

Organizador: Wallace Hugo Cangussu

SAÚDE NO CONTEXTO SOCIOEDUCATIVO



IASES

Instituto de Atendimento
Socioeducativo do Espírito Santo

Vitória
2024

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1. PNAISARI E REDE SUS	04
2. MANEJO DE COMPORTAMENTOS-PROBLEMA NA SOCIOEDUCAÇÃO	05
3. SAÚDE MENTAL E PSICOPATOLOGIA	08
3.1. Crise psíquica, sofrimento psíquico e transtorno mental: intervenções possíveis	10
4. VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA: AUTOLESÕES E TENTATIVAS DE SUICÍDIO.....	12
4.1 Estratificação de risco e manejo em saúde mental	14
5. TOXICOMANIAS E ATO INFRACIONAL	15
6. PRINCIPAIS INSTRUMENTOS EM SAÚDE NA SOCIOEDUCAÇÃO.....	18
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
9. ANEXOS.....	25

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde na socioeducação é instituída pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (Pnaisari), que estabelece o uso da Rede SUS como política de assistência. Tal política, por sua vez, é instituída pela Portaria N° 1.082 de 2014. Assim, ao adolescente e jovem em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, será garantida a atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, nas três esferas de gestão.

É importante destacar que, no contexto de privação de liberdade, é comum a existência de agravos à saúde mental e de um sofrimento psíquico que pode variar de intensidade, sendo este decorrente da própria condição de privação de liberdade. Por vezes, comparecem através da prática da violência autoprovocada, que pode estar relacionada à exposição a outras formas de violência, ao isolamento e ao histórico familiar de tentativas de suicídio.

A garantia da atenção à saúde, desse modo, requer o conhecimento de técnicas, instrumentos, protocolos de manejo, diretrizes e fluxos específicos para o devido encaminhamento das demandas que surgem nesse contexto.



1. PNAISARI E REDE SUS

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), além de responsabilizar os adolescentes pelos atos infracionais cometidos ao estabelecer as medidas socioeducativas como sanção, reconhece também os seus direitos universais e integrais, sua condição peculiar de desenvolvimento, a prioridade absoluta no atendimento, bem como a destinação de recursos na formulação e execução de políticas públicas. Nesse sentido, destaca, que há medidas protetivas que asseguram o direito ao tratamento de saúde: médico, psicológico ou psiquiátrico, seja em regime hospitalar ou ambulatorial.

A Portaria nº 1.082 de 23 de maio de 2014, por sua vez, estabelece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade (PNAISARI) e se configura como um marco legislativo no que diz respeito ao cuidado em saúde desse público que se encontra em privação de liberdade, uma vez que reconhece que o aprisionamento gera diversos agravos na saúde dos indivíduos que, frequentemente, não acessam a rede de saúde.

A PNAISARI tem por objetivo promover a inclusão dessa população no Sistema Único de Saúde, de forma a organizar e ampliar o acesso aos cuidados em saúde, privilegiando, sobretudo, as intervenções intersetoriais e articulando as diversas políticas públicas por meio do matriciamento.



2. MANEJO DE COMPORTAMENTOS-PROBLEMA NA SOCIOEDUCAÇÃO

No contexto de privação de liberdade é frequente a ocorrência de alguns comportamentos-problema envolvendo autolesões, violência interpessoal e dano a patrimônio. Considerando a abordagem comportamental enquanto referencial teórico, técnico e operacional para o manejo desses comportamentos dito inadequados, algumas estratégias de modificação de comportamento-problema têm se mostrado muito eficazes, tais como: identificar a função de um comportamento para, em seguida, alterar sua consequência; suspender um reforçador que existe e que mantém o comportamento inadequado; colocar o comportamento inadequado em extinção ao não reforçá-lo; reforçar o comportamento adequado sempre que o indivíduo agir regulando suas emoções.

Por outro lado, a punição como método de consequenciação ao comportamento inadequado além de não ser eficaz, pode gerar consequências desastrosas para o sujeito e sociedade, como a contra-agressão, fuga, esquiva, revolta e resistência passiva.

Por isso, é importante buscar observar a interação do comportamento do adolescente com o meio que o cerca, com fins de identificar a função daquele comportamento e, assim, traçar as melhores estratégias de intervenção.

