



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE DIREITO/ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SEGURANÇA PÚBLICA, JUSTIÇA E
CIDADANIA

EVA BULCÃO MOTA

COMPORTAMENTO SUICIDA ENTRE ADOLESCENTES EM
MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE, NA
BAHIA

Salvador
2023

EVA BULCÃO MOTA

**COMPORTAMENTO SUICIDA ENTRE ADOLESCENTES EM
MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE,
NA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Segurança Pública, Justiça e Cidadania da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de Mestra em Segurança Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Ivete Maria Santos

Salvador
2023

M871 Mota, Eva Bulcão.

Comportamento suicida entre adolescentes em medida socioeducativa de privação de liberdade, na Bahia. / Eva Bulcão Mota. 2023.
104f.

Orientadora: Profa. Dra. Ivete Maria Santos

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Direito / Escola de Administração, 2023.

1.Comportamento suicida – adolescentes 2. Privação de liberdade
3. Prevenção e posvenção do suicídio I. Universidade Federal da Bahia,
Faculdade de Direito/Escola de administração II. Santos, Ivete Maria.

CDD:179.7

EVA BULCÃO MOTA

**COMPORTAMENTO SUICIDA ENTRE ADOLESCENTES EM
MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE,
NA BAHIA**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Segurança Pública, Faculdade de Direito/ Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Ivete Maria Santos – Orientadora _____

Doutora em Saúde Pública

Professora do Departamento de Neurociência da Faculdade de Medicina - UFBA

Ana Clara de Rebouças Carvalho _____

Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva – UFBA

Odilza Lines de Almeida _____

Doutora em Saúde Coletiva

Professora Titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Psicóloga da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado da Bahia

Luana Lima _____

Doutora em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB)

Dedicatória

Dedico esta dissertação a todos e todas adolescentes que passaram pelas unidades socioeducativas, em meio fechado, e que sofreram profundamente com a falta de perspectiva, vulnerabilidade social e desesperança, ao ponto de buscarem no comportamento suicida, uma alternativa para abrandar suas dores tão profundas. Adolescentes, hegemonicamente, negro(a)s, pobres e do interior do Estado, aos quais as leis que deveriam protegê-los, antes da atribuição de atos infracionais, os alcançaram para isolá-lo(a)s e invisibilizá-lo(a)s, entre muros.

Dedico, em especial, aos que conseguiram sobreviver, e que possam ser contemplados por políticas públicas capazes de recompensá-los com oportunidades de uma vida digna.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos as pessoas que fizeram parte da pesquisa, pela disponibilidade, empenho e respeito com que fui tratada durante o trabalho de campo, principalmente, nas Secretarias de Adolescentes das Unidades Socioeducativas.

Agradeço a minha mãe, Vanda Bulcão, por toda luta e exemplo de vida que inspira a mim, minhas irmãs e irmãos.

Agradeço a meu pai Evandro Mota (in memorian) por entender e incentivar minha alma “capitã de areia”.

Agradeço a minha orientadora, Professora Ivete Santos, pela dedicação, vibração, paciência e, sobretudo, pelo apoio ao tema escolhido, tão delicado e atual, ajudando-me no distanciamento necessário para a construção deste trabalho.

Agradeço a Dra. Cristiane Oliveira, minha psicanalista, muito importante nesse momento da minha vida, me ajudando a compreender a importância do “tornar analítico” questões tão profundas e que contribuíram para seguir em frente, sensível e convicta do quanto sou capaz.

Agradeço a Carla Rodrigues e Fabiana Burity, parceiras históricas na socioeducação, que possibilitaram este trabalho.

A Daniel Portella e Bruno Raniere, pessoas maravilhosas, brilhantes e fundamentais na minha vida e na construção da pesquisa de campo, além do constante incentivo da minha atuação enquanto pesquisadora.

A Helena Affonso, por toda amorosidade, leituras, discussões, emoções e revisões que dividiu comigo.

A meus colegas da Turma 08 do TJBA, que enriqueceram tanto o debate sobre o tema que escolhi. Vi cada um de vocês nos prontuários que me debrucei. Foi uma rica troca.

A minha prima Marivaldina Bulcão, ou carinhosamente “Chic”, por nossa irmandade e sua generosidade na revisão desta dissertação.

RESUMO

O estudo caracterizou adolescentes com comportamento suicida nas unidades socioeducativas de privação de liberdade, na Bahia. **Objetivo:** caracterizar os adolescentes com comportamento suicida, no período de 2016 a 2019. **Método:** estudo transversal, quantitativo e descritivo, por meio de análise documental dos prontuários de 70 adolescentes, que apresentaram comportamento suicida, no sistema socioeducativo baiano, em regime fechado, numa população estimada de 2.566 adolescentes, ao longo dos 4 anos sinalizados. Os casos foram identificados pelo Núcleo de Saúde Mental e pelas Coordenações de Segurança e de Assistência Jurídica, que integravam a gestão estadual socioeducativa. Os dados foram coletados seguindo um questionário estruturado, planilhado e sistematizado, formando quatro blocos: sociodemográfico, socioeducativo, epidemiológico e de estratégias de enfrentamento ao comportamento suicida. Foram aplicadas as medidas de frequência, valores absolutos e relativos (percentuais), em todo processo de coleta e cálculo dos resultados, utilizando o *Software* Microsoft Excel (versão 2016). **Resultados:** dentre os 70 casos estudados, 43(61%) foram conduzidos para a emergência psiquiátrica, 59(84%) relataram ideação suicida, 27(39%) tentaram suicídio, 31(44%) tiveram acompanhamento em CAPS, sendo que, 28(40%) desses adolescentes, tiveram 10 tipos de diagnósticos de transtorno mental, preponderando a depressão 5(18%) e o transtorno de conduta 5(18%). Os blocos sociodemográfico e socioeducativo foram separados por gênero. Houve predominância na autodeclaração negra, sendo 100% para o gênero feminino e 83% para o masculino. No período pesquisado, durante o cumprimento da medida socioeducativa, ocorreu 1 suicídio por parte de uma adolescente. Quando egressos, 15(21%) da amostra, foram vítimas de Crimes Violentos Intencionais e Letais (CVLI), nos seus territórios de origem. **Conclusão:** As informações trazidas evidenciaram o alto grau de vulnerabilidade aos fatores de risco do suicídio nas US's. Em especial, pela condição de superlotação verificada nas Unidades de 2016 a 2019, ficando evidente a necessidade de investimentos que priorizassem estratégias de prevenção e posvenção do suicídio. Foram apresentadas sugestões de intensificação em formação continuada para às equipes técnicas multidisciplinares e toda comunidade socioeducativa baiana, intervenções individuais e grupais com o(a)s adolescentes, além da criação de protocolos de prevenção e posvenção em consonância com as orientações da OMS e do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: comportamento suicida – adolescentes. Privação de liberdade. Prevenção e posvenção do suicídio.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Raça/Cor - gênero masculino (N=59).....	66
Tabela 2	Referência Familiar – gênero masculino (N=59).....	66
Tabela 3	Renda Familiar – gênero masculino (N=59).....	67
Tabela 4	Abandono escolar antes da MCPP/MSPL – gênero masculino (N=59)	67
Tabela 5	Grau de Escolaridade – gênero masculino (N=59).....	67
Tabela 6	Procedência – gênero masculino (N=59).....	68
Tabela 7	Raça/Cor – gênero feminino (N=11).....	68
Tabela 8	Referência familiar – gênero feminino (N=11).....	69
Tabela 9	Renda Familiar – gênero feminino (N=11)	69
Tabela 10	Abandono Escolar antes da MCPP/MSPL – gênero feminino (N=11)..	69
Tabela 11	Grau de Escolaridade – gênero feminino (N=11).....	70
Tabela 12	Procedência – gênero feminino (N=11).....	70
Tabela 13	População nas US`s, por ano - 2016 a 2019 (condições de ocupação)..	71
Tabela 14	Encaminhamento judicial – gênero masculino (N=59).....	72
Tabela 15	Reincidência – gênero masculino (N*=59).....	72
Tabela 16	Tempo de medida – gênero masculino (N=59).....	72
Tabela 17	Reincidência – gênero feminino (N=11).....	73
Tabela 18	Tempo de medida – gênero feminino (N=11).....	74
Tabela 19	Substâncias psicoativas antes da MSPL – ambos gêneros (N=70).....	75
Tabela 20	CIDs antes da MCPP/MSPL- ambos os gêneros (N=28*).....	77
Tabela 21	Acompanhamento em CAPS durante a MCPP/MSPL – ambos gêneros (N=70).....	78 80
Tabela 22	Prevenção do suicídio na MSPL- ambos gêneros (N=70).....	80
Tabela 23	Suicídio na MCPP/MSPL – ambos gêneros (N =70).....	80
Tabela 24	Posvenção durante a MSPL- gênero feminino (N*=10).....	80
Tabela 25	Desfecho na MSPL- gênero feminino (N=10*).....	81
Tabela 26	Desfecho na MSPL - gênero masculino (N*=57).....	81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Suicídio entre adolescentes, no Brasil (2012-2016).....	41
Gráfico 2	Demonstrativos da amostra por gênero (N=70).....	64
Gráfico 3	Adolescentes da amostra – por gênero (N=70).....	65
Gráfico 4	Idades de ingresso às US – gênero masculino (N=59).....	66
Gráfico 5	Idades de ingresso às US – gênero feminino (N=11).....	68
Gráfico 6	Atos infracionais de autoria atribuída - gênero masculino (N=59).....	71
Gráfico 7	Atos infracionais de autoria atribuída - gênero feminino (N=11)	73
Gráfico 8	Participação em ORCRIM – ambos gêneros (N=70).....	74
Gráfico 9	Conflitos violentos durante a MCPP/MSPL (N=70).....	76
Gráfico 10	Casos notificados de violência na MCPP/MSPL- 2014-2021.....	76
Gráfico 11	Ideação suicida na MCPP/MSPL (N=70).....	77
Gráfico 12	Autolesão entre adolescentes na MCPP/MSPL(N=70).....	79
Gráfico 13	Emergência psiquiátrica na MCPP/MSPL (N=70).....	79
Gráfico 14	Tentativa de Suicídio (N=70).....	79
Gráfico 15.	Meio empregado na tentativa de suicídio - ambos os gêneros (N*=42).....	79
Gráfico 16	Condição judicial do(a)s adolescentes egressos da MCPP/MSPL (N*=66).....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CE	Causas Externas
CF	Constituição dos Estados Unidos do Brasil
CID-10	Código Internacional de Doenças-10
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CPB	Código Penal Brasileiro
CR	Consultório de Rua
CRT	Centro de Recepção e Triagem da Bahia
CVLI	Crimes Violentos, Letais e Intencionais
CVV	Centro de Valorização da Vida
DAI	Delegacia para Adolescente Infrator
ENPS	Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio
EPM	Escola Profissional para o Menor
FAMEB	Fundação de Assistência ao Menor do Estado da Bahia
FEBEM	Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
FUNDAC	Fundação da Criança e do Adolescente da Bahia
IBGE	Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico
INFOPEN	Sistema de Informações Penitenciárias
IP	Medida Cautela de Internação Provisória
IPEA	Instituto de Pesquisa Aplicada
IPR	Instituto de Preservação e Reforma
LA	Liberdade Assistida
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
MID	Medida de Internação Domiciliar
MPP	Medida Cautelar de Privação Provisória
MSEI	Medida Socioeducativa de Internação
MSPL	Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade
NR	Não registrado
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
ORCRIM	Organizações Criminosas
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Integral e Especializado à Família e Indivíduos
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PIA	Plano Individual de Atendimento
PNAISARI	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
PNBEM	Política Nacional do Bem-Estar do Menor
PPL	Pessoas Provadas de Liberdade
PSC	Prestação de Serviço à Comunidade
RMS	Região Metropolitana de Salvador
RTI	Relatório Técnico Inicial

SAEB	Secretária de Administração do Governo do Estado da Bahia
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SEAM	Serviço de Assistência ao Menor da Bahia
SGD	Sistema de Garantias de Direitos
SGI	Superintendência de Gestão e Inovação
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAM	Sistema Nacional de Informação de Agravo de Notificação
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SIPIA	Sistema de Informação para a Infância e Adolescência
SJDHDS	Secretaria da Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPA	Substâncias Psicoativas
SUIS	Subcoordenadoria em Informações de Saúde
SUPRE-MISS	Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
US	Unidade Socioeducativa

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. JUSTIFICATIVA	14
3. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	17
3.1 OBJETIVO GERAL.....	17
3.2 Objetivos Específicos	17
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
4.1 HISTÓRIA DAS PRISÕES	18
4.1.1 Prisões no Brasil	20
4.2 ADOLESCÊNCIAS	22
4.2.1 O conflito com a lei e a Privação de Liberdade Socioeducativa.....	27
4.3 SUICÍDIO.....	36
4.3.1 História e tabu	36
4.3.2 Dados Estatísticos	40
4.3.3 Comportamento suicida na medida de privação de liberdade	41
4.3.4 Fatores de risco	45
4.3.5 Prevenção e Posvenção do suicídio	49
5. METODOLOGIA	55
6. RESULTADOS	64
7. DISCUSSÃO	82
8. CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS	101

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho estudou o comportamento suicida, entre adolescentes em medida socioeducativa de privação de liberdade, a partir dos registros das equipes técnicas multidisciplinares, em prontuários, mantidos nas Unidades Socioeducativas (US`s) baianas, à luz da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019.

O comportamento suicida é uma rubrica que envolve ideação suicida com ou sem lesão intencional, planejamento, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Para subsidiar o entendimento de um fenômeno complexo e multifatorial, numa realidade entre muros, o cárcere, foi trazido um relato histórico do surgimento das prisões no mundo e no Brasil. Em seguida, buscou-se explorar o entendimento amplo da adolescência, ou seja, das adolescências. Como o tema é voltado para adolescentes privados de liberdade por conflito com a lei, a medida socioeducativa foi apresentada numa perspectiva histórica, antes e depois do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). E por ser o comportamento suicida um assunto tabu até a atualidade, também foi trazido sua história e alguns aspectos relevantes para as possíveis motivações do estigma, tabus e preconceitos que ainda cercam este tema.

Por ser um trabalho voltado a uma realidade de adolescentes em conflito com a lei e privados de liberdade, em condições muito peculiares de vida, e em pleno desenvolvimento, salienta-se que a Organização das Nações Unidas (ONU), em 1949, definiu saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”. E que a Organização Mundial de Saúde (OMS), na sua 49ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1996, declarou a violência como um dos principais problemas de Saúde Pública, considerando-a, em 2002, como um fenômeno culturalmente construído, complexo, multifatorial, que requer um olhar e intervenções intersetoriais.

As Causas Externas (CE), que incluem as mortes por suicídio, os óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente e, também acidentes (quedas, afogamentos, acidentes de trânsito, de trabalho, entre outros), precisam ser investigadas para maior compreensão desses eventos, possibilitando estratégias de prevenção mais eficazes.

O centro da discussão proposta por este estudo versa sobre o comportamento suicida, envolvendo adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação, ou seja, em medida de restrição de direitos e privação total de liberdade, que adentraram o

sistema socioeducativo baiano por meio do Pronto Atendimento (PA) socioeducativo de Salvador, na Bahia.

A referência à privação de liberdade durante todo o trabalho, diz respeito à permanência dos adolescentes em instituições acompanhadas pelo sistema estadual de justiça. As medidas socioeducativas tratadas nesta pesquisa foram as de privação total de liberdade, de forma provisória ou por decisão judicial definitiva da vara competente.

2. JUSTIFICATIVA

No contexto global, o suicídio continua sendo uma das principais causas de morte em todo o mundo, de acordo com as últimas estimativas da OMS. Anualmente, mais pessoas morrem como resultado de suicídio do que devido a HIV, malária, câncer de mama, ou até, guerras e homicídios. Para cada morte, há de 10 a 20 vezes mais tentativas (OMS, 2019).

Em 2016, dos 800 mil suicídios no mundo, 80% deles ocorreram em países de baixa e média renda (OMS, 2018). Em 2019, uma a cada 100 mortes, ocorreu por suicídio. Foram mais de 700 mil mortes anuais. As taxas variaram entre países, regiões e entre homens e mulheres. Para mulheres, as taxas de suicídio mais altas são encontradas em países de baixa-média renda (7,1 por 100 mil), ao contrário dos homens, em que as taxas mais altas, geralmente, acontecem em países de alta renda (16,5 por 100 mil) (OMS, 2019).

Apesar de ter ocorrido uma redução entre 2016 e 2019, ela foi desigual, pois nos últimos 20 anos, entre 2000 e 2019, a taxa global diminuiu 36%, variando de 17% na região do Mediterrâneo Oriental a 47% na região europeia e 49% no Pacífico Ocidental, mas na Região das Américas, as taxas aumentaram 17% no mesmo período, de acordo com o relatório “*Suicide worldwide in 2019*” (atualmente, apenas 38 países são conhecidos por terem uma estratégia nacional de prevenção do suicídio). Esse quadro levou a OMS a produzir novas orientações para ajudar os países a melhorarem a prevenção do suicídio e atendimento (OMS, 2021).

Entre adolescentes e jovens adultos é a quarta maior causa de morte na faixa etária de 15 a 29 anos, perdendo apenas para os acidentes no trânsito, tuberculose e violência interpessoal. A OMS (2002) considera a adolescência (10-19 anos) um período crítico para a aquisição de habilidades socioemocionais, principalmente, porque metade dos problemas de saúde mental aparecem antes dos 14 anos, e esta faixa etária é considerada um fator de risco, bem como, raça/cor, grau de escolaridade e renda familiar, além de algumas

circunstâncias vivenciadas como estar sob custódia (privado(a) de liberdade), ter tentativa prévia de suicídio, conviver com barreiras de acesso aos serviços de saúde e sofrer de transtornos mentais graves e severos (OMS, 2014).

No Brasil, os suicídios passaram de um crescimento modesto na década de 1980 (2,7%) para taxas cada vez mais elevadas, com alta de 18,8% na década de 1990 e 33,3% entre 2000 e 2012; o crescimento total foi de 62,5% para todo o período. Impressiona o fato da taxa de suicídio aumentar mais do que a de acidentes de trânsito e de homicídios (BRASIL/SIM/Data-SUS, 2019).

Nesse crescente, uma pessoa no Brasil morre por suicídio a cada 45 minutos. Por ano, quase 6% da população, com base nos dados estatísticos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), foram constatadas 205.990 mortes por suicídio nas últimas duas décadas, perdendo para acidentes de trânsito e homicídios. É a 3ª causa de morte de jovens brasileiros entre 15 e 29 anos, com as seguintes características hegemônicas: gênero masculino, pobre e negro. Entre o gênero feminino na mesma faixa etária, se configura como a oitava maior causa de morte ((BRASIL/SIM/Data-SUS, 2019).

Não há ainda um sistema de vigilância do comportamento suicida, nem equipamentos adequados para esse atendimento. A análise de dados, pelos boletins da OMS e do Ministério da Saúde, sobre esse fenômeno no mundo e no País, indica que o suicídio tem aumentado anualmente, desde 1996, de forma vertiginosa. Os Estados do Sul, do Sudeste e Centro Oeste apresentam as maiores taxas (BRASIL, 2021).

O Brasil ocupa o 8º lugar mundial em número absoluto de mortes, e não apresenta quantitativo adequado de profissionais preparados para prestar atendimento qualificado aos sobreviventes. A subnotificação é um problema grave que perpassa a temática, sendo o suicídio ainda um tabu na sociedade brasileira (MARCON e SILVA, 2019).

Analisando na perspectiva da vulnerabilidade biopsicossocial e formativa, Zappe e Dias (2012) apontam que jovens em conflito com a lei têm frequentemente rupturas no seu núcleo familiar, desde a formação do vínculo mãe-bebê até a adolescência. Nesse sentido, ao comparar adultos e jovens expostos e não expostos às situações de violência, constatou-se a associação da presença da violência familiar com desfechos desfavoráveis na saúde mental, a exemplo de alcoolismo, depressão e ansiedade, sendo possível fator de risco para suicídios (JEAN-VARAS *et al.*, 2016).

Tendo em vista os altos níveis de desigualdade social, cultural e de oportunidade, além da evasão escolar e medidas punitivas, muito se pode entender acerca da temática.

Nesse sentido, indivíduos e comunidades são desigualmente expostos a fatores de proteção e, por conseguinte, com aumento do risco de mortalidade (SILVA *et al.*, 2020).

Dessa forma, uma condição de risco que merece destaque são os transtornos mentais (OMS, 2002). Em muitos países, quando associados à medida socioeducativa de privação de liberdade, eles ganharam maior relevância, por sobrepor outros fatores de risco já citados, de uma só vez. Assim, estar na faixa etária de 15-29 anos, ter histórico epidemiológico que inclua tentativas de suicídio, transtornos mentais e estar vivendo a realidade da privação de liberdade, mesmo que não sejam exclusivas, são fatores que podem influenciar comportamento suicida, caso não sejam previamente identificados e acompanhados. Esses fatores de risco também constam na Portaria nº 1.876/2006, que sinaliza o aumento do comportamento suicida entre jovens de 15-29 anos, de ambos os sexos, escolaridade diversa e em todas as camadas sociais (BRASIL, 2006)

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul, em unidades da FASE (Fundação de Atendimento Socioeducativo), para analisar a mortalidade de adolescentes e jovens egressos do sistema, no período de 2002-2012, numa amostra de 8.290 egressos, teve registro de 784 adolescentes com óbitos comprovados, correspondendo a uma taxa de mortalidade dos egressos de 9,45% - sendo o homicídio a principal causa de óbito, além de alta frequência de suicídio entre os egressos. Quando comparado aos dados do DATASUS, do mesmo período, o número de suicídios na população do estudo foi 155 vezes maior do que na população geral. Vale salientar que as US's recebem um contingente populacional reconhecidamente de alto risco para comportamento suicida: majoritariamente do gênero masculino, jovem, eventualmente em sofrimento psíquico ou com quadro depressivo e, alguns com transtornos psicóticos, além de indivíduos usuários de substâncias psicoativas, fazendo com que a taxa de suicídios em privação de liberdade, efetivamente, supere a da população em geral (SILVA *et al.*, 2020).

Em pesquisa conduzida em Minas Gerais e no Rio Grande do Sul, houve a percepção de intensa medicalização e diagnóstico de transtornos mentais relacionados aos jovens privados de liberdade. No estado do Rio Grande do Sul, na cidade de Porto Alegre, foi relatado que 80% dos adolescentes em medida de privação de liberdade receberam pelo menos 1 (um) a 3 (três) diagnósticos em saúde mental. A revisão dos prontuários também evidenciou que 37% dos adolescentes receberam dois (2) diagnósticos psiquiátricos. No estado de Minas Gerais, foi relatado, no mesmo estudo, que 88 (40,9%) dos adolescentes tinham sido submetidos a algum tratamento de saúde mental durante a medida em curso. Segundo Costa e Silva (2017), nessas duas US's, a iniciativa de tratamento em saúde

mental está associada ao quadro agudo produzido pela angústia no ambiente de cárcere que pode levar, em alguns casos, à tentativa de suicídio.

Em relação aos meios empregados nas tentativas de suicídio e nos suicídios, no Brasil, o envenenamento, o enforcamento e a arma de fogo foram os métodos mais comuns em âmbito geral. Sendo que a maioria ocorreu com pessoas do gênero feminino (69,9%), sinalizando que as mulheres realizam mais cedo as tentativas por intoxicação exógena, sobretudo as adolescentes de 11 a 18 anos (BRASIL, 2017).

Na Bahia, sabe-se que entre 2010 e 2019, foram contabilizados 8.833 casos de lesões autoprovocadas e, destas, 5.160 foram casos de suicídio consumado. Em 2019, isoladamente, foram registrados 634 óbitos por suicídio (BAHIA, 2020).

Diante do exposto, a caracterização do comportamento suicida entre adolescentes nas unidades socioeducativas da Bahia é um tema necessário e urgente para a agenda de saúde do Estado e do país, podendo contribuir para políticas de prevenção e posvenção do suicídio na sociedade, intra e extra muros, além de enfatizar a criação de espaços de discussão e incentivo à pesquisa, com o fito de refletir e intervir sobre a realidade do comportamento suicida entre adolescentes em conflito com a lei, principalmente, àquele(a)s em cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade.

3. OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Caracterizar o comportamento suicida entre adolescentes em conflito com a lei, privados de liberdade, da amostra, relativo ao período de 2016 a 2019, na Bahia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- I. Caracterização sociodemográfica, socioeducativa e epidemiológica do(a)s adolescentes privado(a)s de liberdade;
- II. Caracterizar o comportamento suicida entre adolescentes da MCPP/MSPL e
- III. Identificar as estratégias de enfrentamento do comportamento suicida.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1. HISTÓRIA DAS PRISÕES

Para falar de prisão é necessário trazer à tona o termo punição. Porque a introdução da pena detentiva se delineou no período mercantilista e se universalizou com o Iluminismo. Antes, os recursos utilizados contra crimes à propriedade e à ordem pública foram as indenizações e punições, sendo necessário para a manutenção dessa última, o processo de ideologização fortemente associado ao conceito de trabalho e de tempo, que relacionavam as punições ao estágio de desenvolvimento econômico (RUSCHE e KIRCHHEIMER, 2004).

O enfoque fiscal, ao longo da história, delineou a pena típica da sociedade moderna, a criação da fiança e a forma que vem assumindo até a atualidade. Isto porque, a incapacidade dos considerados malfeitores, supostos criminosos, de pagar as fianças condicionou a substituição dessa punição por castigos corporais, sendo progressivamente restrito a uma minoria da população. Esse processo ocorreu em todos os países da Europa, quando um estatuto em Sion, em 1338, previu uma fiança para assalto, e caso não fosse paga, o assaltante receberia um castigo corporal, jogado numa prisão e alimentado a pão e água, até que alguém intercedesse a seu favor. Esse estatuto ilustrou a transformação da fiança em punição corporal, através da prisão, por uma condição de classe (RUSCHE & KIRCHHEIMER, 2004).

Assim, se um dado sistema de produção era modificado, o mesmo ocorria com a forma de punição correspondente, a exemplo do feudalismo, no qual as punições foram substituídas pelas casas de correção. Sua criação foi o ponto alto do mercantilismo, um incremento a esse modo de produção, sendo a primeira, em Londres, 1555. Entretanto, na transição para a moderna sociedade industrial as casas de correção perderam representatividade com a chegada do sistema fabril, porque nele, os condenados não eram mais usados para preencher as lacunas do mercado de trabalho, os métodos passaram a ser mais influenciados por interesses fiscais, numa tentativa de controlar os gastos com a criminalidade e com todo o aparato de seu enfrentamento. Nesse sistema, era necessário o trabalho livre para o emprego da força de trabalho (RUSCHE e KIRCHHEIMER, 2004).

A legislação mais antiga definida como origem do Direito Penal é o Código de Hamurabi, da Mesopotâmia, promulgada pelo rei Hamurabi, por volta de 1.772 a.C. Muito antes de serem inventadas as prisões nas civilizações mais antigas, com 282 artigos que

refletiam a enorme desigualdade existente naquela sociedade, que popularizou o ditado “dente por dente, olho por olho”. Nele, o encarceramento, quando havia, tinha dois tipos de caráter, de custódia e de tormento. No primeiro deles, a custódia era utilizada como mecanismo para reter e preservar os réus até seu julgamento ou execução; o segundo, de tortura, para obter confissões. Todos eles mantidos em masmorras, aposentos em ruínas e geralmente insalubres de castelos, torres, conventos abandonados, palácios e outros edifícios. (PEREIRA, 2011).

Já na era romana foi inaugurado o Hospício de San Miguel, uma Casa de Correção para encarcerar “meninos incorrigíveis”. O fato de um hospício se tornar uma “casa de correção” para garotos ‘fora do controle’, corresponderá a uma reação social que irá etiquetá-los de “loucos”, “criminosos” ou “doentes” (FLORES; JUNIOR, 2014). Daí, por certo, a herança do termo “internação” ao invés de privados de liberdade.

A punição nasce num tripé de estigmas: pecado, loucura e exclusão. E a relação da loucura, leia-se na atualidade - transtornos mentais, com a exclusão, no caso específico - privação de liberdade, nos interessa entender como se deu histórica, política e juridicamente, sua construção nas sociedades. Uma formulação crítica e histórica que fundamenta a lógica desse tripé foi apresentada por Foucault (2010), em sua obra *Os Anormais*, nela ele discorreu sobre “indivíduos perigosos” e “incorrigíveis”.

O autor enfatizou que os exames médico-legais deveriam retratar a dicotomia entre doença e responsabilidade, cuidados de saúde e encarceramento, causalidade patológica e liberdade do sujeito jurídico, ou seja, defendeu que em caso de loucura a instituição da saúde deveria tomar o lugar da instituição judiciária. Utilizou como exemplo o Código Penal Francês de 1810, que em seu artigo 64 deixava claro que não há crime, nem delito, se o indivíduo estivesse em estado de demência no momento do ato violento. Essa abordagem será discutida mais à frente, na perspectiva do trato jurídico da privação de liberdade para adolescentes com transtornos mentais (FOUCAULT, 2010).

As prisões foram utilizadas como um lugar de detenção, de aguarde, que podiam durar meses ou anos, antes do julgamento dos suplícios, utilizadas na maioria dos casos, para pessoas das classes subalternas, em que o soberano ordenava as marcas rituais da vingança sobre o corpo do condenado, até meados do século XVIII. Na segunda metade desse século, após protestos contra os suplícios, por parte de filósofos, teóricos do direito, juristas, magistrado, legisladores, surge um projeto de reforma, no qual a punição passa a ser um processo de requalificação dos indivíduos como sujeitos de direitos. Assim, na

Europa, é criada a instituição carcerária com uma nova anatomia política, lastreada na disciplina dos corpos (FOUCAULT, 1974).

4.1.1 As Prisões no Brasil

O início do sistema penitenciário no Brasil foi através da Carta Régia de 8 de julho de 1796 que determinou a construção da Casa de Correção da Corte, no Rio de Janeiro. Porém, o surgimento de prisões com celas individuais e com arquitetura apropriada para a pena teve início apenas a partir do século XIX. Antes disso, por ser ainda colônia portuguesa, e não ter seu próprio Código Penal, teve que se submeter às Ordenações Filipinas. O livro V deste código determinava os crimes e penas que seriam aplicadas no Brasil, que eram: deporto para as galés e outros locais, penas de morte, penas corporais, humilhação pública, confisco de bens e multas, por exemplo (RIO DE JANEIRO, 2022).

O Brasil, em 1822, tornou-se independente de Portugal, depois de mais de trezentos anos de subordinação colonial. Em 1824, a Constituição do Brasil determinou a construção de cadeias arejadas, limpas e com várias celas, prezando também pela separação de presos conforme a natureza de seus crimes. Proibiu as torturas e estipulou a elaboração de um Código Criminal. Em 1828, com a precariedade das penitenciárias no Brasil, a Lei Imperial determinou que uma comissão visitasse as prisões militares, civis e eclesiásticas com o objetivo de realizar um estudo para definir as melhorias que deveriam ser feitas. O primeiro relatório foi feito em São Paulo em 1829 e já tratava de problemas vivenciados hoje, como a superlotação de celas. Em 1830 as Ordenações Filipinas foram, em parte, revogadas e o Brasil Imperial instituiu o primeiro Código Criminal, mas, a estrutura social continuava imersa na escravidão, e o poder das elites imperiais ainda se assentava em mecanismos de imposição da ordem que requeriam pouca mediação dos instrumentos estatais de justiça (ALVARES; SALLA e SOUZA, 2003).

A prisão como forma de pena foi implementada de duas maneiras, a prisão simples e a prisão com trabalho, ou seja, Casa de Correção e Casa de Prisão com Trabalho, respectivamente. Essa última, sob influência das ideias reformistas e vista como uma punição moderna, que tinha o objetivo de reprimir e reabilitar os presos. A Casa de Correção da Corte foi instituída em 1861, por meio do Instituto de Menores Artesãos, destinado a abrigar menores que cometiam atos infracionais. Nele se trabalhava a educação moral e religiosa dos acolhidos, estudavam, aprendiam uma profissão, música e desenho (BUENO, 2021).

