldo Yoshimi (coord.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

BOBBIO. Noberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 6. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 jul.1990.

BRASIL. **Lei 12.594, de 18 de janeiro de 2012**. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) . *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 jan.2012.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Ação Civil Pública**. Processo nº 766/53. 1997.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Sentença da Ação Civil Pública**. Processo nº 766/53. 2006.

BRASIL. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE/Secretaria Especial dos Direitos Humanos** – Brasília/DF: CONANDA, 2006.

CAMPOS, Gisele Carneiro; FERREIRA, Maria Adelaide de Souza; LINS, Theresa Cristina André. A Fiscalização das Medidas Socioeducativas na Visão Psicossocial. In: GHESTI-GALVÃO, Ivânia; ROQUE, Elizângela Caldas Barroca (Coord.). **Aplicação da Lei em uma Perspectiva Interprofissional: Direito, Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social e Ciências Sociais na Prática Jurisdicional**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2010.

Convenção Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/cidadãos/infancia-e-juventude/legislacao>>. Acesso em: 27 jan. 2013.

CURY, Munir; PAULA, Paulo Afonso Garrido de; MARÇURA, Jurandir Noberto. **Estatuto da Criança e do Adolescente anotado**. 3. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

DEFENSORIA PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL. Disponível em: http://www.defensoria.df.gov.br/?page_id=2324. Acesso em: 12 fev. 2013.

DEZEM, Guilherme Madeira; AGUIRRE, João Ricardo Brandão; FULLER, Paulo Henrique Aranda. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009.

DIREITOS DA CRIANÇA: Portal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Disponível em: <http://www.direitosdacrianca.org.br/conanda/resolucoes/resolucao-nb0-46-de-29-de-outubro-de-1996>. Acesso em: 17 fev. 2013.

DISTRITO FEDERAL. Portaria conjunta nº 01, de 30 de setembro de 2011. *Diário Oficial do Distrito Federal*. Disponível em: http://www.buriti.df.gov.br/ftp/default.asp?dir=DODF%20N%BA%20192%2003-10-2011&ano=2011&mes=10_Outubro. Acesso em: 17 fev. 2013.

ISHIDA, Válter Kenji. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Doutrina e Jurisprudência. 11 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. A Política de Saúde Mental Infato-Juvenil: seus percursos e desafios. In: RIBEIRO, Edith Lauridsen; TANAKA, Oswaldo Yoshimi (Coord.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

LIBERATI, Wilson Donizeti. **Processo penal juvenil**: a garantia da legalidade na execução de medida socioeducativa. São Paulo: Malheiros Editores, 2006.

LIBERATI, Wilson Donizeti. **Processo Penal Juvenil**. São Paulo: Malheiros, 2008.

LISBÔA, Antônio Márcio Junqueira. **A primeira infância e as raízes da violência**. Propostas para diminuição da violência. Brasília: LGE Editora, 2007.

LÔBO, Paulo. **Direito Civil**. Famílias. São Paulo: Saraiva, 2008.

MACHADO, Martha de Toledo. **A Proteção Constitucional de Crianças e Adolescentes e os Direitos Humanos**. Barueri, São Paulo: Manole, 2003.

MÉNDEZ, Emílio García. **Infância e Cidadania na América Latina**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria GM 336-2002.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_GM_336-2002.pdf)>. Acesso em: 16 de fev 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 340 de 14 de Julho de 2004. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-340.htm>. Acesso em: 16 fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.608 de 03 de agosto de 2004. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1608.htm>. Acesso em: 16 fev.2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 647 de 11 de novembro de 2008. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0647_11_11_2008.html>. Acesso em: 16 fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial nº 1.426/2004. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1426.htm>. Acesso em: 17 fev. 2013.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. Disponível em:

<http://www.mpdft.gov.br/portal/index.php/conhecampdft-menu/promotorias-justica-menu/promotoria-de-justica-de-defesa-da-infncia-e-da-juventude-mainmenu-322>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 09 jul. 2011.

PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE DEFESA DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE DO DISTRITO FEDERAL. Disponível em: <http://www.mpdft.gov.br/portal/index.php/conhecampdft-menu/promotorias-justica-menu/promotoria-de-justica-de-defesa-da-infncia-e-da-juventude-mainmenu-322/277-diversos/1197-saude-mental-infanto-juvenil>. Acesso em: 17 fev. 2013.

PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE DEFESA DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE DO DISTRITO FEDERAL. Disponível em: <http://www.mpdft.gov.br/portal/index.php/conhecampdft-menu/promotorias-justica-menu/promotoria-de-justica-de-defesa-da-infncia-e-da-juventude-mainmenu-322/277-diversos/4574-saude-mental>. Acesso em: 17 fev. 2013.

Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade. Disponível em: <http://www.mp.am.gov.br/index.php/centros-de-apoio/infancia-e-juventude/legislacao/1797-regras-minimas-das-nacoes-unidas-para-a-protecao-dos-jovens-privados-de-liberdade>. Acesso em: 23 fev. 2013.