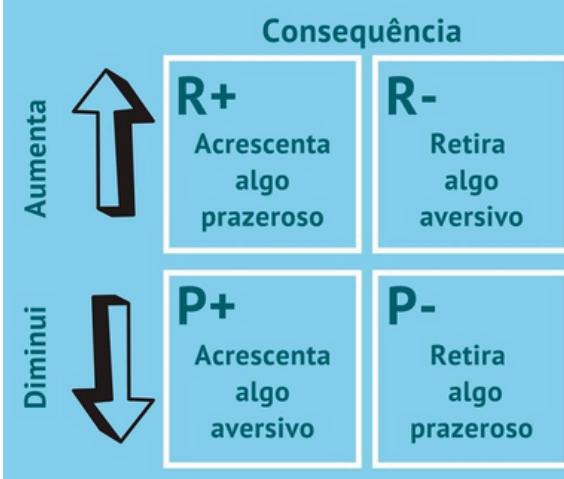


No contexto de privação de liberdade envolvendo jovens e adolescentes, observou-se que tais comportamentos-problema, associados ou não à ideação suicida, pareciam remeter a contigências de **reforçamento positivo** ou **reforçamento negativo**, a depender dos eventos antecedentes envolvidos. No primeiro caso, pareciam ter como uma de suas funções a de buscar reforçadores sociais (positivos), a exemplo, a atenção dos profissionais e visitas dos familiares, enquanto no segundo caso, tinham como eventual função afastar estímulos aversivos, a exemplo, a própria condição de privação de liberdade.

Entende-se por **reforço** toda consequência que, seguindo um comportamento, aumenta a probabilidade futura de sua ocorrência, podendo ser classificado como positivo ou negativo. O reforço positivo é toda consequência que aumenta a probabilidade futura do comportamento que a produz. O reforço negativo é toda consequência que aumenta a probabilidade futura da que o comportamento que a remove ou atenua.



Reforço X Punição



Legenda	
R+	Reforço Positivo
R -	Reforço Negativo
P+	Punição Positiva
P-	Punição Negativa
	Aumenta a probabilidade de ocorrência futura do comportamento
	Diminui a probabilidade de ocorrência futura do comportamento

Abaixo segue um modelo de análise de contingência (interação do comportamento com ambiente):

ANTECEDENTE	COMPORTAMENTO	CONSEQUÊNCIA
Privação de comida (Sd, OE)	Chorar	Atenção (R+) Aleitamento (R+)
Carro em movimento sem uso de cinto (Sd) Apito do carro de cinto(OE)	Colocar cinto	Pausa do apito (R-)
Aviso da mãe ("Não suba na cama") (Sd)	Subir na cama	Esporro da mãe (P+)
Brinquedo disponível (OE) Aviso do pai ("Não pegue no brinquedo agora") (Sd)	Brincar no momento indevido	Tomada do brinquedo (P-)

VOCÊ SABIA?

Geralmente, estamos envolvidos com o evento antecedente ou com a consequência dos comportamentos dos adolescentes.

VAMOS PRATICAR?

Desenvolva a análise de uma tríplice contingência (como a demonstrada na figura acima), pensando em um comportamento-problema de um socioeducando e a consequência envolvendo os profissionais. Pense nas seguintes questões:

Geralmente o comportamento é reforçado ou punido? Como é esse reforço ou punição?

Tem funcionado? São estratégias ou feitos sem pensar?

Quais outras estratégias podemos utilizar? Pense em reforço/punição que é possível utilizar na socioeducação!



3. SAÚDE MENTAL E PSICOPATOLOGIA

A psicopatologia é definida como o ramo da ciência que trata da natureza essencial do transtorno mental — suas causas, as mudanças estruturais e funcionais associadas a ela e suas formas de manifestação. O conceito de saúde e de normalidade em psicopatologia é questão de grande controvérsia: há vários critérios de normalidade e anormalidade em psicopatologia. Logo, a delimitação entre o que pode ser considerado normal e o que deve ser tido como "patológico" é uma questão que gera constantes discussões conceituais nesse campo, uma vez que sua demarcação é muito flutuante e depende, entre outras coisas, de opções filosóficas, ideológicas e pragmáticas do profissional.

Além disso, o psicodiagnóstico (ou diagnóstico em saúde mental) se esbarra em diversos desafios, sendo um deles o tempo para sua elaboração: isso é possível apenas a partir de **um processo que demanda tempo para observação** do paciente, **não se tratando, ainda, de uma classificação permanente sobre o sujeito**. Uma de suas funções é prever e prognosticar a evolução e o desfecho da doença (o diagnóstico deve indicar o prognóstico). Porém, às vezes, isso se inverte no contexto da psicopatologia. Não é incomum que o prognóstico, a evolução do caso, obrigue o profissional da saúde mental a reformular o seu diagnóstico inicial.