A implantação de novas modalidades punitivas de prisão foi possível com a criação do Código Penal de 1890. Sendo elas: as restritivas de liberdade individual, por no máximo 30 anos; prisão disciplinar; prisão celular; prisão com trabalho obrigatório e reclusão. Foram abolidas as penas de morte, as penas perpétuas ou coletivas do século XX para a atualidade, há alguns marcos históricos que sinalizam mudanças na lógica do encarceramento no Brasil, a exemplo da renomeação da Casa de Correção da Corte, na década de 70, passando a ser chamada de Penitenciária Lemos Brito, como referência ao sistema prisional adotado à época. E só após 156 anos, em 2006, essa Penitenciária tem suas atividades encerradas, quando da desativação do Complexo Penitenciário Frei Caneca que tinha em sua composição três presídios e um hospital, no centro da cidade, que nos dias atuais integra o Complexo Penitenciário de Gericinó (antigo Complexo Penitenciário de Bangu), com 25 unidades prisionais, ou seja, um novo arranjo prisional que inclui em sua estrutura unidades de segurança máxima (RIO DE JANEIRO, 2022).

No cenário contemporâneo brasileiro consta rebeliões que ocorreram a partir da década de oitenta, tendo como motivação, à época, a precariedade das condições das prisões, principalmente, nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Entre 1980 e 1992, ocorreu o massacre do Carandiru, com 111 presos mortos (103 pela PM). Exatamente, no período em que o Brasil saía do regime autoritário (com forte resistência das polícias e das administrações carcerárias). De 1992 até os dias atuais, o sistema é marcado por severas críticas nacionais e internacionais, em relação a gestão do estado, quando da criação do RDD, em 2003, e seu momento mais crítico, em 2017, quando ocorreu 64 rebeliões em presídios, com 115 mortes registradas. Nos dias atuais, há estudos que defendem que as organizações criminosas tenham reconfigurado a dimensão da ordem nas prisões, estabelecendo um novo padrão de relações com a administração prisional e redesenhando as formas de exercício do poder no interior da massa carcerária (DIAS & SALLA, 2019)

O Ministério da Justiça e Segurança Pública, criou em 2004, o Sistema de Informações Penitenciárias (INFOPEN), para fornecer dados/estatísticas do sistema prisional brasileiro e atualizar as informações da população carcerária, passando a incluir questões relacionadas ao fluxo de entrada, além de trazer mais informações acerca da infraestrutura dos estabelecimentos penais e das políticas de assistência e garantia de direitos, pautadas na Lei de Execução Penal (BRASIL, 2019)).

O relatório do INFOPEN (2019) descreve as condições das prisões, em que as pessoas privadas de liberdade (PPL) estão, como: celas coletivas, mal ventiladas (até 170 PPL/cela), superlotadas (média de 172%, com variação de 108% a 267% entre os estados),

com precárias condições de higiene, agravadas, inclusive, em alguns estados, pelo acesso limitado à água. Essas condições de encarceramento, aliadas às deficiências do sistema de saúde prisional, são responsáveis por expressiva morbidade, especialmente, por doenças infecciosas como a tuberculose (TB) e o HIV/AIDS.

Na Bahia, 55% da população prisional é composta por jovens de 18 a 29 anos, onde mais da metade está na faixa etária de 18 a 24 anos. E apesar do sistema prisional ser um sistema de privação de liberdade para adultos, há uma relação significativa com o sistema socioeducativo, tanto nas condições estruturais, pela superlotação e pouca ventilação e luz, quanto no perfil de parte dos funcionários, que atuam nos dois sistemas, por meio de plantões intercalados, contando também, com a influência de rebeliões e quebraadeiras entre grupos criminosos, que reverberam nas US's, em função dos visitantes comuns aos dois sistemas (BAHIA, 2015).

4.2 ADOLESCÊNCIAS

A palavra adolescência vem do latim *adolescere*, que significa crescer. Definida pela OMS (1965) como um período biopsicossocial, que compreende a segunda década da vida, ou seja, de 10 aos 19 anos, é também considerada como uma fase de grandes transformações, as quais repercutem não só no indivíduo, mas em sua família e comunidade. Em função de ser muitas vezes confundida com a puberdade, por ter início, na maioria das vezes, no mesmo período, e ser influenciada pelas manifestações desta, cabe apresentar algumas análises que salientam significativas diferenças desses dois momentos do desenvolvimento humano, como defende a OMS, que considera esses dois conceitos como distintos (BIANCULLI, 1997).

Os autores Kalina e Laufer (1974) entendiam a adolescência como o segundo grande salto para a vida: o salto em direção a si mesmo, como ser individual. Portanto, para eles a puberdade referia-se aos fenômenos fisiológicos, que compreendiam as mudanças corporais e hormonais, enquanto adolescência dizia respeito aos componentes psicossociais desse mesmo processo.

Melvin e Wolkmar (1993) também fazem essa diferenciação, considerando que, na puberdade está mais acentuada a maturação física e que a idade real de início pode variar muito, sendo para as meninas em torno dos 10 anos e para os meninos, 12 anos. Segundo eles, a palavra *adolescence* foi utilizada pela primeira vez na língua inglesa em 1430, referindo-se às idades de 12 a 21 anos para as mulheres e 14 a 21 anos para os homens.

Segundo a análise de Santrock (2003) e Platão (427-347 a.C), na Antiguidade, enfatizou características negativas dos jovens, advertindo-os quanto ao uso de bebida alcoólica antes dos 18 anos, achando que era o mesmo que “colocar fogo no fogo”, porém, considerou que o raciocínio seria uma característica do homem que só apareceria na adolescência.

Sprinthall e Collins (2009), Assis e Cols. (2003) e Cole e Cole (2004) ressaltaram que Aristóteles (384-322 a.C), no final da Antiguidade, descreveu os jovens como apaixonados, irascíveis e capazes de serem levados por seus impulsos. Ele considerava que os jovens eram exageradamente positivos em suas afirmações e que se imaginavam oniscientes, embora considerasse que o aspecto mais importante da adolescência fosse a habilidade para escolher e que a autodeterminação seria um indício de maturidade.

O legado de Aristóteles influenciou conceitos na Idade média. A exemplo da ideia de fases, ou idades da vida, que corresponderia a períodos de sete em sete anos, assim, a segunda idade passaria a ser chamada de *pueritiae*, que ia dos 7 aos 14 anos. A terceira fase (dos 14 aos 21 anos) chamada de *adolescência*, porque a pessoa estaria pronta para procriar. Observando as diferentes formas de assistência necessárias ao cuidado, sustento e abrigo dos indivíduos e suas funções sociais no decorrer do ciclo vital (SOUZA e HOMET, 1999).

Ao longo do século II, difundiu-se uma nova moral que confinava a prática sexual ao casamento. Os médicos prescreviam a ginástica e os estudos filosóficos para tirar dos jovens a “energia venérea”, que podia englobar tanto o sexo, quanto o consumo do álcool. Há época, acrescentaram-se mudanças na concepção de maioridade. A passagem à idade de homem adulto já não era um fato físico reconhecido por um direito habitual, e sim, uma ficção jurídica: de impúbere passava-se a menor legal (GROSSMAN, 1998).

Ainda na Idade Média, o indivíduo vivia em comunidades feudais, as quais se constituíam como um ambiente bastante familiar, onde todos se conheciam. Os papéis, tanto de gênero quanto profissional, eram determinados pela comunidade. Grossman (1998) descreveu que, nesse período, o desenvolvimento era entendido como um fenômeno quantitativo e não qualitativo.

As crianças e adolescentes eram considerados adultos em miniatura (GARROD; SMULYAN; POWERS e KILKENNY, 1995), necessitando apenas de crescer em termos quantitativos em todos os aspectos físicos e mentais da espécie humana. Dessa forma, logo que a criança superava o período de alto risco de mortalidade, era misturada com os adultos

e ia aprendendo as tarefas, crenças e valores que seriam solicitados quando se tornassem adultos (GARROD & COLS, 1995; GROSSMAN, 1998).

Segundo o historiador francês Philippe Ariès (1978), também na Idade Média as crianças, a partir dos 7 anos, viviam com outra família, escolhida por seus pais. A educação era garantida pela aprendizagem junto aos adultos, por meio das experiências cotidianas. Só a partir do século XV, a educação passou a ser fornecida cada vez mais pela escola, deixando de ser um privilégio dos clérigos, sendo um instrumento normal de iniciação social, compreendendo a passagem do estado de infância ao adulto, porque a ideia do que hoje chamamos adolescência foi apenas pressentida a partir do século XVIII. O autor relacionou a família moderna à construção dos laços fraternais e de cuidados com os filhos, a partir da construção do hábito de educar por meio da escola. Ele também ressaltou que essa mudança ocorreu de forma lenta, e que sua extensão para o gênero feminino não se difundiu antes do século XVIII e início do XIX.

Os autores Garrod e Cols (1995), defenderam que Rousseau (1712-1778), no sec. XVIII, durante a Modernidade, enfatizou o processo de desenvolvimento de forma qualitativa, considerando a adolescência o período de maior instabilidade e conflito emocional, provocados pela maturação biológica. Para ele, tanto as mudanças biológicas quanto as sociais eram acompanhadas por uma mudança nos processos psicológicos, incluindo o desenvolvimento da capacidade de pensar com lógica.

Gallatin (1978) observou que para Rousseau o raciocínio era desenvolvido na adolescência, motivo pelo qual, aconselhava que a educação prosseguisse depois dos 12 anos. Santrock (2003) resalta que esse filósofo considerava a adolescência como um renascimento, período em que o indivíduo recapitula os estágios anteriores da vida, procurando seu lugar na sociedade. Dessa forma, sua opinião era de que tanto a criança quanto o adolescente não eram iguais ao adulto.

Na contemporaneidade, a partir século XIX, a sociedade se tornou uma vasta população anônima, onde as pessoas já não se conheciam e a adolescência passou a ser reconhecida como um “momento crítico” da existência humana. Era temida como uma fase de riscos em potencial para o próprio indivíduo e para a sociedade como um todo. Esse momento histórico foi marcado pelo fortalecimento dos Estados Nacionais, pela redefinição dos papéis sociais de mulheres, crianças e adolescentes, pelo avanço acelerado da industrialização e da técnica e pela organização dos trabalhadores (ÁRIES, 1978).

Nesse mesmo período, no Brasil, houve a criação de escolas para meninas, onde as jovens poderiam, por meio de uma educação intelectual, religiosa e moral, prepararem-se

para serem mães dignas e capazes de ensinar seus próprios filhos (SARAT e SARAT, 2007).

Na segunda metade do século XIX, foram organizados os primeiros serviços de saúde dedicados especialmente aos alunos de colégios, fundando-se, em 1884, a Associação de Médicos Escolares (SILBER, 1997). Havia o interesse médico voltado para os alunos dos internatos, provavelmente mobilizado pelas modificações decorrentes do processo biológico de amadurecimento dos internos (a puberdade) e pelas manifestações decorrentes de seu comportamento e das transformações sexuais.

Ainda no século XIX, as teorias de Freud ganharam mais reconhecimento e valor científico, trazendo à tona a sexualidade como parte integrante do desenvolvimento humano, e não apenas como fator reprodutivo (FERREIRA; FARIAS, e SILVARES, 2010). Houve uma significativa mudança na sociedade em função da industrialização e da vigência dos sistemas educacionais, possibilitando uma melhor condição de observação e estudo da adolescência segundo Grossman (1998), reforçando a defesa feita por Ariès (1978), quanto a adolescência ter sido conhecida primeiro pelos educadores.

Essa construção histórica da adolescência, pode transparecer uma invenção cultural (RAPPAPORT, 1982) ou um luxo (SERRA, 1997), que só sociedades ou grupos sociais mais desenvolvidos se permitiram. Alguns filósofos defenderam que a adolescência começava na biologia e terminava na cultura, estabelecendo uma proximidade com a construção da democratização da educação e do surgimento de leis trabalhistas (GALLANTIN, 1978).

Segundo Bucher-Maluschke (2007), a lei é percebida protegendo apenas os mais ricos e não alcançando os pobres, que possuem as violências no seu entorno, como forma de resolução de conflitos, prevalecendo “os mais fortes”. Como consequência, o serviço público passa a interceder junto aos adolescentes, especialmente as Polícias e o Poder Judiciário. No Brasil, essa intervenção fica mais clara a partir de 1900, como pontua Amazonas e Braga (2007), variando de região e entre as classes sociais.

No século XX, estudos como os de Stanley Hall (1925), Psicólogo americano, marcaram o entendimento sobre a adolescência, principalmente, pela defesa das mudanças biológicas como fator de risco e de dificuldade de adaptação na escola. Um período histórico também marcado por guerras, que afetou a adolescência. Antes das I e II Grandes Guerras a literatura enfatizava a indolência, a indisciplina e a preguiça nessa fase. E em contraposição a esses rótulos, durante as guerras e nos anos seguintes, vários pesquisadores demonstraram a importância do trabalho dos adolescentes para manter a sociedade tal como

eles conheciam, alterando as posições dos membros das famílias, inclusive dos adolescentes, porque não era mais o gênero que definia esses papéis. Entretanto, a mídia não retratou esse acontecimento (FERREIRA; FARIAS e SILVARES, 2010).

Estudos da Antropologia Social defendem que a adolescência não precisa ser turbulenta e as características do desenvolvimento psicossocial não são universais. Trazem também, a defesa de desenvolvimentistas modernos, estudiosos da adolescência, que os fatores biológicos, sociais, cognitivos, comportamentais e culturais estão interligados no desenvolvimento, inclusive na transição da infância à fase adulta (FERREIRA; FARIAS e SILVARES, 2010).

Há contribuições da Psicanálise e da Antropologia Cultural que sugerem que o ambiente também participa da construção da personalidade do indivíduo, entendendo que as etapas do ciclo vital e, por conseguinte, da adolescência, são observações de fatos sociais e psicológicos, cujas características dependem do contexto em que estão inseridas. Assim, ao mesmo tempo em que é proposta a universalidade do estágio da adolescência, observa-se que ela depende de uma inserção histórica e cultural, que determina, portanto, variadas formas de viver a adolescência, de acordo com o gênero, o grupo social e a geração (MARTINS e COLS., 2003).

Um exemplo da importância desse tripé na realidade brasileira, no século XX, se retratou na quantidade de adolescentes, na década de 80, devido à explosão demográfica ocorrida no país. Esse momento retratou um período complexo, face ao cenário de crise econômica, com muita dificuldade para inserção no mercado de trabalho, principalmente, no 1º emprego, e também para se manter empregado(a), com elevado número de demissões, além de diversos problemas urbanos e sociais, como a elevação do número de pessoas em estado de miséria absoluta. Daí, a iniciativa dos governos em começar a compreender e buscar ações que garantissem e protegessem o desenvolvimento humano, tornando a adolescência mais identificável no ciclo vital (VARGAS e NELSON, 2001).

Para Winnicott (2005), a adolescência é mais que puberdade física, embora se baseie nela. A adolescência implica crescimento, e esse, implica tempo. O autor defende que a imaturidade é própria da adolescência e parte preciosa dela, porque nela estão os sentimentos novos e diferentes, a criatividade e ideias de um novo viver. Enquanto o crescimento está em processo, a responsabilidade tem de ser assumida pelas figuras parentais. Se essas figuras abdicam desse papel, os adolescentes tendem a passar por uma falsa maturidade. Esse processo também pode ocorrer devido a morte ou inexistência de um genitor, da desagregação da família, ou ainda, por problemas financeiros, fazendo com que

envelheça prematuramente e perca a espontaneidade, a capacidade de brincar e o impulso criativo despreocupado. O desafio da adolescência precisa ser aceito, ou melhor, confrontado. Esse confronto é dialógico e não, necessariamente, punitivo.

O desafio de compreender o(a) adolescente esbarra nos mecanismos de controle legalmente criados, que poderiam compreender mais profundamente as adolescências para alcançá-las numa perspectiva de prevenção à punição. Isto porque, a atuação transgressora parece estruturar psiquicamente o adolescente que a promove, pois o dito delinquente muitas vezes não tem nada a dizer de seu ato, a não ser a expressão de perplexidade ante os efeitos que produz naqueles que estão ao seu redor. Infringir a lei, esse é o paradoxo que se apresenta como uma solução temporária, solução que vê o adolescente, uma identidade transgressora ilícita agindo mortalmente a busca de um lugar de inscrição, na falta de figuras identificatórias sólidas (BENHAIM, 2011).

No Brasil, o art. 27 do Código Penal Brasileiro (CPB) estabeleceu a condição de inimputável para os menores de 18 anos, ficando sujeitos às normas estabelecida em lei especial. Mais recentemente, em 1990, o ECA que previu medidas protetivas, para crianças, e socioeducativas para adolescentes, quando houvesse atribuição de ato infracional. Em seguida, houve uma complementação mais específica no tocante aos que se envolviam em conflitos com a lei, por meio do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), Lei nº 12594, (BRASIL, 2012).

4.2.1 O Conflito com a Lei e a Privação de Liberdade Socioeducativa

Além das transformações na fotografia da adolescência, no Brasil, houve mudanças na legislação para o público infanto-juvenil, garantindo direitos, e ao mesmo tempo, paradoxalmente, persistindo uma lógica punitivista para os mesmos. Isto porque as novas leis, ECA e SINASE, previam medidas protetivas, mas também, amparavam legalmente as medidas de privação de liberdade. Ou seja, a garantia de direitos associada “a necessária limitação desses mesmos direitos”, para acompanhar adolescentes em conflito com a lei, em nome da ordem pública. Vale refletir que, vítimas e agentes de diferentes formas de violência, os adolescentes em conflito com a lei e privados de liberdade estão entre os mais afetados e os que mais vivem as contradições e dimensões de exclusão na sociedade (COELHO, 2013).

Contudo, o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeito de direitos é uma conquista recente, no Brasil. O ECA (1990) foi fruto de muitas lutas, discussões e

articulações políticas em âmbito nacional. Isto porque, o estigma da criminalidade infanto-juvenil, como aponta Longo (2009), representava o binômio pobreza/marginalidade, em que a classe dominante aprofundou o abismo das desigualdades sociais para que não houvesse possibilidade de equiparação do *status* de pessoa humana entre os indivíduos das diferentes classes, atribuindo a esses jovens, pobres e negros, a condição de perigosos.

Chegar até o ECA foi uma jornada, e mais outra, até a aprovação do SINASE, em 2012. Para entendermos a criação dessa lei específica voltada as medidas socioeducativas, precisamos conhecer a história da justiça juvenil no Brasil, as lutas, os estigmas, os avanços e retrocessos na garantia de direitos a essa população, considerando a linha do tempo, relativamente curta, para que a sociedade assimilasse o significado e a realidade de uma política anunciada de proteção integral para crianças e adolescentes.

É importante fazer um percurso histórico para compreender a socioeducação nos dias atuais. Em 1901, em São Paulo, foi criado o Instituto Disciplinar, que demonstrava os anseios de segregar a infância abandonada e vadia do espaço da cidade, para então “recuperá-la”. Porém, essa função jamais foi efetivamente atendida. Do mesmo modo que a Colônia Correccional da Ilha dos Porcos, a espécime institucional para adultos vadios, em que nela, apenas uma parcela ínfima de *menores* era remetida ao Instituto Disciplinar. Fausto (2000, 97 p.) constatou, ao menos até 1924, que o Instituto abrigou “apenas algumas dezenas de meninos”, prevalecendo, de outro lado, o alto percentual de *menores* detidos “sem processo”, em sua maioria por contravenções e pequenos delitos patrimoniais.

A entrada em vigência do Código de 1927, conhecido como “Código de Menores”, foi a primeira legislação a tratar exclusivamente da criança e do adolescente, o que não alteraria a realidade de segregação, tendo havido, na verdade, uma intensificação das “apreensões” de *menores* a partir dos anos 30. Em muito, o maior controle dirigido aos *menores*, se insere no mesmo contexto que levou ao acirramento da perseguição à vadiagem no período, quando, em 1935, o aparelho policial foi em parte reestruturado para ampliar as atividades de controle às classes populares, estendendo-se à Delegacia de Vigilância a competência para prender *mendigos e menores*, pelo que ela passaria a designar Delegacia de Vigilância e Capturas (LEITE e BEZERRA, 2019)

Em seguida, veio o Estado Novo (1937-1945), governado por Getúlio Vargas, que ficou conhecido como um período marcado pela instalação do aparato executor das políticas sociais neste país, devido à Constituição dos Estados Unidos do Brasil (CF, 1937), que previa a “assistência à infância e à juventude”. Em 1941 foi criado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), uma política nacional aplicada em todos os estados

federados, com um modelo de atendimento de caráter corretivo, repressivo e assistencialista. O SAM foi extinto em 1964, após o golpe militar. Alvo de críticas, o SAM deu lugar à Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor - FUNABEM, um órgão normativo sobre a Política Nacional do Bem-Estar do Menor - PNBEM, cuja execução foi atribuída às Fundações Estaduais para o Bem-Estar do Menor - FEBEMs. O Código de Menores (1927) foi revogado pela Lei n. 6.697 - Código de Menores, 1979 (LEITE e BEZERRA, 2019)

O período que antecedeu ao ECA foi marcado pela ênfase no uso de práticas de exclusão, individualização e personalização de problemas de caráter social, com a função de atender “menores carentes” e “infratores”, conforme a nomenclatura predominante à época. Seu funcionamento era voltado às internações, com o objetivo de penalizar os jovens (CUNHA e BOARINI, 2010)

A Constituição da República Federativa do Brasil trouxe a doutrina da proteção social integral, destinada à garantia de direitos de crianças e adolescentes. Nessa perspectiva, o ECA foi promulgado em 1990. Uma luta intensa, em defesa da proteção social do público infante-juvenil. Com esse feito se constituiu um novo direcionamento para o atendimento das demandas de crianças e adolescentes no país, com uma legislação especial orientada pelo paradigma da atenção integral, em contraposição a uma trajetória histórica de estigmas e culpabilização da pobreza, marcadas pelas nomenclaturas e significações de “menor carente” e “menor infrator” (BRASIL, 1988).

Em termos jurídico-políticos, crianças e adolescentes foram reconhecidos como sujeitos de direitos. De acordo com essa regulamentação, as medidas protetivas são sempre aplicáveis quando as crianças e os adolescente tiverem seus direitos reconhecidos por lei ameaçados ou violados e, as medidas socioeducativas são direcionadas aos adolescentes autores de atos infracionais (LEITE e BEZERRA, 2019).

Quanto ao SINASE, esse foi criado como política pública destinada a regulamentação das medidas socioeducativas aos adolescentes em conflito com a lei, uma vez que o ECA não detalhou os critérios e os pormenores, principalmente, da medida de privação de liberdade da aplicação. Elaborado para ser o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios que envolvem a execução de medidas socioeducativas, incluindo-se nele, por adesão, os sistemas estaduais, distrital e municipais, bem como todos os planos, políticas e programas específicos de atendimento a adolescente em conflito com a lei (BRASIL, 2012).

Compõe o Sistema de Garantias de Direitos (SGD), que possui interface com outros sistemas (Saúde, Educação, Assistência Social, Justiça e Segurança Pública), e que insere o

atendimento desde o processo de apuração do ato infracional, de autoria atribuída ao adolescente, até a aplicação da lei, a medida socioeducativa, podendo ser de prevenção ou responsabilização. Os objetivos das medidas socioeducativas, são:

- I - Responsabilização do adolescente quanto às consequências lesivas do ato infracional, sempre que possível incentivando a sua reparação;
- II - Integração social do adolescente e a garantia de seus direitos individuais e sociais, por meio do cumprimento de seu plano individual de atendimento;
- III - Desaprovação da conduta infracional, efetivando as disposições da sentença como parâmetro máximo de privação de liberdade ou restrição de direitos, observados os limites previstos em lei (BRASIL, 2012).

As condições socioeducativas de privação de liberdade que serão tratadas aqui são: a Medida Cautelar de Privação Provisória (MPP) e a Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade (MSPL). A primeira, tem duração máxima legal prevista de 45 dias, enquanto o adolescente aguarda, cautelarmente, em privação de liberdade provisória, a apuração do ato infracional e a decisão judicial, por sua absolvição ou aplicação de medida socioeducativa. A segunda, retrata a decisão judicial pela restrição de liberdade, com duração mínima de 06 (seis) meses e máxima de 03 (três) anos, de forma improrrogável (BRASIL, 2012).

A MSPL é a mais severa das medidas socioeducativas, aplicada aos adolescentes que cometeram ato infracional gravoso, entre 12 e 18 anos incompletos, podendo ser cumprida até os 20 anos 11 meses e 29 dias. Isso quer dizer que o ato análogo ao crime ou contravenção (ato infracional), atribuído ao adolescente, penalmente inimputável, terá efeito de responsabilização da autoria. Nela, a cada seis meses a equipe de referência do educando remete ao juiz um relatório do desenvolvimento desse adolescente na medida, e o(a) juiz(a), julgará pela manutenção, progressão ou extinção da medida, sendo que a progressão se refere ao avanço para uma medida mais branda que a MSPL – Semiliberdade, Prestação de Serviço à Comunidade (PSC), Liberdade Asssitada (LA), Obrigação de Repração do Dano e Advertência (BRASIL, 1990).

Para efeito de conhecimento, será apresentado, de forma sucinta, três modelos de medidas socioeducativas de privação de liberdade para adolescentes, em países da América Latina, antes de apresentarmos o cenário socioeducativo brasileiro. Os países, desses modelos são: 1) Argentina, 2) Costa Rica e Uruguai (CRAIDY e SZUCHAN, 2017):

- 1) No modelo argentino é criado a possibilidade de se condenar adolescentes a partir dos 14 anos como adulto. O sistema faz uma distinção entre os adolescentes de 16 anos a 18 anos incompletos e os menores de 16 anos. Colocam-se os que têm mais de 16 anos como relativamente imputáveis, com exceção dos delitos da ação privada e dos delitos que têm pena inferior a dois anos, segundo o Código Penal;
- 2) O costa riquenho tem a lei mais dura da América Latina. Nele está previsto a privação de liberdade até 15 anos para a faixa etária entre 16 e 17 anos e de até 8 anos para a faixa etária entre 14 a 15 anos de idade. Possui 67 internos, numa

população de 4.500.000 habitantes, com a atuação da Defensoria Pública em todos os casos e as medidas alternativas existem e são aplicadas;

3) O uruguaio tem a Lei de Responsabilidade Penal Juvenil, do ano de 2005. Segundo Mendez (2017) poderia ser considerada uma boa lei, com exceção de um artigo resultado de um consenso que considerou como “bobo”. Enquanto a Lei da Costa Rica determina que a medida de privação de liberdade seja aplicada somente para tipos penais gravíssimos, o artigo 81 da lei uruguaia prevê que a medida de privação da liberdade – de no máximo cinco anos – poderá ser aplicada sempre que o Juiz a considerar adequada. Daí, numa população de 3.200.000 hab possui 800 adolescentes privados de liberdade.

Os modelos de medidas socioeducativas de privação de liberdade entre os países latino-americanos salientam que muitos direitos dessa população, previstos em acordos e tratados internacionais, necessitam de monitoramento e fiscalização. Corroborando com essa preocupação, vale lembrar que no modelo socioeducativo brasileiro, muito recentemente, ocorreram eventos críticos (com mortes, lesões e graves ameaças a vida), ocorridos entre 2016 e 2019 nas US`s, em vários estados, motivados por conflitos em presídios e por disputas territoriais entre organizações Criminosas (ORCRIMs), que reverberaram nas unidades socioeducativas (LEITE e BEZERRA, 2019).

Vale lembrar que no âmbito internacional, os dois principais marcos sobre os direitos da criança, ambos da ONU (1990), a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) e a Carta de Pequim (1985), não estabelecem qual deve ser a idade mínima de imputabilidade penal, ficando sob responsabilidade dos Estados Nacionais essa definição, com base em sua cultura e "que esta não deve ser fixada a um nível demasiado baixo, tendo em conta os problemas de maturidade afetiva, psicológica e intelectual". De uma lista de 57 países analisados pela ONU, 83% deles adotam a idade de responsabilidade penal absoluta aos 18 anos de idade, como é o caso brasileiro, conforme Art. 122 do ECA (BRASIL, 1990).

No Brasil, para elaborar, fiscalizar, zelar por uma política nacional de atendimento à criança e ao adolescente, foi criada a Lei nº 8.242/91, que promoveu a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), logo após a criação do ECA, contemplando a adolescência em conflito com a lei e em cumprimento de medidas socioeducativas, por meio das políticas estadual e municipal e da atuação dos respectivos Conselhos da Criança e do Adolescente. Seu objetivo foi garantir as adequações necessárias nas estruturas públicas e privadas, às ações de execução, observadas as linhas de ação e as diretrizes estabelecidas nos artigos 87 e 88 do ECA, que prevê para as crianças e adolescentes que foram vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão, serviços médicos de prevenção ao sofrimento psíquico e atendimento psicossocial, cabendo ao município escolher a forma que melhor lhe convir para essa

execução. A formulação de políticas nessa área, bem como, o controle das ações delas decorrentes, em todos os níveis, devem ter, constitucionalmente, a obrigatória participação da população, através de entidades representativas (BRASIL, 1990).

A função do Estado não deveria ser comparada com uma estrutura de mercado, e no caso específico da socioeducação, por se tratar de vidas em desenvolvimento especial, com prioridade na garantia de direitos para que esse desenvolvimento seja pleno, menos ainda. As dificuldades que essa lógica imprime ao sistema socioeducativo vai desde a limitação de contratações e de processos de formação/capacitação continuada, de acordo com as demandas vivenciadas pelos educandos, tanto na perspectiva da saúde, segurança, educação, quanto na e gestão das US`s, principalmente referente aos recursos materiais e financeiros (BOSCHETTI, 2009).

Os dados mais recentes sobre o cenário das medidas socioeducativa estão no referido relatório do Levantamento Anual do SINASE, alusivo ao ano de 2017, publicado em 2019. Nele foi registrado um total de 143.316 adolescentes no sistema socioeducativo (em meio aberto e meio fechado - para o cumprimento das medidas de privação de liberdade em estabelecimento educacional; semiliberdade; em atendimento inicial, em privação de liberdade por sanção (duração de 03 meses) e em medidas protetivas). Relativo a MSPL, especificamente, foram 26.109 (vinte e seis mil, cento e nove) adolescentes e jovens (18 a 21 anos incompletos), sendo 25.063 do gênero masculino e 1.046 do feminino. Ainda sobre a MSPL foram registradas 484 US`s no país. De 2018 até 2021 não houve publicação de relatórios, apenas informativos e apresentações avaliativas das gestões socioeducativas por meio do site do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BRASIL, 2021).

Das 484 US`s em meio fechado, a maior concentração delas ocorre na Região Sudeste, com 217 unidades (44,8%), seguida pela na Região Nordeste com 102 (21%), Região Sul com 74 (15,3%), Região Norte com 50 (10,4%) e Região Centro-Oeste com 41 (8,5%). Ressalta-se, que a região nordeste era a segunda maior região em termos populacionais (57,2 milhões), e também, a segunda com maior número de unidades socioeducativas, tendo a Bahia, especificamente, um total de 11 US`s (BRASIL, 2019).

Vale ressaltar também, que muitas dessas US`s foram construídas em períodos anteriores a lei SINASE, portanto, foram improvisadas para atender adolescentes privados de liberdade. Na Bahia, a maioria foi adaptada para o sistema socioeducativo, a mais antiga, fundada em 1978, como Centro de Recepção e Triagem da Bahia (CRT), destinada ao atendimento de crianças e adolescentes carentes, abandonados ou em ‘erro social’ que eram

acolhidos pela antiga Fundação de Assistência ao Menor do Estado da Bahia (FAMEB) (BAHIA, 2021).

Alguns aspectos tratados nesse último relatório podem sinalizar proximidade das US`s com a estrutura e o papel social de uma instituição total, no tocante a privação de liberdade, em função do risco de se tornar mais “fechadas” do que outras. Ou seja, o seu “fechamento” simbolizando uma barreira concreta à relação social com o mundo externo, numa perspectiva dialógica. Não à toa, se constituem enquanto unidades entre muros, que priorizam a proteção da comunidade contra perigos intencionais, ou seja, contra os atos infracionais análogos a crimes atribuídos aos adolescentes, e por conta desse entendimento, proporcionam forte vigilância aos sentenciados (GOFFMAN, 1974).