Regras Mínimas para a Administração da Justiça, da Infância e da Juventude. Regras de Beijing. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/cidadaos/infancia-e-juventude/legislacao>. Acesso em: 27 jan. 2013.

SARAIVA, João Batista Costa. **Adolescente em conflito com a lei**: da indiferença à proteção integral. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

SARAIVA, João Batista Costa. **Adolescente em Conflito com a Lei**. Da indiferença à proteção integral. Uma abordagem sobre a responsabilidade penal juvenil. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

SARAIVA, João Batista da Costa. **Compêndio de direito penal juvenil**: adolescente e ato infracional. 3 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. 5ª turma. HC 47.178/SP. Ementa: [...] Relatora: Ministra LAURITA VAZ. Brasília, DF, 19 out. 2006. DJ 27.11.2006.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/ita.asp?registro=200300917802&dt_publicacao=24/11/2003>. Acesso em: 22 jan 2013.

TAVARES, Patrícia Silveira. A Política de Atendimento. In: MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (Coord.). **Curso de Direito da Criança e do Adolescente**. Aspectos Teóricos e Práticos. 4 ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2010.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/cidadaos/infancia-e-juventude/composicao>. Acesso em: 12 fev. 2013.

VICENTIM, Maria Cristina. A questão da responsabilidade penal juvenil: notas para uma perspectiva ético-política. In: **Justiça, Adolescente e Ato Infracional**: socioeducação e responsabilização. ILANUD; ABMP; SEDH; UNFPA (Orgs.). São Paulo: ILANUD, 2006.

APÊNDICE A – Termo de Aceite Institucional

Brasília-DF, _____ de _____ de _____

Prezada Profa. Marília de Queiroz Dias Jácome
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB

O/A _____ (cargo) da Unidade de
Internação _____ (unidade),
_____ (nome)

vem por meio desta informar que está ciente e de acordo com a realização nesta instituição da pesquisa intitulada “*O Cumprimento de Internação Provisória e Medidas Socioeducativas privativas de liberdade de adolescentes e jovens com transtornos mentais em conflito com a lei no âmbito do Distrito Federal*”, sob a responsabilidade da pesquisadora “*Paula Cristina de Paiva Macêdo*”, a ser realizada no período de “Janeiro de 2013”.

A pesquisadora responsável declara estar ciente das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS nº 196/96 e que a parte referente à coleta de dados somente será iniciada após a aprovação da pesquisa por parte desse Comitê e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), se também houver necessidade.

Nome e carimbo com o cargo do responsável pela Unidade

APÊNDICE B – Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE)

Pesquisa: “O Cumprimento de Internação Provisória e Medidas Socioeducativas privativas de liberdade de adolescentes e jovens com transtornos mentais em conflito com a lei no âmbito do Distrito Federal”

Instituição dos pesquisadores: Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Pesquisador responsável: Paula Cristina de Paiva Macêdo

Pesquisador Orientador: Prof^a. Dr^a. Luciana Barbosa Musse

Este documento que você está lendo é chamado de *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)*. Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Entretanto, antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A pesquisadora deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

O objetivo desse questionário é coletar dados e posteriormente iniciar uma discussão sobre o cumprimento de internação provisória e medidas socioeducativas privativas de liberdade de adolescentes e jovens com transtornos mentais no Distrito Federal.

Você está sendo convidado por *Paula Cristina de Paiva Macêdo* a participar da pesquisa respondendo a este questionário.

Procedimentos do estudo

Sua participação consiste em responder um questionário que não utiliza métodos invasivos e não tem como objetivo testar o conhecimento do questionado sobre o assunto, mas apenas aferir a contribuição que os profissionais envolvidos têm dado no processo ressocializador de adolescentes e jovens com transtorno mental em conflito com a lei, para a solução da questão discutida.

O procedimento consiste em entregar o questionário ao sujeito que o responderá. As questões foram elaboradas de forma clara e objetivas com respostas diretas dispostas em alternativas.

Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo, sendo o contato da pesquisadora com os respondentes unicamente para esclarecimentos, caso seja necessário. Não serão feitas gravações, filmagem, fotos.

Riscos e benefícios

Este estudo possui baixo risco que são inerentes ao procedimento de resposta do questionário aplicado. Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo.

Sua participação poderá ajudar no maior conhecimento sobre o cumprimento de internação provisória e medidas socioeducativas privativas de liberdade de adolescentes e jovens com transtorno mental em conflito com a lei.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

Sua participação é voluntária, não existindo nenhum prejuízo ou represália caso se recuse em participar. Você poderá deixar de participar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso de outras pessoas.

O material com as suas informações (questionário) ficará guardado sob a responsabilidade de Paula Cristina de Paiva Macêdo com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, sendo destruído após a pesquisa.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Eu, _____ RG _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Brasília, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Paula Cristina de Paiva Macêdo

Pesquisadora responsável
celular (61) 8103.9316

Prof^a. Dr^a. Luciana Barbosa Musse

Pesquisadora auxiliar
Contato Institucional: (61) 3966.1200

APÊNDICE C – Questionário aplicado ao Corpo Jurídico

Instruções para preenchimento

Responda a cada um dos itens abaixo, analisando cuidadosamente a pergunta e cada uma das opções existentes.