Outras funções do psicodiagnóstico, para além de buscar orientar a conduta do profissional de saúde e o plano terapêutico a ser traçado, estão relacionadas ao seu uso pericial e, ainda, como instrumento de acesso a direitos. De todo modo, deve atentar-se para evitar a rotulação e estigmatização do paciente portador de transtorno mental.

Outro ponto a observar é que não há, em psicopatologia, sinais e sintomas patognomônicos, isto é, que seja totalmente característico de uma enfermidade: não existem sinais psicopatológicos específicos para determinado transtorno mental. Portanto, o psicodiagnóstico repousa sobre a totalidade dos dados clínicos, os momentâneos (coletados no exame de estado mental) e os evolutivos (anamnese, história dos sintomas, evolução do transtorno. Designa-se sinais as manifestações clínicas que podem ser verificadas por outra pessoa, a exemplo: uma febre ou hemorragia. Entende-se por sintomas o que pode ser sentido ou percebido apenas pela pessoa que o apresenta, como a dor ou a fadiga.

Importante ressaltar a necessidade de desconstruir o velho mito da periculosidade dos pacientes portadores de transtornos mentais, uma vez que o crime não é consequência do transtorno, mas está vinculado à incapacidade do indivíduo em aceitar as normas e regras sociais.



3.1 CRISE PSÍQUICA, SOFRIMENTO PSÍQUICO E TRANSTORNO MENTAL: INTERVENÇÕES POSSÍVEIS

O transtorno mental, ao contrário do conceito de doença, não possui uma causa definida e determinada, razão pela qual o correto é denominar de transtorno mental (e não de ‘doença mental’) as psicopatologias existentes.

Embora haja a vivência de sofrimento psíquico nos transtornos mentais, não se pode afirmar que todo sofrimento psíquico implica na existência necessária de um transtorno mental. O transtorno mental é classificável, aponta para uma sintomatologia que tende a ser mais persistente e incapacitante, diferenciando-se do sofrimento psíquico por sua maior duração, intensidade, gravidade e pelos prejuízos causados.



De modo amplo, a crise no campo da saúde mental é o desencadeamento psíquico que coloca o sujeito numa condição de estranhamento, ruptura, desorganização e vazio, remetendo a um estado de angústia em relação ao próprio eu, expondo-o a um excesso de excitações insuportáveis para o aparelho psíquico e que, por vezes, pode colocar em risco a vida do indivíduo. É no campo das situações de urgência que a crise se insere, entendendo-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde, que deve ser prontamente resolvida.



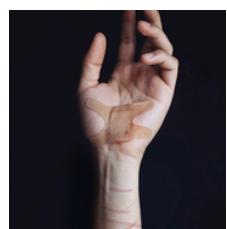
Há várias intervenções possíveis diante da crise em saúde mental, dentre elas a contenção mecânica e a contenção química (farmacológica). Ambas podem ser utilizadas, desde que de forma apropriada e por profissionais capacitados para resolução e encaminhamentos no campo da saúde mental.

Convém aqui ressaltar os riscos da hipermedicalização e da automedicação no contexto socioeducativo. As diretrizes nacionais, em consonância com estudos acadêmicos e guias clínicos propõem, nas situações de privação de liberdade, condutas cautelosas em relação à medicação. As psicoterapias e as ações de reabilitação devem ser usadas como intervenções de primeira linha. O manejo farmacológico deve ser utilizado após constatação da insuficiência destas intervenções. Em uma perspectiva normativa, os estudos mostram que a adoção da medicação deve incluir uma permanente avaliação sobre os riscos e os benefícios. O manejo pouco cuidadoso da intervenção psicofarmacológica pode acarretar situações nas quais os adolescentes são submetidos a múltiplas prescrições sem um claro entendimento sobre suas interações e possíveis efeitos adversos.

Além disso, a hipermedicalização pode gerar o mascaramento de sintomas, com decorrente dificultação de diagnósticos, bem como intoxicações e iatrogenia medicamentosa, isto é, efeitos adversos ou complicações causadas pelo uso de medicamentos.