Mesmo falando em adolescentes, a condição de abandono e de delinquência numa sociedade desigual gerou um entendimento de causa e efeito, ainda que a lei se baseasse em argumentos científicos, morais e jurídicos para justificar a necessidade da punição. Nesse sentido, “o caráter das penas, está intimamente associado aos de dependentes dos valores culturais do Estado que as emprega” (RUSCHE e KIRCHHEIMER, 2004, p.8).

O ECA apresentou um caráter pedagógico para a responsabilização do ato infracional atribuído aos adolescentes, e mais detalhadamente, a lei SINASE (2012), previu um conjunto ordenado de princípios, regras e critérios para a execução de medidas socioeducativas, bem como todos os planos, políticas e programas específicos de atendimento a(o) adolescente em conflito com a lei. Previu também, um espaço educacional, em regime de “internato” (aspas nossas) para que houvesse responsabilização através do acesso à escola, a profissionalização, ao esporte, a cultura e lazer, como forma de viabilizar que outras referências contribuíssem na criação de novas perspectivas e que propiciassem a desconstrução a vivencia dos atos infracionais e o distanciando desses adolescentes das influências criminosas, por meio da restrição de liberdade (BRASIL, 2012).

Em suma, o SINASE não propõe presídios para os adolescentes em conflito com a lei, e sim, equipamentos de restrição de liberdade, detalhando a competência de cada ente federativo, para que as ações sejam planejadas, revisadas, executadas e fiscalizadas em triênios, para assim discutir o cumprimento das competências e dar providências, cabendo: i) A União, formular e coordenar a política nacional de atendimento socioeducativo, ii) A cada Estado: criar e manter programas para as medidas de Semiliberdade e Internação (privação de liberdade em tempo integral) e iii) Aos municípios, criar e manter programas

de atendimento para a execução das medidas socioeducativas em meio aberto (BRASIL, 2012)

Segundo Konze (2005), a medida socioeducativa de privação de liberdade se diferencia da medida penal de encarceramento atribuída ao adulto, por essa última privilegiar a carga retributiva da apenação, pois não se avalia prevalentemente a necessidade pedagógica para o adulto.

Vale salientar que uma sentença de privação de liberdade para adolescentes pode durar até 03 (três) anos, considerada como caso excepcional, levando em conta os atos infracionais graves que sugerem o emprego da violência e/ou grave ameaça, como homicídio, lesão corporal, estupro e, principalmente, quando nelas houver emprego de armas (KONZEN, 2002).

É importante trazer à baila a existência das cinco outras medidas socioeducativas, anteriores à medida de privação de liberdade, relativas a atos menos gravosos, citaremos aqui conforme previsão no Art. 112 do ECA, que são elas: 1ª) advertência; 2ª) obrigação de reparar o dano; 3ª) prestação de serviços à comunidade; 4ª) liberdade assistida; e 5ª) inserção em regime de semiliberdade, além das previstas no Art. 101, I a VI. Elas estabelecem uma lógica de acompanhamento e responsabilização, que inclui a administração pública municipal e os responsáveis legais do(a) adolescente, antes da medida mais extrema que é a privação de liberdade, conforme art. 98 do ECA:

As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:
I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;
II - por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;
III - em razão de sua conduta.” (BRASIL,1990)

A análise da normativa internacional sobre segurança auxilia na compreensão do sentido da privação de liberdade para o adolescente. Não há meias palavras ou expressões enganosas. Nas Regras Mínimas das Nações Unidas para a proteção dos jovens privados de liberdade, está escrito o que se deve entender por privação de liberdade, corresponde a: “toda forma de detenção ou prisão, assim como, a internação em estabelecimento público ou privado, de onde não se permita a saída livre do jovem, ordenado por qualquer autoridade judicial, administrativa ou outra autoridade pública” (ONU, 2000).

Ainda sobre a medida mais gravosa, a legislação defende que “a estrutura física das unidades deva ser determinada pelo projeto pedagógico específico do programa de atendimento, respeitando as exigências de conforto ambiental, de ergonomia, de volumetria, de humanização e de segurança (BRASIL, 2006, p. 67).

Importante chamar a atenção das dificuldades para a plena execução da política supracitada e acrescentar um outro fator que precisa ser sanado, os dados estatísticos. Apesar de ter sido criado o Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA), em 1997, no contexto da Política de Direitos Humanos e, gerido a partir 2003, com a função de acompanhar a execução das medidas socioeducativas nos estados, por meio da alimentação de dados das US's, ainda há muitas inconsistências e subnotificações. Portanto, caracterizar o sistema socioeducativo se configura numa tarefa a médio prazo (BRASIL, 2019).

Na Bahia, para compreender a socioeducação faz-se necessário descrever o cenário da assistência ao adolescente antes do SINASE. A primeira ação no âmbito da assistência à criança e adolescente aconteceu no início da década de 30, com a inauguração da Escola Profissional para o Menor (EPM), criada através da Lei Estadual nº 8.225/1932. A escola foi construída em um dos bairros do município de Salvador. Ligada à Secretaria de Polícia e Segurança, a EPM constituía-se como um espaço de capacitação profissional, destinado a crianças e adolescentes abandonados e em “erro social” (BAHIA, 2016).

Em 1939, um ano após a criação do Conselho Nacional de Assistência, a EPM foi transformada no Instituto de Preservação e Reforma (IPR). Em 1961, foi criado o Serviço de Assistência ao Menor da Bahia (SEAM), através da Lei Estadual nº 1.567/61, com o objetivo de executar no Estado a política de assistência a crianças e adolescentes em situação de risco e envolvidos em atos infracionais (BAHIA, 2015).

No final da década de 1970, mais precisamente em outubro de 1976, doze anos após a criação da FUNABEM inaugura-se na Bahia a FAMEB, criada através da Lei nº 3.509/76. Essa Fundação substituiu a antiga SEAM e nasceu sob as orientações do Código Juiz de Melo Matos (1927), mais conhecido como Código de Menores, que se baseava na Doutrina da Situação Irregular (BAHIA, 2019).

Em 1978, foi criado o Centro de Recepção e Triagem da Bahia, em Salvador, que acolhia crianças e adolescentes abandonados, carentes e envolvidos em atos infracionais. Atualmente, essa antiga estrutura, é uma das três Unidades Socioeducativa de Privação de Liberdade, a mais antiga, localizada na Capital do Estado (BAHIA, 2015).

Em 1991, através da Lei 6.074 (artigo 23), A FAMEB passa a denominar-se Fundação da Criança e do Adolescente, devendo adaptar ao seu estatuto à legislação pertinente. Fundação essa, com personalidade jurídica de direito público, autonomia administrativa e financeira, com patrimônio próprio, com sede e foro na cidade de Salvador

e jurisdição em todo território do Estado, vinculada à Secretária da Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social – SJDHDS.

Portanto, assim se constituiu o sistema socioeducativo baiano, com um forte histórico na Doutrina de Situação Irregular, marcada pela estrutura física presente até a atualidade e ainda vivendo a dicotomia entre justiça e saúde pública, no tocante a decisão do que de fato pode ser responsabilizado por ato infracional e o que compete aos cuidados da saúde pública. E quanto aos adolescentes, conduzidos a essas US`s, são muitos os que não receberam nada em troca no processo civilizatório, apenas acumularam perdas, resultando, muitas vezes, numa ruptura profunda ou definitiva com o social, após a própria sociedade ter os relegados ao degredo (CECCARELLI, 2001).

Portanto, a pessoa adolescente na condição de “internado” em estabelecimento educacional, na Bahia, ou em qualquer lugar do Brasil, está preso, porque está em restrição de liberdade, por determinação judicial, numa instituição entre muros e com vigilância diuturna. A pessoa adulta ou adolescente, se estiver cumprindo sentença de privação de liberdade, estará presa. Então, não há justificativa razoável para dizer ou escrever que o(a)s adolescentes “não estão sujeitos à prisão” (SOARES, 2005, p. 144-145).

4.3 SUICÍDIO

Suicídio é um fenômeno multifatorial e complexo, que engloba desde fatores distais, como experiências adversas, características genéticas e culturais, a fatores proximais, como experiências traumáticas e o abuso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2021).

4.3.1 História e Tabu

A palavra suicídio é conhecida desde o século XVI, mas utilizada pela primeira vez em 1643 pelo médico inglês Thomas Browne, que dividia o suicídio nas formas “heroica” ou “patológica”. Derivada etimologicamente do latim *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar), significando “matar a si mesmo” (BERTOLOTE, 2005).

Na história das civilizações, nas culturas primitivas, o suicídio compunha alguns rituais tribais, por várias motivações: evitação da desonra, a fuga da escravidão, reação a perdas afetivas, a idade avançada e a vingança. No período da antiguidade greco-romana, o suicídio foi compreendido como um exercício racional e um direito pessoal, porém, não era permitido a escravos, soldados e criminosos, por uma preocupação da corte com os possíveis impactos ao Estado, principalmente, o Tesouro (BOTEGA, 2015).

Essa condição se intensificou no final do século IV, quando o Estado romano vive uma crise econômica e demográfica, forçando uma transformação no império romano, que a partir do século V, se tornou totalitário, e com amparo dos direitos civil e canônico retirou do indivíduo comum o direito de ceifar a própria vida. Assim, o suicida passou a ser culpabilizado e seus familiares tiveram seus bens confiscados. Essa mudança ocorreu com a colaboração da igreja ao império, principalmente, a partir de Santo Agostinho (354-430), que defendeu e influenciou a atuação do catolicismo na Idade Média, por meio dos vários Concílios que passaram a defender a proibição do suicídio, postulando que “matar-se era um pecado mortal”, amparado no quinto mandamento “não matarás” (MINOIS, 2018).

Um outro importante teólogo medieval, São Thomas de Aquino, acrescentou em sua *Summa Theológica* que por não deixar chance de arrependimento, o suicídio era o pior dos pecados. A partir daí os suicidas passaram a ser considerados os *mártires de Satã*. Nessa mesma época, alguns tribunais passaram a distinguir as mortes por suicídio, considerando a melancolia e o frenesi atenuantes, até que no final do século XV, comportamentos inabituais passaram a ser considerados alienação mental, dispensando o suplício do cadáver e o confisco dos bens (BOTEGA, 2015).

Esse postulado influenciou a moral e o direito civil da era medieval. Os suicídios diretos eram mais comuns entre os plebeus, por meio de cordas e afogamentos. Um pesquisador Francês, Jean-Claude Schimtt (1976), levantou as condições em que ocorriam os suicídios nesse período, por meio de uma amostragem com 54 casos, e constatou que os homens consumavam suicídio três vezes mais que as mulheres, e que o enforcamento era o meio mais difundido (32 casos) à frente do afogamento (12 casos), da morte por faca (5 casos) e da precipitação (4 casos). Na maioria dos casos o suicídio acontecia em casa. Esses suicídios teriam origem nas dificuldades e nos sofrimentos exagerados da existência: fome, doença, morte de familiares, extrema pobreza, ciúme, encarceramento e medo das torturas (MINOIS, 2018).

Para os nobres havia o comportamento de substituição, como os torneios, as caças, a guerra e as cruzadas, momento para se fazer matar ou sublimar tendências suicidas. Esses aspectos de classe influenciaram as decisões de tribunais e as representações sociais, uma vez que o suicídio de um nobre era considerado altruísta, pela causa que defendia, motivado pelo amor, pelo ódio ou pela loucura, passível de atenuante à época, por ser associado ao social ou honroso. Enquanto o suicídio de um plebeu era considerado um ato isolado, egoísta e covarde, que fugia às suas reponsabilidades e, que se enforcava às escondidas. Ou seja, o nobre enfrentava suas responsabilidades até a morte gloriosa, com a fé inabalável,

salvo os casos de loucura, e o plebeu, era motivado pelo desespero, defeito fatal incentivado pelo diabo (MINOIS, 2018).

Na Idade moderna, a partir do século XVII, o suicídio passou a ser considerado como um dilema humano. Foi nesse contexto histórico que o termo suicídio apareceu pela primeira vez, substituindo o termo “homicídio de si próprio”, em textos ingleses. No campo científico houve o reconhecimento da alienação mental. O *ser ou não ser* tornou-se um tema público. A melancolia foi trazida à cena do debate, integrando grandes produções literárias, em que o suicídio aparece como alternativa para vidas intoleráveis. (BOTEGA, 2015).

No século XVIII, um exemplo marcante, trouxe consigo dilemas e desafios para o estudo do suicídio, a obra de Goethe *O sofrimento do jovem Werther* (1774), sugerindo o suicídio por desespero amoroso e desencanto com a vida, desencadeando um efeito de contágio, que influenciou fortemente uma juventude pelos impulsos românticos. Apesar de casos retumbantes, os suicídios acontecem, em sua maioria, em casas simples, em função do sofrimento psíquico (MINOIS, 2018).

Mas com o advento da Revolução Industrial, no século XIX, houve uma transformação na sociedade, estimulando pesquisas relativas a esse novo processo de sociedade. O suicídio se constituiu numa demanda social, motivando o aumento significativo do número de estudos científicos, em várias áreas do conhecimento (BOTEGA, 2015).

Assim, filósofos, sociólogos, neurologistas e psiquiatras se debruçaram sobre esse tema. Entre eles, Karl Marx, filósofo alemão, autor da obra *Ensaio sobre o suicídio* (1846), publicado na Alemanha. O Sociólogo francês, Émile Durkheim, autor do livro *O suicídio* (1897), publicado pela primeira vez na França. E no início do século XX, o neurologista e psiquiatra e criador da psicanálise, o austríaco Sigmund Freud, que apresentou as obras, *Contribuições para uma discussão acerca do suicídio* (1910); *Luto e melancolia* (1917) e o *Seminário, livro 10 – a angústia* (1962-1963/2005). Todos esses pensadores e escritores incluíram a perspectiva social ao fenômeno do suicídio (RODRIGUES, 2009).

A premissa de que os motivos pessoais levariam indivíduos a buscarem a morte de maneira deliberada e que poderiam funcionar como canais por onde forças coletivas também passariam, motivou Karl Marx (2006) a defender que o suicídio envolvia questões relacionadas a servidão, ao tradicionalismo, a objetificação da pessoa, em função de uma lógica de classes imposta pela burguesia. Marx apontou as contradições e os contrassensos da vida moderna, não apenas nas relações entre classes específicas, mas também em todos

os círculos e configurações da hodierna convivência. Ele demonstrou, nos casos de suicídio que analisou, que o problema não estava em um ou outro caso de morte suicida, mas sim, na sociedade capitalista e em suas relações sociais como um todo e, na forma como esse sistema produz sofrimento psíquico (MARX, 2006).

Cinco décadas depois, surge a obra que conquistou maior destaque sobre o tema, de autoria de Émile Durkheim, “*O Suicídio*” (1897), postulando que o suicídio não se justificava por uma causa individual, e sim, por causas sociais. Para ele cada sociedade possuía na sua história um conjunto de indivíduos dispostos ao suicídio, que deveriam ser estudados para além dos fenômenos orgânico-psíquicos ou do ambiente em que estavam situados. Explicou o suicídio como uma questão que variava de acordo com a razão inversa do grau de interação social dos indivíduos com a sociedade. Ou seja, um fenômeno relacionado com a ruptura de laços sociais. Sua principal hipótese indicou que a unidade de análise do suicídio era a sociedade, e não o indivíduo. Ele evidenciou também, que as taxas de suicídio têm uma variação com relação a grupos etários, sexo e raça, e que cresciam, em períodos de crises industriais ou econômico-financeiras. Estabeleceu uma tipologia do suicídio segundo as seguintes causas (DURKHEIM, 1982):

- i) Egoísta – motivado por um isolamento exagerado em relação à sociedade, uma pessoa marginalizada, sem laços sólidos com grupos sociais;
- ii) Altruísta – no outro extremo do caso egoísta, ou seja, ligação de forma extrema à sociedade e
- iii) Anômico – quando a pessoa não aceita os limites morais impostos pela sociedade, que tem demandas acima das suas possibilidades reais, e assim, vivendo no desespero. Um estado de perturbação da ordem coletiva, em que a sociedade deixa as paixões sem freio.

Durkheim mesmo considerando tipos diferentes para o suicídio, defendeu que existia uma relação direta entre as pessoas e as normas que ocasionavam o comportamento suicida. Ou seja, fenômenos individuais que respondiam a causas sociais (DURKHEIM, 1982).

A formulação de Durkheim se diferenciou da produção de Karl Marx, pois defendeu reformas nas instituições, visando a manutenção da ordem social, propondo assim, o fim ou pelo menos, um controle elevado da taxa de suicídios. Enquanto Marx, enfatizou a necessidade de superação da sociedade capitalista, por meio de uma transformação radical, envolvendo a superação desse modelo de produção, suas instituições e suas relações sociais, para dar fim a esse e a outros males que assolavam o ser humano (RODRIGUES, 2009).

As produções científicas supracitadas foram importantes no processo de descriminalização do suicídio, impactando no início do século XX, e contribuindo para um maior respaldo social ao acolhimento e respeito ao direito do suicídio (BOTEGA, 2015). No campo da Psiquiatria e Psicanálise, Freud argumentou que para compreender o suicídio era necessário se debruçar sobre os intrincados processos de luto e melancolia. Em 1917, postulou em sua obra *Luto e Melancolia*, que os impulsos autodestrutivos revelavam o sentimento de culpabilidade e a necessidade de autopunição, decorrente do ódio inconsciente dirigido a pessoas queridas e, do desejo, também inconsciente, de que elas morressem (TOSTE, 1989).

Na segunda metade do século XX, houve a associação entre suicídio e transtorno mental, subsidiando sua prevenção na perspectiva da saúde pública, tendo a OMS (1990) como norteadora das ações e incentivadora de planos nacionais de prevenção que priorizando a conscientização da população, a divulgação dos casos consumados de forma responsável pela mídia, a redução de acesso a meios letais e a detecção e tratamento de transtornos mentais, principalmente, a depressão. Entretanto, apenas 28 países seguiram essa diretriz, e essa baixa adesão pode ter contribuído para o aumento da incidência de mortes por suicídio nos últimos 45 anos, correspondendo ao aumento de 60% dos casos, alcançando o patamar de pandemia (BOTEGA, 2015).

No Brasil, o suicídio passou a ser uma questão de saúde pública a partir do século XXI, em 2000. Antes, não havia a devida atenção, pois as endemias e outras mortes violentas tinham maior destaque. Com o agravante histórico dos primeiros casos de suicídio estarem mais associados a segregação, com registros de suicídios de negro(a)s escravizado(a)s, tanto dos que morriam de forma passiva, em função do *banzo* (recusa de alimentos e a crença do retorno espiritual à África), quanto os de forma ativa, por meio de enforcamento e envenenamento. Estima-se que o suicídio era mais comum entre escravos do que entre colonizadores (BOTEGA, 2015).

4.3.2 Dados Estatísticos

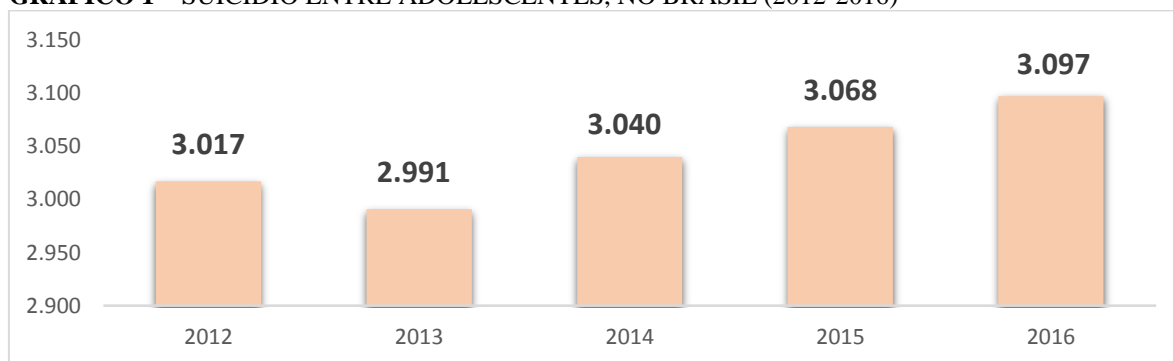
No mundo temos uma média anual de 700.000 mil mortes por suicídio, ou 1 morte a cada 35 segundos. No Brasil, a média anual de suicídio é 11.000, representando 31 mortes por dia. Isso faz com que o suicídio seja um tema que traz em si o impacto dos dados, em que vários estudos epidemiológicos demonstraram um aumento consistente nas taxas de

mortalidade, nos países de baixa e média renda, dentre os quais o Brasil está inserido (OMS, 2021).

Para o período de uso do CID-10 entre 1996-2015, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) apresentou 172.051 casos de suicídios, sendo 38.533 adolescentes e jovens de 15-29 anos (30,5%). Entre 2011 e 2016, houve predominância de notificações de autoagressão e tentativa de suicídio na faixa etária da adolescência, entre 10 e 19 anos (BRASIL, 2017). O maior risco esteve entre o gênero masculino, de 15 a 29 anos, de todas as regiões, sendo a taxa masculina 10,7 por 100 mil, três vezes maior que a feminina. Especificamente em relação aos adolescentes, nesse período, a taxa de mortalidade teve o incremento de 81% nesse período, passando de 610 óbitos e taxa de 3,5 mortes por 100 mil, para 1.022 óbitos, e uma taxa de 6,4 suicídios para cada 100 mil habitantes (ARATANGY, 2017).

É importante compreender que o crescimento da taxa de mortalidade por suicídio, não ocorreu de forma estanque. Esse aumento foi paulatino, como demonstrou o SIM (2018), identificando 3.017 óbitos por suicídio entre adolescentes, mesmo não sendo obrigatória a notificação, ainda. Esse número manteve-se em crescimento, no decorrer dos anos analisados, como demonstrado no Gráfico 1, a seguir.

GRÁFICO 1 – SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES, NO BRASIL (2012-2016)



FONTE: SIM (BRASIL, 2018)

A Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, divulgou dados de análise, sobre a situação entre os anos de 2016 e 2021, o número de suicídios por adolescentes, registrados durante o período de análise totalizou 6.588. As principais vítimas acometidas foram adolescentes entre 15 a 19 anos, totalizando 84,4% dos casos, do sexo masculino (67,9%), e em maior parte, pretos e pardos (56,1%). Nesse mesmo período estima-se que a população brasileira tenha crescido de 190.732.694 para 210.147.125. Ou

seja, um crescimento de 10,17%, tendo a taxa de suicídio saído de 5,2 para 6,6 por 100 mil habitantes. (BRASIL, 2021).

4.3.3 Comportamento Suicida na Medida de Privação de Liberdade

As três principais características das pessoas que tentam o suicídio, segundo a OMS (2018), são: i) Ambivalência - o conflito entre o desejo de viver e o desejo de morrer. Anseio de sair da dor e do sofrimento e encontrar na morte uma única alternativa ou a forma mais rápida para fugir dessa situação de angústia; ii) Impulsividade - tentativa de suicídio como ato desencadeado por pensamentos e sentimentos negativos que podem ser temporários e iii) Rigidez: as pessoas que tentam suicídio possuem pensamentos fixos e constantes sobre suicídio, como a única alternativa para enfrentar o problema.

Nessas três características do comportamento suicida, a angústia está inserida. Para Freud (2014), muitas vezes, a angústia parece uma reação racional e adequada frente a um perigo externo. Entretanto, ele compreendia que o ideal seria o estado de prontidão, nem sempre alcançado por conta do terror que acomete uma pessoa quando imagina a possibilidade de um desdobramento trágico de uma dada situação, na qual não encontra recursos de reação. Dessa forma, ele ponderou que “o homem se defende do terror por meio da angústia”.

Para esse psiquiatra e psicanalista, a angústia era mais que uma sensação, era um afeto, algo composto por descargas elétricas e sensações distintas (motoras e também, de prazer e desprazer que davam o tom). O termo angústia tem origem no latim *Angst - angustiae*, aperto, enfatizando o estreitamento respiratório, reproduzido no afeto, que considerou como primeiro estado de angústia, aquele que se configura na separação de um filho da mãe ao nascer. Ele também apresentou outras concepções de angústia. Descreveu a que é sentida e vivenciada de forma generalizada, de forma flutuante, que chamou de “expectativa angustiada”. Descreveu as pessoas que convive com esse tipo de angústia, como as que preveem sempre a concretização da possibilidade mais terrível, ou seja, pessoas muito angustiadas ou pessimistas, mas não caracterizou essa condição como doença (FREUD, 2014).

Freud também definiu outras formas de angústia, presentes nas fobias, e todas, possuem relação com o perigo e variam de intensidade. Entre elas estão as fobias provocadas pela escuridão, tempestades, solidão, cobras e outras. Entre elas, há um tipo mais inacessível ao entendimento, como as que se deflagram em situações cotidianas,

fazendo com que pessoas adultas não consigam realizar ações aparentemente simples, sem o apoio de uma outra pessoa. Essas fobias podem causar pânico ao simples uso de um transporte coletivo, mesmo não havendo um perigo ameaçador, e podendo se manifestar de forma gratuita, por meio de tremedeiras, palpitações, tonturas ou falta de ar. Com isso, concluiu que onde há manifestações de angústia, com perigo iminente ou não, onde há expectativa da angústia, deve haver aquilo que angustia (FREUD, 2014).

Quanto à relação entre privação e angustia, Winnicott (1920) associou essa condição ao ambiente humano, priorizando as situações familiares, principalmente, as que envolviam mãe e filho(a) ou a figura parental. Esse psiquiatra e psicanalista inglês, defendeu que a época em que a capacidade de envolvimento se desenvolve, entre 6 meses aos 2 anos de idade, aproximadamente, a privação ou perda pode ter consequências devastadoras, uma vez que, nesse período para o autor, estão os primórdios do processo de socialização decorrente das tendências inatas da criança, podendo ficar comprometidas ou ter danos profundos. Por isso, salientou que o problema não estava na perda em si, e sim, no período em que ela ocorria. Provavelmente, aquela criança não possuía o estágio do desenvolvimento emocional necessário para ser capaz de reagir de uma forma madura à privação (WINNICOTT, 2005).

Winnicott priorizou à observação e a experiência prática com crianças e adolescentes órfãos, no pós guerra mundial. Foi desafiado a dar sentido a uma aparente irracionalidade, compulsividade, rigidez e esperança entre esses adolescentes, retratada na delinquência. Postulou assim, que associado às várias reações de sofrimento à perda, estava a falha na comunicação, constituindo uma relação entre privação e delinquência, fortemente influenciada por uma tensão geracional. Ou seja, essa falha na comunicação, gerando conflitos e violências, poderiam ter sido originadas pela privação dos adultos em viverem suas adolescências (em função das doenças venéreas, procriação precoce e guerras), apresentando pouca tolerância e paciência com as virtudes e o crescimento do estado de prepotência da adolescência (filho(a)s, enteado(a)s, sobrinho(a)s, neto(a)s), frente ao seu potencial violento e sexual, na atualidade (WINNICOTT, 2005).

Corroborando com as teorias sobre angustia, privação e delinquência desenvolvidas por Freud e Winnicott, ao longo da história, a sociedade brasileira sofreu transformações socioeconômicas, que contribuíram para uma reorganização de valores e costumes, destacando o recrudescimento da violência envolvendo adolescentes. Um cenário estritamente ligado à conjuntura política global, que no caso brasileiro, teve como modelo civilizatório o prospecto dos EUA. Ou seja, os movimentos ultraconservadores conduziram

o país a um aprofundamento de desigualdades sociais e a uma lógica punitivista e autoritária para a conter a insurgência de movimentos populares e ocultar a divisão social das classes (CHAUI, 2013).

Nessa perspectiva, a privação de liberdade, importante diferenciar comportamento suicida de autolesão, considerando que ambos precisam de cuidados específicos. Tanto a autolesão quanto o comportamento suicida são violências autoprovocadas, porém, o comportamento suicida sempre vai estar associado à ideia de morte, enquanto a autolesão pode estar ligada a outras questões, como curiosidade ou por encontrar no ato de se machucar, voluntariamente, um alívio e seguem fazendo isso diante de acontecimentos, sentimentos e sensações que parecem ser muito difíceis e complicadas (SCAVACINI, 2021).

A autolesão é qualquer dano causado à pele de maneira intencional, não necessariamente associada à morte. São exemplos de comportamento autolesivo: cortes, arranhões, queimaduras, mordidas, socos ou jogar o corpo contra objetos (GIUSTI, 2013; KLONSKY et. al, 2014). Está inserida nos comportamentos que chamamos de violência autoprovocada (anteriormente conhecida como automutilação). A definição de autolesão se diferenciou de automutilação, quando essa última passou a ser aplicada para os ferimentos mais graves e irreversíveis, como amputação de membros, a castração e enucleação, em geral, proferidas em estados delirantes, nos quadros psicóticos ou de intoxicação por psicoativos (SILVA, 2017).

É importante lembrar que quanto maior é o tempo que alguém se autolesiona e não recebe tratamento adequado, maior o risco de desenvolver comportamento suicida, pois entende-se que a pessoa não está conseguindo lidar de forma saudável com questões de sua vida e, portanto, está mais vulnerável ao suicídio. Comportamentos autolesivos frequentes e intensos podem ocasionar morte acidental (ARATANGY, 2017).

Dessa forma, levando em consideração aspectos individuais e sociais, o comportamento suicida passou a ser considerado como todo e qualquer ato por meio do qual uma pessoa causa lesão a si própria, independente do grau de letalidade. Está dividido em três categorias: ideação, tentativa de suicídio e suicídio consumado. (WERLANG & FENSTERSEIFER, 2005). Essa formulação foi adotada pela OMS e a OPAS e seguida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

Ideação Suicida

A ideação está associada mais aos jovens e envolve desde pensamentos passageiros de desprezo pela vida, até ideias, planejamento e desejo de se matar. Por ser frequente na adolescência e, neste estudo, conta com o agravante da privação de liberdade, como um fator estressor complexo, tem seu grau de risco elevado, quando esses pensamentos são intensos e prolongados. Está associada ao sofrimento psíquico (BOTEGA, 2015).

Alguns sinais importantes desse comportamento, podem ser identificados, junto a adolescentes: i) mudanças marcantes na personalidade e nos hábitos; ii) comportamento ansioso, agitado ou deprimido; iii) desinteresse por atividades que gostava; iv) comentários autodepreciativos persistentes; v) mudança no padrão do sono; vi) disforia (combinação de tristeza, irritabilidade e acessos de raiva) marcante; vii) comentários sobre morte, sobre pessoas que morreram e interesse sobre a temática; viii) doação de pertences que valorizava e expressão clara ou velada de querer morrer (HAWTON *et al*, 2012).

Tentativa de suicídio

Um estudo nacional investigou, dentre outros aspectos, os motivos que originaram tentativas de suicídio em 12 adolescentes atendidos em um hospital de emergência na cidade de Fortaleza, Ceará. A principal razão apontada foi o “amor não correspondido”, seja esse amor no sentido de namoro, como também, no sentido dos relacionamentos familiares de frágeis vínculos afetivos. Assim, as pesquisadoras destacam a importância da família enquanto estabelecadora das primeiras relações de afeto e de rede social (VIEIRA *et al.*, 2009).

Atualmente, existe uma afluência de jovens de 10 a 19 anos aos serviços de urgência e emergência com a participação de 19% dos atendimentos para o grupo de lesões autoprovocadas, além da alta relevância dos adolescentes e jovens brasileiros como vulnerabilizados ao suicídio, e de modo crescente (RIBEIRO & MOREIRA, 2018).

4.3.4 Fatores de Risco

Fatores de risco são elementos com grande probabilidade de desencadear ou associar-se ao desenvolvimento de um evento indesejado, não sendo, necessariamente, o fator causal (ARAÚJO *et al*, 2010).

Os grupos mais afetados pelos fatores de risco, de acordo com os dados estatísticos, são aqueles que sofrem mais diretamente a assimetria de poder, mesmo em países de alta renda (WEBER *et al*, 2020). Dentre eles, estão os grupo de adolescentes em conflito com a lei, privados de liberdade e negros (BRASIL, 2018)).