Marque um “X” nos parênteses próprios, de acordo com o formato de cada questão.

Importante:

Coloque mais de uma resposta somente nas questões em que for solicitado.
Este questionário possui **06 (seis)** folhas (incluindo esta), numeradas nas partes superiores direitas de cada uma delas.

1. **Sexo:** Masculino Feminino

2. **Idade:** _____. (em anos completos, desprezar os meses)

3. **Profissão:** _____.

4. **Quantos anos atua na profissão:** _____.

5. **Você tem conhecimento acerca da Lei 10.216/2001 (Dispõe sobre transtorno mental)?**
 Sim Não

6. **Em caso afirmativo, você pleiteia a aplicação ou aplica a Lei 10.216/2001?**
 (Responda de acordo com as atribuições do seu cargo)
 Sim Não

7. **Você tem conhecimento acerca da Lei 12.594/2012 (Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE)?**
 Sim Não

8. **Em caso afirmativo, você pleiteia a aplicação ou aplica a Lei 12.594/2012 (SINASE)?** (Responda de acordo com as atribuições do seu cargo)
 Sim Não

9. **Quando a família informa que o adolescente/jovem possui algum transtorno mental, qual(is) o(s) procedimento(s) adotado(s)?** (Responda de acordo com as atribuições do seu cargo e caso necessário marque mais de uma alternativa)
 pleiteia-se a instauração do incidente de insanidade mental.
 pleiteia-se o encaminhamento do adolescente/jovem ao Instituto Médico Legal para realização dos exames pertinentes.
 pleiteia-se o encaminhamento do adolescente/jovem ao Psiquiatra da rede pública de saúde.
 pleiteia-se o encaminhamento do adolescente/jovem ao Psicólogo da rede pública de saúde.

- pleiteia-se a aplicação de medida protetiva.
- instaura o incidente de insanidade mental.
- determina o encaminhamento do adolescente/jovem ao Instituto Médico Legal para realização dos exames pertinentes.
- determina o encaminhamento do adolescente/jovem ao Psiquiatra da rede pública de saúde.
- determina o encaminhamento do adolescente/jovem ao Psicólogo da rede pública de saúde.
- aplica medida protetiva.
- outros: _____.

10. É possível o pedido de aplicação de medida protetiva para adolescentes/jovens com indícios de transtorno mental antes da conclusão do incidente de insanidade mental?

- Sim Não

11. É possível a aplicação de ofício de medida protetiva para adolescentes/jovens com indícios de transtorno mental antes da conclusão do incidente de insanidade mental?

- Sim Não

12. É possível a suspensão do processo até a conclusão do incidente de insanidade mental para os casos de adolescentes/jovens, com indícios de transtorno mental, que estão em cumprimento de internação provisória?

- Sim Não

13. É possível a suspensão do processo para os casos de adolescentes/jovens, com transtorno mental comprovado, que estão em cumprimento de internação provisória?

- Sim Não

14. É possível a suspensão do processo de execução até a conclusão do incidente de insanidade mental para os casos de adolescentes/jovens, com indícios de transtorno mental, que estão em cumprimento de internação estrita?

- Sim Não

15. É possível a suspensão do processo de execução para os casos de adolescentes/jovens, com transtorno mental comprovado, que estão em cumprimento de internação estrita?

- Sim Não

16. É possível a suspensão do processo de execução até a conclusão do incidente de insanidade mental para os casos de adolescentes/jovens, com indícios de transtorno mental, que estão em cumprimento de medida socioeducativa de

semiliberdade?

- Sim Não

17. É possível a suspensão do processo de execução para os casos de adolescentes/jovens, com transtorno mental comprovado, que estão em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade?

- Sim Não

18. Constatado o transtorno mental, como você, enquanto operador do direito, tem se posicionado em relação aos adolescentes/jovens em cumprimento de internação provisória? (responder somente se Promotor(a) de Justiça ou Defensor(a) Público(a) e caso necessário marque mais de uma alternativa)

- pleiteia-se a suspensão do processo.
 pleiteia-se a suspensão do processo cumulativamente com aplicação de medida protetiva.
 pleiteia-se a aplicação de medida protetiva.
 pleiteia-se a aplicação do instituto da remissão.
 pleiteia-se a aplicação do instituto da remissão e aplicação de medida protetiva.
 pleiteia-se a aplicação de medida socioeducativa.
 pleiteia-se a aplicação de medida socioeducativa e aplicação de medida protetiva.
 pleiteia-se a liberação do adolescente/jovem do cumprimento de internação provisória.
 pleiteia-se o encaminhamento do adolescente/jovem a rede pública de saúde.
 outros: _____.