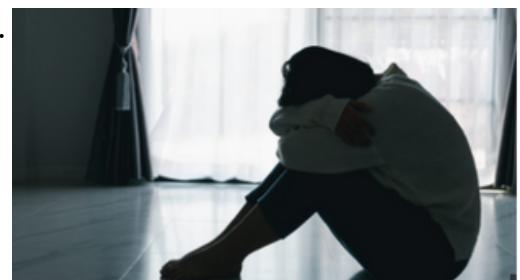


4. VIOLÊNCIA AUTOPOVOCADA: AUTOLESÕES E TENTATIVAS DE SUICÍDIO



Nas instituições de privação de liberdade brasileiras que atendem adolescentes, observou-se que as situações que geram a iniciativa de tratamento em saúde mental estão associadas aos quadros agudos produzidos pela angústia causada pelo ambiente de cárcere que leva, em alguns casos, inclusive à tentativa de suicídio por enforcamento, utilizando principalmente como instrumento o uso de lençol. Outras motivações para o atendimento é a queixa de insônia que acarreta na utilização de medicação, além da ocorrência de comportamento agitado ou agressivo que demanda por encaminhamento ao atendimento psiquiátrico e que interfere na rotina da unidade socioeducativa (Costa; Silva, 2017).

Desse modo, a violência autoprovocada entre jovens e adolescentes no contexto de privação de liberdade, seja na forma de autolesão sem ideação suicida ou mesmo nas tentativas de suicídio, tem sido, de longa data, um comportamento-problema recorrente que preocupa os profissionais que atuam diretamente com esse público. Sabe-se que há diversos fatores de risco, apontados na literatura psicológica, para a ocorrência da violência autoprovocada, dentre eles fatores individuais (transtorno de personalidade ou de conduta), histórico de violência física e/ou sexual, isolamento social, além de histórico familiar de automutilação ou suicídio, dentre outros.



Basicamente, a diferença entre a autolesão e o comportamento suicidário está na intencionalidade do ato: enquanto a automutilação tem como uma de suas funções a autorregulação emocional e o alívio da angústia, porém sem a intenção de morrer, na tentativa de suicídio há claramente a intenção de morte.

Na violência autoprovocada sem ideação suicida, a pessoa se machuca por vários motivos, desde a regulação das emoções (tentando reduzir afetos negativos ou produzir afetos positivos), a autopunição, a comunicação do sofrimento, a punição de outras pessoas e, até mesmo, a influência do meio em que vive. De todo modo, cabe ao profissional que atua diretamente com os adolescentes observar e identificar as contingências nas quais ocorre esse comportamento-problema para, a partir daí, traçar estratégias assertivas para o encaminhamento. Além disso, não se deve banalizar ou julgar de forma apressada e superficial a tentativa de suicídio como um ato puramente manipulativo, uma vez que mesmo nas ocorrências com baixa intenção letal que incluem cortes superficiais, temos observado, na prática, ocorrências de autolesão posteriores de maior gravidade e risco para consumação do suicídio.

A prevenção do suicídio e da violência autoprovocada de forma geral, incluindo o comportamento de autolesão por repetição, deve-se preceder de uma **classificação de risco em saúde mental** que identifique, dentre outros elementos, o histórico de autolesões anteriores, os fatores de risco e de proteção, sendo a Nota Técnica de Prevenção e Manejo de Comportamentos Suicidas no contexto socioeducativo, a seguir, um referencial indicado.