Os fatores de risco mais relacionados entre os adolescentes, também evidenciados no sistema socioeducativo de privação de liberdade, foram: sentimento de tristeza e desesperança, transtornos mentais, tentativas de suicídio anteriores, maus-tratos na infância, problemas familiares, suicídio de um colega, pouca habilidade na resolução de problemas e conflitos nas relações com os pais, dores muitas vezes não escutadas, silenciadas, desvalorizadas e estigmatizadas (BRASIL, 2021). Essas condições compõem um cenário de enquadramento bastante naturalizado do cárcere e que pode encobrir um rol de dores, questionamentos e medos, em relação as mudanças, as dúvidas e inseguranças, comuns a essa fase do desenvolvimento humano, em qualquer classe social (BOTEGA E COLS, 2006).

Transtorno Mental

Os transtornos mais associados aos fatores de risco do suicídio são: a depressão, aqueles associados a dependência de álcool e outras drogas psicoativas, a esquizofrenia e certos transtornos de personalidade (com características de impulsividade, irritabilidade e labilidade) (OMS, 2001-2006).

Ainda segundo os estudos da OMS (2012), um número considerável de indivíduos com esquizofrenia tenta suicídio em dado momento da doença. Um estudo mostrou que 30% dos pacientes diagnosticados com esse transtorno havia tentado o suicídio, pelo menos uma vez, durante a vida (Radomsky *et al*. 1999). Aproximadamente 10% das pessoas com esquizofrenia morrem em virtude de suicídio (Caldwell e Gottesman, 1990). Em todo o mundo, a doença esquizofrênica reduz o período de vida da pessoa afetada numa média de 10 anos.

Em relação aos transtornos mentais e o comportamento suicida é fundamental contextualizar a construção de algumas formulações sobre tendências e graus de risco. Numa perspectiva mais ampla, eles foram sistematizados a partir do Código Internacional de Doenças ou Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10 (CID-10), criado pela OMS em 1989. Ou seja, os estudos sobre fatores de risco são relativamente recentes e ainda possuem elevado grau de subnotificação.

No Brasil, o período de 1996 a 2015, o SIM apresentou 172.051 casos de suicídios, sendo 38.533 de adolescentes e jovens de 15-29 anos (30,5%). Essa variável, transtorno mental, tem significativo valor pelo reconhecido fator de risco que representa, e por também se tratar de um fenômeno multifatorial, com serviços de atendimento e assistência ligados a uma legislação, também muito recentes (OMS, 2002). As estatísticas sobre suicídio passaram a ser cadastradas no Brasil, para as séries do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), a partir de 1996. Ou seja, temos aí quase um século de distanciamento de dados.

Apesar de estudos realizados no Brasil, como o de necropsia psicológica, documentarem um elo entre comportamento suicida e transtorno mental, não quer dizer que todo suicídio tenha relação com uma doença mental, nem que toda pessoa com um transtorno mental irá se suicidar. O que esses estudos sinalizam é que aumenta a vulnerabilidade para o suicídio (BOTEGA, 2015).

Privação de liberdade

Quando os transtornos mentais e o comportamento suicida se associam ao ambiente de privação de liberdade, os estigmas e preconceitos ganham peso maior por possibilitar que outros fatores de risco se potencializem: a idade e o encarceramento. Portanto, as condições epidemiológicas podem sinalizar um quadro mais acentuado de risco para essa população específica, adolescentes em conflito com a lei e privados de liberdade por decisão judicial. Isto porque, repisando o que as pesquisas científicas apontam, a condição de estar aprisionado aumenta em nove vezes o risco de suicídio e em duas vezes a taxa de suicídio em comparação com a população em geral (AYHAN; ARNAL; BASURKO, *et al.*, 2016).

No Relatório supracitado, também apontou que a população deste estudo está no rol do percentual crescente de mortes por suicídio, por ser composta por adolescentes em situação de vulnerabilidade e, por eles conviverem diariamente com vários fatores estressores e de risco, sobrepostos, inclusive, ser originários de áreas rurais do Estado, onde os serviços de assistência social e cuidados com os transtornos mentais e necessidades tendem a concentrar os recursos e a perícia clínica, nas grandes áreas metropolitanas, deixando limitadas opções para os habitantes rurais que necessitam de atenção em saúde mental (OMS 2001).

O Boletim Epidemiológico, em seu Volume 52 (BRASIL, 2021), trouxe a questão geracional como um aspecto que corrobora com o acúmulo de fatores de risco. As chamadas gerações Y (geração do milênio, nascidos entre 1981 e 1995) e Z (chamados “natos digitais”, nascidos após 1995) pode estar influenciando o perfil das notificações de lesões autoprovocadas, levando em conta alguns estudos científicos, que consideram esse contingente mais susceptível aos efeitos dos estresses, apresentando maior taxa de ansiedade, depressão, autolesão e suicídio, isso em função do desenvolvimento deles conter menos mecanismos para lidar com as frustrações e adversidades e dificuldades em adiar o prazer (imediatismo). Podendo ser assim, fatores sociais que influenciam no sofrimento psíquico intenso e quadro mentais que têm influenciado o aumento do suicídio entre adolescente e jovens adultos. O risco de suicídio tem sido evidenciado com maior intensidade em grupos mais vulnerabilizados, como os negros, LGBTQIAP+ e indígenas.

Nos casos de diagnóstico de transtornos mentais entre adolescentes em privação de liberdade por decisão judicial, no Brasil, a Lei SINASE prevê, no seu artigo 64, a possibilidade de tratamento especializado, no território de origem, com a excepcionalidade da suspensão da medida, condicionando a apresentação de relatórios médicos e das equipes técnicas das US's, e por fim, um parecer dos representantes da Defensoria Pública e do MP. O adolescente teria direito a avaliação da evolução do tratamento a cada seis meses, lembrando que essa Lei referenda todas as orientações do SUS e da Lei nº 10.216/2001, atualmente substituída pela Lei nº 13.146/2015 - Lei Brasileira de Inclusão (LBI) (BRASIL, 2012). Entretanto, a suspensão das decisões de privação de liberdade para adolescentes, para os referidos casos de transtornos graves, não se configurou como uma praxe com a violência. (BAHIA, 2016-2019).

A privação de liberdade é apontada, em pesquisas que analisam as custódias em outros países, como um fator que aumenta em nove vezes o risco de suicídio e em duas vezes a taxa de suicídio em comparação com a população em geral. Entretanto, não relaciona suicídio a superpopulação, ao contrário, os registros apontam que estar sozinho numa cela, ou “tranca” como é chamada pelos adolescentes, potencializa o fator de risco para atos suicidas (AYHAN, G., ARNAL, R., BASURKO, C. *et al.*, 2016).

Racismo

A população negra brasileira é composta pelas pessoas que se autodeclararam pretas ou pardas, de acordo com o IBGE (2013). Em 2016, havia 54,9% de negros, ou seja, 112,7 milhões de pessoas negras. A autodeclaração é seguida pelo Ministério da Saúde, por meio

da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, criada para o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde, uma vez que esse dado era negligenciado, dificultando a identificação da raça/cor nos índices de morbimortalidade no país. Outras legislações também foram necessárias para enfrentar as desigualdades raciais no país, como a Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, que instituiu o Estatuto da Igualdade Racial e a Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, porque os modos de adoecer e morrer da população negra no Brasil refletem contextos de vulnerabilidade que são expressos em iniquidades em saúde (BRASIL, 2018)

Há literatura consolidada identificando a violência estrutural, consequência das históricas relações de poder, como determinante para as mortes por Causas Externas (CE), que incluem homicídios, suicídios e acidentes. Alguns autores contemporâneos contribuíram significativamente para essa temática, a exemplo da mais recente publicação do professor camaronense, Achille Mbembe, *Políticas de Inimizade* (2017). Ele destaca nessa obra que o racismo é uma violência estrutural, marcada por características que envolveram o colonialismo – discriminação e exploração sistemática – que estão associadas a um risco maior de mortes evitáveis por um grupo marginalizado, onde a pobreza e todas as formas de exclusão (raça/cor, etnia, orientação sexual, gênero, etária) estão entre os determinantes sociais que tornam um grupo social específico mais vulnerabilizados (MBEMBE, 2017, p. 69).

É importante frisar que no Brasil os adolescentes têm uma importante representação demográfica, aproximadamente, de 18% da população, cerca de 34 milhões de brasileiros, entre 10 e 19 anos (IBGE, 2010). Em 2018, o risco de suicídio entre jovens negros do sexo masculino, 10-29 anos, foi 45% maior, em relação a jovens brancos da mesma faixa etária. Os dados são de uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde e pela Universidade de Brasília (UnB, 2018), e revelam a influência do racismo e da exclusão social no incentivo à prática por esse grupo.

Um dos grupos vulnerabilizados mais afetados pelo suicídio são o(a)s adolescentes e jovens, sobretudo o(a)s negro(a)s, devido principalmente ao preconceito e à discriminação racial e ao racismo institucional. O estigma em torno do suicídio, aliado a elementos estruturantes como o racismo estão relacionados e contribuem para o silenciamento em torno da questão, além das dificuldades de se falar abertamente sobre o assunto. As principais causas associadas ao suicídio em negros são: a) o não lugar, b) ausência de sentimento de pertença, c) sentimento de inferioridade, d) rejeição, e)

negligência, f) maus tratos, g) abuso, h) violência, i) inadequação, j) inadaptação, k) sentimento de incapacidade, l) solidão, m) isolamento social (BRASIL, 2018).

Portanto, para que a conscientização da população, sobre suicídio, proposta pela OMS, e da legislação de enfrentamento ao racismo e de saúde à população negra des pudesse de fato enfrentar as barreiras do estigma, do tabu e do baixo investimento em capacitação às equipes de saúde, tornar-se-ia imprescindível integrar informações/discussões a ações concretas e efetivas de cuidados de enfrentamento aos preconceitos (SCAVACINI, 2018).

4.3.5 Prevenção e Posvenção do suicídio

A preocupação com o suicídio não é recente, ela está presente desde os primórdios dessa sociedade. Segundo Chesnais (1976), o governo francês passou a fazer levantamentos e sistematização de dados sobre a ocorrência de mortes violentas no país, destacando-se os números de suicídios, a partir de 1826. Entretanto, à medida em que a modernidade aprofundou as transformações sociais, o suicídio passou a ser um problema em quase todos os países. Atualmente, apenas 38 (trinta e oito) países são conhecidos por terem uma estratégia nacional de prevenção do suicídio. É necessária uma aceleração significativa na redução de suicídios para cumprir a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), redução de um terço na taxa global de suicídio até 2030 (OMS, 2021).

O primeiro documento da OMS sobre prevenção do suicídio data de 1968, quando se estimava mil mortes por suicídio e que esse poderiam ser evitados com ações voltadas para o sistema de saúde. Nesse período ainda havia pouca confiabilidade nas estatísticas e na recolha dos dados (feitas ou pelo sistema de saúde, ou pelo sistema criminal local) (WHO, 1968).

Na década de 1990 o secretário geral da ONU chamou à atenção para o crescente número de suicídios, especialmente entre jovens. A partir desse ano a OMS considerou o suicídio um problema de saúde pública, incentivando planos nacionais para a sua prevenção, priorizando aqueles voltados à atenção de pessoas que abusam do álcool e outras drogas psicoativas; de acesso a serviços de saúde mental; de avaliação e seguimento de casos de tentativa de suicídio; de apoio emocional a familiares enlutados, ente outros (ANDERSON, & JENKINS, 2009).

Em 1996, a ONU lançou o primeiro relatório em conjunto com a OMS, essa última, lançou a iniciativa internacional SURPRE-MISS (Estudo Multicêntrico de Intervenção no

Comportamento Suicida) (OMS, 2000), que incluiu o Brasil, com o objetivo de reduzir a mortalidade e a morbidade do comportamento suicida, sendo vários manuais traduzidos e disponibilizados na internet. Mas, até os dias atuais, o país não possui um programa de vigilância ao comportamento suicida, compreendendo a tentativa de suicídio e o suicídio (MARCOLAN & SILVA, 2019).

No Brasil, a prevenção tem relação direta com o Centro de Valorização da Vida (CVV), criado em 1962, “por um grupo de pessoas preocupadas com o alto índice de suicídios na cidade de São Paulo” (CCV, 2002, p.11). Atualmente, atuando em 19 estados da federação e, por meio de uma parceria com o Ministério da Saúde, pode ser acessado gratuitamente pelo número de telefone 188, em qualquer lugar do território nacional. O CVV criou em 2015 a campanha anual Setembro Amarelo, buscando chamar a atenção da sociedade para a prevenção do suicídio, encampada pelo Ministério da Saúde, que passou a divulgar relatórios e boletins epidemiológicos anuais sobre as mortes auto infligidas no país (QUEIROZ, 2018).

O Brasil, até o ano de 2000, não via o suicídio como um problema de saúde pública, (WAISEILFISZ, 2011). O início desse processo ocorreu em função da discussão e prevenção à violência, que trouxe à tona o problema do suicídio, aumentando a produção de livros, pesquisas e eventos científicos. Tendo como consequência a conscientização da necessidade de melhorar o atendimento emergencial das tentativas de suicídio e dos serviços de assistência à saúde mental (BOTEGA, 2004).

Desde 2011, pela Portaria MS/GM nº 104 de 25 de janeiro, a violência doméstica, sexual e/ou outras violências passaram a constar na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Desse modo, a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada deve ser encaminhada para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica de acordo com a rotina estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde, de cada município. No caso de adolescentes, as autoridades competentes, Ministério Público e Vara da Infância, devem ser comunicadas, conforme exigência do ECA (BRASIL, 1990).

Em 2012, 12 mil brasileiro(a)s tiraram sua própria vida. No mesmo período a ocorrência de suicídios cresceu 77,7% na Região Norte do país, principalmente entre indígenas, e apresentou uma tendência de aumento de casos entre a população mais jovem (OMS, 2014).

Em 2014, a Portaria MS/GM nº 1.271 de 6 de junho, que “define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de

saúde públicos e privados em todo o território nacional”, tornou imediata (no prazo de 24h em âmbito municipal) a notificação de tentativa de suicídio, por ser necessária uma tomada rápida de decisão. Imediatamente após o seu conhecimento (BRASIL, 2014).

Para compreender o comportamento suicida é necessário comunicá-lo, conhecer sua verdadeira amplitude. Portanto, a notificação não é denúncia policial, mas um elemento-chave na atenção integral às pessoas vítimas de violência. Tem como objetivos: i) conhecer a magnitude e a gravidade das violências, retirando os casos da invisibilidade; ii) subsidiar as políticas públicas para a atenção, a prevenção de violências, a promoção da saúde e a cultura da paz; iii) intervir nos cuidados em saúde, promovendo atenção integral às pessoas em situação de violência e prevenindo a violência de repetição; iv) proteger e garantir direitos por meio da articulação das redes de atenção e proteção.

Roskosz, Chaves e Soczek (2017) defendem que, os adolescentes com comportamento suicida estão relacionados a histórico de doenças psiquiátricas na família, negligência ou abuso sexual na infância, baixo nível de apoio parental, problemas com a lei ou disciplinares, contato com armas de fogo, abuso psicológico por parte de colegas ou familiares, tentativa anterior e suicídio de familiares ou conhecidos.

Na literatura sobre posvenção fala-se da condição de sobreviventes dos familiares enlutados, sendo estimado que entre 5 e 10 pessoas são gravemente afetadas por cada morte em consequência do ato de suicídio. Porém, o termo foi ampliado para os contatos dessa pessoa no decorrer da sua vida, incluindo colegas, amigos e profissionais, aumentando, conseqüentemente, essa estimativa e, também, do quanto esse contingente poderá se impactar, com diferentes sintomas e reações de sofrimento que lhe capturou (RUCKERT; FRIZZO e RIGOLI, 2019).

No enfrentamento dos problemas oriundos da interface saúde, violência e adolescência, foi elaborada e aprovada em 2004, reiterada pelo SINASE, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), lançada pelo Ministério da Saúde (MS), que trata das diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da atenção básica, média e alta complexidade, com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de privação de liberdade, além de descrever as atribuições e compromissos entre as esferas municipal e estadual de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual, na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes, estabelecendo novos critérios e fluxos para adesão e

operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade.

A PNAISARI vem sendo revisada e aplicada com o objetivo do reconhecimento da lógica de atendimento do SUS para os adolescentes no sistema socioeducativo. Essa Política cumpre ainda, a tarefa de enfrentar barreiras muito relevantes: a de minorar um ponto sensível que é a invisibilidade dos adolescentes em geral; pelo desconhecimento sobre os serviços e a falta de um serviço de saúde que converse com essa faixa etária, e no tocante aos privados de liberdade, por conflito com a lei, essa condição é reconhecidamente mais um obstáculo, pois esses, recebem uma carga de preconceitos e estigmas punitivos que reverberam diretamente na forma como são assistidos na saúde (PERMINIO; SILVA; SERRA *et al.*, 2018).

Essa política de saúde também salienta as diferenças entre os documentos elaborados na rotina socioeducativa e aqueles que tratam das medidas específicas de atenção à saúde do adolescente em atendimento socioeducativo. Isto porque, o adolescente tem direito ao Plano Individual de Atendimento – PIA, previsto no artigo 52, da Lei Federal nº 12.594/2012, um instrumento de acompanhamento, previsão, registro e gestão das atividades a serem desenvolvidas. As informações contidas nesse plano levam em consideração o comportamento do adolescente, à consciência em relação às suas atitudes e ao ato praticado, seu histórico de vida e habilidades, possibilitando o planejamento das atividades durante o período que permaneça na unidade, e as estratégias de enfrentamento das demandas apresentadas, além de ser a referência para as avaliações de medida (relatório encaminhado ao judiciário) elaboradas pelas equipes multidisciplinares de referência. (PERMINIO; SILVA; SERRA *et al.*, 2018).

No Brasil, entre 2007 e 2016, foram registrados 106.374 suicídios (11.821, em 2012), atrás apenas da Índia, da China, dos Estados Unidos, da Rússia, do Japão, da Coreia do Sul e do Paquistão. Os suicídios passaram de um crescimento modesto na década de 1980 (2,7%) para taxas cada vez mais elevadas, com alta de 18,8% na década de 1990 e 33,3% entre 2000 e 2012; o crescimento total foi de 62,5% para todo o período. Impressiona o fato de a taxa de suicídio aumentar mais do que a de acidentes de trânsito e de homicídios (PERMINIO; SILVA; SERRA *et al.*, 2018).

Para a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2019), o enfrentamento de conflitos, desastres, violência, abusos ou perdas e um senso de isolamento estão fortemente associados ao comportamento suicida. As taxas de suicídio também são elevadas em grupos vulnerabilizados, a exemplo das pessoas privadas de liberdade. Considera também, que a

qualidade dos dados sobre suicídio e tentativas de suicídio é baixa, o que não é exclusivo ao suicídio, mas dada a sensibilidade do assunto, é considerável que a subnotificação e a má classificação sejam maiores problemas para o suicídio do que para a maioria das outras causas de morte.

Ainda a OPAS (2017), apontou que apenas 60 Estados Membros da OMS possuem registros vitais de boa qualidade, que podem ser usados diretamente para estimar taxas de suicídio. Entretanto, apesar do número de países com estratégias nacionais de prevenção ao suicídio ter aumentado nos últimos cinco anos, apenas 38 países estabeleceram essa prioridade. Estimou-se que até 2020 poderia ocorrer um incremento de 50% na incidência anual de mortes por suicídio, casos novos, em todo o mundo.

Podemos pensar que na base dessas expressões extremas que são as exposições ao perigo, à violência ou ao ato infracional, há um sentimento intolerável de ausência de certeza — certeza de existir e certeza de ser numa identidade. Como se, para um e outro desses adolescentes, a ilusão identitária não se desse por si mesma (BENHAIM, 2011). Ou seja, a necessidade de se inserir a um grupo é quase que imposta pela sobrevivência na rua, porém, muitas vezes essa inclusão pode levar a condições de mais vulnerabilidade, porque as pessoas em busca de identidade se vêm invariavelmente diante da tarefa intimidadora de alcançar o impossível (BAUMAN, 2005, 16 p.), e isso se aplica de forma muito apropriada às experiências dos adolescentes em conflito com a lei.

No âmbito da saúde mental, algumas associações em estudos nacionais e internacionais, estabelecem uma relação entre violência e transtornos mentais. O pesquisador e psicólogo social venezuelano, afirmou que “a maioria de delinquentes de seu país assim o é, não por problemas psicológicos, mas por razões sociais, pela falta cabal de se constituir como sujeito e cidadão”). É importante refletirmos o que de fato essas associações querem construir:

Ser normal, portanto, nessa perspectiva, o indivíduo, em um cenário de restrições ou adversidades, instaura rumo à nova norma, ser ‘normativo’: “Uma pessoa pode ser normal em um determinado meio e não o ser diante de qualquer variação ou infração do mesmo. “Recordemos que saudável é nesta perspectiva, aquele que tolera e enfrenta as infrações (CAPONI, 1997, p.297).

Na privação de liberdade, um aspecto relevante e complexo diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, principalmente, os externos às US`s. Em 2016, um total de 26.450 adolescentes estavam em meio fechado, com predominância do sexo masculino (96%); na faixa etária de 16 e 17 anos (57%) e na questão raça/cor como pardo/pretos (59%). Os atos

infracionais mais praticados foram os análogos a: roubo (47%); tráfico de drogas (22%); homicídio (10%) e tentativa de homicídio (3%) (Idem). Entretanto, os veículos de comunicação de massa, principalmente aqueles mais midiáticos, enfatizam uma periculosidade desses adolescentes associando-os ao cometimento de crimes hediondos em sua maioria, o que não corresponde com os dados oficiais, como demonstrado acima. Essa pecha compromete o atendimento dessa população.

No Brasil, um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA) retratou um cenário de grave violação de direitos nas instituições de medida de privação de liberdade. Altos índices de doenças sexualmente transmissíveis, perfil nutricional agravado, problemas dermatológicos e comprometimento da saúde mental, com excesso de prescrição, que pode indicar o uso de psicotrópicos como forma de controle, está entre os principais agravos (BRASIL, 2016).

Tomando como referência a crítica de Foucault à criminalização é notório que apesar dos acordos internacionais de priorização e proteção, a lógica do encarceramento e docilização dos corpos se sobrepõe à lógica do cuidado e da saúde, uma vez que nas sentenças de privação de liberdade para adolescentes, mesmo aqueles com diagnóstico de transtorno mental grave, um número significativo é encaminhado para a uma unidade de privação de liberdade, com um nome técnico de “internação”.

No mesmo ano, na Bahia, os dados se aproximam do quadro nacional apresentado acima. A faixa etária predominante foi a de 15-16 anos (56,3%); na questão raça/cor pardos/pretos (86,2%); os atos infracionais que mais justificaram a sentença de privação de liberdade foram os análogos a roubo (44,8%), homicídio (24,9%), tráfico (8,41%) e latrocínio (4,6%). Os atos com menores índices foram: furto (2,23%); estupro (1,7%). Atos análogos a sequestro, receptação, calúnia, e lesões corporais apresentaram índices inferiores a 0,5% (Fonte: secretaria do adolescente das US`s).

5. METODOLOGIA

Desenho do estudo

Estudo transversal, descritivo, quantitativo e populacional, relativo ao comportamento suicida envolvendo adolescentes do sistema socioeducativo baiano, de meio fechado, que entraram na medida de privação de liberdade por meio do Pronto Atendimento (PA) de Salvador, entre 2016 a 2019, na Bahia.

Procedimentos

Os dados foram coletados dos prontuários de forma instantânea, ou seja, num determinado tempo, sendo disponibilizado uma semana para cada US, e numa perspectiva transversal, em função da busca de informações retratar um período passado. Foi preenchido questionado do tipo estruturado, de forma a compor um quadro descritivo da amostra, e em seguida, foram aplicadas as medidas de frequência e percentual para aos itens que caracterizaram os adolescentes e as condições socioeducativas em relação ao comportamento suicida da amostra. Em todo processo de coleta e armazenamento utilizou-se o *Software* Microsoft Excel 2016, por meio do qual se construiu um banco de dados.

A tabulação e análise dos dados foram feitas a partir dos cálculos da estatística descritiva, das médias, valores absolutos das variáveis e seus respectivos percentuais, de forma fidedigna aos registro, tanto para os que cumpriram a MPP até 45 dias na US, que aguardavam a sentença, quanto para os sentenciados à MSPL, para em seguida construir as tabelas e gráficos por bloco de perfis: sociodemográfico, socioeducativo, epidemiológico e de estratégias de enfrentamento ao comportamento suicida.

Neste trabalho, a referência para enquadramento da faixa etária enquanto adolescente foi a prevista no ECA, que perfilhou a doutrina sócio jurídica da proteção integral, garantindo à criança, e também ao adolescente, a condição de pessoa em desenvolvimento, sujeito de direitos e, principalmente, porque essa é a referência norteadora para a Lei SINASE, na qual estão definidos os parâmetros para a execução das medidas socioeducativas em meio fechado, em todo território nacional.

O cálculo de taxa populacional de adolescentes com comportamento suicida em privação de liberdade, por decisão judicial, ficou comprometido. Isto porque a referência da faixa etária relativa a adolescência para a aplicação de medidas socioeducativas, refere-se ao período de 12 a 18 anos incompletos, que não é a mesma utilizada nos censos do IBGE, em que a faixa correspondente a adolescência, prevista pelo Ministério da Saúde, que segue a orientação do OMS, compreende o período entre 10 e 19 anos.

Composição da amostra

A população elegível ao estudo foi composta por 70 adolescentes, relacionados pelo Núcleo de Saúde Mental e pelas Coordenações de Segurança Socioeducativa e de Assistência Jurídica, todos esses setores compõem a Gerência Socioeducativa, em âmbito estadual, responsável pela gestão socioeducativa, em meio fechado. Tratou-se de Adolescentes na faixa etária entre 12 anos e 18 anos incompletos, mantidos em regime de

privação de liberdade, e que parte deles, cumpriu a sentença em mais de uma das 06 US`s existentes na Bahia. Importante frisar que 03 delas, dentre as 05 unidades, possuem MPP, e apenas 01 das 06, atende a população de adolescentes do gênero feminino.

As informações foram coletadas dos respectivos prontuários, sob responsabilidade das US`s, subordinadas à gerência geral de medida socioeducativa do Estado, em meio fechado, referente ao período de 1º de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2019.

Crítérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade com sentença transitada em julgado, bem como, aqueles da MPP com sentença a ser proferida no prazo máximo de 45 dias, a contar da data do registro do ato infracional e da apresentação do adolescente na unidade de Polícia Judiciária.

O critério de exclusão do estudo ocorreu para aqueles, que no momento da entrada no sistema socioeducativo, já estavam com a idade de 18 anos completos (na hipótese de retorno para complementação da medida socioeducativa).

Coleta de dados

O interesse da pesquisadora por essa população surgiu ainda enquanto estudante e estagiária em Psicologia, entre 2008 e 2011, quando ministrou aulas de autoproteção para as adolescentes em medida socioeducativa de privação de liberdade, e também, na sua atuação como estagiária de Psicologia no Projeto Capitães da Areia – na perspectiva de Consultório de Rua (CR), voltado para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade individual e social, no Centro Histórico de Salvador.

Anos depois fora convidada para atuar como coordenadora estadual de segurança socioeducativa. Essa incursão possibilitou uma escuta ampliada, a utilização de recursos lúdicos diversos e o acesso a tecnologias de saúde e autocuidado, bem como o interesse em realizar um estudo que fosse além das impressões iniciais, e que pudesse caracterizar com fidedignidade aspectos da saúde mental dentro dessa realidade pouco explorada. Algumas situações adversas foram identificadas, ainda nessa época, como a relação paterna (em especial), materna e da rede de afetos disfuncionais ou inexistentes, além da precariedade de moradia, segurança, cuidados de saúde, vivência escolar, lazer e esporte, entre outros. Constataram-se diversos níveis de sofrimento psíquico e sua multifatorialidade, sendo o envolvimento com delitos efeito e causa de sofrimento e vulnerabilidade, e a privação de liberdade sob a tutela do Estado, um desfecho que agravava a situação.

A condição de ter atuado com essa população possibilitou o acesso para realizar a pesquisa, além de preencher aos pré requisitos exigidos pela instituição estadual gestora da socioeducação em meio fechado, reduzindo os entraves comuns da pesquisa em ambientes de privação, nesse caso, com o agravante da particularidade do sigilo relativo aos dados dos adolescentes em conflito com a lei.

A partir do acesso às informações dos prontuários, os quais eram mantidos em arquivos de cada secretaria do(a) adolescente dentro de cada US, foi possível alimentar a planilha de dados, nos quatro blocos de perfis supracitados, acessando cada pasta do prontuário, pois cada uma continha seções específicas (saúde, esportes, assistência social, jurídica, psicológica, educacional e pedagógica), que serão apresentadas mais à frente.

Quanto aos riscos da pesquisa, esses foram bastante diminutos, pois a pesquisa não previu acesso aos alojamentos ou qualquer outro ambiente em que os adolescentes acessavam. O local em que os prontuários estavam armazenados era separado dos espaços em que os adolescentes transitavam ou ficavam alojados. Dessa forma, os riscos foram minorados, uma vez que a secretaria fica longe dos espaços com risco de fugas e conflitos eminentes, e também, porque a pesquisa não previu contato direto com os adolescentes, nem com as equipes multidisciplinares. O acesso a secretarias do(a) adolescente, de cada Unidade, tem acesso fácil, sinalizado e localizado próximo à saída das Unidades, caso houvesse alguma emergência.

O que é um prontuário na medida socioeducativa?

Um prontuário começa a ser montado na entrada do adolescente no sistema socioeducativo, que pode ser no Pronto Atendimento (PA) ou quando regulado diretamente da Comarca para uma US. Nele devem estar contidas as informações registradas que refletem as orientações, ações e atividades ofertadas e como os adolescentes reagem a esses serviços e a essa experiência chamada medida socioeducativa de privação de liberdade.

Os adolescentes em conflito com a lei que entraram no sistema socioeducativo baiano, no recorte desta pesquisa, eram procedentes da Capital, RMS e do interior do Estado. Os procedimentos legais foram os mesmos, salvo alguns serviços que não foram ofertados, que será discorrido nas considerações finais.

Para aqueles que infracionaram em Salvador a rotina de entrada, em sua maioria, acontecia por prepostos das Polícias Civil ou Militar, após encaminhamentos na Delegacia para Adolescente Infrator (DAI), em que o(a) Delegado(a) verificava se o ato infracional tinha sido cometido com violência ou grave ameaça à pessoa. Quando praticado sem

violência ou grave ameaça à pessoa (furto, por exemplo), a autoridade policial optava pela lavratura do auto de apreensão do adolescente e boletim de ocorrência circunstanciada e o liberava. Quando liberado, era entregue aos pais/responsáveis que assumiriam o compromisso de apresentá-lo à Promotoria de Justiça, e essa última, receberia o boletim de ocorrência circunstanciada por meio da Unidade Policial.

Quando praticado com violência ou grave ameaça à pessoa era formalizado o auto de apreensão em flagrante do(a) adolescente e encaminhado para o PA, onde seria submetido a audiência na Vara da Infância e da Juventude. Após o crivo da autoridade judicial e das vistas do MP, havia conferência da documentação (identificação pessoal, auto de apreensão e comprovante de realização de exame de corpo de delito).

Se o(a) adolescente fosse admitido(a) no sistema socioeducativo, passava por revista pessoal e higiene, triagem de saúde e recebia refeições enquanto estivesse no PA. Na sequência, era registrado no (SIPIA) e/ou SINASE, que registra os dados de todos o(a)s adolescentes que acessam o sistema socioeducativo, inclusive, quando há reincidência. São dados agregados em nível municipal, estadual e nacional, criando uma matrícula. Dessa forma, passou a existir uma forma de consulta do histórico infracional para em seguida, promover o atendimento técnico inicial, coordenado por uma equipe multiprofissional, composta por profissionais de Psicologia, Serviço Social e Assistência Jurídica.

Nesse atendimento o(a) adolescente respondia um Relatório Técnico Inicial (RTI), com questões sociodemográficas, educacionais e epidemiológicas, e se houvesse, era feita a juntada de documentos relevantes tais como: RG, relatórios médicos, comprovantes escolares, receitas médicas, entre outros. Por fim, após confirmação de vagas pela regulação do sistema socioeducativo era encaminhado para uma unidade em Salvador ou Camaçari.