19. Constatado o transtorno mental, como você, enquanto operador do direito, tem se posicionado em relação aos adolescentes/jovens em cumprimento de internação provisória? (responder somente se Juiz de Direito e caso necessário marque mais de uma alternativa)

- aplica a suspensão do processo.
 aplica a suspensão do processo cumulativamente com aplicação de medida protetiva.
 aplica medida protetiva.
 aplica o instituto da remissão.
 aplica o instituto da remissão e medida protetiva.
 aplica medida socioeducativa.
 aplica medida socioeducativa e medida protetiva.
 determina a liberação do adolescente/jovem do cumprimento de internação provisória.
 determina o encaminhamento do adolescente/jovem a rede pública de saúde.
 outros: _____.

20. Constatado o transtorno mental, como você, enquanto operador do direito, tem se posicionado em relação aos adolescentes/jovens em cumprimento de

internação estrita? (responder somente se **Promotor(a) de Justiça ou Defensor(a) Público(a)** e caso necessário marque mais de uma alternativa)

- pleiteia-se a suspensão do cumprimento da medida socioeducativa de internação.
- pleiteia-se a suspensão do cumprimento da medida socioeducativa internação, aguardando o cumprimento da medida protetiva, caso aplicada.
- pleiteia-se a liberação imediata do adolescente/jovem do cumprimento de medida socioeducativa de internação.
- pleiteia-se a aplicação de medida protetiva de tratamento psicológico a ser acompanhado pelos Psicólogos e Psiquiatras da unidade acauteladora.
- pleiteia-se a aplicação de medida protetiva de tratamento psicológico a ser acompanhado pelos Psicólogos e Psiquiatras da rede pública de saúde.
- outros: _____.

21. Constatado o transtorno mental, como você, enquanto operador do direito, tem se posicionado em relação aos adolescentes/jovens em cumprimento de internação estrita? (responder somente se **Juiz de Direito** e caso necessário marque mais de uma alternativa)

- aplica a suspensão do cumprimento da medida socioeducativa de internação.
- aplica a suspensão do cumprimento da medida socioeducativa de internação, aguardando o cumprimento da medida protetiva, caso aplicada.
- determina a liberação imediata do adolescente/jovem do cumprimento de medida socioeducativa de internação.
- aplica a medida protetiva de tratamento psicológico a ser acompanhado pelos Psicólogos e Psiquiatras da unidade acauteladora.
- aplica a medida protetiva de tratamento psicológico a ser acompanhado pelos Psicólogos e Psiquiatras da rede pública de saúde.
- outros: _____.

22. Constatado o transtorno mental, como você, enquanto operador do direito, tem se posicionado em relação aos adolescentes/jovens em cumprimento de semiliberdade? (responder somente se **Promotor(a) de Justiça ou Defensor(a) Público(a)** e caso necessário marque mais de uma alternativa)

- pleiteia-se a suspensão do cumprimento da medida socioeducativa de semiliberdade.
- pleiteia-se a suspensão do cumprimento da medida socioeducativa semiliberdade, aguardando o cumprimento da medida protetiva, caso aplicada.
- pleiteia-se a liberação imediata do adolescente/jovem do cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade.
- pleiteia-se a aplicação de medida protetiva de tratamento psicológico a ser acompanhado pelos Psicólogos e Psiquiatras que atuam na casa de semiliberdade.
- pleiteia-se a aplicação de medida protetiva de tratamento psicológico a ser acompanhado pelos Psicólogos e Psiquiatras da rede pública de saúde.
- outros: _____.

23. Constatado o transtorno mental, como você, enquanto operador do direito, tem se posicionado em relação aos adolescentes/jovens em cumprimento de semiliberdade? (responder somente se **Juiz de Direito e caso necessário marque mais de uma alternativa)**

- aplica a suspensão do cumprimento da medida socioeducativa de semiliberdade.
- aplica a suspensão do cumprimento da medida socioeducativa de semiliberdade, aguardando o cumprimento da medida protetiva, caso aplicada.
- determina a liberação imediata do adolescente/jovem do cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade.
- aplica medida protetiva de tratamento psicológico a ser acompanhado pelos Psicólogos e Psiquiatras que atuam na casa de semiliberdade.
- aplica medida protetiva de tratamento psicológico a ser acompanhado pelos Psicólogos e Psiquiatras da rede pública de saúde.
- outros: _____.

24. Quando cessado o cumprimento da medida socioeducativa, quais as ações tomadas por você, operador do direito lotado na infância e juventude, em relação aos adolescentes/jovens com transtorno mental?

- encerrar o acompanhamento dos adolescentes/jovens com transtorno mental sem encaminhá-lo à outro programa de atendimento.
- encerrar o acompanhamento dos adolescentes/jovens com transtorno mental, porém solicitar sua inclusão em outro programa de acompanhamento compatível com sua necessidade.
- encerrar o acompanhamento dos adolescentes/jovens com transtorno mental, porém determinar sua inclusão em outro programa de acompanhamento compatível com sua necessidade.
- outros: _____.