4.1 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO EM SAÚDE MENTAL

RISCO	CARACTERÍSTICA	MANEJO
BAIXO	<p>O socioeducando teve pensamentos suicidas, mas não fez nenhum plano.</p> <p>Sem histórico de tentativa prévia.</p> <p>Ausência de transtorno mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Escuta acolhedora para compreensão e amenização do sofrimento; Identificar e facilitar a vinculação do socioeducando com sua (s) figura (s) de referência; Identificar e açãoar os fatores de proteção (figuras de referência intra e extra institucional, vínculos positivos e afetivos, extensão das visitas de laços positivos, práticas esportivas, cursos de interesse, estímulos, entre outros fatores que promovam o bem estar do indivíduo); Identificar e amenizar os fatores de risco (conflitos, isolamento, administração incorreta da medicação ou interrupção abrupta, abstinência do uso de drogas, violências físicas/psicológicas/sexuais, entre outras questões que possam causar o agravamento do sofrimento psíquico do indivíduo); Realizar estudo de caso envolvendo diversas categorias profissionais das unidades socioeducativas; Comunicar à família do socioeducando; Avaliar possibilidade de realização de contrato de não-suicídio com profissional de referência (vinculação); Avaliar novamente o risco e, caso não haja melhora, solicitar inclusão em algum serviço de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial.
MÉDIO	<p>O socioeducando tem pensamentos e planos suicidas, mas não pretende cometer suicídio imediatamente.</p> <p>Histórico de tentativa prévia.</p> <p>Presença (ou suspeita) de transtorno mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Acionar a Rede de Saúde Mental para tratar eventual transtorno mental, buscando o matrículamento através da realização de estudo de caso conjunto e articulação permanente entre Equipe de Referência da Unidade Socioeducativa e Equipe do Serviço de Saúde Mental; Nunca deixar o socioeducando sozinho, mantendo vigilância constante; Eliminar o acesso a todos os meios possíveis de autolesão (reforço das revistas); Oferecer escuta terapêutica; Eliminar os fatores de risco; Identificar e facilitar a vinculação do socioeducando com sua (s) figura (s) de referência; Identificar e açãoar os fatores de proteção (figuras de referência intra e extra institucional, vínculos positivos e afetivos, extensão das visitas de laços positivos, práticas esportivas, cursos de interesse, estímulos, entre outros fatores que promovam o bem estar do indivíduo); Realizar estudo de caso envolvendo diversas categorias profissionais das unidades socioeducativas; Comunicar à família do socioeducando; Avaliar possibilidade de realização de contrato de não-suicídio com profissional de referência (vinculação).
ALTO	<p>O socioeducando tem um <u>plano definido e planeja fazê-lo prontamente</u>.</p> <p>Histórico de tentativa prévia.</p> <p>Presença (ou suspeita) de transtorno mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Acionar serviços de emergência e a Rede de Saúde Mental, considerando a necessidade de encaminhamento imediato para internação hospitalar; Buscar o matrículamento, através da realização de estudo de caso conjunto e articulação permanente entre Equipe de Referência da Unidade Socioeducativa e Equipe do Serviço de Saúde Mental, inclusive para o tratamento de eventual transtorno mental; Nunca deixar o socioeducando sozinho, mantendo vigilância constante; Eliminar os fatores de risco e acesso a todos os meios possíveis de autolesão; Identificar e facilitar a vinculação do socioeducando com sua (s) figura (s) de referência; Identificar e açãoar os fatores de proteção; Comunicar à família do socioeducando; Avaliar possibilidade de realização de contrato de não-suicídio com profissional de referência (vinculação); Realizar estudo de caso envolvendo os profissionais das unidades socioeducativas, da Rede de Saúde e do Sistema de Garantia de Direitos (caso necessário); Preencher a Ficha de Notificação de Violência em até 24h em caso de automutilação e tentativa de suicídio. Realizar atendimento de intervenção em crise.

Quadro: Instrumento de avaliação de risco para o comportamento suicida adaptado ao contexto socioeducativo. Fonte: ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir. Conselho Federal de Medicina (CFM). Brasília: 2014.

5. TOXICOMANIAS E ATO INFRACIONAL

Estudos demonstram que existe uma correlação significativa entre o uso de drogas, especificamente, do álcool e da maconha com a prática de atos infracionais. Martins (2008), ao traçar uma relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei, trouxe resultados que confirmam que o uso de drogas precedem a prática delitiva: os índices do primeiro uso do álcool, cigarro e maconha são elevados e ocorrem concomitantemente com idade média de 12 anos. Com relação aos delitos, os mais praticados são roubo 61 (40,7%), seguido do tráfico de drogas 44 (29,4%) e o furto 14 (9,3%) e ocorrem com idade média de 13 anos.



O problema da toxicomania requer o conhecimento dos padrões de uso, de alguns conceitos básicos e de instrumentos específicos para detecção do uso/abuso de substâncias psicoativas. Nomeia-se **substância psicoativa** qualquer substância que interage com o Sistema Nervoso Central, modificando o seu funcionamento, podendo provocar alterações no humor, na percepção, no comportamento e em estados da consciência, com potencial para causar dependência. Do ponto de vista de seus mecanismos de ação e efeitos, podem ser classificadas em:

- Depressoras: diminuem a atividade do sistema nervoso central, resultando em efeitos sedativos e tranquilizantes .
- Estimulantes: aceleram o funcionamento do cérebro, aumentando o estado de alerta, as atividades motoras e cognitivas.



- Perturbadoras: também chamadas de alucinógenas, modificam qualitativamente a atividade cerebral, que passa a funcionar de forma anormal. Alteram a percepção e o pensamento e produzem alucinações e delírios.

Quanto aos padrões individuais de consumo variam de acordo com a sua intensidade: uso experimental, uso recreativo, uso frequente, uso nocivo e dependência. O **uso nocivo** indica um padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos. Já no **uso dependente**, para além dos danos reais provocados, é necessário que no mínimo três critérios sejam preenchidos e manifestados durante o ano anterior, para que se estabeleça o diagnóstico, podendo ser eles (DSM-5):

1. Um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância.
2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo.
3. Estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.

Na **abstinência**, ocorre a manifestação de uma síndrome específica devido à interrupção ou redução do uso pesado e prolongado de determinada substância psicoativa. Os sintomas variam dependendo da substância envolvida. A abstinência de algumas drogas (como álcool ou barbitúricos) pode ser séria e até mesmo trazer risco de morte. A maioria das pessoas que sofre de abstinência sabe que tomar uma quantidade maior da substância causará a diminuição dos sintomas. Algumas drogas vendidas com receita, principalmente os opioides, sedativos e estimulantes, podem resultar em sintomas de abstinência mesmo quando tomadas conforme receitado para uma finalidade médica legítima e por períodos relativamente curtos.

Outro conceito igualmente importante é a **intoxicação**, que se refere à síndrome causada pela ingestão recente de uma determinada droga, sendo caracterizada por alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e mal-adaptativas, devido ao efeito da substância sobre o Sistema Nervoso Central e o organismo.



6. PRINCIPAIS INSTRUMENTOS EM SAÚDE NA SOCIOEDUCAÇÃO

Vamos agora abordar alguns dos principais instrumentos que são utilizados no campo da saúde socioeducativa.

Além da já citada Nota Técnica N° 01/2023/NUSA/IASES (**Protocolo de Classificação de Risco, Prevenção e Manejo do Comportamento Suicida e Violências Autoprovocadas no Contexto Socioeducativo**), disponível no site do IASES, disponibilizamos de um **Protocolo de Encaminhamento Psiquiátrico Eletivo**, que busca instigar a reflexão do psicólogo inserido no contexto socioeducativo se já foram adotadas outras alternativas terapêuticas à intervenção psiquiátrica e, portanto, medicamentosa. Com isso, visa a redução do fenômeno de psiquiatrização do comportamento infracional e a medicalização do sofrimento psíquico.

Esse instrumento direciona o adequado encaminhamento em saúde mental, com levantamento do histórico em saúde mental do adolescente e uma breve descrição avaliativa com justificativa para o encaminhamento psiquiátrico, de modo a subsidiar, ainda, outros profissionais em saúde mental a adoção de condutas em saúde. Serve para encaminhamento de demandas eletivas, ou seja, de natureza não urgentes/emergenciais.

Além deste, também é sugerido a utilização do **Formulário de Acolhimento em Saúde**, onde consta todas as demandas de saúde apresentadas pelo jovem/adolescente a serem encaminhadas à rede de saúde.

BASI: Boletim de Atendimento em Saúde Individualizado (anexo I).

Este instrumento acompanha todo atendimento em saúde, seja no nível da urgência/emergência ou nas demandas de caráter eletivo, ou seja, programadas. Ele serve para registro e respaldo das ações em saúde realizadas junto aos jovens e adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Junto com o **relatório de atendimentos em saúde**, ambos são apresentados para o Sistema de Justiça e de Garantia de Direitos, quando a instituição socioeducativa é convocada a apresentar documentos comprobatórios dos atendimentos e procedimentos de saúde requisitados.

Possui campo para assinatura do socioeducando em caso de recusa a qualquer atendimento ou procedimento em saúde. Possui, ainda, campo para registro de observações, atendimentos e condutas do profissional de saúde e da socioeducação. Deve possuir o registro da classificação da graduação de risco do socioeducando (1, 2 ou 3), encaminhado pela unidade socioeducativa, conforme Decreto 4560-R que prevê a proporção de agentes por adolescente/socioeducando nos atendimentos externos (escolta e condução).

É comumente utilizado pelos servidores socioeducativos que prestam o suporte no encaminhamento das demandas de saúde ou fazem o deslocamento para o atendimento de saúde.

Formulário de Entrega de Medicamentos



O registro do ato de entrega de medicamentos prescritos por profissionais de saúde aos jovens e adolescentes do sistema socioeducativo deverá constar em formulário específico individual e preverá, dentre outros aspectos, a recusa de seu aceite pelo paciente, que deve ser esclarecida e assinada pelo adolescente.

Recomenda-se que qualquer recusa, assinada a Termo, deve ser juntada aos documentos do adolescente e comunicada, oportunamente, na ocasião de Relatório Técnico e/ou de Saúde ao Juízo e às demais autoridades fiscalizadoras e demandantes das questões de saúde. Também deverá comunicar ao profissional de saúde prescritor - quem deverá adotar a melhor conduta diante de cada caso.

A entrega do medicamento ao adolescente deve exigir a atenção quanto à certificação do seu uso pelo paciente. Assim, a ingestão deve ser realizada na presença do responsável na hora da entrega da medicação, sendo validada e verificada, a fim de evitar o uso inadequado da medicação, sua perda, extravio ou troca entre adolescentes. Além disso, deve constar assinatura do adolescente, confirmando seu recebimento.

Reiteramos que qualquer medicamento somente pode ser entregue mediante prescrição de profissional de saúde. Ainda, que os medicamentos devem ser ingeridos nos horários e pelo período estipulados na receita.

ASSIST - Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas (anexo II).

Considerando o alto índice do uso de substâncias psicoativas no Brasil e, especificamente, entre o público em envolvimento com cometimento de atos infracionais, recomendamos a utilização de um instrumento denominado teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST), desenvolvido a partir de um projeto multicêntrico coordenado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Trata-se de um instrumento para detecção precoce válido e confiável na forma de questionário estruturado contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos).

As questões abordam a freqüência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável.

Desse modo, o instrumento permite, através da pontuação obtida para cada droga, definir qual a intervenção/tratamento adequado para cada caso (nenhuma intervenção, intervenção breve ou tratamento intensivo).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

São diversos os desafios presentes no campo da socioeducação, sobretudo aqueles relacionados com as demandas de saúde entre jovens e adolescentes que emergem nesse contexto, já que implicam na elaboração de estratégias de abordagem, intervenção, prevenção e de encaminhamentos.

O acesso ao direito à saúde aos serviços e equipamentos da Rede SUS, tal como preconiza a PNAISARI, constitui outro desafio. Apesar dos avanços nos campos jurídico-administrativos e político-legislativos conquistados, garantir o acesso integral à saúde dos adolescentes/jovens em atendimento socioeducativo é um processo em constante construção, pois se esbarra ainda numa cultura marcada pela perspectiva meramente punitivista, incluindo o estigma da periculosidade direcionado a esse público específico que se refletem em barreiras ao seu acesso cotidiano nos atendimentos em saúde.

Ainda, faz-se necessário promover a prevenção, promoção e educação em saúde, por meio da sensibilização da rede de saúde e de toda a comunidade socioeducativa. Estratégias como a educação em direitos humanos, o fomento da discussão em espaços de pactuação como em grupos de trabalho, o monitoramento e a avaliação periódica dos fluxos de atendimento, os estudos de casos e a articulação entre os profissionais da saúde e da socioeducação, podem contribuir de forma significativa para o aperfeiçoamento e a integralidade do cuidado em saúde.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. Psicologias - uma introdução ao estudo de psicologia. São Paulo: Saraiva, 1999. 492 p.
- BRASIL. Portaria 1.082, de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2014.
- CANGUSSU, W. H.; BARRETO, S. S. L. ; BRAGIO, J. The access of adolescents deprived of liberty in the SUS network . Seven Editora, [S. l.], v. 02, p. 348–362, 2024. DOI: <https://doi.org/10.56238/sevened2024.001-028>.
- COHEN, C.; FERRAZ, F. C.; SEGRE, M. (Orgs.). Saúde mental, crime e justiça. São Paulo: Edusp, 1996. 290 p.
- COSTA, N.R.; SILVA, P.R.F. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. Ciênc. saúde colet., Rio de Janeiro, vol. 22, no.5, p. 1467-1478, 2017.
- DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais – 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DSM-5 Manual Estatístico de Diagnósticos e Transtornos Mentais. APA. 5^a ed. Artmed, 2014.
- ESPÍRITO SANTO. Instituto Estadual de Atendimento Socioeducativo do Estado do Espírito Santo, 2023. Nota Técnica nº 01/2023/NUSA/IASES: Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental. Disponível em: <https://iases.es.gov.br/Media/iases/Arquivos/2023/Nota%20T%C3%A9cnica%20n%C2%BA%20001.2023-%20NUSA-%20Protocolo%20de%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20Risco%20em%20Sa%C3%BAde%20Mental.pdf>

- FÉDIDA, P. Crise e metáfora. In: FÉDIDA, P. Crise et contre-transfert. Tradução: Martha Gambini. Paris: Presses Universitaires de France, 1992.
- FONSECA, P.H.N. et al. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro, vol.70, no.3, p. 246-258, 2018.
- GONDIM, M.F.N. Os sentidos dos vínculos na crise psíquica grave. (Tese de Doutorado) Universidade Nacional de Brasília – UNB, Brasília, 2007.
- MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, 2008.
- OLIVEIRA, W. H. C.; BRAGIO, J. Impacto psicológico da privação de liberdade na violência autoprovocada entre adolescentes: manejo e correlações. Revista Foco, [S. l.], v. 16, n. 12, p. 01-16, 2023. DOI: 10.54751/revistafoco.v16n12-107.
- QUESADA, A. et al. Cartilha para Prevenção da Automutilação e do Suicídio [15 a 18 anos]. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020.
- SIDMAN, M. Coerção e suas implicações. São Paulo: Editoria Livro Pleno, 2001, p. 32- 245.
- SKINNER, B. F. Ciência e comportamento humano. Tradução: João C. Todorov; Rodolfo Azzi. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. 489 p.

9. ANEXOS

GRAU DE RISCO:

BOLETIM DE ATENDIMENTO EM SAÚDE INDIVIDUALIZADO

Início do Atendimento – Data ____/____/____ Horário: _____
Fim do atendimento – Data: ____/____/____ Horário: _____

Atendimento de saúde na rede externa para: () Urgência e Emergência ()
Consulta de Especialidade () Consulta Particular () Exames Laboratoriais () Procedimento em Saúde () Outros

UNIDADE SOCIOEDUCATIVA SOLICITANTE:

Socioeducando (a)

Mãe: _____

Cartão SUS: _____ Data Nascimento: ____ / ____ / ____

Endereço de residência:

Environnementalisme

para atendimento externo com _____

no local:

Observação: Após atendimento, retornar com este formulário com as informações pertinentes ao atendimento para a Equipe de Apoio em Saúde do IASES.

Nome do profissional de saúde: _____

Nº de registro profissional:

CID: 10000000000000000000000000000000

Observações do atendimento:

Atendido: Sim () Não () Consulta de retorno: Sim () Não () Agendado: Sim () Não ()

Recebeu medicação no local? Sim () Não () Qual? _____

Receitou uso medicação para continuidade do tratamento? Sim () Não () Quais?

Retirou medicação na farmácia da rede? Sim () Não () - Por que? _____

Encaminhado à especialidade médica, exame e /ou procedimento (preencher em guia - BPA I)
Qual? _____

Nome dos agentes da equipe do translado e unidade: _____

Caso haja alguma destas situações, gentileza assinalar:

() Desacato - profissionais de saúde () Desacato - agentes do translado () Situação de risco no atendimento () Tentativa de fuga () Atendimento negado () Outros

Observações da equipe: _____

TERMO DE RECUSA:

Eu tenho ciência de que a negativa no atendimento compromete a assistência da demanda proposta, dificultando a credibilidade nas minhas queixas posteriormente, bem como incorrendo em registro da recusa em Relatórios de Avaliação e PIA, para informação judicial.

Justificativa para recusa:

Assinatura do socioeducando (Recusa)

Assinatura do (s) responsável (is) pelo acompanhamento do adolescente

ASSINATURA DO SOCIOEDUCANDO

Nome: _____
Entrevistador: _____ DATA: / /

Registro _____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue:
Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que freqüência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc.)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. **produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. **bebidas alcóolicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermutes, caninha, rum tequila, gin)
- c. **maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. **cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. **estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. **inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. **hipnóticos, sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. **alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. **opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. **outras – especificar:**

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que freqüência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que freqüência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que freqüência, por causa do seu uso de (**primeira droga, depois a segunda droga, etc**), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) ?			
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (**(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)**) e não conseguiu?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos
Ou menos de três dias seguidos

Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"

Mais do que uma vez por semana
Ou mais do que três dias seguidos

Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. <u>SOME SOMENTE</u> das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intenso
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).

Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.

Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.

Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a