Os adolescentes oriundos do interior, que iriam cumprir MPP em Salvador ou já tinha sido sentenciado à medida de privação de liberdade, para cumprimento em unidades de Salvador ou na Região Metropolitana de Salvador (RMS), eram encaminhados pelas Comarcas para o PA de SSA, também em sua maioria, por prepostos das Polícias Civil ou Militar, que apresentavam o adolescente, juntamente com o boletim de ocorrência circunstanciada, e em seguida, passavam pela triagem de saúde e atendimento psicossocial para o preenchimento do Relatório Técnico Inicial, sendo encaminhado, após designação do setor de regulação para a unidade que houvesse vaga, respeitando os critérios de proximidade com o território de procedência, uma vez que a regulação era acionada pela autoridade judicial, antes mesmo do deslocamento do adolescente. Isto porque para haver o

encaminhamento de um adolescente de uma Comarca para o PA, uma decisão de MPP ou de privação de liberdade já tinha sido decretada, com a devida representação do MP e uma determinação do juiz da Vara, no interior. A passagem pelo PA era para registro do encaminhamento judicial, confirmação da regulação e preenchimento do relatório técnico inicial, não havendo atendimento no MP da capital, nem audiência com a Vara da Infância e Juventude de Salvador.

Todos os documentos relativos ao adolescente seguiam com ele, sob os cuidados de um(a) profissional designado(a), em geral socioeducadore(a)s de segurança, que o apresentavam na US de destino, sempre com a conferência na chegada, preferencialmente, por integrantes da área técnica, mas na sua ausência (finais de semana, feriados e à noite) o(a) coordenador(a) de segurança de plantão, o fazia. Esse adolescente recebia também um número de matrícula, por meio do SIPIA. Tanto os documentos pessoais (RG, Certidão de nascimento, relatórios médicos, carteira de vacinação, entre outros), quanto os documentos gerados nos procedimentos investigativos e judiciais, relativo ao ato infracional ao qual lhe fora imputada a autoria ou participação, tais como, o boletim de ocorrência e as oitivas ou sentença judicial, passavam a compor o seu prontuário no momento em que era admitido numa US.

Nas apresentações dos dias úteis e em horário administrativo, o adolescente e seus pertences eram entregues à equipe técnica multidisciplinar, que o entrevistava e definia o alojamento apropriado para ele, levando em consideração a idade, sua compressão física e o ato infracional, conforme prioritariamente, porque a condição de ser ou não reincidente também era analisada no momento de escolha do alojamento, obedecendo rigorosamente a separação por idade, compleição física e ato infracional.

Após a análise do relatório inicial e dos possíveis riscos à integridade física e psicológica do adolescente (em caso de participação em evento de grande comoção social, polêmico e de repercussão nas redes sociais ou que gerasse rivalidades entre grupos), analisava-se o melhor espaço para esse adolescente. Porém, havia uma praxe nas US's baianas do adolescente novato ficar em observação por uma semana, em um espaço reservado (comumente, na enfermaria) até que a equipe multidisciplinar pudesse definir o alojamento mais adequado para iniciar a medida.

Nessa inserção, ele recebia um número na US (nº no SIPIA), que possibilitava a vaga em um alojamento, com direito a uma comarca (cama) e um colchão, dois conjuntos de peças de roupas (calça jeans azul, short azul, uma camiseta e uma camisa brancas), um kit higiene (com escova, creme dental e xampu), logo em seguida seu prontuário era aberto

na Secretaria do Adolescente, com os documentos trazidos do PA. Todos esses dados eram lançados no prontuário. A partir desse momento as ações e serviços experienciados por um adolescente na US era registrado, principalmente, as informações relevantes para os relatórios avaliativos semestrais, elaborados pela equipe técnica multidisciplinar de referência que servia de base para a análise do juiz(a) acerca da manutenção, suspensão ou extinção da medida. O prontuário da enfermagem era mantido em armário próprio, mas as informações de atendimento e toda prescrição médica ou tratamento eram registrados, também, no prontuário geral do(a) adolescentes

Cada equipe era composta por um(a) profissional da psicologia, saúde, pedagogia, serviço social, jurídica e segurança. Os relatórios que produziam eram encaminhados periodicamente para a Vara da Infância e Juventude, responsável por acompanhar a medida socioeducativa, desde a entrada até a sua conclusão. Todos os documentos que adquirissem, certificados de cursos, inclusive seus registros escolares, eram lançados e/ou anexados nele. Trata-se de uma pasta que reúne um conjunto de informações oficiais do adolescente em medida socioeducativa desde o momento do ato infracional até o cumprimento da sentença, inclusive, os relatórios avaliativos das equipes, as participações em oficinas e cursos profissionalizantes, acompanhamento escolar e, também, as prescrições médicas, cartões de vacinação e possíveis atendimentos ambulatoriais e psiquiátricos.

Esse prontuário segue algumas premissas de segurança que estão assentadas nas normas estaduais e federais de dados sigilosos, que incluem adolescentes em medida socioeducativa.

Segurança orgânica na socioeducação

A guarda e armazenamento desses prontuários são realizados pelas Unidades Socioeducativas até o jovem completar 21 anos, e, após essa data, os prontuários são encaminhados para o arquivo central da Fundação da Criança e do Adolescente da Bahia (FUNDAC/BA). Que a partir de 2016 intensificou os mecanismos de segurança incorporando no cotidiano da US, de forma processual em formação continuada, algumas regulamentações que o Estado desenvolveu para a segurança e acesso de documentos e informações produzidas e, também, aquelas de cunho sigiloso, como as que envolve a socioeducação, por tratar de dados relativos a processos de adolescentes. A Lei nº12.618/12 é um exemplo delas, pois trata de uma norma que regulamenta o acesso às informações no âmbito da Bahia. Em seu Art. 20 prevê que “É dever do Estado controlar o

acesso e a divulgação de informações sigilosas produzidas por seus órgãos e entidades, assegurando a sua proteção”. No §1º dispõe sobre o acesso a divulgação e o tratamento de informação classificada como sigilosa, ficando restritas a pessoas que tenham necessidade de conhecê-la e que sejam devidamente credenciadas na forma do regulamento, sem prejuízo das atribuições dos agentes públicos autorizados por lei.

Em relação a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) nº 13.709/18, trata-se da regulamentação do tratamento de dados pessoais de clientes e usuários de empresas públicas ou privadas. Qualquer empresa que incluir em sua base informações de seus clientes, por mais básicas que sejam, como nome e e-mail, deve seguir os procedimentos previstos nessa lei. Os agentes de tratamento devem adotar medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito. Uma regulamentação fundamental para a socioeducação, uma vez que acessa aos dados dos adolescentes e seus familiares

Além das regulamentações de segurança orgânica, o Estado também prevê normas de segurança da Informação por meio da Superintendência de Gestão e Inovação (SGI) da Secretária de Administração do Estado da Bahia (SAEB). Ela visa prover a todos os órgãos e entidades da Administração Pública do Poder Executivo Estadual um conjunto de Normas que auxiliem na Gestão da Segurança da Informação em seus ambientes, elevando, assim, o nível de proteção de suas informações e demais ativos críticos. Trata-se de um conjunto de 17 normas que serve de guia na implementação de processos, mecanismos e procedimentos para o fortalecimento da segurança da informação, que passa por câmeras de videomonitoramento dentro e fora das unidades, mails e logins funcionais, entre outras medidas. As US`s estão submetidas a um Regimento Interno, comum a todas.

Trajetória no campo da pesquisa no período de pandemia da COVID-19

O acesso da pesquisadora às unidades foi devidamente informado a cada gerente, por conseguinte, foram designados funcionários para o controle na entrega dos prontuários, em espaço interno da unidade, ou seja, uma sala reservada, em que a pesquisadora usou meios próprios (notebook e HD externo) para coleta dos dados. O trabalho consistiu na leitura exploratória para o preenchimento da planilha pré-elaborada, em conjunto com a orientadora da pesquisa, que foi aplicada em todas as Unidades.

O ano de 2020 foi marcado por muitas incertezas, isto porque, em 25/03 o governo do Estado publicou diversos Decretos estabelecendo a rotina do ir e vir para a população da Capital, RMS e Interior, além é claro, de definir como se daria a operacionalização das várias áreas dos serviços públicos e privados durante a Pandemia da COVID-19.

A pesquisa em questão não teve contato direto com o(a)s adolescentes privado(a)s de liberdade, apenas acessou às Unidades para coletar os dados dos prontuários nas respectivas secretarias do(a)s adolescente. Portanto, foi imperativo aguardar um momento de arrefecimento da pandemia, para acesso às dependências e aos funcionários de cada unidade. Nesse ínterim, foram feitas as tratativas com a gerência geral de medida socioeducativa, em meio fechado, na qual funciona as coordenações das diversas áreas de atuação da socioeducação, tais como: atendimento, segurança, assistência jurídica, saúde, educação, profissionalização e esporte. Nessa gerência, foram reiteradas solicitações de apresentação do calendário de pesquisa, com início autorizado no final do 1º semestre de 2022, no mês de maio.

Vale pontuar que o Núcleo de Saúde Mental, que integrava a coordenação de saúde da referida gerência, foi criado em 2018, oriundo da demanda de duas coordenações: segurança e assistência jurídica aos educandos. Elas sinalizavam desde 2016, comportamentos de risco a integridade física e psicológica dos adolescentes, em relação aos pares e a si próprio, e também aos colaboradores, demandando maior atenção da segurança socioeducativa, por conflitos, com registros de sofrimento psíquico e violências autoprovocadas. Assim, a pesquisadora solicitou desse núcleo de saúde mental, com a participação das outras coordenações mencionadas, a relação de adolescentes que apresentaram comportamento suicida, entre os anos de 2016 e 2019, obtendo-a em abril de 2021.

As secretarias dos adolescentes de cada US disponibilizaram uma sala e um funcionário(a) para acompanhar a retirada dos prontuários, das 9h às 17h. Ao final de cada dia era feita a devolução dos mesmos. O levantamento por unidade levou em média uma semana, sendo 6 horas de trabalho, durante 25 dias, ou seja, uma média de 30 horas semanais, totalizando 150h para completar o levantamento nas 5 unidades, com preenchimento de uma planilha de dados pré definida com a orientadora da pesquisa.

Alguns prontuários não foram encontrados e uma nova lista foi enviada à Gerência para a consulta no arquivo geral da instituição, um total de 10. Após o levantamento nas unidades, a pesquisadora se dispôs a coletar esses dados, uma vez que esses educandos eram egressos e, quando completaram 21 anos, seus prontuários foram remetidos a unidade

central para o arquivamento definitivo, pois não teriam qualquer possibilidade de uma nova entrada no sistema socioeducativo, em função da idade, conforme previsto no Art.

Caracterização da amostra

As variáveis estudadas foram agrupadas em blocos, sendo eles: sociodemográfico, socioeducativo, epidemiológico e de estratégias de enfrentamento ao comportamento suicida.

Sociodemográfico: idade, gênero, raça/cor, grau de escolaridade, renda familiar e referência familiar (pai, mãe, ambos, avó, inexistente ou outros).

Socioeducativo: ato infracional - se reincidente ou não, tempo de medida e relação com Organização Criminosa (ORCRIM).

Epidemiológico: histórico de tentativas de suicídio, diagnóstico psiquiátrico antes e durante a MSPL, uso de substâncias psicoativas (tipo), emergência psiquiátrica durante a medida, violência na medida e comportamento suicida (ideação, planejamento, tentativa de suicídio e suicídio).

Estratégias de enfrentamento do comportamento suicida: serviços de saúde interno e externo, psicofármacos, campanhas de prevenção do suicídio, atendimento às famílias.

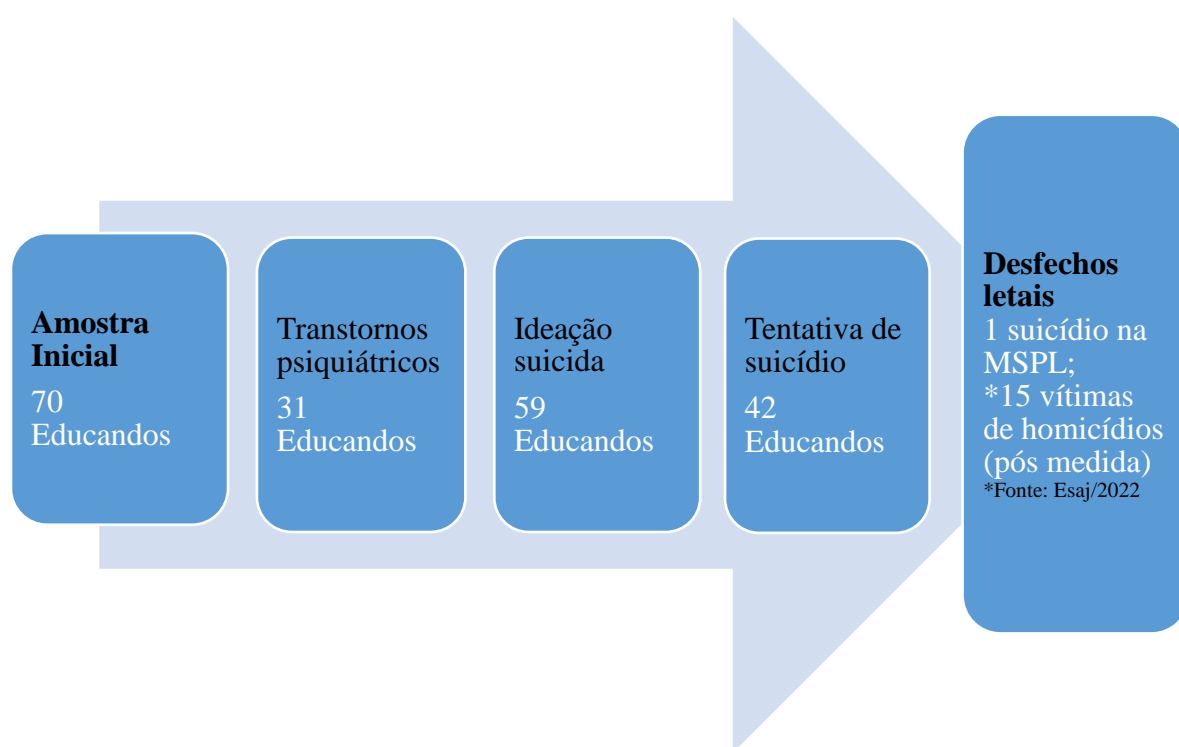
Em relação aos aspectos éticos, considerou-se os princípios e normas éticas estabelecidas pelas Resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012, 2016). O projeto de pesquisa foi autorizado pela Instituição Coparticipante, por meio da carta de anuência e do Termo de Concordância para a disponibilização dos dados e acesso aos prontuários, autorizando a realização da pesquisa, conforme portaria 332/20217 da FUNDAC Bahia, que integra o processo SEI nº 055.3942.2020.0002013.

6. RESULTADOS

Os resultados apresentados no Gráfico 2, representam a trajetória de 70 adolescentes em conflito com a lei, entre 2016 e 2019, que ao ingressar nas Unidades Socioeducativas (US's) de privação de liberdade, apresentaram comportamento suicida, sendo que, ao longo desse período de privação, 31(44%) tiveram relatórios com diagnósticos de transtorno mental anexados em seus prontuários; 59(84%) apresentaram ideiação suicida, e 42(60%)

tentaram o suicídio dentro dessas US's. Ao final, constatou-se que ocorreu um suicídio de uma adolescente, durante a MSPL e, que 15(quinze) dos adolescentes que compuseram a amostra, ao sair das US's sofreram Crimes Violentos, Letais e Intencionais (CVLI), ou seja, Causas Externas (CE), que não exclui a possibilidade de terem ocorrido suicídios. Contudo, essa possibilidade de detalhamento da informação sobre o tipo de CE não consta nos registros do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, no site de consultas públicas de registro civil.

GRÁFICO 2. DEMONSTRATIVOS DA AMOSTRA (N=70)



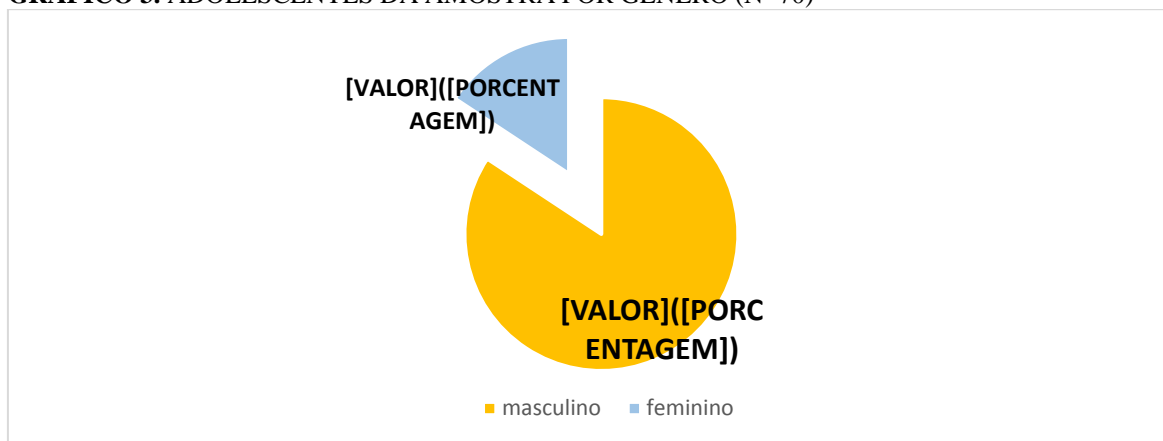
Fonte: A autora, (2023)

Perfil Sociodemográfico (N=70)

A amostra foi constituída por 70 adolescentes, configurando 11(16%) do gênero feminino e 59(84%) do gênero masculino, como demonstrado no Gráfico 3. Todos regulados pelo sistema socioeducativo de distribuição de vagas, em que envolvia as 05 (cinco) US's. A partir de agosto de 2018, o total de Unidades Socioeducativas passou para

06 (seis), em função da reabertura de uma, fora interdita pela Vara da Infância, em 2015 (por apresentar problemas estruturais, no interior do Estado.

GRÁFICO 3. ADOLESCENTES DA AMOSTRA POR GÊNERO (N=70)



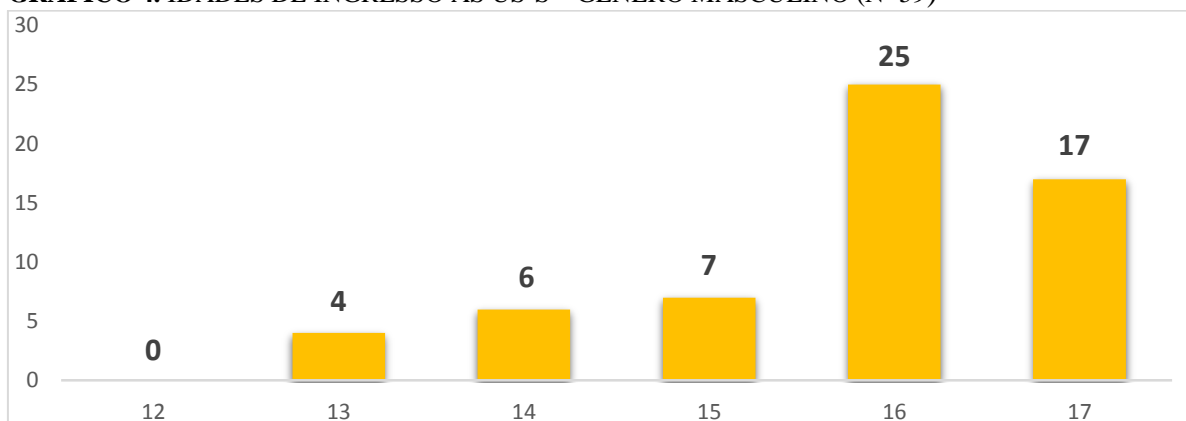
Fonte:Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

GÊNERO MASCULINO

Esse recorte da amostra possuiu N=59, tendo predominantemente, como idades de ingresso: 16 anos, 25(42%); e 17 anos, 17(29%). Houve registros também, de adolescentes com idades de 13 a 15 anos, conforme Gráfico 4, a seguir.

Importante salientar a ocorrência de comportamento suicida em todas as idades e, uma elevação, referente aos que entraram no sistema socioeducativo aos 16 anos.

GRÁFICO 4. IDADES DE INGRESSO ÀS US`S – GÊNERO MASCULINO (N=59)



Fonte:Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

Quanto à raça/cor, houve maior incidência na autodeclaração negra, com 49(83%) desse recorte da amostra, conforme Tabela 1.

TABELA 1. RAÇA/COR – GÊNERO MASCULINO (N=59)

	n	%
Negra*	49	83
Branca	7	12
NR**	2	4
Indígena	1	2

FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

*Soma de pretos e pardos

**NR – Não Registrado

A referência familiar preponderante foi a de mãe/irmãos/avós/tias, com 24(41%), a segunda foi a de Mãe e Padrasto 15(25%), como demonstrado na Tabela 2

TABELA 2. REFERÊNCIA FAMILIAR – GÊNERO MASCULINO (N=59)

	n	%
Mãe/irmãos/avós/tias	24	41
Mãe e Padrasto	15	25
Mãe e Pai	8	14
Mãe	7	12
Pai	0	0
Avó	1	2
Pai e irmãos	2	3
Pai e madrasta	1	2
Tio ou Tia	0	0
Irmão ou Irmã	0	0
Situação de rua	1	2

Fonte: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

Quanto a renda familiar, houve predominância da faixa de 1 a 2 salários mínimos, correspondendo a 29(49%). Os Não Registrados (NR), com 16(27%), seguidos de 12(20%) relativo à renda menor que 1 salário mínimo, representadas na Tabela 3.

TABELA 3. RENDA FAMILIAR – GÊNERO MASCULINO (N=59)

	N	%
1-2 SM	29	49
NR	16	27
< 1SM	12	20
> 2 SM	2	3

FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

O abandono escolar, antes da medida, retratado na Tabela 4, foi constatado por meio de questionário aplicado aos adolescentes na chegada ao Pronto Atendimento (PA) socioeducativo, com 55(93%) de adolescentes, nessa condição.

TABELA 4. ABANDONO ESCOLAR ANTES DA MCP/MSPL – GÊNERO MASCULINO (N=59)

	N	%
Abandono Escolar		
Sim	55	93
Não	4	7

FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

Quanto ao grau de escolaridade, essa informação foi coletada nos registros de matrícula das escolas nas US`s. Preponderando o Ensino Fundamental I e II, com 27(46%) e 23(40%) respectivamente, como demonstrado na Tabela 5.

TABELA 5. GRAU DE ESCOLARIDADE – GÊNERO MASCULINO (N=59)

	n	%
Fundamental 1	27	46
Fundamental 2	23	40
Analfabeto	3	5
Ensino Médio	3	5

FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

O perfil relativo à procedência ficou caracterizado por 46(78%) da amostra masculina, oriunda do interior do Estado. Conforme indica a Tabela 6, a seguir.

TABELA 6. PROCEDÊNCIA – GÊNERO MASCULINO (N=59)

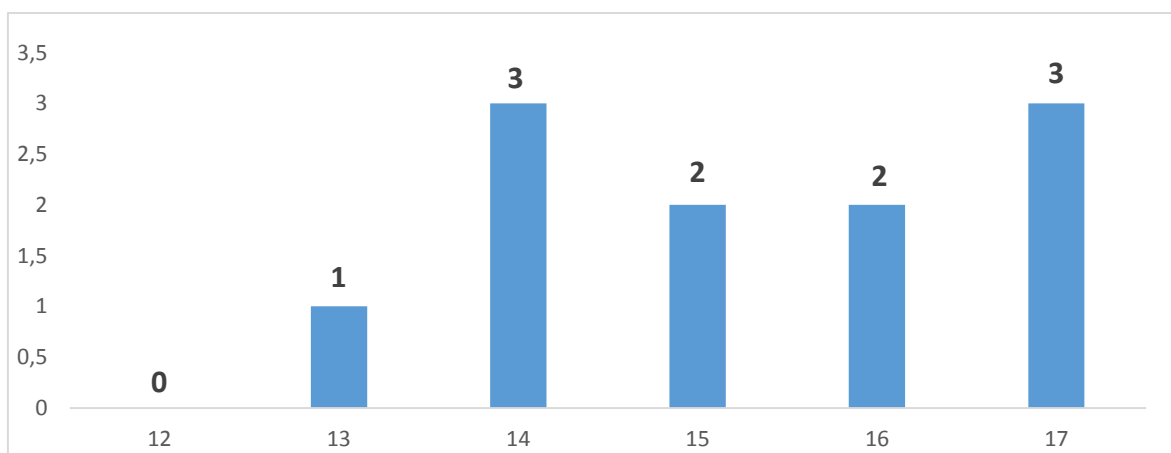
	N	%
Interior	46	78
Capital	10	17
Outros estados	1	2
RMS	2	3

FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

GÊNERO FEMININO

Observou-se a presença reduzida de adolescentes do gênero feminino, N= 11, em comparação com o público adolescente masculino, N=59. Em relação às idades de ingresso não houve uma predominância específica, porém, foi constatado a presença de adolescentes de tenra idade, 13 e 14 anos, conforme Gráfico 5.

GRÁFICO 5. IDADES DE INGRESSO ÀS US– GÊNERO FEMININO (N=11)



FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

No quesito raça/cor, a autodeclaração negra prevaleceu, em 11(100%) desse recorte da amostra, de acordo com a Tabela 7.

TABELA 7. RAÇA/COR – GÊNERO FEMININO (N=11)

	n	%
Negra*	11	100
Branca	0	0
Indígena	0	0
Amarela	0	0

FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativo ao período de 2016-2019

*Soma de pretos e pardos

Nesse grupo, também houve a predominância da referência familiar de mãe/irmãos/avós/tias, com 4(36%). As Adolescentes com históricos de situação de rua, que não contam com qualquer suporte familiar, corresponderam a 2(18%)% da amostra, conforme Tabela 8.

TABELA 8. REFERÊNCIA FAMILIAR – GÊNERO FEMININO (N=11)

	n	%
Mãe/irmãos/avós/tias	4	36
Mãe e Padrasto	0	0
Mãe e Pai	1	9
Mãe	0	0
Pai	0	0
Avó	1	9
Pai e irmãos	0	0
Pai e madrasta	0	0
Tio ou Tia	2	18
Irmão ou Irmã	1	9
Situação de rua	2	18

FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

No quesito renda familiar, quase a metade das adolescentes, 5(45%), sobrevivia com renda de 1 a 2 salários mínimos e, 3 (27%), com menos de um salário, conforme Tabela 9.

TABELA 9. RENDA FAMILIAR – GÊNERO FEMININO (N=11)

	N	%
1-2 SM	5	45
< 1SM	3	27
NR*	2	18
> 2 SM	1	9

FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

*NR – Não Registrado

O abandono escolar, antes do ingresso ao ambiente socioeducativo de meio fechado, foi um dado bastante relevante, 8(73%) desse grupo, representado na Tabela 10. A informação foi coletada do relatório inicial aplicado no PA pela equipe técnica multidisciplinar, responsável pelo primeiro levantamento do histórico sociodemográfico que irá ingressar em uma US. Essa informação era anexada ao prontuário.

TABELA 10. ABANDONO ESCOLAR ANTES DA MCPP/MSPL – GÊNERO FEMININO (N=11)

	N	%
Sim	8	73
Não	2	18
NR*	1	9

FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

*NR – Não Registrado

Constatou-se que o retorno escolar dessas adolescentes, dentro das US`s, deu-se no Ensino Fundamental, representado por ambos os níveis, I e II, correspondendo a 4(36%). Notou-se que 3(27%) estavam cursando o ensino médio, conforme Tabela 11.

TABELA 11. GRAU DE ESCOLARIDADE – GÊNERO FEMININO (N=11)

	n	%
Analfabeta	0	0
Fundamental 1	4	36
Fundamental 2	4	36
Ensino Médio	3	27

FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

Quanto a procedência, a maioria do interior do Estado, quadro semelhante ao masculino. Configurando 7(64%) da amostra, conforme Tabela 12, a seguir.

TABELA 12. PROCEDÊNCIA – GÊNERO FEMININO (N=11)

	N	%
Interior	7	64
Capital	3	27
RMS	1	9

FONTE:Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

Adolescentes em unidades superlotadas - 2016 a 2019

As US's, na Bahia, possuíam há época capacidades máximas de ocupação previstas pelo órgão gestor da medida em meio fechado. A Tabela 13, logo abaixo, apresenta os percentuais de lotação, por ano.

TABELA 13. POPULAÇÃO NAS US'S, POR ANO - 2016 A 2019 (CONDIÇÕES DE OCUPAÇÃO)

US	Capacidade	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%
MSPL1 Masculina (SSA)	140	238	170	293	209	278	199	201	144
MCPP1* Masculina (SSA)	40	95	238	62	155	50	125	48	120
MCPP/MSPL2** Feminina	35	17	49	19	54	34	97	26	74%
MSPL3 Masculina (SSA)	95	98	103	97	102	115	121	118	124
MSPL4 Masculina (RMS)	72	62	86	76	106	92	128	87	121
MCPP/MSPL5 Masculina (Interior)	90	89	99	96	107	86	110	101	127
MCPP/MSPL6 Masculina (Interior)***	80	-	-	-	-	28	35	35	44
****Total	472	599	127	643	136	695	120	629	114

FONTE:Dados processados pela pesquisadora, relativo ao período de 2016-2019

*Unidade de MCPP – situada no mesmo endereço da MSPL1 de SSA.

**A única US Feminina da Bahia, situada em Salvador, MCPP/MSPL

*** US interditada em 2015, reaberta em agosto de 2018

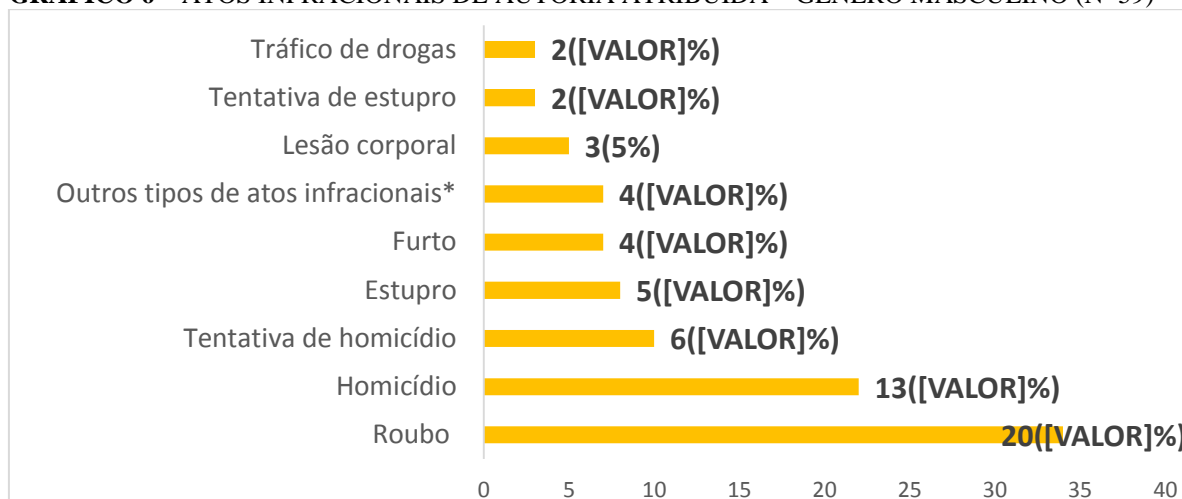
**** As lotações foram representadas por médias percentuais populacionais das US's, por ano. Em 2018 uma US foi reaberta, portanto, a capacidade passou a incluir esse valor, totalizando 552.

GÊNERO MASCULINO

Para o gênero masculino, conforme Gráfico 6, a seguir, a maioria das decisões judiciais para as MCPP e MSPL estavam relacionadas ao ato infracional análogo ao crime de roubo 20(34%). Em segundo lugar, ficou o ato análogo ao homicídio, com percentual de

13(22%), e a particularidade desse dado é que houve predominância na região Sul do Estado.

GRÁFICO 6 – ATOS INFRACIONAIS DE AUTORIA ATRIBUÍDA – GÊNERO MASCULINO (N=59)



FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

*(tentativa de estupro, porte ilegal de arma, tortura e incêndio).

Na Tabela 14, a seguir, constata-se que apenas 3(5%) da amostra obteve decisão de liberação após cumprimento da MCPP, e 41(69%), foram sentenciados a cumprir medida socioeducativa de privação de liberdade.

