

**ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI: A EXPERIÊNCIA DA
REINSERÇÃO E CONTRIBUIÇÃO DO PAPEL FAMILIAR NO
TRATAMENTO NO CAPSI**

Cirlene Deolindo Canal Petry

Nathália Christina Maia Patrocínio

Mariana Sant'Anna Costa (Professora orientadora)

RESUMO

O objetivo desse trabalho é obter uma melhor compreensão sobre o tratamento dos jovens em conflito com a lei nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto- Juvenil (CAPSi). Nesse sentido, temos como foco de trabalho analisar o papel da família no acompanhamento desses jovens. Este trabalho trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo caracterizando-se numa pesquisa exploratória, com base em referências bibliográficas. Para tanto, foram utilizados dois estudos de caso: o primeiro referente à história de um adolescente que faz acompanhamento no CAPSi, mas sem o suporte da família. O segundo caso é de uma jovem que tem tanto o apoio da família como também de outras redes de apoio em seu acompanhamento no CAPSi. O intuito é obter uma compreensão da importância da família nesse processo, para aqueles adolescentes em conflito com a lei que decidem aderir ao tratamento nos CAPSi.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência; Jovens em conflito com a lei; família; CAPSi.

ABSTRACT

The objective of this study is to obtain a better understanding of the treatment of young people in conflict with the law in the Centers for Psychosocial Child and Adolescent Care (CAPSi). In this sense, we have as focus of work, to analyze the role of the family in the accompaniment of this young person. It is a qualitative research characterizing an exploratory research, based on bibliographical references. Two case studies were used, the first one referring to the history of a teenager who follows up on CAPSi, but without the support of the family. The second case is the young woman who has both the family's

support and other support networks in her follow-up at CAPSi. Our intention is to gain an understanding of the importance of the family in this process for those adolescents in conflict with the law who decided to join the treatment in the CAPSi.

KEYWORDS: Adolescence; Young people in conflict with the law; family; CAPSi.

INTRODUÇÃO

A reinserção social denomina um termo característico da reforma psiquiátrica, que considera que novas práticas de tratamento sejam utilizadas, fora do contexto hospitalar, ressaltando a importância do meio familiar e comunitário, que esse sujeito reside, o que amplia as formas de tratamentos possibilitando resultados mais positivos (SANCHES; VECCHIA, 2018).

Apesar da reforma psiquiátrica ter obtido grandes resultados, “ultrapassaram as fronteiras da instituição, mas carecem de relações interpessoais, valor social e poder contratual” (SANTANA et al, 2013, p.2). Isso significa que além dos profissionais que participaram da reforma e lutaram por essa causa, ainda é necessário a compreensão da sociedade referente ao significado dessa reforma psiquiátrica para as vidas daquelas pessoas, que antes viviam sem a presença da família e ausentes do meio comunitário no período que estavam em tratamento. A reforma veio para possibilitar a reinserção social desses indivíduos, que antes não tinham autonomia e nem possibilidades de viver em sociedade e no âmbito familiar.

Os preceitos em relação ao sujeito em sofrimento psíquico ¹de nossa sociedade são caracterizados como pessoas com certa dificuldade de se relacionar, sendo visto como indivíduo que possa ocasionar conflitos, sendo impedidos de forma implícita e explícita de exercer sua cidadania com autonomia por serem constantemente rotulados como

¹No campo da saúde mental tem se utilizado frequentemente a expressão “sujeito em sofrimento psíquico ou mental,” pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar no sujeito que sofre. Nesta perspectiva nos deparamos com o sujeito, com suas vicissitudes, seu trabalho, sua família, seus projetos e anseios. No campo do movimento da reforma psiquiátrica tem se evitado utilizar o termo transtorno mental, que é comumente adotado pela psiquiatria. Pois, este conceito transmite a ideia que a pessoa com transtorno mental é uma pessoa transtornada, ou seja, possessa. Com isso notamos que a utilização de ambos os termos acarretam perspectivas diferentes a respeito do paciente. Na medida em que, a noção de transtorno mental tem como critério os diagnósticos psiquiátricos de acordo com o DSM IV (Manual de Diagnostico e Estatística da Associação Norte –Americana de Psiquiatria.) Já o termo sofrimento psíquico tem como intuito enfatizar que o sofrimento é singular. (AMARANTE, 2007)

indivíduos desqualificados, reduzindo suas possibilidades no convívio social. Em certas situações, essas pessoas são consideradas como incapazes, sendo por vezes até os ‘excluídos’ do meio social. Nesse sentido nossa proposta é compreender como essa rejeição principalmente da família interfere no tratamento dos jovens em conflito com a lei. (SANTANA, et al, 2013).

As unidades que ofertam serviços especializados no Brasil, voltada para criança e jovens com sofrimento psíquico, são os Centros de Atenção Psicossocial Infanto- Juvenil (CAPSi). O CAPSi é um serviço no território que atende regiões que ultrapassem 150 mil habitantes e oferece atendimento a jovens com idade até 21 anos. Com a reforma psiquiátrica esse serviço tem como objetivo estratégico buscar a colaboração da família para um melhor resultado no tratamento do paciente (THIENGO, et al, 2015).

Nosso objetivo é discorrer sobre o funcionamento do CAPSi com o intuito de trazer uma compreensão maior sobre a importância da família no tratamento. Nesse sentido, analisaremos dois estudos de caso que relata a história de adolescentes em conflito com a lei ²que faz tratamento no CAPSi.

Na adolescência, em alguns casos, o jovem pode se deparar com algumas patologias como: transtornos, distúrbios e conflitos, e isso acarreta consequências prejudiciais para o meio social e familiar, devido as pessoas do convívio deste adolescente não saberem como lidar com a situação atual em que ele se encontra. Em muitos casos há uma demanda elevada desses casos e os atendimentos especializados não conseguem suprir toda a demanda existente, pois além dos adolescentes aderirem ao tratamento, há uma necessidade de um trabalho em conjunto com a família, grupos sociais e outros (MARQUES, 2009).

Nossa proposta, nesta pesquisa, é trazer uma reflexão com estudos de caso, com o intuito da compreensão da importância da família na reinserção social desse sujeito no meio social.

MÉTODOS

² Essa denominação de **jovens em conflito com a lei** se dá a partir do momento em que são apreendidos pelo sistema judiciário devido uma ação por eles realizada que infringe o Código Penal Brasileiro (SCISLESKI, ANDREA CRISTINA COELHO et al, 2015)

Essa pesquisa se caracteriza como uma pesquisa exploratória e foram realizados dois estudos de caso, com um intuito de se fazer uma análise qualitativa. Os artigos científicos selecionados foram os mais recentes que estavam disponíveis nas bases de dados do site Scielo. A revisão foi de artigos científicos sobre o tratamento dos jovens em conflito com a lei no CAPSi e o papel da família no tratamento.

As fontes escolhidas para o desenvolvimento desse trabalho são pesquisas bibliográficas: artigos do site scielo, bvs-psi, pepsic, google acadêmicos e livros. Escolhemos artigos e livros do ano 2007 ao 2017. Os descritores utilizados foram: Adolescência; Reinserção Psicossocial; família; CAPSi.

Buscamos compreender como acontece o processo de reinserção social e a importância da família nesse processo e na vida do jovem em conflito com a lei. Depois relacionamos com dois estudos de caso, que ocorreu no CAPSi mas sem identificar o local e nomes reais, sendo que o primeiro caso: o de João foi retirado do livro: *A Psicanálise na cidade Dispositivos clínicos em saúde mental*³, e o segundo caso, de Maria, foi retirado da cartilha: *Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS Tecendo Redes para Garantir Direitos*⁴. Com base nos dois estudos de casos foram obtidas duas experiências distintas que possibilitaram uma análise juntamente com uma construção teórica, e dessa forma, é possível entender na prática a teoria apresentada (ZANETTI; KUPFER, 2006).

A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

No Brasil a reforma psiquiátrica significou um grande marco de mudanças no modo de tratar e intervir, e na compreensão do transtorno mental. Ampliando esse tratamento no contexto clínico de saúde, ainda há necessidade do engajamento da sociedade para fazer a integração desse sujeito na sociedade, que no passado sofreram uma grande repressão social (HOKAMA, 2007).

³ PEREIRA, Carla Lidiane Oliveira. **Caso clínico CAPSi: o caso do “jovem sem nome”**. In: org. RIBEIRO, Cynara Teixeira et al. **A psicanálise na cidade: dispositivos clínicos em saúde mental**. Natal: EDUFRN, 2017.p.157-160.

⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional Do Ministério Público. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS Tecendo Redes para Garantir Direitos**. Brasília – D.F, 2014. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/>.

Em 1970 no Brasil aconteceu a reforma psiquiátrica, sendo a principal crítica ao saber psiquiátrico e as instituições clássicas. Iniciando a luta pela cidadania do “louco”, seria uma nova forma de se relacionar e responder a essa “loucura”. Segundo Hokama (2007, p.6):

Das comunidades terapêuticas, extraíram-se e frutificaram, reflexões sobre a utilização da psicanálise com os pacientes, com os profissionais e com a instituição como um todo. Essa vertente de estudo e análise se faz muito presente ainda hoje, especialmente nos debates a respeito da consolidação de uma clínica ‘antimanicomial’.

O que impulsionou a Reforma Psiquiátrica em nosso país foi quando houve o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, sendo eles: psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais entre outros. Os profissionais da saúde mental começaram a expor suas ideias e impasses publicamente sobre o tratamento oferecido a pessoas acometidas por transtornos mentais graves. Estas pessoas eram medicadas excessivamente, observava-se contenção física e isolamento social crônico sem que houvesse abertura política-ideológica para outros investimentos terapêuticos, sociais e culturais (FURTADO; CAMPOS, 2005, apud APOLLONIO, 2016, p.17).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental tinha como objetivo levantar a questão de humanização no cuidado oferecido para acometidos de transtornos mentais, que enfrentavam questões com o intuito de desconstruir a ideologia, sendo assim, as pessoas que tinham uma vida de reclusão eram impossibilitadas de conviver na sociedade. Mas essa ideologia tem sido desmistificada, com os serviços oferecidos após reforma psiquiátrica, com discussões temáticas pelos profissionais da saúde (APOLLONIO, 2016).

Indivíduos reclusos eram submetidos por momento prolongado de internações intercaladas por períodos de isolamento em suas próprias residências. Esse isolamento acarretava um distanciamento do meio familiar e social, e isso lhe ocasionava prejuízo em sua vida, mediante a sociedade, pois fortalecia a crença de que o sujeito que tivesse algum transtorno não teria condição de conviver e manter uma vida social. Sujeitos que residiam em hospitais psiquiátricos eram constantemente rotulados pelos seus transtornos que consolidavam a doença socialmente crônica (APOLLONIO, 2016).

Nessa época se destacou por ter ocorrido a Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental no ano de 1987 e no mesmo ano vigente ocorreu o II Congresso Nacional do Trabalhador de Saúde Mental (Bauru – SP), sendo que foi um grande marco, que foi

a luta antimanicomial brasileira, pois vários trabalhadores e pessoas que usufruíam dos serviços de saúde mental foram para as ruas para lutar por um país livre de manicômios (APOLLONIO, 2016).

E com isso, aparecem as novas formas de repensar o paradigma da saúde mental, proporcionando uma reflexão no âmbito dos valores sociais em relação à comunidade e as pessoas com transtornos psíquicos, com a proposta de desospitalização e a inserção desse indivíduo na comunidade (BASAGLIA, 1982, apud APOLLONIO, 2016).

A luta antimanicomial é o movimento que passa a reivindicar e denunciar o manicômio, pois além de declarar suas falhas, vem para propor uma superação com medida principal à inclusão social. Nesse sentido, permitindo que o sujeito vivenciasse experiências que antes não era possível e assim possibilitando que tenha uma compreensão nas relações sociais, que acontece entre o homem e a sociedade (DALLA; MARTINS, 2009).

O serviço de saúde público que embarca o conceito de desospitalização e inclusão social é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que garante o direito à saúde e a vida, de forma universal, atendendo a todos sem haver distinção, não estabelecendo um público e nem perfil definido para ser acolhido, e para isso o SUS é subdividido em vários setores para atender variados perfis. No campo da atenção, para a criança e adolescente o SUS oferece: Atenção Básica; Atenção residencial de caráter transitório; Atenção de urgência e emergência; Atenção hospitalar e por último, a Atenção Psicossocial Estratégica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Nossa pesquisa tem como foco a Atenção Psicossocial Estratégica que segundo o Ministério da Saúde (2014, p.34) dispõe de serviços de "diversas modalidades de CAPS: I, II, III, álcool e drogas (CAPSad) e infanto-juvenil (CAPSi)". Nesse sentido, iremos discorrer sobre o Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi).

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO - JUVENIL (CAPSI)

Somente no início do século XXI, surgem as políticas específicas para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, demonstrando até então terem estado ausentes da agenda de debates. As políticas relacionadas à saúde mental verificaram que existem diversas demandas específicas para cada caso sobre a população adulta, jovens e crianças.

Isso possibilitou a criação de uma agenda exclusiva para cada demanda (CARVALHO, 2014).

A partir de 2002 foram implantadas políticas específicas para atender o público infanto-juvenil, sendo CAPSI o ordenador dessa demanda. As políticas públicas para o infanto-juvenil têm como estratégias a articulação inter setorial visando à saúde em geral, educação, assistência social, justiça de direitos, dentre outros. As articulações são relevantes para que haja a integralidade do cuidado desse sujeito (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Os CAPSi têm como função disponibilizar a atenção comunitária voltada para saúde mental de forma integral além de organizar uma rede de cuidados existentes no seu território público, financiados integralmente com recursos do SUS. Sua função de disponibilizar a atenção comunitária em saúde mental de forma integral, além de organizar uma rede de cuidados existentes no seu território de abrangência, tornando-se elementos estratégicos no cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (CARVALHO, 2014).

Os CAPSi tornaram-se uma questão de saúde pública integrante das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo considerado como um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Seu objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, e assim realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (CARVALHO, 2014).

Sua estrutura é alinhada aos princípios que norteiam os demais serviços de saúde pertencentes ao SUS: uma instituição própria, inserida na gestão pública, buscando garantir acesso, integralidade e resolutividade. O acolhimento prestado pela equipe deve ocorrer por meio de um atendimento de qualidade, um tratamento pautado na ética, no respeito, no diálogo, na escuta qualificada, no estabelecimento do elo de confiança e de amizade, por meio de uma equipe multiprofissional para as demandas de tratamento das crianças e adolescentes (CARVALHO, 2014).

Nesse primeiro atendimento será realizada a acolhida e escuta referentes ao seu sofrimento. Esse acolhimento pode ser de diferentes formas, de acordo com a organização do serviço. Sendo o objetivo principal nesse primeiro contato a compreensão da situação, de forma mais ampla possível da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo

terapêutico de confiança com os profissionais que lá trabalham. A partir daí irá se construindo, conjuntamente, uma estratégia ou um projeto terapêutico para cada usuário (CARVALHO, 2014).

Dessa forma, o CAPSI é composto por uma equipe multiprofissional contendo pelo menos: um psiquiatra, neurologista ou pediatra (formação em saúde mental infantil), um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo e cinco profissionais com nível médio). O CAPSI tem a incumbência de prestar atendimentos regulares de um número limitado, tanto de pacientes como também o acompanhamento das suas famílias, baseado com a necessidade do caso podendo ser: intensivo, semi-intensivo, e não intensivo (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

No CAPSI a modalidade de atendimento intensivo se trata de um atendimento diário oferecido ao paciente que se encontra em estado grave no sofrimento psíquico ou com dificuldades intensas no convívio familiar e social onde requer uma atenção contínua. A modalidade de atendimento semi-intensivo é ofertada quando o sofrimento e a desestruturação psíquica do usuário diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, de forma que o indivíduo ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Sendo domiciliar, se necessário e o paciente pode ser atendido até doze vezes no mês (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

O atendimento não-intensivo é oferecido ao paciente quando não necessita mais de um suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades cotidianas no trabalho e na convivência familiar, podendo ser atendido até três vezes no mês, com atendimento domiciliar, se necessário (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Ressalta-se também os casos que buscam por acompanhamento do CAPSI, ou seja, os mais complexos, com elevado índice de comprometimento psíquico como transtorno de espectro autista (TEA), psicoses, neuroses graves, bem como necessidades decorrentes do uso de álcool e substâncias psicoativas como casos que trazem prejuízos e danos psicossociais ao indivíduo (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Ao tratar dos pacientes que por sua condição, estão impossibilitados de estabelecer e manter laços sociais, é oferecido no CAPSI um serviço de atenção em saúde mental que objetiva atender criança e adolescente em sua plenitude, garantindo o envolvimento da família e o seu convívio comunitário, como preconizado na Política de Saúde Mental. Sendo realizado um trabalho em rede, que conta com diversos serviços como: escola, Centro de Referência

de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que são órgãos que compõem a rede de proteção social, logo, tornam-se as principais unidades da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), assim como as Organizações não Governamentais (ONGS), que são instituições criadas sem ajuda ou vínculos com o governo, geralmente de fundo social e sem fins lucrativos e os Juizados. Salientamos também a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) que é uma associação em que, além de pais e amigos dos excepcionais, toda a comunidade se une para prevenir e tratar a deficiência e promover o bem estar e desenvolvimento da pessoa com deficiência e Pestalozzi, Conselho Tutelar aos pacientes que necessitem desse tipo de cuidados (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Ressaltando que no CAPSI a equipe é formada por diferentes profissionais capazes de olhar para esses sujeitos em sua integralidade, ou seja, como um todo, e não como partes separadas e classificações diagnósticas, oferecendo assim uma atenção de qualidade. O CAPSI foi inicialmente configurado para atender casos de maior gravidade, sendo assim ordenar a demanda em saúde mental infantil e juvenil em seu território de atendimento. A integralidade e o cuidado é um direito primordial das crianças e adolescentes e dever de toda a sociedade (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Contudo, uma das principais mudanças gerada pela implantação nos novos serviços de atenção à saúde mental é a valorização da inserção dos familiares no tratamento e o processo de desmistificação da loucura junto à comunidade. Trazendo a família moderna para assumir um espaço importante no tratamento do usuário. Demonstrando a importância da relação de seu papel na vida do sujeito em sofrimento psíquico, observando que nem sempre foi vista como uma instituição capaz de acolher e cuidar de um familiar que adocece. Percebe-se, desse modo, que esse papel familiar vem para contribuir nas intervenções no tratamento do sujeito (SANTIN; KLAFKE, 2011).

Com as mudanças na saúde mental também ocorrem modificações nas relações com as famílias dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Pois com a desinstitucionalização desses portadores de transtorno mental, a família começa a ser considerada no cuidado. Mais do que nunca, a família passa a ser objeto de estudo, surgindo diferentes visões sobre ela, conforme sua relação com o portador de transtorno mental. Dentre essas visões destacam-se: a família vista como mais um recurso, como uma estratégia de intervenção (SANIN; KLAFKE, 2011, p.150)

Mediante o reconhecimento da importância dos familiares no tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico foi identificado que no momento em que estes participam e recebem apoio e orientação adequados, podendo compartilhar seus problemas e dificuldades, demonstram mais comprometimento com o cuidado ao usuário do CAPSi. É relevante no tratamento propiciar espaços de acolhimento aos familiares, inserindo-os nesse processo de tratamento, o que possibilita que este se responsabilize também em cuidar de seu familiar (MIELKE, et al, 2010).

Denota-se que a família tem um papel fundamental e de extrema relevância para a formação do indivíduo porque constitui a base para o desenvolvimento humano e, no CAPSi a família deve ser vista como objeto de intervenção da equipe de saúde mental, pois não se cuida de crianças e adolescentes em conflito com a lei sem a participação colaborativa da família. Dessa forma, nosso objetivo é analisar no CAPSi o tratamento do jovem em conflito com a lei, levando em consideração a família nessa intervenção. Salaria que é considerado o jovem em conflito com a lei o indivíduo que obteve um comportamento inadequado mediante a lei: violando normas sociais, sendo uma pessoa exposta a diversos fatores de risco pessoais, familiares, sociais, escolares e biológicos (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

UM BREVE HISTÓRICO SOBRE A CRIANÇA E O ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI.

No início do século XX as crianças e adolescentes eram presos em cadeias públicas comuns. A partir de 1913 as crianças e adolescentes foram direcionados para lugares específicos para suas idades. O primeiro instituto que se estabeleceu foi o Instituto Sete de Setembro. No entanto menores de 14 anos não eram submetidos a processo penal (JIMENEZ; FRASSETO, 2015).

A primeira lei voltada para a infância e juventude no Brasil foi o Código de Menores, sancionado em 1927. Antes, até então, não havia intervenção do Estado na área social, apenas ações de algumas instituições, como igreja, por exemplo. Em 1920, ocorreu o primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, mas somente em 1927 é sancionada a 1ª lei, o Código de Menores. Essa mudança foi decorrente de uma nova visão da infância e da criança como símbolo do futuro da nação. Esse Código de Menores se referia ao jovem infrator como “menor delinquente”, termo que era intitulado e se

referia às medidas que eram aplicadas a essa parcela da população no Brasil (MONTE, et al, 2011).

Em 1942, período considerado especialmente autoritário, foi criado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) que era um órgão do Ministério da Justiça que funcionava como um equivalente do sistema Penitenciário para a população menor de idade. Sua orientação era correcional e repressiva. Esse sistema continha atendimentos diferenciados para o adolescente autor de ato infracional e para o menor carente (JIMENEZ; FRASSETO, 2015).

Com o passar dos anos o SAM passa a ser considerado, perante a opinião pública, repressivo, desumanizante e conhecido como “universidade do crime.” Como alternativa ao sistema Serviço de Assistência ao Menor (SAM), o poder público interviu, criando a Fundação Nacional de Bem Estar do Menor (FUNABEM) que tinha metas “pesquisar métodos, testar soluções, estudar técnicas, que conduzissem à elaboração científica dos princípios que deveriam presidir toda a ação que visassem a reintegração do menor à família e à comunidade[...] abordagem preventiva e sócio terapêutica.” (BRAMBILLA, 2012, p.15). Porém, não obteve êxito, se caracterizando um sistema muito parecido ao anterior, com situações de violências físicas e sexuais e utilização de remédios psiquiátricos.

O Serviço de Assistência ao Menor, foi um sistema falho por um longo período que de acordo Brambilla, (2012, p. 14), tinham uma “estrutura administrativa burocrática, pouco eficiente, sem autonomia e flexibilidade, institucionalizando uma política repressora, considerada um sinônimo de horror”. O local onde ficava esses adolescentes eram estruturas precárias, sujas e inadequadas. Nesse espaço, havia superlotações, os profissionais não eram qualificados, e não se utilizava de técnicas eficientes, mas usavam de violências e espancamentos, e esses locais foram caracterizados como “fábrica de delinquentes, escolas de crimes, lugares inadequados, sistema desumano, ineficaz e perverso” (ASSIS; OLIVEIRA, 1999, p. 832, apud BRAMBILLA, 2012, p. 15).

Em 1979 a lei Nº 6.697 de 10 de outubro tratava da proteção do “menor em situação irregular;” abrangia os casos de abandono; prática de infração penal; desvio de conduta; falta de assistência ou representação legal, entre outros. Essa lei de menores era instrumento de controle social da infância e do adolescente, vítimas de omissões da família, da sociedade e do Estado em seus direitos básicos. É válido ressaltar que essa lei

não se dirigia à prevenção; cuidava do conflito instalado em determinados lugares, como por exemplo: em casas de jogos, dentre outros (FREITAS, et al, 2018).

Em 1985 a Organização das Nações Unidas estabeleceu regras basilares de proteção à criança e ao adolescente para todos os países, intitulado regras mínimas das Nações Unidas para a administração da justiça, da infância e da juventude “Regras de Beijing”, que se refere a resoluções sobre o tratamento devido a jovens que cometam infrações ou venham a cometer uma infração futura (MONTE, et al, 2011).

Após o fim da Ditadura Militar, é instituído no Brasil o processo de redemocratização, e implantação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), que aparece após muitas lutas. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a democracia brasileira garantiu às crianças e adolescentes o direito de serem considerados cidadãos, recebendo a proteção integral do Estado. E assim com o nascimento do ECA em 13 de julho de 1990, foi substituído o Código de Menores de 1979, passando a ser a primeira legislação que instituiu formalmente o conceito de criança e adolescente, antes empregado pelo termo “menor.” Contudo, este termo “menor” era muitas vezes destinado aos menores abandonados e delinquentes, ou seja, a uma classe social (FREITAS, et al, 2018).

No Brasil, essas regras referentes à criança e ao adolescente eram encontradas na Constituição Federal de 1988 e posteriormente, orientaram e sustentaram o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA com a Lei 8.069/1990, que contém regras que beneficiam a criança e o adolescente como:

1) Jovem é toda a criança ou adolescente que, de acordo com o sistema jurídico respectivo, pode responder por uma infração de forma diferente do adulto; 2) Infração é todo comportamento (ação ou omissão) penalizado com a lei, de acordo com o respectivo sistema jurídico; 3) Jovem infrator é aquele a quem se tenha imputado o cometimento de uma infração ou que seja considerado culpado do cometimento de uma infração (VOLPI, 2014, p. 94).

A implantação do ECA trouxe não somente uma mudança de paradigma para os cidadãos brasileiros menores de 18 anos, mas sim garantia de todos os direitos e deveres, independentemente de sua classe social consolidando assim, uma grande conquista da sociedade brasileira, pautando também a doutrina de proteção integral e constituindo um sistema de garantia e direitos, uma vez que essa legislação, pelo menos formalmente, tenta “romper” com o paradigma da situação irregular de marginalizados dos menores

abandonados e dos menores infratores. Apontamos, neste contexto, a utilização das práticas correcionais e repressivas instaladas no atendimento aos adolescentes e jovens que passam a cumprir uma Medida Socioeducativa, em contrapartida ao Código de Menores (FREITAS, et al 2018).

Assim, a Medida Socioeducativa no ECA passou a ter um paradigma mais educativo e menos repressivo. A partir desse momento, em vez da então Fundação Nacional de Bem Estar do Menor (FUNABEM), encarregada de operacionalizar a nível nacional a política autoritária e repressiva de internação e das FEBEMs (Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor), no nível estadual, as Unidades Socioeducativas passaram a ter a responsabilidade de oportunizar aos jovens, além da sanção de uma conduta infratora para aqueles que conflitaram a lei, uma reestruturação educativa perante uma sociedade que foi violada. Isso passa a ser possível mediante uma determinação judicial do Juizado da Infância e Juventude no Tribunal de Justiça Estadual, com o objetivo de evitar a reincidência de atos infracionais, para aplicação aos adolescentes na faixa etária de 12 a 18 anos (e aos jovens, excepcionalmente, até os 21 anos de idade) com o objetivo de reorientar o indivíduo submetido a ela com a ressocialização desse jovem por meio da garantia, entre outros, de escolarização e profissionalização (FREITAS, et al, 2018).

Na década de 90, com a promulgação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), e isso estabeleceu que crianças e adolescentes tivessem direitos e cuidados especiais e prioritários, sendo assim menores de 18 anos não cumpriram penas, mas participariam de medidas socioeducativas, cumprindo advertências de:

[...]reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, inserção de regime de semi-liberdade, internação em estabelecimento educacional, além de outras medidas que visam ao acompanhamento do jovem que infracional em sua vida cotidiana, acompanhando as relações com a família, escola, comunidade, serviços de saúde etc. (BRASIL, 1990, apud BRAMBILLA, 2012, p. 15-16)

O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) é um conjunto de princípios, regras e critérios que envolvem a execução de medidas socioeducativas, abrangendo-se nela os sistemas estaduais, distritais e municipais, e também os planos, políticas, programas específicos de atendimento ao adolescente em conflito com a lei. Sendo seu maior objetivo desenvolver uma ação socioeducativa sustentada nos princípios

dos direitos humanos, alinhado em estratégias operacionais, com bases éticas e pedagógicas (VALENTE; OLIVEIRA,2015)

Em 2006, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) faz a regulamentação dos atendimentos para crianças e jovens menores de 18 anos, e estabelece quatro categorias como mencionamos anteriormente que são estabelecidas pelo juiz: prestação de serviço à comunidade, liberdade assistida, semi-liberdade e internação medida já estabelecida pelo ECA. A primeira caracteriza uma atividade efetuada pelo jovem que tenha um caráter pedagógico, que estimule a potencialidade desse indivíduo. Na liberdade assistida o adolescente tem um acompanhamento e uma assistência na sua vida cotidiana, mas sem denegrir sua imagem, com cautela e respeito. A semi-liberdade, esse adolescente terá que participar de tarefas fora da Unidade de Internação. E por último a internação, que o adolescente será mantido no máximo de três anos em instituição fechada, semestralmente e reavaliado seu processo (BRAMBILLA, 2012).

A SINASE estabeleceu métodos menos punitivos que visam a reeducação do jovem em conflito com a lei, trabalhando questões de sua vida emocional e física. Dessa forma, tem como objetivo fazer com que esse indivíduo tenha compromisso social e que possa ser reinserido na família e comunidade, de forma que seja importante o empenho desse sujeito para exercer sua autonomia como também o acolhimento social para o fortalecimento dos vínculos comunitários (JIMENEZ; FRASSETO, 2015).

Em nossos dias atuais o adolescente em conflito com a lei está obtendo experiência em um ambiente repleto de violências, com fatores de risco que podem leva-lo à situação de conflito com a lei. Fatores de risco são condições ou probabilidades que estão associadas à ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis ao desenvolvimento humano, sendo que dentre tais fatores encontram-se os comportamentos que podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social do indivíduo. Tais problemas envolvem uma variedade de comportamentos, podendo ser desde a impulsividade e agressividade ao deprimido e retraído. Ou seja, indivíduos que tem em seu padrão de conduta certa persistência de comportamentos inadequados, violando o direito dos outros e não seguindo normas sociais e conseqüentemente, provocando o distanciamento familiar, a internação ou detenção em instituições correcionais torna-se frequente (JIMENEZ; FRASSETO, 2015).

No CAPSi se realiza o acolhimento, tratamento e reinserção social de crianças e adolescentes. Com casos de atendimento aos jovens em conflito com a lei é oferecido um

serviço acolhedor, podendo favorecer a esses pacientes reviverem necessidades primitivas que, em um momento anterior, não foram satisfeitas, sendo agora acolhidas e cuidadas por uma equipe de profissionais, podendo ser realizado um trabalho de acesso ao sofrimento de crianças e adolescentes que apresenta particularidades que vão além do modelo assistencial estruturado para os adultos (RONCHI; AVELLAR, 2015).

O CAPSi se utiliza do uso de objetos e meios lúdicos, como: brinquedos, brincadeiras, histórias e produções de artes que são fundamentais para um trabalho que se propõe terapêutico, e isso somente é possível em um espaço que possibilite a criança e adolescente brincar, comunicar e se organizar, em um ambiente que forneça elementos adequados para que a comunicação aconteça. Isso permite que os pacientes possam se apropriar de si, de lugares e de materiais que os possibilitem acessar e expor seus sofrimentos, além da presença de um profissional capacitado que acolha sua comunicação. Este espaço é onde essas crianças e adolescentes expõem seus sofrimentos, logo, necessitam que o profissional esteja ali com sua escuta atenta, o que demonstra a importância desses profissionais estarem nesses espaços do serviço para além de um cuidado coletivizado, tutelar e assistencial (RONCHI; AVELLAR, 2015).

Podemos observar que o CAPSI disponibiliza um espaço voltado para todas crianças e adolescentes que necessitam de cuidados com a organização de salas de atendimento, que contam com um universo social e cultural em sua volta, com a presença de profissionais com escuta e acolhimento estruturando um ambiente todo acolhedor, moldura que marca tempo, espaço e presença, que demonstram formas de cuidar, e traz o ganho de se construir ambientes favoráveis na atenção em saúde mental comprometidos com a qualidade dos espaços do cuidado, facilitando o desenvolvimento do trabalho terapêutico e proporcionando a família um espaço acolhedor voltado a seus filhos (RONCHI; AVELLAR, 2015).

Nos últimos tempos, percebe-se que mudanças significativas aconteceram na forma de lidar com o adolescente em conflito com a lei, superando ideias e práticas de controle, punições e isolamentos. Dessa forma, estabelecendo por vias de leis voltadas para uma visão socioeducativa e protetiva, a fim de garantir o direito da criança e do adolescente. E foi agregado, além da importância educacional, o reconhecimento de se manter os vínculos sociais e comunitários, e a liberdade de se ter os acessos aos bens socioculturais e a convivência familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O reconhecimento da importância do convívio familiar a esses jovens, que estão em conflito com a lei, é relevante, e para obtermos uma compreensão maior, iremos relatar os diversos contextos familiares, e sua contribuição, mesmo sendo um ambiente complexo e com alguns desafios (PRATTA; SANTOS, 2007).

CONTEXTO FAMILIAR: COMPLEXIDADE E SEUS DESAFIOS NA ADOLESCÊNCIA

A família é denominada um grupo social que possui suas complexidades e diversidades e está em constante interação, sendo assim, exerce grande influência nas vidas dos envolvidos nesse grupo. O meio familiar constitui o sujeito na sua “organização da personalidade, além de influenciar significativamente no comportamento individual através das ações e medidas educativas tomadas no âmbito familiar” (DRUMMOND; DRUMMOND FILHO, 1998, s/p, apud PRATTA; SANTOS, 2007, p.248). Portanto, esse grupo social é responsável pelo processo de interação social de crianças e adolescentes, com a incumbência de orientar os limites e exigências para se conviver na sociedade.

Anterior aos anos 60, a família era denominada como “tradicional,” o homem e a mulher tinham seus papéis definidos, tanto socialmente como culturalmente. Sendo assim os homens tinham a função de provedor, de trabalhar para manter o sustento da casa e as mulheres eram responsáveis pelos serviços domésticos e o cuidado dos filhos, desde cuidados físicos até os afetivos (PRATTA; SANTOS, 2007).

Ao aproximar-se do século XX, a família foi passando por diversos processos que fizeram com que ela se modificasse e se adaptasse à contemporaneidade. Alguns desses processos foram: urbanização, industrialização, globalização, a mulher crescendo com mais autonomia em suas escolhas no mercado do trabalho, um aumento em rompimentos de casais, o grupo familiar foi diminuindo, a pobreza crescendo de forma acelerada. As taxas de mortalidade infantil caíram, mas houve um aumento das populações. “Estas transformações levaram ao surgimento de configurações da organização familiar diferentes do modelo anterior” (SINGLY, 2000, s/p, apud PRATTA; SANTOS, 2007, p. 249).

Dessa forma, a família passa por transformações significativas, surgindo os novos arranjos familiares, denominado “igualitário”, e dessa forma não necessariamente existe

um papel definido de forma rígida, mas há liberdade e autonomia nesse âmbito familiar (PRATTA; SANTOS, 2007). Walsh (2016) menciona que existem muitas variações nos formatos familiares, que são: famílias com dois provedores, famílias monoparentais, famílias adotivas, família estendida, isto é, cuidadas por parentes. Isso possibilitou que novas pesquisas fossem direcionadas para esses novos arranjos que são importantes para compreender, esse ambiente, que se caracteriza como relevante para o desenvolvimento humano.

A fase da adolescência varia de 12 aos 18 anos, nesse período eles também têm outros meios de comunicação além da família, mas no convívio social será o momento que o adolescente obterá experiências, conforme suas relações familiares que foram vivenciadas. Mas é necessário que haja esse distanciamento da família para que esse sujeito ganhe autonomia em suas escolhas e conquiste uma compreensão do universo social (CLOUTIER; DRAPEAU, 2012).

Na fase que o jovem precisa ter um contato social mais intenso, pode ocorrer diversas situações, podendo ser "experiências dolorosas, oscilando entre o rompimento e aprisionamento, conflito aberto e rancor inibido. Inversamente, ele pode constituir uma experiência positiva de alcance gradual e consentido da autonomia social" (CLOUTIER; DRAPEAU, 2012, p. 232). Isso dependerá dos estilos expressados pelos seus responsáveis nesse momento, e como esse adolescente interpreta as características deles, que implicarão experiências essenciais e que repercutirão por toda a vida desse sujeito.

Os estilos parentais podem ser diversificar em quatro modelos: o primeiro podemos chamar como o estilo autocrático, que também é conhecido como estilo autoritário, que considera a obediência como algo que não pode faltar nessa relação, e se isso for ameaçado, as correções podem ser altamente punitivas, sem muito diálogo, sem muitas chances de escutar o outro lado, pois só a perspectiva dos responsáveis é aceitável e isso por um lado pode ter vantagens, pois o adolescente tem mais probabilidade de saber lidar com os limites estabelecidos pelo o outro, mas por outro lado Cloutier e Drapeau (2012, p. 234) menciona que esse "tipo de figura parental não favorece a responsabilização do jovem, já que decide em seu lugar e não lhe dar oportunidades de exercer suas capacidades de autocontrole".

O estilo parental permissivo, ou estilo indulgente, é aquele que atende todas as necessidades dos seus filhos, e dar mais autonomia a eles, não é de aplicar punições, e

não dita regras expressamente e sendo assim, ele tende a ser mais individualista. Esses responsáveis sempre querem ver o bem-estar dos seus filhos, evitar que passem por frustrações e isso faz com que acabem compreendendo que será fácil conseguir o que deseja. Esse estilo acaba não moldando esse sujeito para uma vida social favorável (CLOUTIER; DRAPEAU, 2012).

No estilo parental democrático, Segundo Cloutier e Drapeau (2012, p. 236), os responsáveis possuem “uma supervisão ativa e uma alta sensibilidade para com o adolescente. Os pais instauram para o jovem elevados padrões de aquisição de autonomia, demonstrando flexibilidade ao mesmo tempo”. Nesse estilo, o desenvolvimento de competência social é mais evidente. Da mesma forma que o estilo autoritário, nesse existem regras para cumprir, a diferença que é o estilo democrático possui mais flexibilidade para se ouvir o outro e quando possível estabelecer outros acordos. Isso possibilita jovens mais responsáveis, abertos a ouvir os próximos e mais sucessíveis ao autocontrole.

O último estilo parental é o descomprometido ou conhecido como negligente. Nesse existem pouca sensibilidade e controle. É um ambiente que seja provável, que desfavoreça o desenvolvimento desse jovem em vários aspectos, como social, emocional e personalidade, de acordo com Cloutier e Drapeau (2012, p. 235) “pais como esses não prestam atenção às necessidades do adolescente. Eles são pouquíssimos presentes junto aos filhos, que ficam largados a si mesmos, sem nenhuma forma de supervisão. [...] não conseguem desempenhar um papel de guia parental.

Eis o tipo de discurso que os pais descomprometidos mantêm: “Eu já tenho problemas suficientes sem ser obrigado a ficar seguindo os passos dela constantemente. Eu acho que, nessa idade, ela já deveria saber se virar sozinha. Se não se comportar direito agora, ela nunca vai tomar jeito” (CLOUTIER; DRAPEAU, 2012, p. 235).

No estilo negligente, os responsáveis têm uma visão, que seus filhos, independentemente da idade, são responsabilizados pelos seus atos em excesso. Esse é um ambiente mais favorável a conflitos. Nessa situação quase não há respeito ou apoio ao próximo, não existe vantagens em se obter uma comunicação com o outro. E há uma comparação desse estilo com aqueles jovens que possuem sérios problemas na adolescência (CLOUTIER; DRAPEAU, 2012).

É importante entender que o estilo não será único a todo o momento, podendo variar, de acordo com as regras de todas as áreas que a vida demanda. O pai pode ter um estilo parental diferente do estilo da mãe, e o próprio filho pode influenciar seus pais, pois a criança até a fase da adolescência passa por constantes transformações de personalidade (CLOUTIER; DRAPEAU, 2012).

Na metade do século XX havia poucos estudos esclarecedores sobre a influência prejudicial da família, direcionada como: perturbações individuais que se estabelecem nesse meio, como conflitos entre os membros, de forma que atrapalhem a convivência. Mas com o passar dos anos, as pesquisas foram aprofundando sobre esse assunto, e tiveram um avanço significativo sobre o tema, dessa forma deixou de ser "uma visão determinista linear e causal, focada no vínculo entre genitor e filho, para o reconhecimento de influências múltiplas, recursivas dentro e fora da família" (BERTALANFFY, 1968, s/p apud WALSH, 2016 p. 29). Essas múltiplas influências podem moldar o funcionamento do sujeito e atingir características no âmbito familiar, capazes de se instalar por toda a vida e transcender gerações.

Nos tratamentos terapêuticos no passado tinham um caráter de manter a família distanciada, quando se verificava que havia por esse meio a influência na vida do sujeito que estava sofrendo conflitos. Depois foi entendido que poderia trabalhar essas situações, e começaram as primeiras avaliações e tratamentos familiares que focavam nos processos disfuncionais, que entendiam que esses processos reforçavam os sintomas individuais do sujeito. No entanto, com o passar dos anos, foram mudando o foco de apenas estudar família em situação de conflitos e passaram a utilizar do tema que era antes: "de como as famílias fracassaram para como as famílias podem ter sucesso" (WALSH, 2016, p. 415).

Nas últimas décadas, o tema família vem sendo discutido, expandido e reformulado, por entender que há um reconhecimento da diversidade e complexidade da vida familiar na atualidade. Isso tem levado a um foco direcionado às influências socioculturais e biológicas. Os estudos deixaram de ser apenas focados nos déficits e disfunções para os desafios e recursos familiares em abordagens colaborativas com base na comunidade, visando fortalecer o funcionamento familiar e a resiliência (WALSH, 2011 s/p, apud WALSH, 2016 p. 29).

O CAPSI tem como objetivo, em seus projetos terapêuticos, trabalhar questões com o adolescente e sua família "por favorecer a ampliação de suas possibilidades de

inserção social e a construção de novos projetos de vida que objetivem sua autonomia e emancipação” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 35)”. No entanto, essas unidades usam esses tipos de medidas a fim de evitar internações sem necessidades, para contribuir para a saúde mental de todos os envolvidos.

A família tem seu valor crucial para o desempenho do sujeito em uma intervenção terapêutica, pois quando há colaboração e empenho familiar, no momento de utilizar uma intervenção que fortalece o potencial do indivíduo, para obter êxito, é necessário uma mobilização familiar, para que surta mais efeito, mais do que até mesmo pelas técnicas utilizadas pelo profissional (WALSH, 2016).

Com o engajamento familiar existe a possibilidade de haver uma comunicação aberta, que é quando no contexto familiar se estabelece um ambiente que possui confiança mútua, empatia e tolerância com as diferenças, para que haja um compartilhamento de sentimentos, que possibilite um processamento das experiências vivenciadas entre eles, podendo facilitar o apoio empático e com reciprocidade (WALSH, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O objetivo do trabalho é analisar o tratamento ofertado aos jovens em conflito com a lei no CAPSi e verificar a importância da participação da família no tratamento, como mencionamos anteriormente. Iremos analisar como ocorre atualmente os atendimentos ofertados para os jovens em conflito com a lei no CAPSI. Para uma melhor compreensão, será mencionado dois estudos de caso de jovens em conflito com a lei, levando em consideração a família nesse processo

Faremos menção a dois casos clínicos que foram atendidos no Centro Atenção Psicossocial (CAPS). O primeiro conta a história de um adolescente de 17 anos que daremos o nome de João, sendo que ele não possui o apoio familiar no tratamento, e isso ocasiona vários danos em sua vida (PEREIRA, 2017). O segundo caso se trata de uma adolescente de 16 anos que daremos o nome de Maria, e nesse caso existe o suporte familiar no tratamento, ocorrendo uma contribuição significativa e visível em sua vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Ambos são jovens que estiveram em conflito com a lei e obtiveram o suporte do CAPSI. Nosso intuito é entender a relevância do papel da família nesse processo e seus benefícios na vida desses jovens.

CASO I - João

O João é um menino que até os 13 anos de idade morava com a tia, a qual chamava de mãe. Aos 14 anos, a mãe (biológica) o levou para morar com ela, e ele se revoltou e fugiu indo morar na rua e assim começou o uso de drogas. Por vontade própria procurou a casa de passagem e aos 15 anos, acompanhado de um educador social, fez sua primeira triagem em um CAPSi. Dentre várias queixas relatou que vinha consumindo drogas, percebia mudanças de humor e que havia tido dificuldade para dormir. Relatou também que quando morava com a família dormia melhor (PEREIRA, 2017).

Por diversas vezes houve uma tentativa de reintegração familiar, porém sua mãe não atendia aos telefonemas e por muitas vezes, até desligava quando era informada de que se tratava de seu filho. Por esse motivo, o adolescente voltava para as ruas e retornava a utilizar drogas, porém permanecia com a frequência no CAPSi. Ao relatar sobre sua história de vida, diz que gostava muito da mãe, apesar de não sentir reciprocidade de sua parte. O adolescente relatou que se sua mãe estivesse por perto isso o ajudaria em seu tratamento e na diminuição do consumo de drogas. Sendo assim, como resultado, a sua permanência no CAPSi se dá o processo de reintegração à família e volta a morar com a mãe. Porém em nove dias, ele é ameaçado de morte por não pagar as drogas, sua mãe procura o conselho tutelar e o recoloca na casa de passagem. Na casa de passagem passa por momentos de inquietação e começa a agredir as pessoas. Sua mãe volta a não atender ligações relacionadas ao filho (PEREIRA, 2017).

Aos 16 anos, João continua a passar por vários abrigos e retorna ao CAPSI. Ainda desconfiado, ele pergunta se é obrigado a se tratar, mas ao se sentir seguro e bem recebido, continua o tratamento. Uma nova tentativa de reintegração familiar é feita, dessa vez por ordem jurídica, ele retorna para casa da mãe, mas devido ao mal comportamento, a mãe não quer que ele more com ela, com isso ele vai morar com outra família: uma amiga de sua avó. Como suas constantes mudanças de humor continuavam, ele resolveu sair da casa onde estava e chora bastante ao descobrir que seu irmão foi internado no Centro Educacional do Adolescente (CEA), e decide retornar para casa de passagem. O jovem tem crises de choro e agitação, aparenta estar sempre impaciente, mas frequenta as oficinas, mesmo que de forma inconstante. Ao solicitar a escuta individual, relata que se sente rejeitado pela mãe. O jovem é encaminhado para abrigos, mas sempre evade, e em uma dessas evasões leva o irmão para ser atendido no CAPSI, os dois visivelmente sob

efeito de drogas, mas o adolescente em questão não aceita o tratamento (PEREIRA, 2017).

Quando o João é internado no CEA, suas idas e vindas cessam, porém, ao sair com 17 anos, não cumpre as medidas de liberdade assistida. Após isso, volta ao CAPSI aparentemente mais calmo, mas logo fica impaciente e não espera o fim das consultas e volta a praticar assaltos. Ao retornar ao CAPSI, disse que estava foragido e não conseguiu se expressar para o atendimento do que queria, ora queria remédios, ora queria dinheiro. Certamente, o que ele pode garantir foi a certeza de que sempre teria alguém para escutá-lo e atendê-lo (PEREIRA, 2017).

CASO II - Maria

É uma adolescente de 16 anos, que se chama Maria. Ela é uma jovem que quando foi atendida pela Rede do Centro Atenção Psicossocial, estava em uma situação de vulnerabilidade e risco social, em situação de rua. Fazia uso de variadas drogas, principalmente o crack, e estava envolvida com tráficos e pequenos furtos, já não tinha contato com a mãe e o padrasto havia um ano, e há quatro anos não frequentava mais a escola (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A pessoa mais próxima de Maria era o namorado, mas constantemente usava de agressividade contra a jovem. Na rua, ela se encontrava em um estado de precariedade "subnutrida, desidratada, com lesões de pele, pediculose, fissuras labiais, queimaduras infectadas em polegar direito e com aproximadamente 12 semanas de gestação" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014. p. 49).

A adolescente possuía um histórico de duas internações pelo uso abusivo de drogas, mas sempre fugia da unidade de acolhimento. Maria tinha o costume de tomar seu banho em uma igreja, quando encontrava por lá uma mulher que ela conhecia e que também gerenciava um bazar. A comida que ela conseguia era de um restaurante que eles a oferecia, quando era o momento de descartar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

No primeiro contato na rua, a usuária não quis conversar, apenas o namorado dela que conversou com a equipe do CAPS, porém a moça ficou do lado do rapaz. Nesse contato foi oferecido levá-los à unidade de saúde, para cuidados gerais e pré-natal. Neste momento também foi entregue pomada para fissuras dos lábios, água, preservativo e um papel escrito o endereço do CAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Um tempo depois Maria, procurou o CAPS, pois o namorado tinha sumido, por estar devendo para o tráfico. Ela afirmou que estava com medo e aflita por estar sozinha na rua, então a unidade ofereceu acolhimento. Foi informado para a adolescente, que se alguém da equipe soubesse do namorado dela, iria informá-lo que ela estava recebendo atendimento pela unidade. Agendaram avaliação médica para o dia seguinte, e Maria passou a fazer acompanhamento psiquiátrico, com a equipe de enfermagem, psicólogo e oficina terapêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Depois, o namorado da Maria foi localizado, e aceitou fazer acompanhamento também no CAPS. O rapaz participou com empolgação da oficina de capoeira, estabeleceu um relacionamento amigável com o professor e mestre que o conduzia na oficina. O casal passou a ser atendido em regime intensivo e algumas questões trabalhadas foram: “como lidar com os sentimentos, rotina de cuidados com um bebê, necessidades existenciais, questões legais, identificar e acionar parceiros prioritários, entre outras questões” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 51).

O CAPS entrou em consenso com o padre da igreja católica, que ao nascer, o bebê ficaria na creche da paróquia, mas Maria teria que auxiliar no bazar da igreja, junto com a mulher da igreja que ela já conhecia. Com a ajuda de alguns profissionais do CAPS, foi realizado um trabalho com intuito de reaproximar a família de Maria, o qual foram efetuadas algumas visitas. Maria conseguiu vincular atendimento com a mãe e padrasto no CAPS, por constar dependência de álcool entre os familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Houve uma decisão entre os familiares, de receber Maria novamente na casa em que moravam, e nesse momento houve mediação e acompanhamento intensivo no regresso da adolescente pela unidade do CAPS, e do Clube de Mães do bairro, que ajudou nesse período com grande apoio. O namorado de Maria também foi morar com eles, mas após duas semanas ele decidiu ir embora (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Houve uma organização de um chá de bebê para Maria, com o apoio de usuários do CAPS junto com sua família. Neste evento compareceu a mãe e o namorado de Maria, e esse momento foi muito especial e importante para ela que mencionou que estava feliz (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Houve depois um desentendimento com Maria e o padrasto por conta do vício com álcool e ela decidiu morar com a tia que esteve presente em seu acompanhamento,

quando a unidade procurou a família, logo, a tia dela passou a participar do grupo da família. Essa nova moradia da adolescente ficava mais próximo do CAPS e da creche (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O namorado de Maria, parou de usar o crack, mas usava algumas vezes a maconha e álcool, ele conseguiu um trabalho na construção civil, mas nesse período passou por um processo judicial. Neste momento o mestre de capoeira o acompanhou e tudo ocorreu bem. Maria retomou os estudos, e no momento não fazia mais uso de nenhuma droga. A mãe da adolescente diminuiu o uso de álcool e conseguiu retomar alguns planos que tinha abandonado em sua vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

De acordo com os casos clínicos apresentados, podemos perceber a importância da família, e de uma atenção maior ao adolescente em conflito com a lei. Na lei é mencionado que esse jovem deve ser penalizado com medidas socioeducativas que tem como objetivo a reeducação. As ações socioeducativas devem exercer influência sobre a vida do adolescente em conflito com a lei e essas ações devem contribuir para a reestruturação da sua identidade social para que este possa elaborar uma nova construção de vida. Diante disso, é importante que as áreas sociais como: educação, saúde, assistência social, cultura, capacitação para o trabalho e esporte tenham uma visão de acolhimento e apoio a estes adolescentes, tudo isso juntamente e em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (TEIXEIRA, 2013).

Em ambos os casos podemos identificar o cuidado e a aproximação de certa forma de um parente. Em um caso mais cuidado, em outro menos; como no caso de João que até os 13 anos morou com a tia e aos 14 anos com a mãe biológica, que tinha como objetivo a tentativa de reaproximação. Após esse momento, João vivenciou conflito, se revoltou com a mãe e foi viver em situação de rua não tendo mais a atenção dela. No segundo caso ocorreu o inverso, Maria depois de vivenciar momentos difíceis, com o apoio do CAPS e do Clube de Mães do bairro, surgiu a oportunidade de volta a morar com a mãe e o padrasto, mas pelo uso abusivo de álcool que o padrasto fazia, Maria decidiu morar com a tia. Segundo Walsh (2016) quando ocorre transições de cuidadores é necessário uma colaboração e uma busca de interação entre os responsáveis para que garantam primeiramente uma harmoniosa relação para facilitar a adaptação e enfrentamento das novas circunstâncias e que não seja uma transição perturbadora e conflituosa, assim, evitando estresse ou algum transtorno ao adolescente.

A partir do momento que a tia de Maria a aceitou em sua casa, podemos verificar a mudança em sua atitude em começar a participar do grupo da família. Esse foi um comprometimento que ela assumiu que é muito relevante e importante para vida de Maria. Walsh (2016) relata que a interação e o interesse em participar de atividades do adolescente faz com que exista uma confiança em se obter um apoio quando necessário a ampliação das possibilidades por haver uma integração a mais que expandem as conexões socioculturais e aumentam a chance de se ter mais comunicação entre si podendo facilitar até resolução de conflitos.

No primeiro caso, podemos perceber que João não tinha um suporte familiar presente e isso fez muita diferença em sua vida. Como podemos observar a falta que João sentia da presença da família, mencionando, inclusive, em se relato a dificuldade de dormir e menciona que quando estava com a família dormia melhor, e que se a mãe estivesse por perto ajudaria no tratamento. Em um momento na escuta individual no CAPS ele relata que sentia rejeitado pela mãe. Cloutier e Drapeau (2012) menciona que a família precisa se distanciar um pouco para contribuir que o adolescente tenha autonomia, e é importante nesse momento, estar atento às proibições muito severas, pois podem gerar sérios conflitos no meio familiar. Porém, no caso de João, ele não tem nenhum suporte familiar e isso lhe faz falta e lhe acarreta danos a sua vida, como podemos observar. Quando a família começa a dar autonomia ao adolescente é necessário que esta família seja mediadora no processo de socialização. Nesse caso, existe uma família ativa na orientação na modelação e nos aprendizados sociais que ainda estão sendo construídos. Percebe-se que na situação em que a mãe de João ao negar-se a atender o telefonema do CAPS e obter notícias do filho, não existe o papel familiar como facilitador na socialização desse sujeito acarretando uma tristeza e revolta ainda maior no adolescente.

No caso de Maria, podemos ver o CAPS aproveitando o apoio comunitário que ela já possuía que era a igreja, de oferecer a creche da paróquia para quando seu filho nascesse, embora Maria teria que dar um apoio no bazar da igreja, o que proporcionou um vínculo maior dessa rede de apoio. É isso que o CAPS possibilita: um serviço capaz de atender de forma ampla capaz de garantir o envolvimento não apenas da família, mas também dos convívios comunitários através da interação conjunta que ele realiza (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Em outro momento ocorreu o chá de bebê de Maria com o apoio de usuários do CAPS e a família dela. De acordo com Brambilla (2012), é fundamental a família se fazer

presente na vida do adolescente, estar junto até que ele conquiste autonomia e por fim, também constitua sua própria família, mas isso não impede que quando necessário haja um amparo mútuo.

O adolescente que vive em um lar que não tem suas necessidades correspondidas, pode se sentir inquieto e angustiado ao ponto de buscar essa estrutura fora de casa. Pois o amor que um bebê, criança ou adolescente necessita é frequentemente encontrado no seio familiar e extremamente difícil de ser encontrado fora dele. Quando os pais são negligentes isso, pode acarretar danos como o despertar a agressividade, frustração, dentre outros. Se esse indivíduo não encontrar alguma estabilidade ambiental, os atos antissociais tendem a se repetir, podendo aumentar seus atos de agressividade e violência contra a família, comunidade e a sociedade se tornando um criminoso ou cada vez mais deprimido (BRAMBILLA, 2012).

Podendo se observar que mesmo mediante a agressividade a florada na pele, o adolescente necessita de que a família, ou até mesmo a comunidade, aja de alguma forma lhe impondo autoridade e estabilidade ambiental, e assim os impeça de prosseguir na violência lhe proporcionando uma nova reflexão, pois estas:

Experiências provocam sofrimento, encarando-se o sofrimento e a dor juntos e como parte do mesmo fenômeno psicossomático. O sofrimento no homem paralisa o seu ser, o seu querer e o seu futuro e o faz perder também seu passado, deixando-o sem sentido. Uma nova representação de si mesmo ocorre porém negativa naquele período. Em alguns casos advém o trauma, que pode ser uma fração do sujeito: este é violentado pelo efeito do trauma, pois perde parte de si próprio (COLACIQUE; ROSA, 2008 apud BRAMBILLA, 2012, p.32)

Podemos observar que no caso da Maria houve uma melhora significativa, ao retomar seus vínculos familiares e além de restabelecer laços com pessoas da igreja e usuários do CAPS. Já no caso de João não havia uma rede de apoio, faltava tanto o apoio familiar como também vínculos comunitários que o acompanhassem no CAPS. No relato da história de João, notamos que não houve uma melhora de seu sofrimento, e que toda vez que era expulso de casa a mãe se recusava obter notícias dele, ficava incomodado e retornava a fazer uso abusivo da droga e praticar pequenos furtos.

No caso de João pode-se notar alguns traços do estilo parental descomprometido ou negligente por parte da mãe. Percebe-se que no relato não há sensibilidade e falta de diálogo por parte do responsável, daí notamos que a mãe se recusa em estar presente na vida do adolescente. Cloutier e Drapeau (2012) mencionam que os responsáveis que

possuem características do estilo parental negligente, podem propiciar um ambiente desfavorável em vários aspectos de sua vida. Nisso, a vida social, emocional e personalidade de João são afetados ocasionando diversos conflitos em sua vida.

Contudo muitos desdobramentos podem ser analisados no âmbito familiar, pela sua complexidade e para isso é necessário investigar minuciosamente e com cautela e ética os vínculos rompidos que podem ser por diversas situações.

Podemos verificar nos dois casos a importância de se ter pelo menos os vínculos familiares quando se faz acompanhamento nos CAPS, pois isso cria novas possibilidades de experiências e pode propiciar novas redes de apoio que facilita a evolução no tratamento. Brambrilla (2012) menciona que o ser humano vive o sofrimento na busca de compreendê-lo, pois necessitamos de atenção de maneira que essa atenção é uma possibilidade de se estar frente ao outro, de se deixar afetar pelo outro, de ouvir e de respondê-lo na busca de se sentir incluído e pertencendo ao grupo familiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com nosso estudo, podemos concluir que a família juntamente com o CAPSi se caracteriza como fundamental na reinserção do adolescente em conflito com a lei, na sociedade, sendo certo que o adolescente irá ter em sua família uma base para que esse processo ocorra. Visando que a família, por sua vez, não poderá estar sozinha nesse momento, o apoio de profissionais capacitados que lhe deem suporte e orientação é fundamental.

No que diz respeito à reinserção do adolescente em conflito com a lei na sociedade, concluímos que essa reinserção é possível, apesar do grande preconceito sofrido por esses adolescentes. Com a reforma psiquiátrica, podemos notar grandes avanços em relação aos atendimentos prestados, em uma dessas propostas podemos identificar no trabalho do CAPS ao desenvolver meios que buscam reestabelecer os vínculos familiares e comunitários de seus pacientes. Isso possibilita um envolvimento e comprometimento social que é capaz de assistir até aqueles que estão em vulnerabilidade e risco social.

Fizemos uma análise de dois casos diferentes, o primeiro sem apoio da família no tratamento e o segundo com o apoio da família no tratamento do CAPS. Nessas

situações podemos entender como a família pode criar possibilidades diversas quando o sujeito propõe fazer o tratamento nas unidades. Nesse momento, a família pode oferecer tanto amparo como também ser negligente. Quando a família não se faz presente pode favorecer que o sujeito não consiga uma resolução de seus conflitos e também poderá contribuir que o mesmo se sinta desamparado podendo ocasionar o aparecimento de outros sofrimentos psíquicos.

No processo de pesquisar os casos clínicos, observou-se dificuldades de encontrar um caso que houvesse o interesse do adolescente em fazer o acompanhamento no CAPS, juntamente com o engajamento da família presente. Após várias buscas encontramos o caso de Maria que colaborou para nossa compreensão. Por fim, concluímos que podemos fazer variados desdobramentos sobre a importância da família em diversos tratamentos não apenas relacionado ao CAPS. Ao percorrer na busca de um ideal no que tange o apoio familiar na vida desses jovens, para reinserção do adolescente em conflito com a lei na sociedade, podemos analisar como a família pode contribuir nesse momento na vida desses adolescentes.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

APOLLONIO, Fernanda Torres. A transferência na atenção psicossocial e a relação de dependência winnicottiana: uma articulação possível? 2016. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – **Instituto de Psicologia**, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Doi.10.11606/T.7.2016.tde-22092016-154219. Acesso em: 2018-10-18.

BRAMBILLA, Beatriz Borges. Percepção de suporte familiar de adolescentes em conflito com a lei. **Faculdade de Saúde Universidade Metodista de São Paulo**, São Bernado do Campos, 2012.

CARVALHO, I.. CAPS i: avanços e desafios após uma década de funcionamento. **Cadernos Brasileiros de Saude Mental Brazilian Journal of Mental Health**, ## plug-ins.citationFormat.abnt.location##, 6, dez.2014. Disponível em: <<http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1741/3936>>. Acesso em: 03 Nov. 2018.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008.

CLOUTIER, Richard; DRAPEAU, Sylvie. **Psicologia da Adolescência**. Tradução Stephania Matousek. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

DALLA V, Marcelo; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, n. 28, p. 151-164, mar. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000100013>.

FREITAS, Riane Conceição Ferreira et al. Privação de escolaridade: a situação do jovem em conflito com a lei. **Revista histedbr On-line**, Campinas, SP, v. 18, n. 2, p. 570-591, jun. 2018. ISSN 1676-2584. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8645881/18245>> . Acesso em: 29 abr. 2019. doi:<https://doi.org/10.20396/rho.v18i2.8645881>.

HOKAMA, Raquel Godinho. Saúde Mental e alguns percursos: a intervenção no cotidiano por meio da clínica ampliada na Atenção Básica. Universid. Est. D Campin. Faculdade de Ciênc. **Medic. Depart. D .Medic. Preventi. E Social: Campinas**, 2007.

JIMENEZ, Luciene; FRASSETO, Flávio Américo. Face da morte: A lei em conflito com o adolescente. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 27, n. 2, p. 404-414, ago. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000200404&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p404>.

MARQUES, Cristina. A saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários - Avaliação e referenciação. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [S.l.], v. 25, n. 5, p. 569-75, set. 2009. ISSN 2182-5181. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10674>>. Acesso em: 30 jan. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10674>.

MIELKE F.B.; KOHLRAUSCH E.; OLSCHOWSKY A.; SHNEIDER J.F. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletr. Enf.**[Internet]. 2010 out/dez;12(4):761-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6812>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional Do Ministério Público. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS Tecendo Redes para Garantir Direitos**. Brasília – D.F, 2014. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/>. Acessos em 05 de maio de 19.

MONTE, Franciela Félix de Carvalho et al . Adolescentes autores de atos infracionais: psicologia moral e legislação. **Psicol. Soc.**, Florianópolis , v. 23, n. 1, p. 125-134, Apr. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000100014>.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio. Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento de seus membros. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, maio/ago, 2007.

PEREIRA, Carla Lidiane Oliveira. **Caso clínico CAPSi: o caso do “jovem sem nome”**. In: Org. RIBEIRO, Cynara Teixeira etal. **A psicanálise na cidade: dispositivos clínicos em saúde mental**. Natal: EDUFRN, 2017.p.157-160.

RONCHI, Juliana Peterle; AVELLAR, LuzianeZacché. Ambiência no atendimento de crianças e adolescentes em um CAPSi. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte , v. 21, n. 2, p. 379-397, ago. 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000200010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 maio 2019. <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2015V21N2P378>.

SANCHES, Laís Ramos; VECCHIA, Marcelo Dalla. Reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: revisão da literatura. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 30, e178335, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822018000100228&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 fev. 2019. Epub 14-Nov-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30178335>.

SANTANA, C.C; SOARES, A. P. R.; JACOBI, E, S; CECCATO I, D; GUARDIA E. N. Um estudo bibliográfico acerca do acompanhamento terapêutico como ferramenta possibilitadora de reabilitação psicossocial. **I Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG.** Caxias do Sul – RS, 2013. Disponível em <js.fsg.br/index.php/pesquisaextensao/article/view/418>. Acessos em 22 nov. 2018.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul , n. 34, p. 146-160, jun. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 abr. 2019.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 42, n. 1, p. 127-134, Mar. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100017&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100017>.

SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho et al . Medida socioeducativa de internação: estratégia punitiva ou protetiva?. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 27, n. 3, p. 505-515, Dec. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000300505&lng=en&nrm=iso>. access on 09 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p505>.

TEIXEIRA, Caroline Köhler. As medidas socioeducativas do estatuto da criança e do adolescente e seus parâmetros normativos de aplicação. **Revista da esmesc**, v. 20, n. 26, 2013. Disponível em <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/76-150-1-sm.pdf>> Acessos e, 07 de abril de 19.

THIENGO, Daianna Lima et al . Satisfação de familiares com o atendimento oferecido por um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 3, p. 298-308, set. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000300298&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500030172>.

WALSH, Froma. **Processos normativos da família: diversidade e complexidade**; Tradução Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: Clarisse Pereira Mosmann; consultoria e supervisão: Adriana Wagner. – 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

VALENTE, Fernanda Pinheiro Rebouças; OLIVEIRA, Maria Cláudia Santos Lopes de. Para além da punição: (re)construindo o conceito de responsabilização socioeducativa. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 853-870, nov. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000300005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 jun. 2019.

VOLPI, M. (Org.). **Adolescentes privados de liberdade. A normativa nacional e internacional e reflexões acerca da responsabilidade penal**. São Paulo: Cortez, 2014.

ZANETTI, Sandra Aparecida Serra; KUPFER, Maria Cristina Machado. O relato de casos clínicos em psicanálise: Um estudo comparativo. **Estilos da Clínica**, Vol. XI n° 21, 2006.