25. Existe a possibilidade de aplicação da medida protetiva para a família de adolescentes/jovens com transtorno mental?

- Sim
- Não

26. Em caso afirmativo na questão anterior, qual(is) medida(s) protetiva(s) aplicada(s):

- acompanhamento familiar feito pelos psicólogos e psiquiatras da unidade acauteladora durante o período de cumprimento de internação provisória ou medidas privativas de liberdade aplicada ao adolescente/jovem, conforme o caso.
- acompanhamento familiar feito pelos assistentes sociais da unidade acauteladora durante o período de cumprimento de internação provisória ou medidas privativas de liberdade aplicada ao adolescente/jovem, conforme o caso.
- acompanhamento familiar feito pelos psicólogos e psiquiatras da rede pública de saúde.
- outros: _____.

27. No seu ponto de vista, há um aumento nos casos de cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes/jovens com indícios de transtorno mental, no período compreendido entre 2008 e 2012?

- Sim Não

28. Em caso afirmativo na questão anterior, no seu entendimento, a reiteração na prática de atos infracionais de adolescentes/jovens com indícios de transtorno mental ocorre devido:

- inobservância das condições psicológicas do adolescente/jovem durante o processo ressocializador.
 ausência de aplicação de medida protetiva de tratamento psicológico.
 o não cumprimento da medida protetiva de tratamento psicológico aplicada.
 a falta de condições adequadas para o cumprimento da medida protetiva de tratamento psicológico aplicada.
 a falta de políticas públicas voltadas para esses adolescentes/jovens.
 outros: _____.

29. No seu ponto de vista, há um aumento nos casos de cometimento de ato infracional envolvendo adolescentes/jovens com transtorno mental comprovado, no período compreendido entre 2008 e 2012?

- Sim Não

30. Em caso afirmativo na questão anterior, no seu entendimento, a reiteração na prática de atos infracionais de adolescentes/jovens com transtorno mental comprovado ocorre devido:

- ausência de aplicação de medida protetiva de tratamento psicológico.
 o não cumprimento da medida protetiva de tratamento psicológico aplicada.
 a falta de condições adequadas para o cumprimento da medida protetiva de tratamento psicológico aplicada.
 a falta de políticas públicas voltadas para esses adolescentes/jovens.
 outros: _____.

APÊNDICE D – Questionário aplicado ao Corpo Psicossocial

Instruções para preenchimento

Responda a cada um dos itens abaixo, analisando cuidadosamente a pergunta e cada uma das opções existentes.

Marque um “X” nos parênteses próprios, de acordo com o formato de cada questão.

Para efeitos de responder o questionário deve ser considerado o termo “Instituição” como unidade de internação provisória ou estrita, ou ainda como casa de semiliberdade, conforme o caso.

Importante:

Coloque mais de uma resposta somente nas questões em que for solicitado.
Este questionário possui **07 (sete)** folhas (incluindo esta), numeradas nas partes superiores direitas de cada uma delas.

1. **Sexo:** Masculino Feminino

2. **Idade:** _____ . (em anos completos, desprezar os meses)

3. **Profissão:** _____ .

4. **A quanto tempo trabalha na unidade?** _____ .

5. **Você tem conhecimento acerca da Lei 10.216/2001 (Dispõe sobre transtorno mental)?**
 Sim Não

6. **Você aplica a Lei 10.216/2001?**
 Sim Não

7. **Você tem conhecimento acerca da Lei 12.594/2012 (Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE)?**
 Sim Não

8. **Você aplica a Lei 12.594/2012 (SINASE)?**
 Sim Não

9. **Os adolescentes/jovens recebidos nessa instituição estão em:**
 Internação Provisória.
 Internação Estrita.
 Semiliberdade.

10. **A instituição onde você trabalha dispõe de quais dos seguintes profissionais?**

(marque mais de uma alternativa se necessário)

- Assistente Social. Quantidade: _____.
- Dentista. Quantidade: _____.
- Fisioterapeuta. Quantidade: _____.
- Médico. Quantidade: _____. Especialidades: _____.
- Nutricionista. Quantidade: _____.
- Psicólogo. Quantidade: _____.
- Pedagogo. Quantidade: _____.
- Psiquiatra. Quantidade: _____.
- Terapeuta Ocupacional. Quantidade: _____.
- Outros: _____.

11. Ao dar entrada na instituição onde você trabalha, é feito algum tipo de triagem acerca das condições psicológicas / psiquiátricas do adolescente/jovem?

- Sim Não

12. A triagem é feita por (marque mais de uma alternativa se necessário):

- Assistente social.
- Equipe multidisciplinar.
- Equipe Multissetorial.
- Psicólogo.
- Pedagogo.
- Psiquiatra.
- Outros: _____.

13. Existe Equipe multidisciplinar na instituição?

- Sim Não

14. A Equipe Multidisciplinar é composta por (marque quantas opções forem necessárias):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Assistente social. | <input type="checkbox"/> Pedagogo. |
| <input type="checkbox"/> Advogado. | <input type="checkbox"/> Psicólogo. |
| <input type="checkbox"/> Médico. | <input type="checkbox"/> Psiquiatra. |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional. | <input type="checkbox"/> Nutricionista. |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta. | <input type="checkbox"/> Dentista. |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____. | |

15. Ao ser detectado algum indício de transtorno mental, qual(is) do(s) procedimento(s) abaixo é(são) adotado(s):

- Encaminhamento do adolescente ao psicólogo da unidade.
- Encaminhamento do adolescente ao psicólogo da rede pública de saúde.
- Encaminhamento do adolescente ao Psiquiatra da unidade.
- Encaminhamento do adolescente ao Psiquiatra da rede pública de saúde.

- Encaminhamento do adolescente a rede pública de saúde.
- Encaminhamento do adolescente ao “Centro de Referência de Assistência Social – CRAS”.
- Encaminhamento do adolescente ao “Centro de Atenção Psicossocial – CAPS”.
- Encaminhamento do adolescente ao “Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSI”.
- Outro: _____.

16. Quais os transtornos mentais que ocorrem com maior frequência na instituição onde você trabalha?

- Depressão.
- Autismo.
- Transtorno bipolar.
- TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade).
- Esquizofrenia.
- Retardo mental.
- Déficit Intelectual.
- Transtorno de conduta.
- Outros: _____.

17. Ao ser diagnosticado transtorno mental leve os procedimentos adotados são:

- Os adolescentes serão incluídos em medidas protetivas dentro da própria instituição.
- Os adolescentes serão incluídos em medidas protetivas fora da instituição.
- Outro procedimento. Qual(is)? _____.

18. Durante o período de internação provisória ou estrita os adolescentes que apresentarem transtorno mental leve são colocados (responda a questão apenas se você atua em uma unidade de internação provisória ou estrita):

- Na mesma ala acauteladora, juntamente com todos os demais adolescentes, independente de possuírem ou não transtorno mental.
- Em alas separadas, juntamente com outros adolescentes que também possuem transtornos mentais da mesma natureza.
- Em alas separadas, afastados de todos os demais adolescentes, tanto dos que possuem quanto dos que não possuem qualquer transtorno mental.
- Outro: _____.

19. Durante o período de cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade os adolescentes que apresentarem transtorno mental leve são colocados (responda a questão apenas se você atua em uma casa de semiliberdade):

- Ficam com livre passagem na casa de custódia.
- Realizam as atividades juntamente com os adolescentes e jovens que não possuem transtorno mental.

- Fazem refeições juntamente com os adolescentes e jovens que não possuem transtorno mental.
- Dormem nos quartos juntamente com os adolescentes e jovens que não possuem transtorno mental.
- Ficam com a passagem restrita na casa de custódia.
- Realizam atividades em horários diversos dos adolescentes e jovens que não possuem transtorno mental.
- Fazem as refeições em horários diversos dos adolescentes e jovens que não possuem transtorno mental.
- Dormem em recintos separados dos adolescentes e jovens que não possuem qualquer transtorno mental.
- Outro: _____.

20. Durante o período de internação provisória ou estrita, os adolescentes que apresentarem transtorno mental grave são colocados (responda a questão apenas se você atua em uma unidade de internação provisória ou estrita):

- Na mesma ala acauteladora, juntamente com todos os demais adolescentes, independente de possuírem ou não transtorno mental.
- Em alas separadas, juntamente com outros adolescentes que também possuem transtornos mentais da mesma natureza.
- Em alas separadas, afastados de todos os demais adolescentes, tanto dos que possuem quanto dos que não possuem qualquer transtorno mental.

21. Durante o período de cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade, os adolescentes que apresentarem transtorno mental grave são colocados (responda a questão apenas se você atua em uma casa de semiliberdade):

- Ficam com livre passagem na casa de custódia.
- Realizam as atividades juntamente com os adolescentes e jovens que não possuem transtorno mental.
- Fazem refeições juntamente com os adolescentes e jovens que não possuem transtorno mental.
- Dormem nos quartos juntamente com os adolescentes e jovens que não possuem transtorno mental.
- Ficam com a passagem restrita na casa de custódia.
- Realizam atividades em horários diversos dos adolescentes e jovens que não possuem transtorno mental.
- Fazem as refeições em horários diversos dos adolescentes e jovens que não possuem transtorno mental.
- Dormem em recintos separados dos adolescentes e jovens que não possuem qualquer transtorno mental.
- Outro: _____.