TABELA 14. ENCAMINHAMENTO JUDICIAL – GÊNERO MASCULINO (N=59)

	n	*Idade Média	%
MCPP/MSEI	41	15	69
MSPL	7	15	12
MCPP	3	14	5

FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativo ao período de 2016-2019.

*A idade média corresponde ao cálculo das idades no momento do ingresso à US.

É relevante apresentar os dados sobre reincidência em atos infracionais que ocasionaram a decisão de privação de liberdade. Isso porque, 16(27%) estavam reincidindo e 43(73%) dos adolescentes desse grupo, com média de idade de 15 anos, era a primeiro ingresso no sistema socioeducativo de restrição de liberdade, conforme Tabela 15.

TABELA 15. REINCIDÊNCIA – GÊNERO MASCULINO (N=59)

	n	Idade Média	%
1º Ingresso	43	15	73
Reincidência	16	15	27

FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativo ao período de 2016-2019.

*A idade média corresponde ao cálculo das idades no momento do ingresso à US.

Em relação ao tempo de cumprimento da medida, 7(20%) cumpriram até 06 seis anos de privação de liberdade. Os demais, 52(80%), cumpriram de 1 ano 5(8%) a 3 anos 9(15%). A predominância foi de 2 anos na MSPL, 15(25%). De acordo com a Tabela 16.

TABELA 16. TEMPO DE MEDIDA – GÊNERO MASCULINO (N=59)

	n	*Idade	%
	Média		
0-6	7	15	20
07-12	5	15	8
13-18	12	16	20
19-24	15	16	25
25-30	11	15	19
31-36	9	15	15

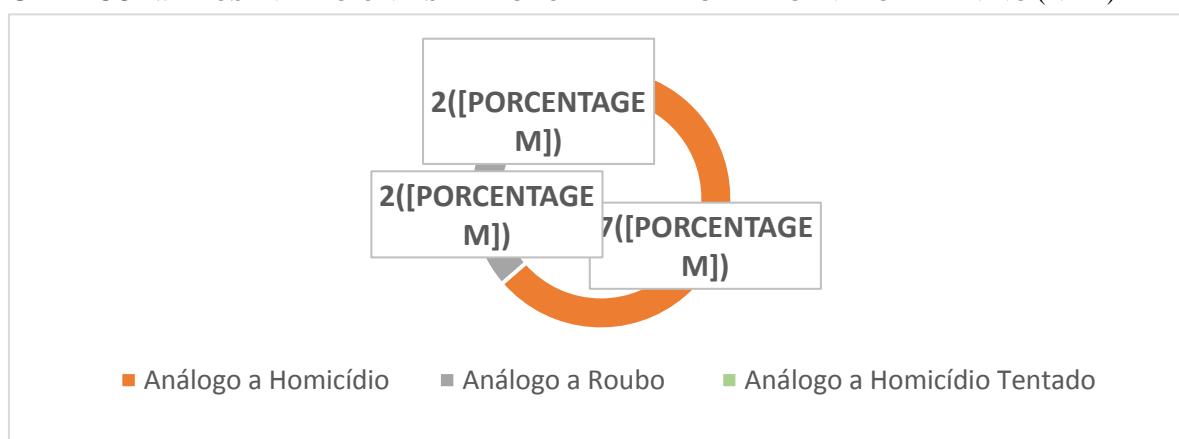
FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativo ao período de 2016-2019

*A idade média corresponde ao cálculo das idades no momento do ingresso à US.

GÊNERO FEMININO

Para as 11 adolescentes, o ato infracional predominante foi o análogo ao homicídio 7(64%), seguido pelo homicídio tentado e roubo, ambos com 2(18%), conforme Gráfico 7.

GRÁFICO 7.: ATOS INFRACIONAIS DE AUTORIA ATRIBUÍDA - GÊNERO FEMININO (N=11)



FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

A reincidência corresponde a 4(36%), e 7(64%) representando as adolescentes no primeiro ingresso, ou seja, pela primeira vez no sistema, conforme Tabela 17.

TABELA 17. REINCIDÊNCIA – GÊNERO FEMININO (N=11)

	n	* Idade Média	%
1ª Ingresso	7	15	64
Reincidência	4	15	36

FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019.

*A idade média corresponde ao cálculo das idades no momento do ingresso à US.

Evidencia-se na Tabela 18, que 100% do gênero masculino da amostra, cumpriu MSPL. E que todas cumpriram mais de 1 ano de privação, com duração de 1 a 3 anos. Observa-se valores iguais, tanto para o período de 1 a 1,5 ano, quanto para o de 2 a 2,5 ano, 4(36%).

TABELA 18. TEMPO DE MEDIDA – GÊNERO FEMININO (*N=11)

Meses	n Média	**Idade	%
0-6	0	0	0
07-12	0	0	0
13-18	4	15	36
19-24	2	14	18
25-30	4	15	36
31-36	1	15	9

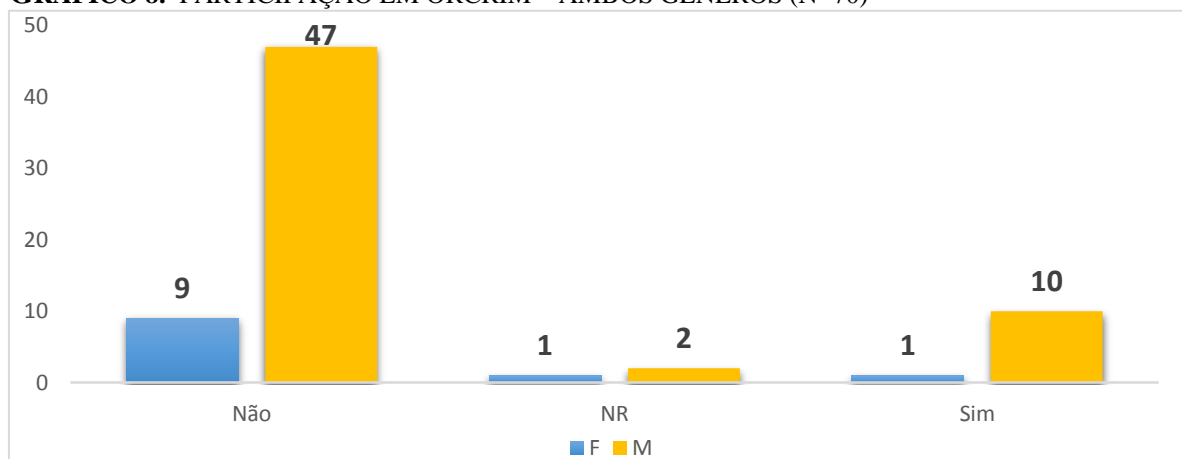
FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

*03 das 11 adolescentes cumpriram medida cautelar de privação de liberdade (MCP) e em seguida a MSPL.

**A idade média corresponde ao cálculo das idades no momento do ingresso à US

Quanto a participação de adolescentes da MCP/MSPL em Organização Criminosa (ORCRIM), de ambos os gêneros, percebeu-se em números absolutos, não foi expressiva, como demonstrado no Gráfico 8.

GRÁFICO 8. PARTICIPAÇÃO EM ORCRIM – AMBOS GÊNEROS (N=70)



FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

Perfil epidemiológico (N=70)

Trataremos aqui da caracterização do quadro de saúde desse(a)s adolescentes. Em relação ao histórico de utilização de substâncias psicoativas ilegais e legais, antes da MCP/MSPL, constatou-se que a substância mais utilizada por ele(a)s foi a maconha, com 51(73%). Em segundo e terceiro lugares ficaram as substâncias psicoativas legais - cigarro e o álcool - que apresentaram um quantitativo semelhante de uso pelos adolescentes, 30(43%) e 28(40%) respectivamente, seguidos pela cocaína, com 26(37%). O cigarro e álcool foram as drogas mais associadas a outras drogas ilícitas. Os valores representados na Tabela 19, representaram o uso concomitante de mais de uma droga, por parte dos adolescentes, antes da medida socioeducativa.

TABELA 19. SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ANTES DA MSPL – AMBOS GÊNEROS (N=70)

SUBSTÂNCIAS*	F	M	USO	%**
Maconha	6	45	Frequente	73
Cigarro	5	25	Frequente	43
Álcool	3	25	Frequente	40
Cocaína	5	21	Frequente	37
Crack	4	7	Frequente	16

FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

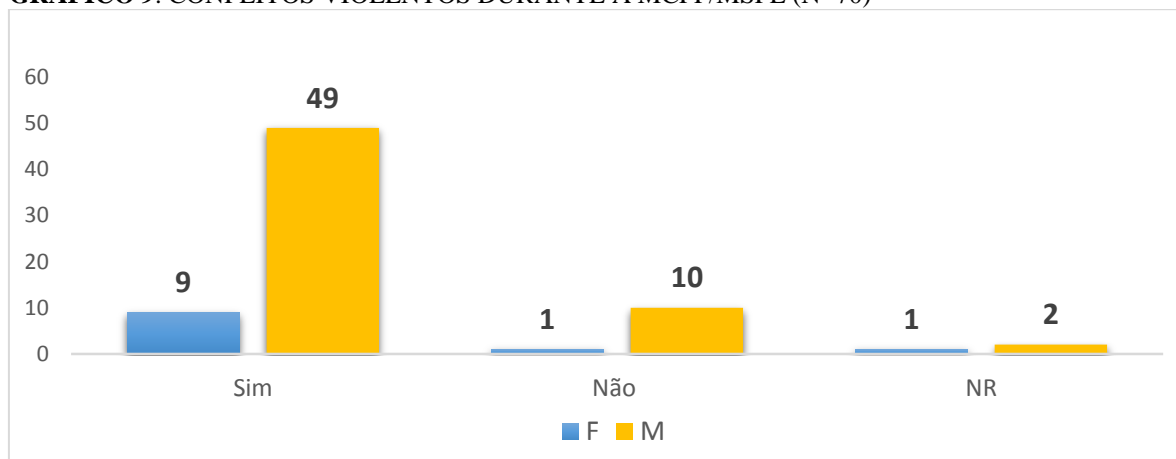
*Alguns do(a)s educando(a)s usavam mais de uma substância psicoativa.

** A soma dos percentuais ultrapassa 100% pela utilização de mais de uma substância ao mesmo tempo.

Outro dado significativo refere-se aos eventos de violências – física, psicológica, moral, entre outras, nos ambientes das US`s envolvendo esse(a)s adolescentes. Houve registro de conflitos entre os adolescentes, bem como entre eles e funcionário(a)s, representado por 47 (80%) envolvendo o gênero masculino. Para o feminino, também

houve envolvimento em conflitos e episódios de violências, entre quase todas as adolescentes 9(82%), conforme Gráfico 9.

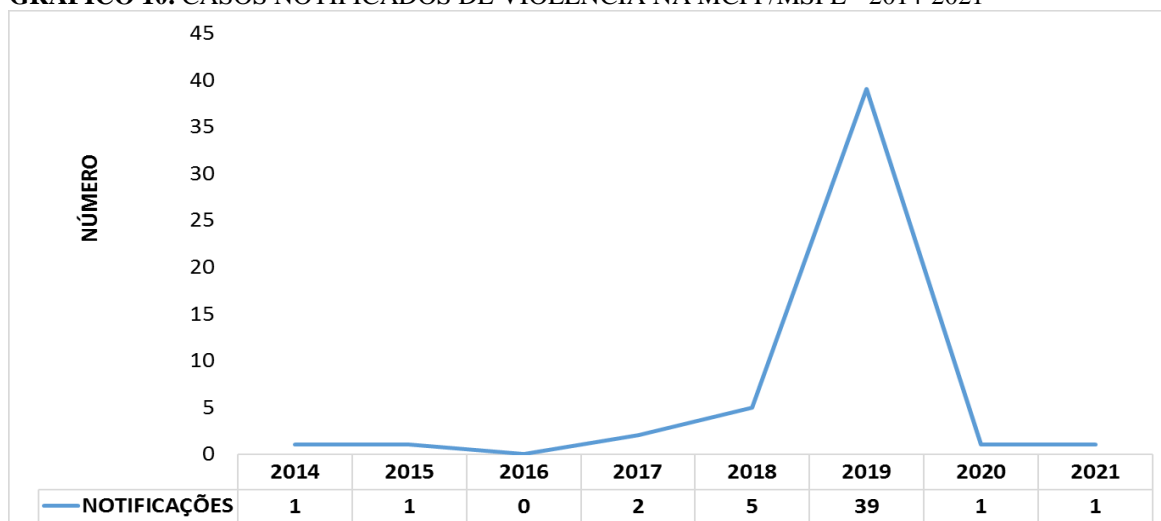
GRÁFICO 9. CONFLITOS VIOLENTOS DURANTE A MCPP/MSPL (N=70)



FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativo ao período de 2016-2019

No Gráfico 10 há registros de notificações de violência entre os educandos das US's de Salvador, de 2014 a 2021, disponibilizado, em 2019, pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, para as equipes técnicas das Unidades.

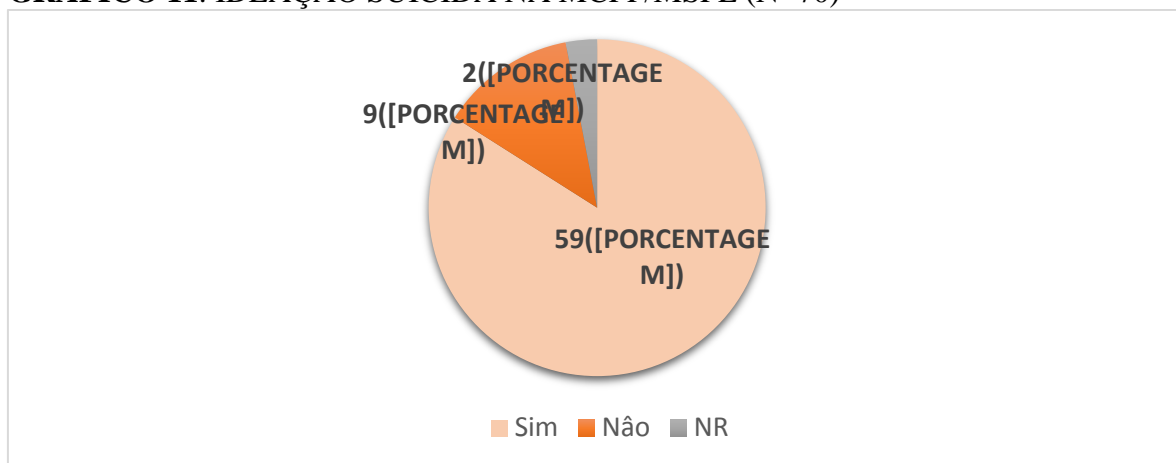
GRÁFICO 10. CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA NA MCPP/MSPL - 2014-2021



Fonte: SMS, SUIS, SINAM/2022

Os adolescentes que sinalizaram ideação suicida da amostra foram 59(84%). No detalhamento por gênero, constatou-se que as adolescentes em sua totalidade, 11(100%), comunicaram ideação à equipe técnica, na US Feminina. E quanto ao gênero masculino, houve a comunicação de ideação de 48(81%) deles, conforme demonstrado no Gráfico 11, a seguir.

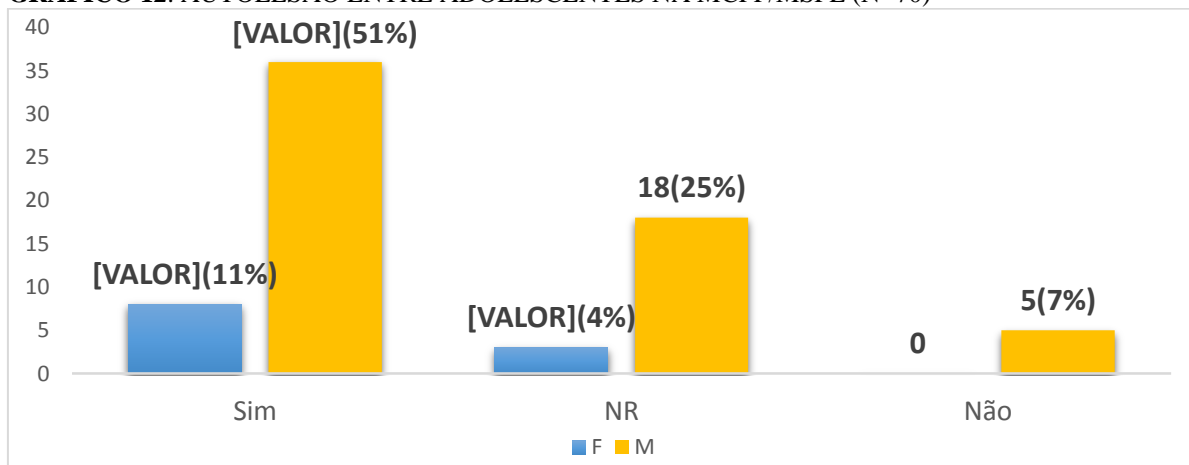
GRÁFICO 11. IDEACÃO SUICIDA NA MCPP/MSPL (N=70)



FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

Quanto aos dados de autolesão, no Gráfico 12, nota-se que entre o gênero feminino, 8(73%) delas se envolveram em situações de autolesão. O gênero masculino teve 36(61%), de registros. O número de Não Registrados (NR) foi significativo para ambos os gêneros, aproximadamente 30%.

GRÁFICO 12. AUTOLESÃO ENTRE ADOLESCENTES NA MCPP/MSPL (N=70)



FONTE: Dados processados pela pesquisadora relativos ao período de 2016-2019

Os adolescentes com diagnósticos de transtornos mentais, anteriores à decisão judicial, com acompanhamento no CAPS, em seus territórios de origem, e que tiveram posterior decisão judicial de encaminhamento para às US`s, correspondeu a 28(40%). Na Tabela 20, seguem os CIDs definidos nos relatórios psiquiátricos dos prontuários, com caracterização por gênero.

TABELA 20. CIDS ANTES DA MCPP/MSPL – AMBOS GÊNEROS (N=28*)

CIDs	F	M	%
F19 (Transtorno mental - uso de múltiplas drogas)	2	4	14
F20 (Esquizofrenia)	-	2	7
F23(Transtorno psicótico agudo)	-	1	4
F29 (Psicose não orgânica não especificada)	-	2	7
F31 (Transtorno Bipolar)	-	1	4
F32.1 (Depressão moderada)	-	5	18
F32.3 (Episódio depressivo grave-psicótico)	-	1	4
F60 (Transtorno de personalidade)	-	4	14
F91 (Transtorno de conduta)	-	5	18
R44 (alucinações)	-	1	4

FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

*Foram relacionados 28 adolescentes com diagnóstico psiquiátrico da amostra, por isso N=28.

Proporcionalmente, a maior frequência de diagnóstico de transtornos mentais ocorreu entre o gênero masculino 26(93%), sendo que, se agrupando os quadros que poderiam representar psicose ou ruptura com a realidade, os números se tornariam mais expressivos, chegando a 8(29%) do total de adolescentes, desse recorte. Para o gênero feminino, especificamente, ocorreu 2(7%) dos casos diagnosticados.

Os encaminhamentos de adolescentes com transtornos psiquiátricos para os CAPS, durante a MCPP/MSPL, corresponderam a 31(44%), conforme Tabela 21. Tanto para os que já eram acompanhados em seus territórios de origem, quanto para aqueles que apresentaram indícios de transtornos e/ou sofrimento psíquico durante a privação de liberdade. O percentual de adolescentes que não tiveram acompanhamento especializado em CAPS foi de 34(49%).

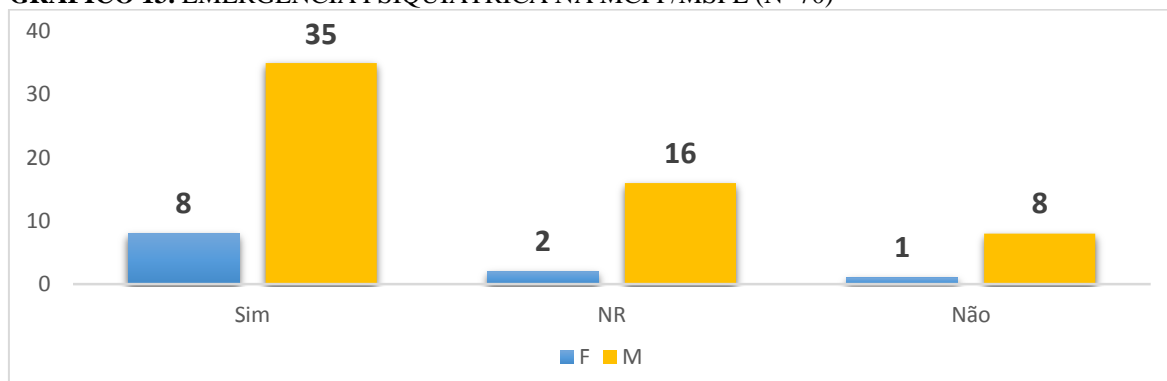
TABELA 21. ACOMPANHAMENTO EM CAPS DURANTE A MCPP/MSPL – AMBOS GÊNEROS (N=70)

CAPS durante A MSPL	F	M	%
Não	8	26	49
Sim	3	28	44
NR	-	5	7

FONTE: Dados processados pela pesquisadora relativos ao período de 2016-2019

As conduções para emergências psiquiátricas, relativas ao sofrimento psíquico desse(a)s adolescentes, representaram 43(61%) dos encaminhamentos, para o Pronto Atendimento (PA) Psiquiátrico, em Salvador e no interior, de acordo com o Gráfico 13.

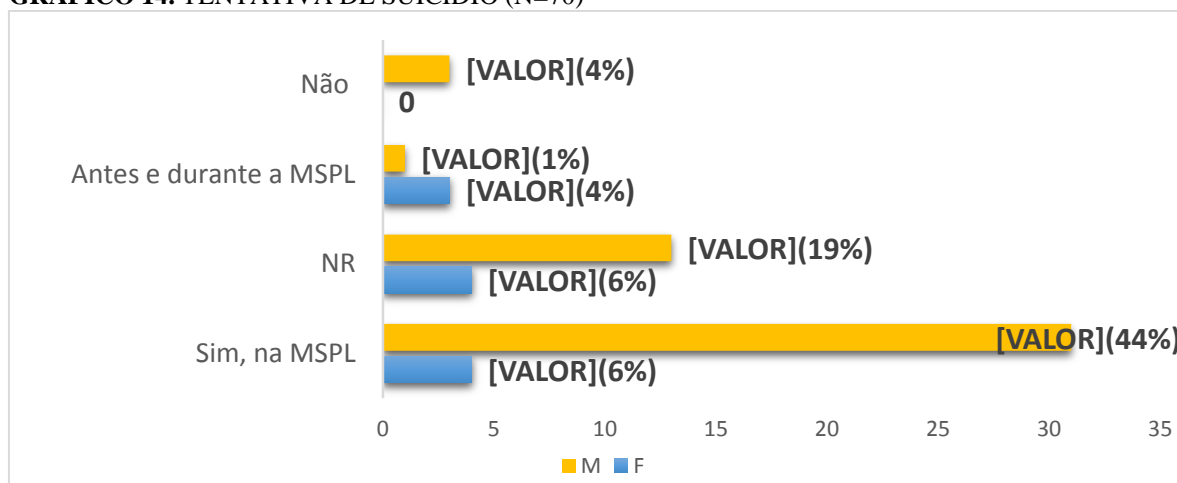
GRÁFICO 13. EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA NA MCPP/MSPL (N=70)



FONTE: Dados processados pela pesquisadora relativo ao período de 2016-2019

O percentual de tentativas ocorridas antes/durante da MCPP/MSPL, foi de 6%. Ou seja, adolescentes que tentaram suicídio nos dois momentos, em liberdade e privado(a)s de liberdade. Quanto aos registros dessas tentativas, 03 deles, foram do gênero feminino, e 1(1%) do gênero masculino. Durante a MSPL, ocorreram 35(50%) tentativas, proporcionalmente, ambos os gêneros foram representados por quantitativos significativos, 31(44%) do gênero masculino e 4(6%) do feminino. Importante atentar para o quantitativo de NR, 17(35%), como demonstrado no Gráfico 14.

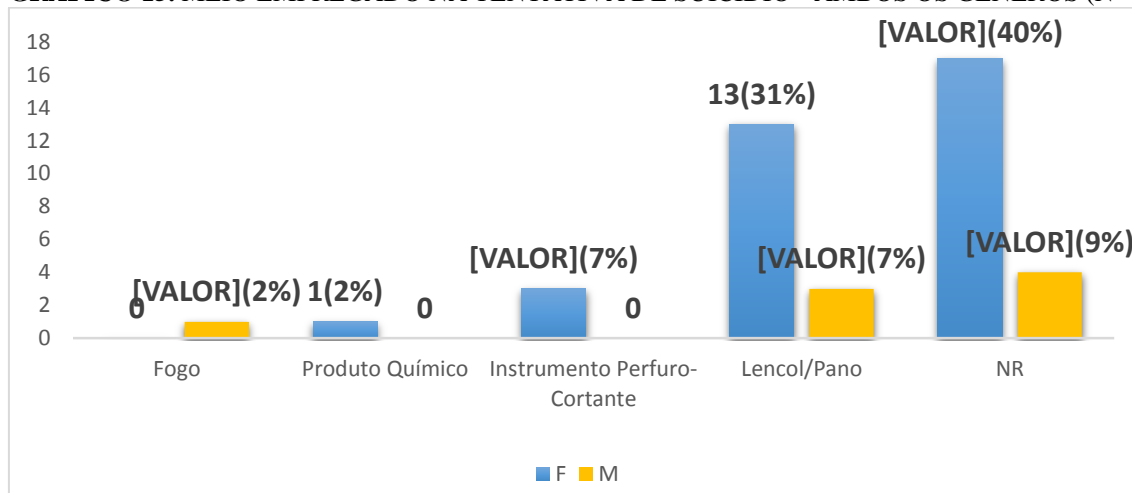
GRÁFICO 14. TENTATIVA DE SUICÍDIO (N=70)



FONTE: Dados processados pela pesquisadora relativos ao período de 2016-2019

Em relação ao meio empregado nas tentativas de suicídio, no Gráfico 15, foram relacionados os objetos mais utilizados, para os 42 casos registrados. Lençóis/panos, foram os principais meios, com 16(38%). Entretanto, mesmo havendo registro das tentativas, o percentual de NR para os registros dos meios utilizados nessas ocorrências, foi de 21(50%), entre os dois gêneros.

GRÁFICO 15. MEIO EMPREGADO NA TENTATIVA DE SUICÍDIO - AMBOS OS GÊNEROS (N*=42)



FONTE: Dados processados pela pesquisadora relativos ao período de 2016-2019

*Total de 42 notificações do meio empregado para tentativas de suicídio.

Prevenção e posvenção do suicídio (N=70)

As ações de prevenção do suicídio referidas nos prontuários, em sua maioria, sinalizaram para a ação da equipe técnica de referência, lotada na US, juntamente com a prescrição de psicotrópicos por parte do médico Psiquiatra, que atendia em várias Unidades, correspondendo a 34(49%). Em seguida, as ações conjugadas com a equipe técnica e os CAPS, em sua maioria, representando 27(39%), e 9(13%) Não Registrados (NR), conforme Tabela 22, a seguir.

TABELA 22. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA MSPL- AMBOS OS GÊNEROS (N=70)

Ações de prevenção	F	M	%
Atendimento Interno da US + Psicotrópicos	8	26	49
Atendimentos Interno + Externo*+Psicotrópicos	3	24	39
NR	-	9	13

FONTE: Dados processados pela pesquisadora relativos ao período de 2016-2019

*Saídas para CAPS e serviços de Psicologia, em concordância com a Vara da Infância.

Na Tabela 23, a seguir, consta um suicídio no período de 2016 a 2019, na US Feminina, que compõe a amostra de pesquisa deste trabalho. A mesma US teve 100% de casos de ideação suicida, conforme demonstrado no Gráfico 10. Ou seja, as 11 adolescentes comunicaram ideação suicida.

TABELA 23. SUICÍDIO NA MCPP/MSPL – AMBOS OS GÊNEROS (N =70)

Suicídio	F	M	%
Não	10	59	99
Sim	1	-	1

FONTE: Dados processados pela pesquisadora relativos ao período de 2016-2019

Em função da ocorrência de suicídio ter ocorrido entre as adolescentes, a tabela de ações de posvenção serão voltadas para o gênero feminino. Essas foram desempenhadas pela equipe de referência das adolescentes da US em razão do suicídio ocorrido em 2018, a exemplo de palestras sobre o tema; e uma elevação de registros de atendimentos multidisciplinares às adolescentes e às socioeducadoras (profissionais do gênero feminino da segurança socioeducativa); além dos registros de incentivo às visitas de familiares das educandas (Tabela 24).

TABELA 24. POSVENÇÃO DURANTE A MSPL- GÊNERO FEMININO (N*=10)

Posvenção	F	%
NR	7	64
Psicotrópicos + Atendimento Interno + palestra	2	18
Psicoterapia Externa	1	9

FONTE: Dados processados pela pesquisadora relativos ao período de 2016-2019

*N=10 em função de um suicídio na US

Adolescentes no Desfecho da MCPP/MSPL (N=10)

Para o gênero feminino, conforme Tabela 25, a maioria progrediu para uma medida de meio aberto, ou seja, Liberdade Assistida (LA), correspondendo a 8(80%). Houve um caso de extinção da medida e um encaminhamento ao sistema prisional.

TABELA 25. DESFECHO NA MSPL- GÊNERO FEMININO (N=10*)

Pós MSPL	N	Idade (Média)	%
Liberdade Assistida (LA)	8	17	80
Encaminhamento p/ o Sistema Prisional	1	18	10
Extinção da Medida	1	18	10

FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

*N=10 em função de ter ocorrido 01 suicídio durante à MSPL (2018)

O pós- medida para o gênero masculino, teve percentual de saída em definitivo do sistema socioeducativo, de 32(56%). Os números representam que esses educandos receberam decisão judicial de extinção da medida. Os que tiveram progressão de medida para o meio aberto, correspondeu a: 19(33%) (LA), 3(5%) (PSC) e 1(2%) (MID), conforme Tabela 26.

TABELA 26. DESFECHO NA MSPL - GÊNERO MASCULINO (N*=57)

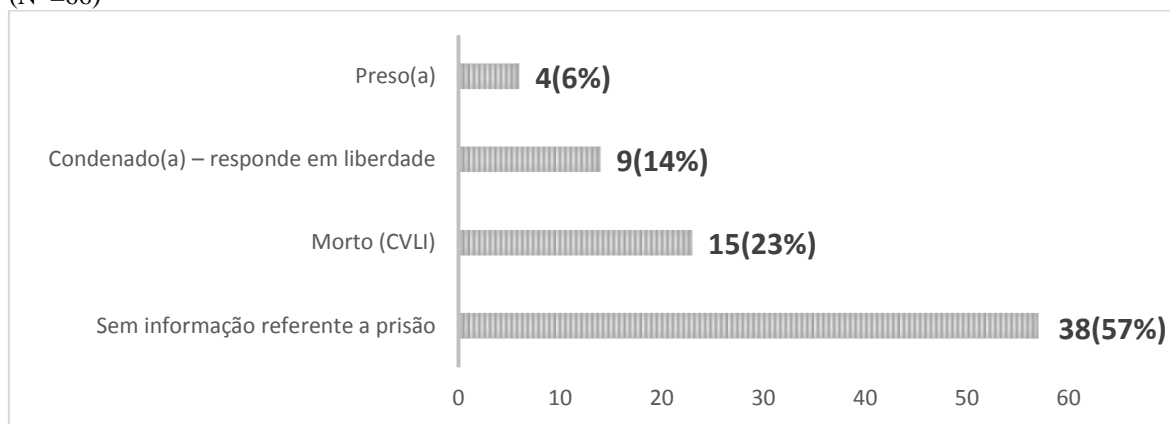
Desfecho da MCPP/MSPL	N	Idade (Média)	%
Extinção da Medida	32	17	56
LA	19	16	33
PSC	3	15	5
MID	1	15	2
Remissão	1	16	2
Fuga sem retorno	1	17	2

FONTE: Dados processados pela pesquisadora, relativos ao período de 2016-2019

*N=57 em função de 02 adolescentes continuarem cumprindo MSPL, no período do levantamento.

A condição do(a)s adolescentes que integraram a amostra após cumprimento das MCPP/MSPL, junto ao site do Tribunal de Justiça referente a certificação de óbito, até janeiro de 2022, correspondeu a 15(23%), todos do gênero masculino, vítimas de Crimes Violentos, Letais e Intencionais (CVLI), conforme Gráfico 16.

GRÁFICO 16. CONDIÇÃO JUDICIAL DO(A)S ADOLESCENTES EGRESSOS DA MCPP/MSPL (N*=66)



FONTE: Esaj/TJBA 01/2022

*N=66 dar-se pela exclusão de 04 adolescentes: 01 (F) suicídio na MSPL, 01 (M) fuga e 02 (M) ainda na MSPL.

7. DISCUSSÃO

Quanto ao perfil sociodemográfico

Em relação a idade de ingresso no sistema socioeducativo em meio fechado, os adolescentes do gênero masculino apresentaram a mesma predominância apontada no Levantamento Anual do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (BRASIL, 2017), comum a todos os estados brasileiros - de 16 a 17 anos. Para o gênero feminino, as idades predominantes nas MCPP/ MSPL foram 14 e 17 anos. O(a)s adolescentes de idades entre 13 e 15 anos representaram 20% da amostra e foram os que mais sinalizaram

sofrimento psíquico intenso, com dificuldades de adaptação, maior número de encaminhamentos à emergência psiquiátrica e prescrições de psicofármacos.

Quanto a raça/cor, 86% declarou ser negro(a). Uma outra característica importante foi a renda familiar, que teve preponderância a faixa entre 1 e 2 salários mínimos (SM), com percentual 70%, demonstrando que a maioria do(a)s adolescentes possuía as mesmas características do cenário nacional, ou seja, hegemonicamente, negro(a)s e pobres (BRASIL, 2017).

Entretanto, vale ressaltar que nesse universo socioeducativo, também existiu um adolescente que se auto declarou indígena, proveniente de uma região da Bahia, com as mesmas características das regiões brasileira em que o suicídio de indígenas predomina. Áreas em que, para essa população, as políticas de saúde pública são poucas, inclusive, os serviços de saúde mental, além de privação socioeconômica, associada ao uso abusivo de bebidas alcoólicas e violência familiar (BOTEGA, 2015).

Quanto a procedência dos adolescentes, a maioria era do interior do Estado. Vale ressaltar que 4 (quatro), das 6 (seis) US's, estão localizadas em SSA e RMS. Em 2018 as US's passaram do quantitativo de 5 para 6, porém, o acréscimo de uma Unidade, que ocorreu no interior, não altera significativamente a realidade da maioria dos adolescentes, mesmo havendo a previsão legal para a medida ocorrer no território de domicílio dos pais e/ou responsáveis. Essa condição pode ter impactado os educandos, sendo sinalizado nos relatórios das equipes técnicas, pois configurou distâncias significativas dos seus territórios de identidade e da sua rede de afeto (BRASIL, 2012).

Quanto ao perfil socioeducativo

Quase todas as decisões judiciais, anexadas nos prontuários, para adolescentes com transtornos mentais ou com histórico de elevado sofrimento psíquico, tiveram a justificativa pautada na privação de liberdade como uma medida protetiva, em função de sua vulnerabilidade individual e social. Tal premissa, também adotada por algumas equipes multidisciplinares nas Unidades Socioeducativas, confinavam e isolavam adolescentes que apresentavam elevada dificuldade de adaptação, como descritos nos respectivos relatórios das equipes de referência. Ou seja, a dialética exclusão/inclusão, defendida na decisão de isolar como “medida protetiva”, associa a exclusão como descompromisso político com o sofrimento do outro.

Nos registros consta que muitos momentos de crise ocorreram logo após a decisão judicial de manutenção da medida de privação de liberdade, assim como, os extensos

isolamentos no decorrer dela. Inclusive, as tentativas de suicídio, com reiteradas queixas relativas à solidão e sofrimento profundos, por alegarem exclusão dentro de um grupo de excluídos, o isolamento reiterado (SAWAIA, 2001).

Parte significativa da amostra, 18(26%), não precedeu das garantias processuais previstas no Art.111, incisos II e IV do ECA, principalmente em relação aos adolescentes com transtorno mental, que tiveram a decretação da sentença de MSPL, mesmo sendo duplamente inimputáveis. Também não foi assegurado a igualdade na relação processual, principalmente, na produção de provas em sua defesa e no direito à assistência judiciária gratuita e integral, desde o início do processo – ou seja, na apresentação à Delegacia. Essa condição tem significativa relevância, pois demonstra que o(a) adolescente não obteve a assistência jurídica devida, principalmente, na fase inicial do processo investigativo, representando 63% da amostra. Na maioria dos casos, a presença de um(a) advogado(a) ou Defensor(a) aconteceu apenas na fase de instrução (quando são julgados, na audiência de decisão da sentença). Nesse momento final, 74% dos adolescentes obtiveram manifestação ou presença da Defensoria Pública. Entretanto, em 11% dos prontuários essa informação não constou nos autos.

A superlotação foi uma constante no Brasil, e também na Bahia, que também se caracterizou como um dos fatores de risco para o comportamento suicida. Apesar do sistema prisional ser o único sistema de privação de liberdade analisado pelo Atlas da Violência, o sistema socioeducativo, em meio fechado, conta com o relatório SINASE, que apontou dados de superlotação. No entanto, o último relatório, no ano de 2017, retratou uma defasagem significativa de informações, dificultando medidas emergenciais e estratégicas para a elaboração de políticas públicas de prevenção ao sofrimento psíquico, violências e do comportamento suicida (BRASIL, 2017).

Na Bahia, no período de 2016 a 2019, o sistema socioeducativo também esteve com sua capacidade de lotação acima do previsto, conforme informativos fornecidos pela gestão do sistema. Essa condição ocorreu em quase todas as Unidades, exceto no ano de 2019, em que se constatou uma média de 99% da capacidade máxima entre as US`s, ou seja, uma condição muito próxima da superlotação, como demonstrado na Tabela 13. A condição do ambiente de privação de liberdade estar superlotado é reconhecido como fator de risco para comportamento suicida (OMS, 2002).

Uma das US`s que permaneceu sem atingir sua capacidade máxima foi a feminina, porém, suas características estruturais não correspondem às exigências previstas no Art. 123 do ECA (BRASIL, 1990), a exemplo da separação rigorosa por critério de idade;

compleição física; e gravidade da infração. Tal situação decorre do espaço físico da unidade não ter sido planejado para essa finalidade, vez que, antes de ser adaptado para uma US, em 2011, a sua estrutura era utilizada como creche pelo poder municipal da capital do Estado. Dessa forma, apesar da capacidade estar estabelecida como segura, a sua estrutura física não possibilitava as condições previstas por lei para promover todas as atividades de rotina e os critérios para os alojamentos, sendo a menor das 06 Unidades (BRASIL, 2012).

Outro enfoque relevante nos dados do sistema socioeducativo baiano, sinalizado por técnicos dos adolescentes, foi a sensação de isolamento social e abandono familiar, desencadeando queixas de sofrimento psíquico por parte dos educandos, em função das distâncias das US`s dos seus territórios de procedência, ocasionando poucas visitas ou sendo elas muito espaçadas, além de dificuldades no contato telefônico. A maioria da amostra, 55(78%), era oriunda do interior da Bahia, envolvendo uma média de 37 municípios, dos mais próximos aos mais longínquos, tomando como referência a capital.

As duas US`s localizadas no interior foram construídas no mesmo bairro, do mesmo município, distante apenas 108 Km de Salvador. Essa condição de concentração das US`s num perímetro quase exclusivo da Capital, pode ter sido um dos fatores de comprometimento à previsão legal da participação familiar, conforme Arts. 11, 123 e 124 do ECA, assim como, da assimilação e responsabilização do ato infracional, em relação a dezenas de adolescentes que passaram meses sem visitas (BRASIL, 1990).

Na perspectiva de gênero, o ato infracional possui significativas diferenças, relacionadas aos papéis sociais. Isso porque, adolescentes do gênero masculino estiveram associados a atos análogos a crimes contra o patrimônio, em sua maioria, o roubo (conforme Gráfico 6), que pressupõe o uso de arma e ações violentas. A psiquiatra e pesquisadora Oliveira (2016) defendeu que essa relação do gênero e do ato infracional pode estar sustentada na teoria da anomia de Merton, em que a sociedade estabelece metas para a pessoa atingir, mas não oferece meios adequados e igualitários para todos. Isso contribui para que as pessoas ingressem em atividades desviantes, pois elas são eficazes e disponíveis para determinados grupos sociais. (MERTON, 2002)

O gênero feminino esteve relacionado aos atos análogos a crimes contra a pessoa, principalmente os homicídios (conforme Gráfico 7), sendo as vítimas na maioria dos casos, os familiares mais próximos. Vale ressaltar, que nas narrativas dessas adolescentes, também constaram descrições das violências sofridas, principalmente, doméstica e sexual.

Um aspecto comum aos dois gêneros na MSPL foi o tempo de cumprimento da medida de privação, em que se constatou nas Tabelas 16 e 18, tendo a maioria cumprido

entre 1 e 3 anos, entre MCPP e MSPL. Esses dados são relevantes considerando que a institucionalização pode ter impactado no acesso à rede de apoio, especialmente, quanto à percepção de proximidade e qualidade das relações, visto que o maior tempo em isolamento social pode associar-se a pior percepção de proximidade nas relações e menor número de contatos dessa rede de apoio (SIQUEIRA & DELL'AGLIO, 2010).

Com relação à participação em ORCRIM, os dados não apresentam percentual alarmante. Porém, não menos preocupante, uma vez esse tema deveria ser mais explorado a comunidade científica, como forma de caracterizar esse fenômeno, evitando assim estigmas e preconceitos que podem cristalizar os adolescentes em conflito com a lei enquanto perigosos e inacessíveis, além de possibilitar políticas públicas de prevenção à violência e à corrupção de adolescentes.

Quanto ao perfil epidemiológico

Quanto ao uso de substâncias psicoativas, apresentado na Tabela 19, as substâncias mais utilizadas foram o cigarro e a maconha. Nos registros dos prontuários em relação às substâncias psicoativas, a maior dificuldade apresentada pelos educandos em relação a abstinência dessas substâncias correu em função do cigarro. Condição constatada quando da suspensão total do uso de cigarros e *pacaías* (fumo artesanal mais barato que o industrializado e sem filtro) nas dependências das US's, por determinação da Vara, em Salvador. Essa medida foi aplicada também nas US's do interior, que também registraram significativo grau de resistência por parte dos adolescentes, no ano de 2017.

Assim, pode-se constatar o quanto a dependência do cigarro esteve presente entre os educandos, isso porque, eram dependentes da droga antes da MSPL, e o quanto a abstinência interferiu no bem-estar deles, principalmente, no período inicial da medida. Em relação ao uso de drogas ilegais, a mais presente entre os adolescentes foi a maconha, antes da MSPL, e não o crack, como muitas vezes a mídia deixa em suspeição nas matérias em que ocorre um ato infracional de maior repercussão.

O distanciamento dos adolescentes do laço familiar e social, também pode ter contribuído para o aumento das tensões na ambiência socioeducativa, considerando que, quase a totalidade da amostra teve algum tipo de envolvimento em situações de violência, inclusive autoprovocada, como ficou evidenciado nos Gráficos 10, 11, 12 e 14 (ideação, autolesão, emergência psiquiátrica e tentativa de suicídio), eventos que, em muitos casos, aconteciam depois de ligações frustradas para seus familiares e/ou responsáveis, ou depois

dos horários de visitas presenciais, em que uma parte significativa dos adolescentes não recebia visitas, por meses seguidos. Essa informação constou nos prontuários e nos relatórios da segurança socioeducativa. As adolescentes chegaram ao percentual de 91% de envolvimento em conflitos violentos dentro da US. Quanto ao gênero masculino, o percentual foi de 78%. Resta demonstrado que as convivências foram conflituosas e as ações das equipes técnicas, nas Unidades, não foram suficientes para minorá-los ao longo do período pesquisado.

Nos prontuários houve referência às ações individuais, com o(a)s adolescentes que “chamavam mais a atenção” ou que se envolviam mais em conflitos, mas pouco se relatou sobre ações grupais para mediar os conflitos, como jogos, brincadeiras, atividades lúdicas, que problematizassem os conflitos vividos ali, oportunizando a fala dos adolescentes, inclusive, relativa às experiências e conflitos trazidos com eles, ao longo das suas vidas, e principalmente, nos seus ambientes familiares e comunitários.

Nos registros das apurações dos conflitos, muitos originados por brincadeiras violentas denominadas “farinhagem”, que ocasionavam lesões ou situações de rivalidade extrema - “desapoio” - dificultando a convivência pacífica dos adolescentes nos alojamentos (local onde dormem, fazem refeição e assistem televisão, e que passam a maior parte do tempo). Nesses casos, as equipes, quando esgotavam os recursos didáticos e/ou criativos, isolavam os adolescentes dos demais, transferiam o adolescente de alojamentos, ou até mesmo de US. Alguns desses, passaram por quase todas as Unidades. Na US feminina, o recurso era o isolamento da adolescente, que se resumia a um quarto individual, fechado por um portão de ferro, semelhante a uma cela.

Quanto aos fatores de elevado risco para o suicídio, segundo a OMS (2014), foram elencados: histórico de tentativa de suicídio; ideação suicida; tentativa de suicídio; “desapoio” e transtorno mental. Todos esses riscos estavam presentes nas características dos adolescentes da amostra em questão, em 40%. Todos estavam associados a outro fator de risco, a própria privação de liberdade. Dessa forma, o ambiente socioeducativo em meio fechado, para esses adolescentes, pode ter se constituído em um potencializador de vários fatores de risco para o suicídio, fatores que se sobrepuseram.

Nos casos do(a)s adolescentes com diagnóstico de transtorno mental grave, com diagnóstico psiquiátrico apresentado antes da decisão judicial, MCPP e MSPL, essas foram determinadas mesmo existindo a prerrogativa do adolescente receber tratamento que respeitasse as peculiaridades da sua condição, de modo a evitar que fosse posto em situação de risco e desvantagem no sistema socioeducativo, como prevê o art. 227, parágrafo único,

inciso II, da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e, também, no Art. 64, da Lei SINASE (BRASIL, 2012), em que há previsão de suspensão da medida socioeducativa para tratamento especializado, no território de origem (BRASIL, 2018).

Ainda sobre os transtornos mentais, muitos adolescentes cumpriram a decisão judicial de privação de liberdade, seja em MCPP ou MSPL, com relatórios médicos psiquiátricos, expedidos por psiquiatra da rede SUS - em sua maioria, por psiquiatras dos CAPS baianos. As sentenças foram aplicadas pelas Varas competentes. Alguns foram encaminhados para MCPP, e outros, diretamente sentenciado(a)s à MSPL. Há também aqueles que apresentaram indícios de sofrimento e adoecimento psíquico ao longo da privação de liberdade. Um percentual elevado, 49%, pode ter ficado sem a assistência prevista do referido art. 64, do SINASE (2012) e, seu quadro de adoecimento mental e/ou sofrimento psíquico agravado pela falta do acompanhamento especializado garantido por lei. Essa realidade aponta para a necessidade de estratégias específicas, uma vez que os transtornos mentais e de personalidade podem ter aumentado os fatores de risco da amostra, tanto do suicídio quanto para outras situações de vulnerabilidade individual e social.

As situações envolvendo autolesão entre os educandos, apresentaram um percentual expressivo, 49%, com 1/3 de NR (Não Registrados), em relação a autolesão. Um quantitativo significativo da amostra, porque a falta de um dado, também é um dado.

Na Tabela 20 foram relacionados 28(40%), da amostra, que entraram na MCPP/MSPL com diagnóstico de transtorno mental. Os dados relativos ao comportamento suicida, como ideação, autolesão e tentativa de suicídio, foram apresentados em tabelas e gráficos, anteriormente. A intenção era demonstrar que tanto o comportamento suicida, quanto os transtornos mentais, são multifatoriais e, portanto, não devem ser vistos como causa e efeito. Os transtornos mentais graves constam como fatores de risco, mas não é o único risco para o comportamento suicida.

Em relação aos encaminhamentos para o Pronto Atendimento Psiquiátrico (PA), o percentual de atendimentos foi de 61%, evidenciando um número significativo de adolescentes em sofrimento psíquico, mesmo tendo 44% em tratamento no CAPS. Ainda assim, esses acompanhamentos não foram suficientes o bastante para abrandar a dor subjetiva na privação de liberdade. Não à toa, os percentuais de ideação suicida apresentaram elevado índice para os dois gêneros, na MCPP/MSPL, e quanto ao gênero feminino, o percentual foi de 100%.

As ideações e tentativas de suicídio inspiram uma necessidade imperiosa de ações de prevenção efetivas para os adolescentes (OMS, 2014). A medida socioeducativa de

privação de liberdade precisa de ações específicas dada a sua complexidade. O fato de existir um percentual de tentativas de suicídio antes da MSPL, por si só, já justifica um plano prioritário e estratégico de prevenção para esses adolescentes, sem prejuízo dos demais. Esses dados possuem grande relevância, pois havendo o registro das tentativas antes da medida, possibilitaria minorar sofrimentos e criar expectativas de uma vida com perspectivas e esperanças.

Assim, pode-se compreender a relação entre as variáveis sociodemográficas e epidemiológicas, principalmente, na perspectiva da relação familiar, pai e mãe, e de possíveis privações que esses adolescentes, que há pouco tempo foram crianças, tenham passado ao longo de suas vidas. Não à toa a OMS (2005) considerou que a base da saúde mental adulta é construída na infância e na adolescência.

Quanto às estratégias de prevenção e posvenção do suicídio

A magnitude das ocorrências de suicídio é preocupante e as ocorrências têm aumentado de forma expressiva, entre adolescentes e jovens adultos. Ribeiro e Moreira (2018) atestaram a alta relevância dos adolescentes e jovens brasileiros como vulnerabilizados ao suicídio, e de modo crescente. Daí a importância de se compreender melhor essa realidade possibilitando a adoção de medidas preventivas mais eficientes.

É importante assinalar que na socioeducação baiana todas as saídas pra acompanhamentos nos CAPS, foram comunicados à Vara da Infância, responsável pelo acompanhamento da MCPP/MSPL, que contaram com a presença de um(a) representante da equipe de referência e socioeducadores da segurança. Entretanto, o acompanhamento pelo CAPS de uma parcela dos adolescentes da amostra, pode não ter sido o suficiente para minorar o sofrimento psíquico de alguns adolescentes privados de liberdade. Isto porque, a ideação suicida teve um percentual de ocorrência de 84% entre eles, e especificamente, entre o gênero feminino, todas comunicaram ideação suicida.

O Psicólogo e Psiquiatra Bowlby (1981) quando realizou uma pesquisa, apresentando números significativos para a *Organização Mundial da Saúde*, sobre *saúde mental* e *cuidados* maternos, enfatizou que crianças não são lousas nas quais o passado pode ser apagado facilmente, pois são seres humanos que trazem em si suas experiências e, seu comportamento no presente é profundamente afetado pelo que aconteceu antes. Trazendo essa referência para a população deste trabalho, não à toa as adolescentes da amostra relataram terem sofrido maus tratos e violências domésticas e intrafamiliar,

psicológica e sexual, muitas desde a tenra infância, inclusive com tentativas de suicídio anteriores à medida socioeducativa.

Dessa forma, ficou demonstrado o elevado grau de sofrimento psíquico, principalmente em relação ao percentual de encaminhamentos às emergências psiquiátricas, envolvendo 61%, dos adolescentes deste estudo, sinalizando a importância da necessidade de investigação dos fatores estressantes e de risco do suicídio, no ambiente da privação de liberdade socioeducativa, tais como: superlotação; isolamento social e o tempo de cumprimento da MSPL. Os dados epidemiológicos apresentados chamam à atenção, porque mesmo com casos de histórico de tentativas anteriores à MCPP/MSPL e das ideações suicidas registradas, as medidas de prevenção estabelecidas pela OMS, que foram adotadas pelo Brasil, podem ter sido mais discutidas e utilizadas nas US`s.

Os fatores de risco supracitados podem ter interferido na assistência das equipes aos educandos, em função das medidas de segurança e contenção, adotadas pelas equipes de referência, promovendo mais isolamento e podendo trazer prejuízos no desenvolvimento pessoal (AZOR & VECTORE, 2008; CARVALHO, 2002; RIBEIRO & CIAMPONE, 2002). Sobretudo, para àqueles com menor contato familiar, em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais graves (PRADA & WEBER, 2002; PRADA, WILLIAMS, & WEBER, 2007). Portanto, os levantamentos de risco de suicídio nas US`s, periodicamente, poderiam ser adotados como medida de prevenção prioritária ao comportamento suicida.

O dado relativo à tentativa de suicídio nas US`s, 35(50%), reiterou o que foi apresentado na revisão da literatura, principalmente, entre as adolescentes. Isso porque, 100% das que tentaram suicídio, comunicaram ideação suicida à equipe de técnica de referência, na unidade socioeducativa.

É importante frisar que desde o ano 2000, quando o suicídio passou a ser considerado um problema de saúde pública, o Brasil aderiu ao estudo SUPRE-MISS (estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida) da OMS, e desenvolveu sua Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (ENPS), em 2005 e 2006, com apoio do Ministério da Saúde, além de iniciar, em 2012, a Rede Brasileira de Prevenção do Suicídio (REBRAPS) na internet e da publicação, entre 2010/2014, de 200 artigos sobre prevenção do suicídio em revistas internacionais.

Em relação aos adolescentes com transtornos mentais diagnosticados, as autoridades judiciais possuem equipes multidisciplinares nas Varas, e se as tivessem acessado, poderiam ter lançado mão da prerrogativa de lei que concede ao adolescente o direito de receber tratamento que respeite as peculiaridades da sua condição, de modo a evitar que

fossem colocados em posição de risco e desvantagem dentro do sistema socioeducativo, como prevê o art. 227, parágrafo único, inciso II, da Constituição Federal (CF). Coadunando com esse direito, que reforça o tratamento peculiar que merecem e necessitam, há as prerrogativas presentes no art. 112, inciso 3º do ECA e do art. 64, da Lei SINASE, que trata dos casos de transtornos graves, prevendo a suspensão da medida e ressaltando que o tratamento deve ser submetido à Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção da pessoa com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Sobre posvenção, os dados representados na Tabela 24, em função do elevado percentual de NR (Não Registrado) no prontuário, são muito relevantes e preocupantes. No caso específico do suicídio numa US, a posvenção precisa ser direcionada a todo(a)s. A subnotificação compromete as ações de cuidados e o aprimoramento das políticas públicas socioeducativas.

Entretanto, mesmo não se utilizando a expressão “posvenção”, houve atividades voltadas para a dor das sobreviventes. Porque como foi definida, retrata qualquer ato apropriado de ajuda que aconteça após o suicídio, que ajude o sobrevivente a viver mais, com mais produtividade e menos estresse que eles viveriam se não fosse essa ajuda, ou seja, uma prevenção para as gerações futuras entendida como ações, atividades, intervenções, suporte, para aqueles afetados por um suicídio consumado, mundialmente reconhecida como um componente importante do cuidado mental dos sobreviventes enlutados. O objetivo é auxiliar essas pessoas em relação aos efeitos traumáticos da morte de seus entes queridos, esse movimento foi registrado nos prontuários da Unidade Feminina.

A caracterização do comportamento suicida entre os adolescentes é um importante passo para incluir, de fato, o(a)s adolescentes privado(a)s de liberdade, num plano estratégico de prevenção do suicídio.

No Gráfico 10, relativo aos registros de notificações de eventos violentos entre o(a)s adolescentes, nas US`s localizadas na Capital, constatou-se que as notificações de violências foram quase inexistentes até 2019, com uma única ocorrência, por ano, num período de 4 anos, de 2014 a 2018. A mudança ocorreu apenas em 2019, após um curso ministrado por uma equipe multidisciplinar do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAM), que instruiu e motivou os registros, produzindo um aumento de 8 vezes mais notificações por parte das equipes nas Unidades. Porém, nos anos seguintes, 2020 e 2021, voltaram a cair vertiginosamente, com um único registro, em cada ano.

Nos prontuários, não houve menção de qualquer tipo de fiscalização às US's por parte da vigilância epidemiológica, ou ainda, algum tipo de acompanhamento para orientar as equipes técnicas de referência quanto ao preenchimento dos formulários de notificação das violências, principalmente, as autoinfligidas. Também não houve registro de visitas para verificação dos prontuários. A falta de protocolos de ações na área da saúde mental e de prevenção do suicídio demonstra que o trabalho em rede ainda é precário, restringindo-se ao CAPS e ao PA psiquiátrico, com poucas parcerias para a formação de equipes qualificadas para o manejo em situações de crise. No período do recorte da pesquisa, não foram encontrados registros de instruções e/ou capacitações técnicas no âmbito da saúde nas US's.

Um outro aspecto relevante é que 44% da amostra possuía diagnóstico psiquiátrico, e apenas 37% tinha acompanhamento em seus respectivos territórios de procedência do CAPS. Isso demonstra que não houve acompanhamento especializado na medida socioeducativa para todos que apresentaram sofrimento psíquico grave, como prevê o §3, Art. 112 do ECA, que determina que o adolescente receba tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições.

Quanto ao pós MCPP/MSPL

Este trabalho se propôs caracterizar os comportamentos suicidas durante a MCPP/MSPL. Entretanto, como o recorte do período amostral foi longitudinal, e apenas 02 dos educandos da amostra, até janeiro de 2022, ainda eram adolescentes, ou seja, 67(97%), já havia atingido a maioridade penal. Dessa forma, foi considerado significativo levantar as condições processuais naquele momento, principalmente, em relação ao conflito com a lei, porque muitos tiveram progressão de medida para o meio aberto (Liberdade Assistida (LA), Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) e Medida de Internação Domiciliar (MID)), todas sob responsabilidade, acompanhamento e assistência do município, conforme Art. 5º do SINASE, cabendo a autoridade competente, avaliar o andamento da medida, se necessário ou requisitado, no período de seis meses (BRASIL, 2012).

Dessa forma, em janeiro de 2022, por meio do site do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, portal Esaj/TJBA, foram lançados os 70 nomes que integraram a amostra, sendo encontrado 15(23%), todos do gênero masculino, que cumpriram MCPP/MSPL há época, com certificação oficial de morte por Crimes Violentos Letais e Intencionais (CVLIs), no estado da Bahia (BAHIA, 2022).

8. CONCLUSÃO

A OMS (2001), em seu *Relatório Sobre a Saúde no Mundo*, renovou os três principais princípios proclamados pela ONU (1991): 1º) assegurar o fim do estigma e da discriminação dos transtornos mentais; 2º) garantir o direito da pessoa ser tratada na sua própria comunidade; e 3º) garantir tratamento em ambiente menos restritivo e menos intrusivo possível, atendendo a implantação de prevenção eficaz, com financiamento adequado.

No Brasil, a adolescência é reconhecida em lei como uma fase especial do desenvolvimento humano (BRASIL, 1990). Mas essa particularidade de ser “especial” precisa ser amplamente discutida e entendida na sociedade brasileira. Porque há condições de riscos e vulnerabilidades biopsicossociais específicas para adolescentes que viveram ou vivenciam a condição de privação de liberdade, que precisam ser estudadas com mais cientificidade, para possibilitar ações e políticas públicas específicas de prevenção a comportamentos suicidas.

O direito à saúde é assegurado a todos os cidadãos brasileiros, sendo definido como “dever do Estado” e “absoluta prioridade”, para crianças e adolescentes, compartilhando esta responsabilidade com a família e a sociedade, reconhecendo a condição especial de desenvolvimento desse público, conforme prevê o artigo 227, da Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988).

Entretanto, o último relatório do SINASE (BRASIL, 2019) retratou a assistência de saúde aos adolescentes privados de liberdade, porém, com pouco detalhamento do que de fato é garantido. Além do que, não abordou o tema suicídio, e por conseguinte, não previu estratégias de prevenção e posvenção. Assim, para os adolescentes sob medida de responsabilização por ato infracional, a afirmação de que o risco de ser vitimizado no cárcere, pode ser maior do que o risco de ser vitimizado fora dele, faz muito sentido (ALMEIDA, 2011).

Na PNAISARI, foram reiterados os princípios da territorialização e da incompletude institucional, destacando a importância de que os cuidados em saúde devem ser realizados, prioritariamente, fora das unidades socioeducativas, sempre em busca de sua reintegração na comunidade. Entretanto, também foi contextualizado nessa política, problemas complexos no atendimento desses adolescentes, principalmente, porque a condição de restrição de liberdade, em muitos casos, afetava a saúde mental, por gerar sofrimento psíquico, podendo ser mais ou menos intenso em virtude da própria privação de liberdade, do afastamento da família e do convívio social, da violência institucional, entre outros em

diversas ordens. Além da associação a transtornos, advindos do uso abusivo de álcool e outras drogas, apesar de salientar que não necessariamente essa relação implicava na ocorrência de transtornos mentais, mas sim, de sofrimento psíquico (BRASIL, 2019, 24 p.).

Ainda sobre a PNAISARI, a orientação aos profissionais de saúde mental estava lastreada na estratégia do matriciamento junto às equipes multidisciplinares, sendo: i) ações de atendimento psicossocial em conjunto com outros profissionais da unidade socioeducativa e da rede intersetorial e ii) agenciamento dos casos de saúde mental na rede, de modo a garantir a atenção integral à saúde (BRASIL, 2017). Essa orientação se referia às “tecnologias leves”, que não possuíam descrição clara e, não previam mudanças objetivas no atendimento aos adolescentes. Tampouco como poderiam contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada nas unidades socioeducativas. Apenas sinalizava a necessidade do(a) profissional desenvolver vínculos e acolher demandas, com escuta qualificada. Mas, não especificava etapas, prioridades, nem estabelecia um plano operacional para sua execução, ou fluxo, para um melhor acompanhamento e fiscalização dos gestores socioeducativos. Não previu também, a qualificação necessária para os profissionais dessa área, ou uma matriz curricular que norteasse a formação continuada ((BRASIL, 2019, 24-25 p.).

Quanto a prevenção do suicídio, torna-se imprescindível a garantia da articulação de rede de proteção e assistência aos adolescentes, em meio fechado, e dos respectivos egressos, compondo o conjunto de ações prioritárias da agenda política do Estado. Salientando que, a principal parceria das US`s na prevenção do suicídio, os CAPS, possuem inúmeras dificuldades de atender as demandas dos territórios em que estão situados, e ainda, incluir os adolescentes privados de liberdade.

Daf a relevância do registro nos prontuários e da notificação ao SINAM, de todo e qualquer comportamento suicida, além dos levantamentos de riscos e da elaboração e/ou revisão dos planos estratégicos, consubstanciando a necessidade de estudos de caso e da articulação com serviços específicos, para acolher o adolescente em sofrimento psíquico e prevenir o suicídio, conforme prevê a Portaria nº 1.876/2006, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

É preciso demonstrar a importância da implantação de um centro de referência de prevenção do suicídio na Bahia, com profissionais especializados em suicidologia e em constante treinamento, para que haja a quebra de tabus, o trato humanizado e cuidadoso, a atenção a técnicas apropriadas para acolher as pessoas com ideações e com comportamento suicida, tanto na perspectiva da prevenção, quanto de posvenção. Importante salientar que o

público privado de liberdade, principalmente o(a)s adolescentes, precisam de equipe especializada para as abordagens e intervenções individuais e em grupo.

Enquanto as medidas socioeducativas não passarem por uma revisão e acompanhamento sistemático e multidisciplinar, priorizando a escuta dos educandos, principalmente, após 06 (seis) meses de regime fechado, incluindo seus familiares/responsáveis legais e as autoridades do judiciário e do executivo dos municípios de procedência, o sofrimento psíquico constará como uma das principais demandas. O planejamento de retorno à sua comunidade de procedência e sua reinserção social, precisam ser elaboradas junto com o(a) adolescente desde o início da MCPP/MSPL.

A possibilidade do(a) educando(a) vir a ser acompanhado(a) pelo Programa Socioeducativo de Egressos, no ingresso a uma US, poderia aumentar a expectativa de participação na medida socioeducativa, além do incentivo na participação escolar, em cursos e oficinas. A Coordenação de Egressos também poderia fomentar discussões e projetos com as prefeituras, ou com as coordenações socioeducativas dos municípios, nos locais onde já tenham sido criadas, contribuindo para reduzir as dificuldades de readaptação e evitar riscos de cooptação por indivíduos ou grupos criminosos, assim como, rever situações de vulnerabilidade social. Esse acompanhamento está previsto no ECA, nos artigos 94, inciso XVIII e 129, inciso I, que dispõem sobre o apoio e acompanhamento ao egresso e o encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família, respectivamente (BRASIL, 2012).

A articulação de ações junto às prefeituras e o poder judiciário local, subsidiaria análises e intervenções estratégicas de prevenção do suicídio antes e depois de uma medida socioeducativa. Uma maior integração intersetorial e interinstitucional de assistência à saúde mental dos adolescentes em conflito com a lei e do(a)s egressos, principalmente, para aqueles com histórico de comportamento suicida, poderia contribuir para a redução do número de óbitos por suicídio (e outras causas externas), CVLI, envolvimento em situações de violência e reincidência em atos infracionais.

Nos casos de progressão para LA e PSC, aplicada após cumprimento de MCPP/MSPL, seria importante o desenvolvimento de estratégias junto ao adolescente ou jovem adulto, de aproximação e inclusão ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), ou de uma Coordenação Socioeducativa do município. Mesmo que essa frequência não signifique obrigatoriedade do cumprimento da medida socioeducativa, uma vez que as atividades desenvolvidas não possuem caráter sancionatório, nem reparador de atos infracionais cometidos. O entendimento é que o SCFV deva ser parte da rede social de

apoio ao adolescente em seu território, visando fazer cumprir o seu direito de convivência social e familiar, fortalecendo seus vínculos e promovendo a sua reinserção social, a formação enquanto cidadão participante da vida social, fortalecendo assim o seu direito de viver a adolescência de forma plena. As atividades do SCFV pelo(a) adolescente, logo, não podem ser utilizadas como LA ou PSC.

O órgão responsável pela gestão das medidas socioeducativas em meio fechado e pela política para egressos no Estado, pode sugerir um observatório das medidas em LA e PSC, junto às prefeituras, para que as ações sejam acompanhadas, como uma ação de governo, em que todas as informações levantadas sobre os adolescentes que tenham saído da MPP/MSPL, sejam mantidas em sigilo, conforme previstos nos Art. 17 e, principalmente, no art. 247 do ECA, que considera infração administrativa:

*Divulgar, total ou parcialmente, sem autorização devida, por qualquer meio de comunicação, nome, ato ou documento de procedimento policial, administrativo ou judicial relativo a criança ou adolescente a que se atribua ato infracional:
§1º Incorre na mesma pena quem exhibe, total ou parcialmente, fotografia de criança ou adolescente envolvido em ato infracional, ou qualquer ilustração que lhe diga respeito ou se refira a atos que lhe sejam atribuídos, de forma a permitir sua identificação, direta ou indiretamente. (BRASIL, 1990).*

De modo especial, as ações estatais voltadas à garantia de direitos da criança e do adolescente, são sustentadas por leis recentes e a cultura do país ainda não compreende a importância de se priorizar a prevenção às ações violentas e transgressoras, em detrimento do controle e da punição, principalmente, porque se trata de uma questão social, que está atravessada pela desigualdade, como demonstrado neste estudo, por meio do perfil sociodemográfico.

No que diz respeito às equipes multidisciplinares socioeducativas, há uma imperiosa necessidade de promover cursos de formação e capacitação desses profissionais, de toda as áreas, com definição de uma matriz curricular nacional, disseminando atuações exitosas e ampliando as áreas de conhecimento que propiciem mais recursos às equipes para atuarem junto aos adolescentes privados de liberdade e que contribuam no enfrentamento aos estigmas e tabus que sofre esse público, assim como, ações de prevenção e posvenção do suicídio.

Segundo o SINASE, durante o cumprimento da MPP e da MSPL, devem ser disponibilizadas aos adolescentes, ações que contribuam para a sua formação, fomentando a reflexão a responsabilização do ato cometido e sua ressignificação como pessoa na sociedade, tornando-o “capaz de se relacionar melhor consigo mesmo, com os outros e com

tudo que integra a sua circunstância”, potencializando suas competências e habilidades pessoal, relacional, cognitiva e produtiva (BRASIL, 2012).

A prevenção do suicídio requer um olhar atento para a identificação precoce de pessoas em risco e a busca de novas abordagens viáveis e satisfatórias para o enfrentamento dos preconceitos. Um dos graves entraves à convivência saudável e segura nas US's, diz respeito à forma como questões de gênero foram construídas e internalizadas socialmente por esses adolescentes e, também, os critérios de agrupamento por alojamento, uma vez que os preconceitos não desaparecem dentro de uma US. Nesses espaços, convive-se com posturas homofóbicas, demonstradas nas violências verbais e físicas, que geram sofrimento e, por vezes, desencadeiam fatores de risco para o comportamento suicida entre adolescentes (OMS, 2019)

A tarefa de coabitá-los num mesmo espaço, de forma brusca e amontoada, pode gerar sérios problemas e agravar riscos à integridade física e psicológica, principalmente, quando há orientações sexuais e valores divergentes. Na tentativa de amenizar situações de conflito, muitas vezes se opta pelo inverso, o isolamento. Esse outro extremo, retratado pelo isolamento de adolescentes, nas enfermarias ou em quartos individualizados, por meses, também promoveu sofrimento psíquico e desespero para aqueles que permaneciam “segregados”, em ambientes inadequados e com dificuldades de acesso a alguns importantes serviços disponibilizados interna e externamente às US's (BRASIL, 2018).

O sistema socioeducativo sofreu severas reduções de investimento, desde 2018. Entretanto, algumas mudanças podem ser feitas, principalmente, aquelas que convidam a sociedade a participar da busca de alternativas, como a que ocorreu em Belo Horizonte, capital mineira, com a criação do Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Autor de Ato Infracional de Belo Horizonte – CIA/BH. Esse equipamento tornou possível a convivência entre os saberes e os discursos das polícias (militar e civil), dos atores do judiciário (Defensoria, Promotoria e Juízes) e da rede de assistência socioeducativa (Estado e município), durante as 24 horas que antecedem a audiência preliminar na qual se decide, com essa multiplicidade de vozes, pela autoria (ou não) e pelo destino inicial do adolescente.

Essa experiência mineira marca um ato jurídico central na inauguração, consolidação e/ou quebra da relação do jovem com a infração e com a lei, aparato simbólico fundamental para o modo de inserção no laço social e que permite que de fato o contraditório aconteça, junto com as polícias civil e militar, com a rede socioassistencial e com o sistema jurídico, se consolidando no percurso processual do adolescente até a

audiência preliminar, em que o jovem pode receber um sentido orientado ao pior, ou uma interpretação que pode suspender ou interrogar as identificações que os sustentavam até ali, referidas às de um sujeito criminal (MOREIRA, *et al*, 2019).

Enquanto as ações preventivas aos atos infracionais não forem eficientes, caberá à sociedade pensar a socioeducação numa perspectiva mais ampla e em rede participativa, pedagógica e educativa, para buscar outras formas de responsabilização ao ato infracional, gravoso ou não, com alternativas que possam sair da lógica exclusiva do encarceramento e que sejam exequíveis e passíveis de reformulações com base em análises periódicas dos resultados, dos planos sociopolítico e financeiro, antes, durante e depois da medida socioeducativa. Uma possibilidade é olhar para os lados, buscando referências exitosas numa perspectiva de experiências de cultura de paz, mediação de conflitos, e principalmente, de reparação a grupos historicamente excluídos socialmente e tratando as questões de saúde por meio dos equipamentos disponíveis da saúde, e não, buscando a punição para o que é passível de cuidados do corpo e da mente, principalmente, para aqueles em condições especiais de desenvolvimento, em situação de vulnerabilidade social e sob fatores de risco do suicídio.

Há uma naturalização punitivista à população infanto juvenil pobre e negra brasileira. Além do que, muitas ações estatais, distritais e municipais estão permeadas de voluntarismo e assistencialismo, e em alguns estados, de autoritarismo. Como afirma Emílio Garcia Mendez (1998, p. 190), a política pública voltada a adolescentes em conflito com a lei caracteriza-se pela cultura da compaixão-repressão. Assim, longe se está da incorporação generalizada de um conceito de direito a ser assegurado pelo Estado, como senso comum, portanto, passível de avaliação ou aferição.

No Brasil, muitos se recusam a falar em penas para os adolescentes porque, no vocabulário do ECA, as sentenças judiciais não ditam penas, apenas determinam medidas socioeducativas, que são cumpridas em instituições socioeducativas, em meio fechado. Não haveria, segundo esse entendimento, penas privativas de liberdade, mas internações com fins socioeducativos. Mas o que está posto são as consequências, no mínimo contraditórias desse purismo conceitual, porque: “a opinião pública acredita no que ouve, compra gato por lebre e acaba convencida de que os adolescentes em conflito com a lei, ficam impunes, divertindo-se com aulas de boas maneiras. Resultado: cobram punições.” (SOARES, 2005, p. 144-145).

Outro fator que pode comprometer as políticas voltadas para os adolescentes diz respeito ao ECA adotar a faixa de 12 a 18 para configurar a adolescência e o Ministério da

Saúde adotar o parâmetro da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo esse último, aplicado nos censos pelo IBGE, considerando a adolescência entre os 10 e 19 anos. Essa dicotomia precisa ser devidamente analisada, porque reverbera nas estatísticas e nas políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes.

Na Bahia, como em outros estados, a socioeducação tinha entre suas atribuições, a função de planejar, coordenar, supervisionar e monitorar as ações de atenção e cuidado à saúde física e mental dos adolescentes atendidos nas suas unidades (BRASIL, 2012). Entretanto, não se constatou a existência de um protocolo de atendimento para situações de crise, ou formação/capacitação das equipes técnicas, frente ao sofrimento psíquico, reconhecidamente existente no cumprimento de MCPP/MSPL, tampouco estratégias de prevenção do comportamento suicida.

Um aspecto importante é que os atos infracionais dos adolescentes baianos, mais frequentes nas MCPP/MSPL, entre 2016 e 2019, para o gênero masculino, foram os atos análogos aos crimes contra o patrimônio, e para o feminino, os análogos aos crimes contra a vida. Esse dado tem relação direta com as histórias de vida desses adolescentes, de privações e violências numa fase em que o Estado e seus entes deveriam acompanhar e garantir condições dignas de vida e apresentar de forma mais sistemática as medidas anteriores à privação de liberdade.

Mas o poder público, em especial, os poderes executivo e legislativo do Estado, podem destacar a importância dos municípios atuarem intersetorialmente, para a prevenção da violência e do comportamento suicida. A situação se agrava para os que cumpriram medida socioeducativa em meio fechado, uma vez que o estigma é um fator presente nas narrativas dos adolescentes, possivelmente, contribuiu para o agravamento do sofrimento psíquico, notadamente salientado nos dados apresentados neste trabalho, como mais um fator de risco, dificultando a perspectiva da reinserção social, principalmente, no retorno à escola e ao mercado de trabalho.

O SINASE prevê a privação de liberdade como medida legal e pedagógica para a ressignificação das vidas de adolescentes, com responsabilização pela autoria do ato infracional, mas é preciso investigar os efeitos reais dessa política nas US's, entre os profissionais e, principalmente, entre o(a)s adolescentes, nos seus respectivos territórios de identidade. Porque se uma política para adolescentes estiver promovendo mais sofrimento, mais adoecimento e potencial de morte, do que esperança e meios de superação, ela está longe das previsões legais vigentes no Brasil, que garantem a proteção integral, justiça e saúde, para todos.

A situação de risco do suicídio foi incluída na agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde (Brasil, 2005b). Portanto, a prevenção e posvenção do suicídio para adolescentes precisa ser contemplada em políticas de governo e de Estado. Uma das medidas prioritárias é o fortalecimento da atenção básica, por ser a principal ordenadora da rede de saúde e coordenadora do cuidado nos territórios, com o papel de articular os níveis de atenção e os determinantes e condicionantes de saúde da população atendida. Quanto às equipes técnicas de referência do SUS, a principal demanda identificada foi a necessidade de inclusão do profissional de saúde mental. Na socioeducação, esse posto de trabalho ainda não foi incorporado à equipe de referência, mesmo na medida de privação de liberdade, em que o acesso do adolescente aos equipamentos de saúde do seu território de origem não depende apenas da avaliação da equipe de referência, nem da gestão da US, depende também da autorização expressa da autoridade responsável pela sentença aplicada (PERMINIO; SILVA; SERRA *et al.*, 2018).

Dessa forma, a intersetorialidade precisa ser mais discutida e apresentada como elemento fundamental para a mudança no modelo de atenção e reorganização do cuidado em saúde, principalmente para os adolescentes do sistema socioeducativo, o que remete a ideia de integração com o território, de equidade de direitos sociais, tão necessários para os que estão em cumprimento de privação de liberdade socioeducativa e são alcançados pelos fatores de risco do suicídio.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M. **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações.** Rio de Janeiro: Medbook, 2014, 720 p.

ALMEIDA, O. **Sem lugar para correr nem se esconder: um estudo de vitimização de internos no sistema penal baiano.** 2011 236p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

ANDRADE, V., **A Ilusão da Segurança Jurídica: do controle da violência a violência do controle penal.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015, p. 338.

AYHAN, G., ARNAL, R., BASURKO, C. *et al.* Risco de suicídio entre presidiários na Guiana Francesa: prevalência e fatores preditivos. **BMC Psychiatry** v.17, n. 156 2017. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1320-4>.

ARAÚJO, L. *et al.* Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. **Psico-USF**, 2010. V.15, n.1, p.47-57. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000100006>

AZEVEDO, A. E. B. *et al.* **Autolesão na adolescência: como avaliar e tratar.** Guia Prático de Atualização Departamento Científico de Adolescência. Disponível:< <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/48.%20Autoles%C3%A3o%20na%20adolesc%C3%Aancia%20como%20avaliar%20e%20tratar.pdf>>

BAHIA, Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social, **Coletânea da Fundação da Criança e do Adolescente.** Salvador: FUNDAC, 2015, p.106.

_____, Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social, Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente – CECA (Organizador). **Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo da Bahia (2015 – 2024)** Salvador: FUNDAC/SJDHDS, 2015, 174 p.

BATISTELLA, C., **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde.** In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D’Andrea (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). p. 51-86.

BAUMAN, Z., **Identidade: entrevista a Benedito Vecchi.** Rio de Janeiro: Zahar, 2005, 110 p.

BENHAIM, M. **Atuações delinquentes, passagens ao ato suicida na adolescência.** *Ágora* (Rio de Janeiro) v. 14, n. 2 jul /dez. 2011 197-207.

BERTOLETE, J.; SANTOS, C. e BOTEAGA, N.; Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** Vol. 32. Supl. II, out. 2010.

BISINOTO *et al.*; Socioeducação: origem, significado e implicações para o atendimento socioeducativo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 20, n. 4, p.575-585, out /dez. 2015. DOI: 10.4025/psicoestud.v.201428456.

BOCHETTI, I.; **Avaliação de políticas, programas e projetos sociais**. 2009. Disponível em:< <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/V6W3K9PDvT66jNs6Ne91.pdf>>

BOTEGA, N. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.29, n.1, p.7-8. 2007

BOTEGA, N; Werlang, B.; Cais, C; Macedo, M. Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, 37, p. 213-220, 2006.

BOTEGA, N.; **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre; Artmed, 2015, 302 p.

BOULLOSA, R.; OLIVEIRA, B., ARAÚJO, E. & GUSSI, A. (2021). Por um antimanual de avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Avaliação**, v. 10, n.1, DOI100521. <https://doi.org/10.4322/rbaval202110005>.

BRASIL, Conselho Nacional de Justiça. **Guia para programa de acompanhamento a adolescentes pós-cumprimento de medida socioeducativa de restrição e privação de liberdade (internação e semiliberdade)** [recurso eletrônico]: Caderno II: Governança e arquitetura institucional / Conselho Nacional de Justiça, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; coordenação (LANFREDI ... et al.). Brasília, 2021.

_____, Conselho Nacional de Justiça. **Regras de Pequim: regras mínimas das Nações Unidas para a administração da justiça de menores**; Coordenação: Luís Geraldo Sant’Ana Lanfredi - Brasília: CNJ, 2016. 40 p. – (Série Tratados Internacionais de Direitos Humanos)

BRASIL, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH). **Levantamento anual SINASE 2017**. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2019.

BRASIL, Presidência da República. **Lei n. ° 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 22/05/ 2022.

_____, Presidência da República. **Mapa da violência: Mortes MATADAS por Arma de Fogo**. Secretaria Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional da Juventude e Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Brasília: 2015.

_____, Presidência da República. **Mapa do encarceramento: Os Jovens do Brasil**. Secretaria Geral da Presidência da República e Secretaria Nacional da Juventude. Brasília: 2015.

_____, Presidência da República. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança**

e do Adolescente [Internet]. Brasília; s. d. [2016 maio 15]. http://www.condeca.sp.gov.br/legislacao/sinase_integra.pdf

BRASIL, **Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2060**, elaborada pela Coordenação de População e Indicadores Sociais – IBGE/Diretoria de Pesquisas. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html> (última visualização em 24/04/2022)

BRASIL, Ministério da Justiça. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Sistema Penitenciário no Brasil, dados consolidados, junho 2017**. <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf> (acessado em 23/04/2022).

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos (MDH). **Levantamento anual SINASE 2016**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – **Suicídio. Saber, agir e prevenir**. v.48, n. 30. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **PNAISARI: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei: instrutivo para a implantação e implementação da PNAISARI** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 22 p. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_adolescentes_conflito.pdf.

_____, Ministério da Saúde. Portaria N° 1.271, de 6 de junho de 2014. **Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional**.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016**. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n° 104, de 25 de janeiro de 2011**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2011.

_____, Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio**. Portaria n° 1.876, de 14 de agosto de 2006.

BROIDE, J. **Psicanálise: nas situações sociais críticas. Violência, juventude e periferia: uma abordagem grupal**. Curitiba: Juruá, 2009.

_____, **Adolescência e violência: criação de dispositivos clínicos no território conflagrado das periferias**. *Psicol. Polít.* v. 10, n. 19, p. 95-106, 2010.

BUENO, C. **Estado penal, o sistema prisional e a crise do humanismo**. Espaço Temático: Estado, Autoritarismo e Luta de Classes, Rev. *katálysis* 24 (1), 2021, <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e75254>

CANGUILHEM, G. **Estudos de História e de Filosofia das Ciências: concernentes aos vivos e à vida**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CASSELL, E. *The Nature of Suffering and the goals of medicine*. 2nd ed. Oxford University Press, 2004.

CHAUÍ, M. **Manifestações ideológicas do autoritarismo brasileiro**. Belo Horizonte: editora: Fundação Perseu Abramo, 2013, 294 p.

COELHO, M.; FILHO, M. (Org.). **Prisões numa abordagem interdisciplinar**. Salvador: ADUFBA, 2012. 218 p.

COSTA, N. & Silva, P. (2017). **A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil**. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33562016>.

CRAIDY, C.; SZUCHMAN, K. **Socioeducação: fundamentos e práticas** [recurso eletrônico] / organizadora; coordenado pela SEAD/ UFRGS. – Dados eletrônicos. – 2. Ed. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2017.

CUNHA, C.; BOARINI, M. **A infância sob a tutela do Estado: alguns apontamentos**. *Psicologia: Teoria e Prática* – 2010, 12(1):208-224 último acesso em 04/052/2022.

DIAS, C. & SALLA, F. **Violência e negociação na construção da ordem nas prisões: a experiência paulista**. *Revista Sociedade e Estado* – Volume 34, Número 2, maio/agosto 2019 DOI: 10.1590/s0102-6992-201934020008

DURKHEIM, E. **O suicídio: estudo sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar Edições, 1982, 340 p.

FERNANDES, M.N; COSTA, R.P., **Socioeducação no Brasil: intersetorialidade, desafios e referências para o atendimento**– 1. Ed.- Curitiba: Nova Praxis Editorial, 2019. 415 p.

FERREIRA, T. H. S.; FARIAS, M. A e SILVARES, E. F. M.; **Adolescência através dos séculos**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* - Abr-Jun/2010, Vol. 26 n. 2, pp. 227-234. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200004>

FONSECA, A. F (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D’Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FOUCAULT, M., **Microfísica do poder: organização e produção** – Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, 295 p.

_____. **Os anormais: curso no Collège de France** (1974-1975); tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF: Martins Fontes 2010 – (Obras de Michel Foucault), 330 p.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**; tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p.

FREUD, S.; **Luto e melancolia** - São Paulo: Tradução, introdução e notas: Marilene Carone. São Paulo: Cosac Naify, 2013

GRANJA, C. B. E.; **Mortes de adolescentes e jovens em cumprimento de medida socioeducativa de internação no DF**. <https://bdm.unb.br/handle/10483/26922>. Último acesso 02/05/2022

GUERRA, E. R.; BARBOSAA. L. J.; **A questão carcerária no Brasil: uma análise histórica, quantitativa e crítica ao sistema vigente**- ISSN 1983-4225 – v.15, n.2, dez. 2020 364 ISSUE DOI: 10.21207/1983.4225.598

GOFFMAN, E; **Manicômios, Prisões e Conventos** - São Paulo: Editora perspectiva S.A, 1961, 316p.

JAEN-VARAS D., JESUS M.J, COUTINHO E.S.; ANDREOLI S.B.; QUINTANA M.I.; MELLO M.F., BRESSAN R.A.; RIBEIRO W.S. **A cross-sectional study to compare levels of psychiatric morbidity between Young people and adults exposed to violence in a large urban center**. BMC Psychiatry 2016; 16(1): 134-

KONZE, A.A; **Parâmetros da socioeducação**. escoladeconselhosdf.ceag.unb.br > ens2 > Biblioteca,2007, 69p.

LIMA, L.; **Deverei velar pelo outro? Suicídio, estigmas e economia dos cuidados** – 1. Ed – Belo horizonte: Editora Dialética, 2020, 184 p.

LEITE, L. S. T.; BEZERRA, L. M. P. S.: **Rebeliões, homicídios, centros educacionais: inquietações e problematizações sobre o sistema socioeducativo cearense**. 2019, Vol. 09, nº 22ISSN 2238-0426 DOI 10.32335/2238-0426.2019.9.22.1023Último acesso 01/05/2022.

LIMA, R. S.; RATTON, J.L e AZEVEDO, R.G. (Orgs). **Crime, polícia e justiça no Brasil** – 1. Ed – São Paulo Contexto, 2014, 636p.

LONGO, I. **Da Legislação Menorista ao ECA: mudanças e permanências nos discursos imaginários sobre a conduta infanto-juvenil**. www.ie.usmt.br/semiedu, 1-10 p. 1-10, 2009.

MARCOLAN, J. F; SILVA, D.A; **O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção**. REVISTA M. Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 31-44, jan/jun. 2019

MARTINS, P.; **As expectativas do ter e o fracasso do ser: representações sociais de adolescentes e suicídio entre adolescentes**. Martins. 2002,146 p.

MINAYO, MCS. **Quadro interpretativo da violência sob a ótica do setor saúde**. In: *Violência e saúde*[online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection, pp. 69-82. ISBN 978-85-7541-380-7. Available from Scielo Books <http://books.scielo.org>.

_____, **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.3, pp.621-626. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.

MIRANDA, D.; **Diagnóstico e prevenção do comportamento suicida na polícia militar do Estado do Rio de Janeiro**. 1ª ed. – Rio de Janeiro: Módulo Editorial, 2016. 148 p.

MERTON, R. K; **Teoria y estructura sociales**. Tradução de Florentino M. Torner e Rufina Borques. México: FCE, 2002.

MOREIRA, J. O; *et al.* **A construção da expressão ‘autoria’ no ato infracional: entre discursividade e estigma**. *Psicologia em estudo*. 2019, v.24; artigo <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.40169>

NOGUEIRA, C.S.P. **A questão do pai para o adolescente infrator e os impasses na transmissão do desejo**. Repositório institucional da UFMG. 2006. <http://hdl.handle.net/1843/VCSA-7WSNL2>

OLIVEIRA, W.; DAMAS, F. **Saúde e atenção psicossocial nas prisões: um olhar sobre o sistema prisional brasileiro em um estudo em Santa Catarina**. São Paulo: Hucitec, 2016, 190 p.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N./Org., **Saúde Coletiva: teoria e prática**. – Ed. – Rio de Janeiro: Medbook, 2014, 720 p.

PERMINIO, H.B; SILVA, J.R.M; SERRA, A.L.L *et al.* **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação**. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n9/1413-8123-csc-2309-2859.pdf>. Último acesso 19/08/2020.

PESSALACIA J. D. R.; MENEZES, E. S.; MASSUIA, D., **A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública**. *Revista - Centro Universitário São Camilo* - 2010;4(4):423-430.

QUEIROZ, J. B.; **O Suicídio na Sociologia Brasileira**. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, v. 10, n. 3, set.- dez. 2020, pp. 1453-1480. <https://doi.org/10.31560/2316-1329.v10n3.23> Último acesso 28/10/2022.

RADOMSKY, E. D; HAAS, G. L; MANN, J. J; SWEENEY J. A; **Comportamento suicida em pacientes com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos**. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (10): 1590-5.

RIBEIRO, J. & MOREIRA, M. **Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil**. Artigos Ciência e saúde coletiva. 23 (9) • Set 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.17192018>

RIO DE JANEIRO, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal De Saúde – SMS, Superintendência de Atenção Primária. Coleção Guia de Referência Rápida. **Versão Profissional**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. SMS/RJ, PCRJ© 2016.

RIO DE JANEIRO, Secretaria de Estado de Administração Penitenciária - SEAP - **Complexo de Gericinó**». Governo do Estado do Rio de Janeiro. Consultado em 16 de dezembro de 2021.

RUCKERT, M.; FRIZZO, R. e RIGOLI, M. **Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas - Review Articles. 2019, 15(2)•pp.85-91

RODRIGUES, M. **Suicídio e sociedade: um estudo comparativo de Durkheim e Marx**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 12, n. 4, p. 698-713, dezembro, 2009, <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/WkqfBT8ZRMcmvC7HHjmBnpP/?format=pdf&lang=pt> Último acesso 05/10/2022.

RUSCHE, G.; KIRCHHEIMER, O. **Punição e estrutura social**. Rio de Janeiro: Revan. 2004, 288 p.

SANCHES, A *et al.* **Mortalidade e causas de óbitos nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil**. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00224920>, Cadernos de Saúde Pública ISSN 1678-446437 n°.9 Rio de Janeiro, Setembro/2021 Último acesso 23/05/2022.

SANTOS, M. **Um mundo em pedaços: um estudo sobre os significados e usos da violência nos mercados de drogas** - CDD 363.45098142, 23. ed., 2016. 199 p.

SCAVAVINI, K. **O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção ao suicídio** – Tese de Pós-Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia da Universidade Estadual de São Paulo, 2018 271 f.

_____, **Autolesão [livro eletrônico]: guia prático de ajuda** / [Karen Scavacini... [et al.]; ilustração Kamguru Design]. -- São Paulo: Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio, 2021. pdf

SIQUEIRA, A. C., & DELL'AGLIO, D. D.; Crianças e Adolescentes Institucionalizados: Desempenho Escolar, Satisfação de Vida e Rede de Apoio Social. Psicologia Teoria e Pesquisa, Jul-Set 2010, Vol. 26 n. 3, pp. 407-415.

SILVA, P.; GAMA, F.; COSTA, N. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde** Volume 43, Número Especial 7, Rio De Janeiro, Dez/2019.p.64-74, ISSN 0103-1104. revista.saudeemdebate.org.br

SILVA, B.; PRATES, A.; CARDOSO A.; ROSAS, N. **O suicídio no Brasil contemporâneo.** Soc. estado. vol. 33, nº 2 - Brasília, maio-ago/2018, <https://doi.org/10.1590/s0102-699220183302014>, último acesso em 17/12/2020.

SILVA, R. **Os filhos do Governo.** São Paulo. Editora Ática, 1997, 205 p.

SILVA, V., TEICHMANN, P., SCANLON, T., SANTOS, J., & GOLDANI, M. (2020). **A mortalidade entre adolescentes egressos do Sistema Penal.** <https://doi.org/10.1590/1413812320202510.17622018>.

SILVA, A., BOTTI N. C.; **Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: revisão integrativa da literatura.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2017, 18:68.

VÄRNIK, P. **Suicide in the world.** *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 9, n. 3, p. 760-771, 2 Mar. 2012.

VARGAS, C., & NELSON, A. 2001. **Cambios en la familia: repercusiones en la práctica pediátrica.** Revista Chilena de Pediatría, 72, 77-80.

SOUZA, J.; CAVALCANTE, D. & FIGUEIREDO, S. (Org.). **A saúde mental em discussão – Volume 1,** Belo Horizonte/MG: Poisson, 2021.

WEBER, I.; GIANOLLA, C. & SOTERO, A. **Suicídio e violência estrutural. Revisão sistemática de uma correlação marcada pelo colonialismo.** Revista Sociedade e Estado – Volume 35, Número 1, janeiro/abril 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans.** Genebra, 2005. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf

_____, **Suicide.** Genève (CH): WHO, 2018a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, último acesso em 19/12/2022.

WINNICOTT, D. **Privação e Delinquência.** São Paulo: Martins Fontes. 2005, 322 p.

_____, **O brincar e a realidade.** Tradução José Antônio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Editora Imago Ltda. 1975 – (Obras de Michel Foucault), 330 p.

ZAPPE, J. & Dias, A. (2012). **Violência e fragilidades nas relações familiares: refletindo sobre a situação de adolescentes em conflito com a lei.** *Estud Psicol* 2012; 17(3) :389-395

_____, **Vulnerabilidade e Autonomia na Pesquisa com Adolescentes Privados de Liberdade** *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2013, 33 (1), 234-247 235 <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000100018>.

LISTA DE APÊNDICE

APÊNDICE A ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS NOS PRONTUÁRIOS

APÊNDICE B ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS NOS PRONTUÁRIOS
(SAÚDE)

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS: PRONTUÁRIOS (ATENDIMENTO TÉCNICO MULTIDISCIPLINAR)

1) INFORMAÇÕES GERAIS:

1.1) Nome:

1.2) Data de nascimento:

1.3) Naturalidade:

1.4) Raça/Cor:

1.5) Filiação declarada na certidão de nascimento:

1.6) Escolaridade:

1.7) Renda familiar:

1.8) Data de entrada e saída, na US:

1.9) Tempo de permanência na US

1.10) Informações sobre entrada/s anterior/es, reincidência, na US (se houver):

1.11) Ato infracional:

1.12) Informações sobre o ato infracional:

1.13) Informações quanto ao uso e/ou abuso álcool, cigarro e substâncias psicoativas:

2) RELATÓRIOS DE AVALIAÇÃO DAS EQUIPES TÉCNICAS:

2.1) Psicossocial (assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional):

2.2) Jurídica (Assistente jurídico(a)):

2.3) Pedagógica (educadores/as de medida e arte educadore(a)s):

3) OCORRÊNCIAS ESPECÍFICAS:

- 3.1) Encaminhamentos internos e externos (Delegacia, vara da Infância, Defensoria, entre outros):
- 3.2) Concessão de incentivos (saída para funerais, participação em eventos e competições):
- 3.3) Aplicação de sanções disciplinares (destacar o isolamento):
- 3.4) Outras ocorrências relevantes:

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS: PRONTUÁRIOS (DADOS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE)

- 1) Nome:
- 2) Registros do primeiro atendimento da equipe de saúde:
- 3) Identificação de patologia pré-existente:
- 4) Tratamento viabilizado ou encaminhamentos realizados pelo serviço de saúde:
- 5) Identificação de sintomas no período da IP ou MSPL:
- 6) Informações quanto ao uso e/ou abuso álcool, cigarro e substâncias psicoativas:
- 7) Encaminhamentos ao serviço de emergência (data e a motivação do encaminhamento);
- 8) Ocorrências de violência sofrida e/ou praticadas:
- 9) Ocorrência de tentativa de suicídio:
- 10) Parecer ou diagnóstico pelo/a médico/a:
- 11) Medicação prescrita e orientação de uso:
- 12) Outras ocorrências relevantes: