

## Caminhos e intermediações entre serviços do Sistema de Saúde e da Socioeducação

Paths and inter-mediations between Brazilian Health Services and Youth Detention Centers

Chayanne Federhen (<https://orcid.org/0000-0001-7494-6892>)<sup>1</sup>

Sabrina Stefanello (<https://orcid.org/0000-0002-9299-0405>)<sup>2</sup>

Guilherme Souza Cavalcanti Albuquerque (<https://orcid.org/0000-0002-7544-412X>)<sup>3</sup>

Pamela dos Santos Farinhuk (<https://orcid.org/0000-0003-1472-2920>)<sup>1</sup>

Deivisson Vianna Dantas dos Santos (<https://orcid.org/0000-0002-1198-1890>)<sup>3</sup>

**Abstract** Socio-education is an educational and (re)socialization proposal for young people having troubles with the law, a law which also includes the right to health care guaranteed by the Unified Health System (SUS). This study aims to investigate the relationship between health services and socio-educational units in Paraná state, from the perspective of service workers and managers. The qualitative and exploratory research consisted of sixteen semi-structured interviews in five municipalities in the state, with subsequent categorization of the narratives based on hermeneutic analysis. As a result, there was considerable weakness in the coordination between the network's facilities to promote overall health care, specifically the mental health of young people. Security issues have a strong influence on the regulation of actions, even health actions, in socio-education. The current policy of comprehensive health care in socio-education, implemented in Brazil in 2014, is, however, an important counterpoint for the reordering and nudging policies in this area.

**Key words** Health of Institutionalized Adolescents, Incarcerated persons, Health Services

**Resumo** A socioeducação é proposta educacional e de (re)socialização do jovem em conflito com a lei, na qual se prevê, igualmente, o direito à atenção à saúde garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O presente trabalho visa investigar como se dá a relação entre os serviços de saúde e as unidades socioeducativas no estado do Paraná a partir da perspectiva de trabalhadores e gestores dos serviços. A pesquisa qualitativa e de cunho exploratório consistiu na realização de dezesseis entrevistas semiestruturadas em cinco municípios do estado, com posterior categorização das narrativas a partir de análise hermenêutica. Como resultado evidenciou-se considerável fragilidade na articulação entre os equipamentos da rede para promoção da assistência à saúde em geral e, mais notoriamente, à saúde mental dos jovens. Os quesitos de segurança exercem forte influência na regulação das ações, até mesmo de saúde, na socioeducação. A política atual de atenção integral à saúde na socioeducação, implantada no Brasil em 2014, representa, contudo, um importante contraponto na reordenação e na indução das ações nesse âmbito.

**Palavras-chave** Saúde do Adolescente Institucionalizado, Pessoa Privada de Liberdade, Serviços de Saúde

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná (UFPR). R. Padre Camargo 280, 3º andar, Alto da Glória. 80060-240 Curitiba PR Brasil. federhen.chayanne@gmail.com

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, UFPR. Curitiba PR Brasil.

<sup>3</sup> Departamento de Saúde Coletiva, UFPR. Curitiba PR Brasil.

## Introdução

A assistência à criança e ao adolescente, tal como se apresenta hoje, é fruto de transformações históricas. As políticas de seguridade social e de atenção à saúde, bem como a compreensão jurídica do adolescente enquanto sujeito de direitos são constructos recentes, relativamente recentes, coetâneos aos movimentos de redemocratização.

A socioeducação, assim como o Sistema Único de Saúde (SUS), emerge no Brasil ao final dos anos 1980, quando da elaboração da Constituição Federal. Embasada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), cuja diretriz é a Doutrina de Proteção Integral da Infância e da Juventude<sup>1</sup>, consiste numa proposta de substituição ao modelo punitivo e coercitivo por uma via educacional e de (re)socialização do jovem em conflito com a lei<sup>2,3</sup>. Aos atos infracionais – condutas consideradas crimes ou contravenções penais – cabem medidas socioeducativas, sendo a internação (privação de liberdade) uma medida de cunho excepcional, isto é, aplicável apenas em casos de grave ameaça ou violência à pessoa ou como a última alternativa viável após esgotamento de todas as possibilidades prévias<sup>4</sup>.

No que tange ao direito à saúde, o ECA e a legislação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) garantem acesso à saúde. Nesse sentido, o acesso integral às linhas de cuidado de atenção integral à saúde da criança e do adolescente, através do SUS, está previsto como direito do adolescente em medida socioeducativa, considerando todas as esferas de atenção à saúde, sejam elas de promoção, proteção, prevenção e de recuperação da saúde, conforme princípios e diretrizes do SUS<sup>4,5</sup>.

A viabilização executiva de tais prerrogativas se dá por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), que busca integrar Sistema de Saúde e Sistema Socioeducativo<sup>6,7</sup>. Sua proposição vem alinhada à lógica do cuidado territorial e organizada em redes de atenção à saúde e cuidado, tendo como ponto coordenador a Atenção Básica diretamente ligada ao território vinculado aos sujeitos-usuários dos serviços de saúde<sup>8,9</sup>.

Dessa forma, os próprios princípios e diretrizes do SUS, da socioeducação, do sistema de seguridade social nos apontam para um direcionamento comunitário e intersetorial – saúde, justiça, socioeducação, direitos humanos. Portanto, aqui compreendemos os dispositivos de saúde e

socioeducação em relação a/com outros espaços institucionais e sociais que devem assegurar de modo articulado e integrado a atenção integral à saúde desses adolescentes, bem como demais direitos sociais.

Desse modo, tem-se como objetivo, neste trabalho, investigar como se dá a relação entre os serviços de saúde e as unidades socioeducativas no estado do Paraná na perspectiva de trabalhadores e gestores dos serviços.

## Metodologia

O presente artigo é um dos produtos de dissertação de mestrado, recorte de projeto de pesquisa que estuda práticas e manejos em saúde no âmbito das unidades socioeducativas do estado do Paraná e serviços das redes de atenção à saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa de cunho exploratório.

### O Campo

O Sistema Socioeducativo no estado do Paraná é vinculado à atual Secretaria de Justiça, Família e Trabalho (SEJUF) e divide-se em 3 regiões administrativas nas quais se distribuem as unidades socioeducativas, sendo ao todo 19 unidades no estado em 16 municípios<sup>10</sup>. A escolha e delimitação do campo de estudo definiu municípios com unidades socioeducativas das 3 regiões do estado. Os municípios escolhidos foram Curitiba, Fazenda Rio Grande, Londrina, Pato Branco e Laranjeiras do Sul, por serem municípios com unidades de referência para as suas respectivas regiões. Também foram escolhidas unidades socioeducativas de diferentes portes e que lidavam apenas com adolescentes em regimes de internação mais prolongado permitindo explorar diferenças entre distintas estruturas institucionais e municípios de diferentes portes.

### Participantes de pesquisa e a coleta de dados

Os participantes do estudo foram trabalhadores e gestores da saúde que atuavam nas unidades socioeducativas e nos serviços de saúde, vinculados aos cuidados em saúde dos(as) adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação ou na coordenação e/ou gestão desse processo. Foram realizadas ao menos 2 entrevistas por município, considerando 1 profissional gestor/coordenador e 1 profissional da assistência direta ao jovem.

As normativas da área, ao tratarem da questão saúde, não preveem uma composição mínima para a equipe de saúde de cada unidade socioeducativa. Aponta-se que há uma obrigatoriedade de equipe de saúde, cuja composição deve atender as legislações do SUS às necessidades locais e pode ser determinada pelo diretor da unidade<sup>4-6,11</sup>.

Totalizando 16 entrevistas: 6 com trabalhadores de saúde vinculados às unidades socioeducativas e 10 com trabalhadores de saúde e gestores dos serviços ou departamentos ligados a atenção à saúde municipais (coletadas de dezembro de 2019 a junho de 2021). Utilizaram-se perguntas norteadoras abertas buscando abordar os temas de modo livre e em extensão.

Buscou-se explorar a forma de organização das relações entre as unidades socioeducativas e serviços de saúde no que tange aos atendimentos, prevenção e promoção de saúde, principais demandas identificadas no processo e as percepções da própria equipe sobre a relação e cuidado em saúde dos(as) adolescentes em cumprimento de medida de internação. Inicialmente, tomaram-se como base os eixos norteadores e ações previstas na PNAISARI (ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação)<sup>7</sup>. Cada entrevista foi gravada e teve duração de 25 a 50 minutos.

### A Análise

As transcrições de entrevistas foram organizadas em narrativas, ou seja, em discurso em primeira pessoa a partir do narrado pelo entrevistado, buscando assumir uma postura hermenêutica, enquanto comportamento de compreensão do texto e do discurso<sup>12</sup>. Retiraram-se fragmentos de fala repetidos e vícios de linguagem mantendo o sentido da fala do participante. Trata-se do discurso emergente e caracterizante das relações entre atores sociais, bem como de seus tensionamentos, localizados em um contexto histórico<sup>13</sup>.

A partir de leituras sucessivas, tanto das transcrições, como sequencialmente das narrativas, buscou-se extrair os sentidos e significações emergidos dos relatos, organizando então uma grade de análise com categorias de análise. Narrativas e categorias de análise passaram por validação de outro pesquisador integrante do grupo de pesquisa em processo de mediação da compreensão do texto, como nos propõe a abordagem her-

menêutica. O material analisado, retornava para a validação em grupo onde a contextualização dos resultados, posicionamentos e preconceitos dos diferentes pesquisadores eram assinalados para minimizar interpretações *a priori*<sup>12</sup>.

A intencionalidade dos pesquisadores na construção do roteiro era direcionada na apreensão da experiência vivida pelos participantes e não das explicações mais gerais que estes poderiam ter sobre um tema. A priorização da experiência em si facilitou a construção de narrativas que possibilita recuperar a perspectiva da *práxis* humana, abordagem essa preconizada pela hermenêutica. Para Ricouer, se uma ação pode ser narrada é porque ela já está inserida no mundo pelo agir social e está, simbolicamente, relacionada com o seu contexto<sup>13</sup>.

Todo o material foi organizado por códigos, visando preservar o sigilo e a identidade dos participantes. Cada narrativa foi atrelada a uma identificação da letra “T” correspondente à trabalhador, e a ela complementou-se com a letra “C” para os trabalhadores dos centros socioeducativos (CENSES) e com a letra “R” para os trabalhadores das redes de saúde municipais. Além disso, a cada combinação de letras, atrelou-se um número sequencial de acordo com a ordem cronológica da realização das entrevistas da rede de saúde, que foi aplicado também à codificação das entrevistas dos CENSES.

A pesquisa passou por análise e aprovação em comitê de ética em pesquisa e teve como parecer de aprovação sob nº 4.379.624/CAAE 02353018.3.0000.0102.

### Resultados e discussão

Totalizam-se 16 entrevistas, nos 5 municípios da amostra, sendo 6 realizadas com trabalhadores de saúde dos Centros de Socioeducação (CENSE) e 10 com trabalhadores dos serviços de saúde municipais: Curitiba, Fazenda Rio Grande, Laranjeiras do Sul, Pato Branco e Londrina. Os trabalhadores da saúde participantes eram em sua totalidade de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de equipe de apoio à Atenção Básica (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB).

Repositório de dados SciELO Data: <https://doi.org/10.48331/scielodata.ZGSPQX>.

### **As questões envolvidas no acolhimento das demandas de saúde: entre a instituição de privação de liberdade e o cuidado em rede territorial**

Trabalhadores das redes de saúde municipais citam a comunicação com profissionais da saúde de dentro dos CENSE como facilitadora dos processos. No caso de unidades socioeducativas que contam com o profissional médico, há uma tendência a centralizar mais os atendimentos na própria instituição. Como no fragmento abaixo:

*Com relação ao acesso aos pontos de atenção à saúde, na parte médica, hoje a gente não tá mais precisando porque a gente tem a doutora Azaleia (TC2 - Calêndula).*

Em alguns municípios, a atenção básica era vista como principal porta de entrada no escopo organizativo do sistema de saúde e suas redes de atenção, sendo, portanto, a ela atribuída à articulação e coordenação do cuidado em saúde conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>14</sup>, além dos princípios e diretrizes das Redes de Atenção à Saúde e a PNAISARI<sup>9</sup>.

Em outras entrevistas, entretanto, citam-se que as unidades socioeducativas possuíam uma Unidade Básica de Saúde de referência, mas, ao mesmo tempo, relatam menos ações conjuntas entre os serviços. Uma das profissionais, que havia trabalhado anteriormente em equipe de NASF-AB, refere que não tinha contato direto com os adolescentes, indicando que nem todas as categorias profissionais chegam a se envolver em ações diretas com os adolescentes. Alguns relatos apontavam que as ações se concentravam em torno da gestão e fornecimento das medicações para os profissionais das unidades socioeducativas que então administrariam a medicação para os adolescentes internamente no CENSE.

*Olha dificilmente tem ação de promoção e prevenção da saúde feita pela atenção primária. Tiveram, mas poucas, comparado com o que nós poderíamos ter [...] (TC5 - Crisântemo).*

Algumas entrevistas citam que inicialmente havia uma dificuldade dos trabalhadores e gestores da saúde em compreender a demanda da assistência do adolescente em conflito com a lei enquanto competência municipal. Tal movimento é observado por outras autoras e estudos<sup>15</sup>. Havia um questionamento com relação ao local de origem dos adolescentes. Assim, o campo da saúde parece, por vezes, apontar a unidade socioeducativa enquanto não-pertencente ao território.

Existe um potencial distanciamento tanto na articulação de ações como na assistência à saúde

da Atenção Básica em relação às unidades socioeducativas estudadas. Por mais que tal fenômeno seja descrito em outros estudos de Ribeiro *et al.*<sup>15</sup>, a contextualização dos achados a partir de uma postura hermenêutica, pode auxiliar a levantar outras questões. Primeiro, há o fato de que todos os municípios estudados possuem CAPS, o que pode levar a formação de fluxos em que as unidades básicas de saúde podem ser preteridas em relação aos serviços de saúde mental (que são apontados como unidades de contato preferencial pelos profissionais da socioeducação). Segundo, as unidades socioeducativas no Brasil vivenciam incompatibilidades inerentes às instituições de privação de liberdade, marcada pelo ideário punitivista e segregador<sup>16</sup>. No sentido de que o que se reproduz é um estado de isolamento, que acaba por ser incompatível com as lógicas do cuidado no território e articulado em redes. Desta forma, tal distanciamento pode ser uma coprodução das duas políticas (Saúde e Socioeducação) que não pode ser visto de maneira separada. Mudanças e maior aproximação entre a Atenção Básica e a Socioeducação pode requerer mudanças também na própria estruturação e ideário socioeducativo.

Além disso, temos a própria situação conjuntural da atenção básica, que vive desfinanciamento, reordenação de gestão a partir de paradigmas gerencialistas, mudanças nas configurações das equipes, e despriorização da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>17-20</sup>. Todos esses elementos podem corroborar ainda mais para dificultar a efetivação do cuidado integral e coordenado de atenção à saúde entre essas duas políticas.

Quanto aos atendimentos na atenção especializada, ocorrem conforme demanda e as entrevistas indicam uma maior dificuldade em conseguir-los, no sentido de demora ou impossibilidade de vaga durante o tempo de internação nas unidades socioeducativas. Nas entrevistas, aparecem falas apontando ora para uma facilidade e ora para dificuldades de acesso à rede de saúde e/ou serviços de saúde externos. Tal fato, segundo eles, ocorre devido poucas vagas de atendimento seja por redução do contingente de trabalhadores, seja por grande demanda ou ainda por ambos os fatores. A Saúde Mental é especialidade mais demandada segundo os relatos dos participantes. As situações de crise em saúde mental são direcionadas às Unidades de Pronto Atendimento (UPA), assim como outras situações de urgência e emergência. Todavia, relatam que crises em saúde mental também podem ser direcionadas aos CAPS.

*Geralmente quando precisa de assistência da rede é com algum transtorno de psiquiátrico que tem que ter um pouco mais de cuidado. [...] no caso de crise, daí a conduta é pela UPA. Se o médico acha que tem que fazer a internação, é feito e daí dá conduta por lá (TC2 - Calêndula).*

A centralidade das questões que os trabalhadores consideram como problemas de Saúde Mental na Socioeducação é algo muito recorrente nas falas dos entrevistados. Vilarins<sup>21</sup> avalia que 97% dos adolescentes recebem um diagnóstico de transtorno mental após adentrarem a medida de internação, sendo esse geralmente atribuído a um transtorno de conduta não socializado, ou seja, vinculado à sua capacidade de se adaptar socialmente. Diversos estudos apontam para uma tendência de patologização e medicalização do adolescente em medida socioeducativa<sup>21-23</sup>. Sob esse viés, coloca-se de lado a compreensão de sua complexidade estruturada socioculturalmente e leva ao apagamento de sua historicidade e contexto no qual o adolescente está inserido. Tal contexto dialoga com as nomeações das crises dos adolescentes que eram dadas pelos entrevistados: nomeações estas, quase que exclusivamente, como sinais e sintomas oriundos da psicopatologia psiquiátrica.

Segundo as entrevistadas, nos casos em que os adolescentes são levados até os equipamentos de saúde há uma demanda de logística e planejamento, considerando que é necessária uma equipe para acompanhar, assim como um meio de transporte disponível. Em algumas entrevistas tal configuração foi apontada como fator que dificulta os deslocamentos para os atendimentos externos. Sendo assim, cita-se a preferência pelo atendimento no próprio CENSE, indicando uma tendência a centralizar o atendimento na unidade socioeducativa. Os atendimentos que demandavam saída da unidade socioeducativa geralmente eram associados apenas a crises, urgências e emergências. Este é outro aspecto que aqui também parece implicar em um distanciamento do território, já que para qualquer outra ação ou atendimento de saúde, a preferência é pela realização no interior da unidade socioeducativa.

*[...] quando eles têm o médico disponível dentro do CENSE é muito melhor, porque para sair o adolescente tem toda uma lógica de segurança pra sair com o menino de lá. Então geralmente a equipe de saúde vai pro CENSE (TR2 - Canário).*

O quantitativo de profissionais também aparece como um ponto crítico. As entrevistas indicam a necessidade de mais trabalhadores da saúde nas unidades socioeducativas, em relação ao

número existente. Algumas entrevistas apontam que concentrar atividades em um mesmo profissional gera exaustão, assim como compromete a execução das atividades.

*[...] A meu ver, recursos humanos não é suficiente, principalmente em relação aos profissionais da saúde. Às vezes a sobrecarga de trabalho, o ambiente de trabalho e um ambiente estressante é um ambiente pesado (TR3 - Gavião).*

Outro aspecto importante destacado é o fato de que os adolescentes vão aos atendimentos externos algemados, assim como com a equipe de segurança. Fatos esses associados a constrangimento. Devido a isso, muitas profissionais indicam que os serviços de saúde tendem a priorizar esses atendimentos, no sentido de evitar esperas longas, buscando direcionar os adolescentes para sala de espera mais reservada, ou tentar agendamento em horários de menor fluxo nos serviços. Visando com essas alternativas evitar que sejam expostos durante a estada no serviço de saúde.

*[...] é constrangedor a gente chegar com esses meninos algemados na unidade. Tem todas aquelas senhorinhas sentadas na recepção, esperando um tempão e a gente chega com o menino e vai direto ao consultório. É desagradável para eles e para nós também porque ninguém quer tirar vez de ninguém (TC2 - Calêndula).*

Além disso, os aspectos nomeados como de segurança e o uso das algemas se colocam como fatores que impedem a participação dos adolescentes em atividades coletivas dentro dos serviços de saúde, como os CAPS. De tal modo, restringe as atividades de grupalidade e socialização dentro de seu plano terapêutico no serviço. No que se refere à execução de atividades no interior das unidades socioeducativas, por parte das equipes de serviços externos, as entrevistas apontam para uma necessidade de restrição-limitação de materiais e pessoas, também justificada pela manutenção da segurança.

*[...] nesses espaços, a gente tem que ter todo o material contado, o que entra e o que sai. Isso é uma questão de organização lá e é uma coisa que a gente tem que respeitar (TR4 - Arara).*

O que se nota é que os aspectos processuais de segurança acabam por nortear as ações e atividades a serem realizadas com os adolescentes<sup>21-24</sup>. Além disso, tais aspectos – segurança, contingente de equipe e disponibilidade material de veículos – são atravessados pelo que as entrevistadas apontam como “constrangimento”, que parece estar ligado ao modo como o adolescente em conflito com a lei é visto enquanto sujeito de direitos, e nesse escopo encontra-se seu direito à saúde.

É como se a dimensão da contravenção penal o retirasse desse lugar, a partir de um rompimento com a moral social<sup>2,15,23</sup>, e então, direcionasse a ele uma dupla punição: a privação de liberdade e a contestação do seu direito à saúde. Indicando uma permanência de um viés punitivista, na contramão da proposição socioeducativa.

Neste sentido, por exemplo, estudos<sup>15,24</sup> apontam para estigmatização e preconceito atrelados ao adolescente em conflito com a lei, e como tais condições influenciam negativamente no reconhecimento e na concretização de seu direito a saúde. Cavalcanti *et al.*<sup>24</sup> também apontam para a tendência de se sobrepor a lógica punitiva em contraponto à condição de sujeito de direitos, portanto de garantias sociais, e a dimensão social do ato infracional.

Assim, esses autores indicam um isolamento da garantia de direitos concomitante ao isolamento do adolescente, cujas instituições tendem a agir com intuito de retirá-lo do convívio social<sup>24</sup>. Outros estudos<sup>21,25</sup> identificam não só um isolamento do adolescente em relação ao território, mas também das equipes de saúde das unidades socioeducativas que muitas vezes acabam isoladas em relação às redes de serviços das diferentes políticas sociais. Neste sentido, nas entrevistas, em alguns momentos os profissionais se referem às dificuldades de conseguir agenda em outros serviços e de limitações de articulação de múltiplos setores simultaneamente.

No processo de construção e validação das narrativas, esses quatro elementos aqui apresentados: (1) o mandato social da socioeducação ainda com um viés punitivista, (2) a compreensão dos problemas de sofrimento como transtornos mentais, (3) a preferência/imposição da atenção à saúde no interior das unidades socioeducativas e (4) a predominância da lógica de proteção nos processos de trabalho da socioeducação parecem se relacionar, dada a sua repetição e concatenação nas falas. Dessa forma, tais conceitos, em seus fundamentos, se distanciam da atenção territorial à saúde. As unidades socioeducativas se aproximam, por sua vez, das instituições totais descritas por Goffman<sup>26</sup>. Nelas, todos os aspectos da vida dos internos se desenvolvem no mesmo local e sob o comando de uma única autoridade sendo as atividades pautadas por regras coletivas que priorizam a segurança e o controle<sup>26</sup>.

Estes atravessamentos estruturais recaem sobre a atenção à saúde desses jovens. A instituição de privação de liberdade em si mesma, ainda carrega em si o ideário de “recuperação” e “adequação” do sujeito a uma dada norma moral e social considerada como correta e justa. Tal desejo im-

plicito da “Instituição Socioeducativa” junto com os elementos apontados anteriormente, podem se constituir como barreiras importantes para cuidado integral e territorial de saúde fundada na atenção primária. Iluminar tais questões nas políticas públicas atuais auxilia a reexaminar o quanto alguns destes fundamentos encontram-se no caminho da construção de ações de saúde mais efetivas e territoriais.

### **Quais ações realizadas no âmbito da socioeducação e saúde?**

As ações caracterizadas como palestras aparecem como as mais citadas, e eram realizadas por profissionais dos serviços de saúde ou do próprio CENSE, em conjunto ou individualmente. Não havia uma regularidade nelas e os temas envolviam orientações sobre o uso de medicamentos (adesão ao tratamento), saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, saúde nutricional, alimentar, saúde bucal, planejamento de ações junto ao Programa Saúde na Escola (PSE). Vale salientar, a despeito do enfoque integral necessário para a saúde do adolescente, como dito anteriormente no texto, para os trabalhadores, são as questões de saúde mental e mais especificamente, as medidas que devem ser tomadas para aplacar o sofrimento que mais os mobilizam.

Outros entrevistados, por outro lado, relataram projetos que se propõem a trabalhar aspectos de educação em saúde e projeto de vida de modo interativo com os adolescentes. Neles, segundo os entrevistados, os adolescentes tornam-se multiplicadores das ações de educação em saúde, a partir de capacitações prévias que prezam por metodologias dinâmicas e acompanhamento continuado. Como desdobramento, realizaram atividades junto aos adolescentes dos CENSE, mediada pelos próprios adolescentes do projeto, trabalhando saúde sexual e reprodutiva.

*[...] dois adolescentes que tinham mais desenvoltura foram lá pra conversar sobre saúde sexual. Como são só meninos e eles também meninos foi legal. Entre eles a conversa diferente, né? Eles fizeram perguntas que talvez pra mim eles nunca fizessem. [...] Mas a gente só fez uma roda de conversa com eles [...]* (TR2 - Canário).

Outras propostas de educação em saúde ocorrem por meio de oficinas, abordando temas como: rede de apoio e relações humanas; aspectos emocionais; álcool e outras drogas; e projeto de vida. Em uma das ações intersetoriais, uma das entrevistadas contou sobre uma ação em formato de festival de música que ocorreu envolvendo diferentes setores: saúde, socioeduca-

ção, assistência social. Segundo os relatos, alguns adolescentes são incluídos em estágios em espaços da administração de municípios de referência, após a internação, outros são direcionados para cursos de aprendizagem e outras atividades de contraturno escolar.

Mesmo com as ações de caráter intersetorial antes descritas, os participantes relatam dificuldades quando estas ações deveriam ser individualizadas em torno da construção de um projeto terapêutico.

*Mas há uma dificuldade maior entre todos os equipamentos. [...] Tem a secretaria de saúde, tem CREAS, CRAS, tem muita coisa envolta. Nem todos os adolescentes são aqui do município. Acho que talvez a gente tivesse essa dificuldade de articulação, por exemplo, nas reuniões da rede, dificuldade da participação de todo mundo [...] (TR2 - Canário).*

Assim, as ações de educação em saúde, ainda que aconteçam de maneira intersetorial, aqui novamente acabam delimitadas pelos aspectos de manutenção de segurança e possibilidade de organizar diferentes setores para sua execução dentro dos limites existentes. Sousa *et al.*<sup>27</sup>, em seu estudo, apontam para um predomínio das ações em saúde programáticas e assistenciais, com base em um modelo biomédico e neoliberal de atenção à saúde, que é condizente com a lógica de segurança imposta, que limita a ampliação de ofertas de atividades de cuidado, como as coletivas e territoriais, por exemplo.

Em uma das entrevistas, relatou-se a primazia que se dá aos protocolos de segurança em relação a todas as atividades desenvolvidas. Muitas vezes as atividades não podem ser realizadas, um lápis ou outros utensílios não podem ser utilizados pelos internos, se forem considerados um risco de alguma forma. Essa limitação pode ter relação, de acordo com os entrevistados, tanto pelo maior número de internos em cada centro, que dificulta o manejo dos adolescentes, como pela redução de pessoal, mas também pela existência de diversos protocolos focados apenas na segurança que suplantam em importância outros que tem caráter mais socioeducativo.

Nesse ponto, há a recorrência de falas, tanto na socioeducação como na saúde, que relacionam estes elementos estruturais e paradigmáticos como possivelmente responsáveis pela limitação das atividades nos Centros, sejam elas atividades relacionadas à promoção de saúde ou mesmo as atividades socioeducativas. Robert *et al.*<sup>28</sup> em seu estudo, tratam da importância do sentido ocupacional das atividades executadas com os adolescentes. A escuta dos adolescentes com relação aos

seus interesses, permite elaborar atividades que abarquem o universo sociocultural e de identificação deles, implicando em ações mais alinhadas com o desenvolvimento de autonomia e fortalecimento da identidade pessoal. Do contrário, quando as atividades não fazem sentido para aqueles que praticam e sobressaem seu caráter mecânico e de apenas ocupação do tempo, tendem a remeter a lógica institucional e ao cerceamento.

### Sobre a PNAISARI

Em algumas entrevistas a PNAISARI é apontada como meio de garantir mobilização para pensar e garantir as ações em saúde para os adolescentes em conflito com a lei, assim como as relações intersetoriais. Apesar de muitos conhecerem a política, relatam faltar ações mais concretas para sua operacionalização real.

*Tem que ter uma política, uma diretriz [...]. Então eu acho que ela veio para melhorar a relação das unidades com a saúde com os demais serviços. Porque agora a gente tem essa relação, faz o plano de ação junto, acaba conversando mais [...] (TR1 - Curió).*

Contam que no início da adesão e implementação da PNAISARI enfrentaram dificuldades na descrição das ações e atividades, no estabelecimento das responsabilidades, ou seja, em esquematizar ações que já executavam, assim como em aplicar o previsto na política em ações efetivas. Relataram, entretanto, que ela foi mobilizadora de reuniões que transpareceram o desconhecimento das funções institucionais e profissionais em cada serviço, das atividades, do funcionamento e a necessidade de ações de aproximação e sensibilização entre os envolvidos.

Nesse sentido, podemos observar aspectos de desarticulação e fragmentação, um desconhecimento das atividades e papéis de cada ator institucional, podendo levar a necessidade de repactuações constantes no dia a dia para encaminhamento das ações<sup>15,24</sup>, indicando uma política ainda não estruturada, dificultando a integralidade e intersetorialidade nas ações. Nas entrevistas, os profissionais ligados às gestões, coordenações dos serviços, tendem a se mostrar mais a par dos aspectos relacionados à PNAISARI, no sentido de estarem apropriados de seus pontos-chaves, diretrizes, pontos de planejamento, execução e avaliação. Contudo, alguns profissionais da assistência em saúde demonstram pouco conhecimento da política, o que pode indicar planejamento pouco participativo com relação à execução das políticas.

Por outro lado, os profissionais que demonstram conhecê-la, reforçam a necessidade de maior disseminação de seu conteúdo, tanto para profissionais de saúde quanto para sociedade em geral.

*E o desafio é que esse documento precisa ser extremamente socializado. Precisa ser conhecido, principalmente pelos trabalhadores da saúde. [...] Porque para que [...] seja operacionalizada é necessário esse conhecimento e articulação. E também investimento dentro da área dessa política pública, principalmente de estados pros municípios [...]* (TR5 - João-de-barro).

Cavalcanti *et al.*<sup>24</sup>, por exemplo, citam aspectos que podem ser problemáticos na execução intersetorial das políticas públicas, como os modelos de gestão, a organização dos processos de trabalho, as diferentes agendas priorizadas entre as esferas federativas e a estrutura das redes em que as políticas são materializadas. Além disso, processos e estruturas de cada política muitas vezes tendem a se fechar em si mesmos, estando muitas vezes a política de saúde afastada das demais políticas de seguridade social.

Fernandes *et al.*<sup>25</sup> apontam para a importância da política pública enquanto instrumento de construção de estratégias preventivas na realidade dos adolescentes. Ter arcabouços legais como a PNAISARI, mostra-se, portanto, de grande importância para indução destas políticas. Apesar do importante fomento, os entrevistados relatam o ainda diminuto investimento financeiro, tanto para a implementação como execução da PNAISARI, como um empecilho para a estruturação adequada de redes e serviços de saúde, bem como para contratação de profissionais. Aponta-se, nas entrevistas, que há um movimento contrário, de precarização dos serviços e cortes de recursos financeiros ao longo dos anos.

*[...] uma perda de investimento financeiro e uma perda de recursos humanos. São algumas pessoas que tem que dar conta do trabalho que continua sendo grande, sendo que isso já foi em número maior de pessoas* (TR7 - Cacaetua).

No sentido dos resultados aqui emergentes, historicamente o processo de consolidação do SUS, de acordo com o proposto a partir da Reforma Sanitária, é atravessado por aspectos político-econômicos que o limitam. Há uma limitação concreta para a ampliação da infraestrutura pública, fruto de um subfinanciamento histórico, onde o maior subsídio vai para o setor privado e filantrópico, há influência de capital externo, de uma agudização recente dos processos de desestruturação de políticas públicas e uma redução

dos investimentos estatais em políticas e serviços de seguridade e suporte social<sup>29</sup>.

Neste momento, identificamos algumas limitações do estudo. O estudo trabalha com a percepção dos trabalhadores, sendo assim, em se tratando de uma pesquisa qualitativa, apresenta apenas uma visão do quadro, não possibilitando a generalização em relação a todos os aspectos da realidade material, mas apontando para aspectos que podem sinalizar seu caminho.

### Considerações finais

O estudo indicou dificuldades na articulação de cuidado entre a Atenção Básica e o Sistema Socioeducativo. A maior demanda e, por conseguinte, maior protagonismo na articulação do cuidado entre as duas políticas está no campo da saúde mental. Pode-se tomar como hipótese que as unidades socioeducativas e os adolescentes internados encontram-se afastados dos territórios nos quais se encontram, dificultando acesso a ações de saúde. As ações em saúde externas tendem a focar em atendimentos pontuais, rápidos e com maior preocupação relacionada à segurança. Portanto, os quesitos segurança, contingente profissional e a logística de segurança tendem a ser aspecto norteador do manejo e planejamento dessas ações.

Desse modo, os atendimentos em saúde ao adolescente tendem a centralizar-se no interior das unidades socioeducativas, mesmo que as políticas mais recentes como a PNAISARI tentarem advogar o contrário. Reforça-se assim elementos próprios das Instituições totais onde todos os aspectos da vida dos internos se desenvolvem no mesmo local e de forma segregadora. Entretanto, a própria PNAISARI aparece como importante política de fomento que direciona no sentido contrário. Ela foi importante para induzir encontros entre integrantes tanto da saúde como da socioeducação, desenvolvendo redes e articulações que apesar de lentas e com pouco apoio institucional, remodelam as redes de cuidado com o intuito de incluir diferentes equipamentos de saúde no cuidado do adolescente. Ainda que haja um arcabouço teórico e normativo para essa intersetorialidade, esbarra-se em tradições institucionais pautadas em lógicas centralizadas de gestão que a dificultam. Tal configuração é atravessada por problemas estruturais, referentes à estruturação do sistema de saúde e os serviços que compõem suas redes de atenção à saúde, fruto de um subfinanciamento histórico, de uma

agudização dos processos de desestruturação de políticas públicas e redução dos investimentos estatais em políticas e serviços de seguridade e suporte social.

A saúde mental coloca-se como grande campo demandado quando se fala em saúde do adolescente em conflito com a lei. A interpretação das crises vivenciadas por estes adolescentes passa mais pelas nomenclaturas diagnósticas do que pelo olhar contextual de como o ambiente de privação de liberdade, privação de atividades ou mesmo oferta de atividades sem um sentido coconstruído podem influenciar. De tal modo, a focalização social do adolescente no campo da saúde mental pode nos dizer do próprio estigma ao qual esse jovem está ligado, como também pode indicar para a ideia do cuidado a partir do isolamento e dos estigmas de exclusão ainda associados ao campo.

As melhorias nas articulações entre a Saúde e Socioeducação devem levar em consideração tanto os arranjos organizacionais na política de Saúde, mas também as questões estruturais e paradigmáticas nas unidades socioeducativas deste

território. Mudanças nos processos de trabalho destas últimas, visando uma redução das características próprias das instituições totais podem facilitar o alinhamento com a rede de saúde que é pautada pelo cuidado territorial. Unidades socioeducativas com capacidade para um menor número de internos, com estrutura para garantir a mobilidade dos adolescentes internados quando necessário e com educação permanente que gerasse reflexões constantes sobre os paradigmas que regem o cotidiano destas instituições são alguns elementos que poderiam auxiliar neste alinhamento.