- 22. Existem programas de atendimento específico para adolescentes/jovens com transtornos mentais durante o período em que ele se encontra na instituição onde você trabalha?**
- Não.
- Sim. Quais? _____.
- 23. Esses programas, se existentes, são realizados dentro ou fora da instituição em que você trabalha?**
- Dentro da própria instituição.
- Fora da instituição. Em que lugar? _____.
- 24. Em existindo programa, qual a frequência com que os adolescentes/jovens com transtornos mentais participam desses programas?**
- 5 vezes por semana.
- 3 vezes por semana.
- 2 vezes por semana.
- 1 vez por semana.
- O adolescente/jovem não participa dos programas.
- 25. Existe dentro da instituição em que você atua um Plano Individual de Atendimento para os adolescentes/jovens?**
- Sim Não
- 26. Se existente, há previsão em algum de seus itens de avaliação (do Plano Individual de Atendimento) para diagnosticar transtorno mental?**
- Sim Não
- 27. Caso não exista no Plano Individual de Atendimento previsão para avaliação e diagnóstico de adolescentes/jovens com transtorno mental, há na instituição em que você atua Projeto Terapêutico Individualizado?**
- Sim Não
- 28. O Plano Individual de Atendimento ou o Projeto Terapêutico Individualizado prevê o acompanhamento da evolução das medidas protetivas aplicadas ao adolescentes/jovens com transtorno mental?**
- Sim Não
- 29. Caso a medida protetiva aplicada não surta os efeitos desejados, existe algum outro procedimento a ser aplicado a este jovem?**
- Não.
- Sim. Quais? _____.

- 30. Quando diagnosticado pela equipe multidisciplinar e multissetorial da instituição em que você atua, o transtorno mental no adolescente/jovem, é elaborado algum tipo de relatório?**
- Sim Não
- 31. Caso elaborado, o relatório é encaminhado para o Juiz que aplicou a internação provisória ou estrita ou a medida de semiliberdade?**
- Sim Não
- 32. Quando diagnosticado o transtorno mental grave no adolescente/jovem a equipe multidisciplinar e multissetorial elabora parecer indicando que a internação provisória ou estrita ou a medida de semiliberdade aplicada deve ser suspensa?**
- Sim.
- Não. Então, quais os procedimentos adotados? _____ >
- 33. Caso seja suspensa a internação provisória ou estrita ou a medida de semiliberdade do adolescente/jovem, em virtude do tratamento em saúde mental, qual o prazo para ser feita nova avaliação da medida protetiva?**
- de 3 em 3 meses.
- de 6 em 6 meses.
- de 9 em 9 meses.
- Anualmente.
- Outros: _____.
- 34. Para realizarem nova avaliação as equipes multidisciplinar e multissetorial procedem da seguinte forma (marque mais de uma alternativa se julgar necessário):**
- A equipe multidisciplinar e multissetorial da instituição em que você atua convoca a família, para que vá até a unidade de internação provisória ou estrita ou à casa de semiliberdade e informe o estágio que se apresenta o transtorno mental do adolescente/jovem, mediante relatórios médicos.
- A equipe multidisciplinar e multissetorial da instituição em que você atua visita a família, com intuito de obter informações acerca da evolução do transtorno mental do adolescente/jovem, mediante relatórios médicos.
- A equipe multidisciplinar e multissetorial da instituição em que você atua solicitam aos profissionais que atendem o adolescente/jovem com transtorno mental que informem a evolução do quadro de saúde mental por meio de relatórios.
- A equipe de profissionais que atendem o adolescente/jovem com transtorno mental encaminham relatório diretamente ao juiz que acompanha a internação provisória ou o cumprimento da medida socioeducativa.
- Outro: _____.

35. Há algum tipo de acompanhamento para a família dos adolescentes/jovens com transtorno mental durante o processo ressocializador?

- É feito acompanhamento junto à família do adolescente/jovem.
- Não é feito acompanhamento junto à família do adolescente/jovem.

36. Caso seja realizado acompanhamento da família dos adolescentes/jovens com transtorno mental durante o processo ressocializador, quais dos listados abaixo são realizados?

- A família tem acompanhamento psicológico.
- A família tem acompanhamento da assistência social.
- A família tem acompanhamento feito pela equipe multidisciplinar da unidade.
- A família é encaminhada para ser atendida por profissional da rede pública.
- A família não é encaminhada para acompanhamento especializado.
- Outro: _____.

37. Quando cessa a jurisdição da Infância e Juventude, os adolescentes/jovens com transtorno mental:

- São retirados dos programas de acompanhamento e não são encaminhados à outro programa.
- São retirados dos programas de acompanhamento e encaminhados à outros programas.
- São mantidos nos programas de acompanhamento por mais 6 meses após a cessação e posterior a esse prazo não são encaminhados a outro programa.
- São mantidos nos programas de acompanhamento por mais 6 meses após a cessação e posterior a esse prazo são encaminhados a outros programas.
- Outros: _____.

38. Caso os adolescentes/jovens com transtorno mental sejam retirados dos programas de acompanhamento, os seus documentos serão arquivados?

- Sim.
- Não. Qual o procedimento? _____.

ANEXO A – Termo de Aprovação do Comitê de Ética

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Cumprimento de internação provisória e medidas socioeducativas privativas de liberdade de adolescentes e jovens com transtornos mentais em conflito com a lei no âmbito do Distrito Federal.

Pesquisador: Paula Cristina de Paiva Macedo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10938012.0.0000.0023

Instituição Proponente: Centro Universitário de Brasília - UNICEUB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 179.258

Data da Relatoria: 14/12/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual os dados serão obtidos por meio da pesquisa documental e serão analisados de forma descritiva, a partir da observação e comprovação de informações contidas nos processos. Também serão coletados dados por meio de questionários, a serem analisados, separadamente ou em conjunto, de forma descritiva, por meio de tabelas e gráficos. O estudo pretende promover análise de processos de adolescentes e jovens com transtorno mental em conflito com a lei, que tramitaram na 1ª Vara da Infância e Juventude do Distrito Federal.

Objetivo da Pesquisa:

Com o objetivo primário pretende "verificar qual/quais é/são a/as política(as) pública(as) voltada(s) para a atenção integral em saúde dos adolescentes e jovens com transtorno mental, em conflito com a lei e em cumprimento de internação provisória e medidas socioeducativas privativas de liberdade, no Distrito Federal, eis que não há previsão de tratamento especializado no âmbito da Infância e da Juventude."

Como objetivo secundário foi apresentado: "a) Identificar e descrever os princípios constitucionais inerentes a Crianças e Adolescentes com distúrbios mentais, enfocando o Estatuto da Criança e do Adolescente; b) Analisar as ações em saúde previstas no Sistema Socioeducativo *¿* SINASE (Lei 12.594/2012) acerca de adolescentes e jovens com transtornos mentais no sistema socioeducativo; c) Coletar e analisar dados empíricos, por meio de questionários aplicados aos

Endereço: SEPN 70/907 - Bloco 9 - 2º subsolo

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3966-1200

Fax: (61)3966-1511

E-mail: comite.bioetica@uniceub.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



profissionais das áreas jurídica e psicossocial atuantes no processo ressocializador de adolescentes e jovens com transtorno mental no Distrito Federal.d) analisar,segundo os dados documentais levantados nas Varas da Infância e da Juventude do Distrito Federal, se há a necessidade de implementação de unidades diferenciadas voltadas para tratamento especializado destinado à adolescentes e jovens em cumprimento de internação provisória e medidas socioeducativas privativas de liberdade ou se a rede de atenção em saúde e saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS), no Distrito Federal, é suficiente e eficiente para acolher e tratar esses adolescentes e jovens."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os eventuais riscos para os participantes foram considerados e minimizados, considerando que se trata de análise documental, dispensando a identificação dos participantes, bem como qualquer contato pessoal com o grupo de adolescentes entrevistado. Os demais participantes, que responderão os questionários, são profissionais da área jurídica e psicossocial, cuja participação é voluntária, igualmente não serão alvo de identificação nos questionários, que serão respondidos individualmente, sem a presença de outras pessoas. Como benefícios, pretende-se avaliar a existência de programas que atendam o público-alvo definido, assim como, demonstrar às autoridades do Poder Executivo e do Poder Judiciário, bem como ao Ministério Público e à Defensoria Pública do Distrito Federal, que atuam na área da Infância, Adolescência e Juventude, a necessidade de implementação, ampliação e/ou avaliação de políticas públicas em saúde e saúde mental, por parte do Poder Executivo, que sejam eficazes para atender as necessidades em saúde de adolescentes e jovens com transtorno mental durante o processo ressocializador, procurando assegurar-lhes atenção integral e prioritária, conforme preconiza a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente, a fim de prevenir a reiteração em práticas infracionais ou inserção no sistema penal, após sua maioridade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta uma relevância significativa, na medida em que, por meio dos dados obtidos a partir dos questionários aplicados, poderá trazer elementos que possam ajudar na compreensão da situação dos adolescentes internos com transtornos mentais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou todos os Termos corretamente de apresentação obrigatória.

Recomendações:

O CEP-UniCEUB ressalta a necessidade de atenção às diretrizes éticas nacionais quanto aos incisos IX.1 e IX.2 da Resolução 196/96 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto.

Endereço: SEPN 70/907 - Bloco 9 - 2º subsolo
 Bairro: Setor Universitário CEP: 70.790-075
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3966-1200 Fax: (61)3966-1511 E-mail: comite.bioetica@uniceub.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



Observação: Ao final da pesquisa enviar Relatório de Finalização da Pesquisa ao CEP por meio de notificação de evento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o atendimento às solicitações no parecer inicial, entende-se que o projeto está em conformidade com as orientações constantes na Resolução CNS nº 196/ 1996, para cumprimento do padrão ético na pesquisa envolvendo seres humanos, e, portanto em condições de ser iniciado.

Situação do Parecer:

Aprovado

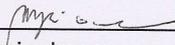
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo previamente avaliado por este CEP, com parecer N° 179.220/2012, tendo sido homologado na 25ª Reunião Ordinária do CEP-UniCEUB, em 14 de dezembro de 2012.

BRASILIA, 20 de Dezembro de 2012


Assinador por:
Marília de Queiroz Dias Jacome
(Coordenador)

Marília de Queiroz Dias Jacome
Coordenadora do CEP/Uniceub

Endereço: SEPN 70/907 - Bloco 9 - 2º subsolo

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3966-1200

Fax: (61)3966-1511

E-mail: comite.bioetica@uniceub.br