Por fim, observa-se que questões referentes à moralização e estigma relacionados ao adolescente em conflito com a lei, em consequência do cometimento do ato infracional, desdobram-se em concepções punitivistas que implicam no entendimento desse adolescente enquanto pessoa de direitos, conseqüentemente em relação ao seu direito à saúde. Apesar dos avanços e fomentos induzidos pela PNAISARI, a lógica de cuidado necessita de um grande impulso rumo à integralidade das ações de saúde.

## Colaboradores

DVD Santos participou na concepção, execução, análise e interpretação dos dados e redação. S Stefanello participou na concepção, execução, análise e interpretação dos dados e redação. C Federhen participou na concepção, execução, análise e interpretação dos dados e redação. GSC Albuquerque participou na concepção, execução, análise e interpretação dos dados e redação. PS Farinhuk participou na análise, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

## Financiamento

Fundação Araucária - Projeto SUS20201310 00119 - Chamada de Projetos.

## Referências

1. Perez JRR, Passone EF. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. *Cad Pesq* 2010; 40(140):649-673.
2. Arêas Neto NT, Constantino P, Assis SG. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. *Physis* 2017; 27(3):511-540.
3. Mella LL, Limberger J, Andretta I. Políticas públicas e adolescentes em conflito com a lei: revisão sistemática da literatura nacional. *Rev Polit Publicas Cidades* 2015; 3(2):88-99.
4. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 16 jul.
5. Brasil. Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis nos 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 7.998, de 11 de janeiro de 1990, 5.537, de 21 de novembro de 1968, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, os Decretos-Leis nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. *Diário Oficial da União* 2012; 20 jan.

6. Brasil. Portaria de Consolidação GM/MS nº 02, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XVII - Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória. *Diário Oficial da União*; 2017.
7. Brasil. Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Seção V, cap. II, que institui o incentivo financeiro para custeio para a gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade. *Diário Oficial da União*; 2017.
8. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2010; 31 dez.
9. Perminio HB, Silva JRM, Serra ALL, Oliveira BG, Morais CMA, Silva JPAB, Franco Neto TL. Política nacional de atenção integral a saúde de adolescentes privados de liberdade: uma análise de sua implementação. *Cien Saude Colet* 2018; 23(9):2859-2868.
10. Paraná. Secretaria de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos. Departamento de Atendimento Socioeducativo (DEASE). *Relatório de Ações DEASE 2017*. Paraná: DEASE; 2017.
11. Paraná. Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos. *Resolução nº 44/2016 - GS/SEJU - Código de normas e procedimentos das unidades de atendimento socioeducativo do estado do Paraná*. Paraná: Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos; 2016.
12. Fonseca MJM. Introdução à hermenêutica de Paul Ricoeur. *Millenium J Educ Technol Health* 2009; 36(14):1-27.
13. Campos RTO, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saude Publica* 2008; 42(6):1090-1096.
14. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 2017.
15. Ribeiro DS, Ribeiro FML, Deslandes SF. Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo: relação entre as equipes das unidades e a rede de saúde mental. *Cad Saude Publica* 2018; 34(3):e00046617.
16. Souza FSV. Representações da vulnerabilidade social no processo socioeducativo de internação. *ARACÊ* 2016; 4:102-121.
17. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 493-545.
18. Geremia DS. Atenção primária à saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. *Physis* 2020; 30(1):e300100.
19. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política nacional de atenção básica: para onde vamos? *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1475-1481.
20. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Melo GCLA. Mudanças na política nacional de atenção básica: entre retrocessos e desafios. *Saude Debate* 2018; 42:38-51.
21. Vilarins NPG. Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação. *Cien Saude Colet* 2014; 19(3):891-898.
22. Ribeiro DS, Ribeiro FML, Deslandes SF. Discursos sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de internação no Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2019; 24(10):3837-3846.
23. Asquidamini F, Barbiani R, Sugizaki E. Adolescentes em medida socioeducativa: violência ou violação de direitos? Revisão de literatura. *Rev Subj* 2015; 15(1):113-123.
24. Cavalcanti PB, Dantas ACS, Carvalho RN. Contornos e sinergias entre a política de saúde e o adolescente privado de liberdade: intersectorialidade como desafio. *Textos Contextos* 2011; 10(2):399-410.
25. Fernandes FMB, Ribeiro JM, Moreira MR. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. *Saude Debate* 2015; 39:120-131.
26. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva; 2001.
27. Sousa MF, Prado EAJ, Leles FAG, Andrade NF, Marzola RF, Barros FPC. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. *Saude Debate* 2019; 43(5):82-93.
28. Robert C, Stefanello S, Silva MZ, Ditterich RG, Santos DVD. "A gente fica institucionalizado também!": cotidiano, saúde mental e processos de trabalho na percepção das equipes de unidades socioeducativas. *Interface (Botucatu)* 2022; 26:e210290.
29. Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad Saude Publica* 2018; 34(7):e00067218.

Artigo apresentado em 24/03/2023

Aprovado em 21/08/2023

Versão final apresentada em 22/08/2023

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva