

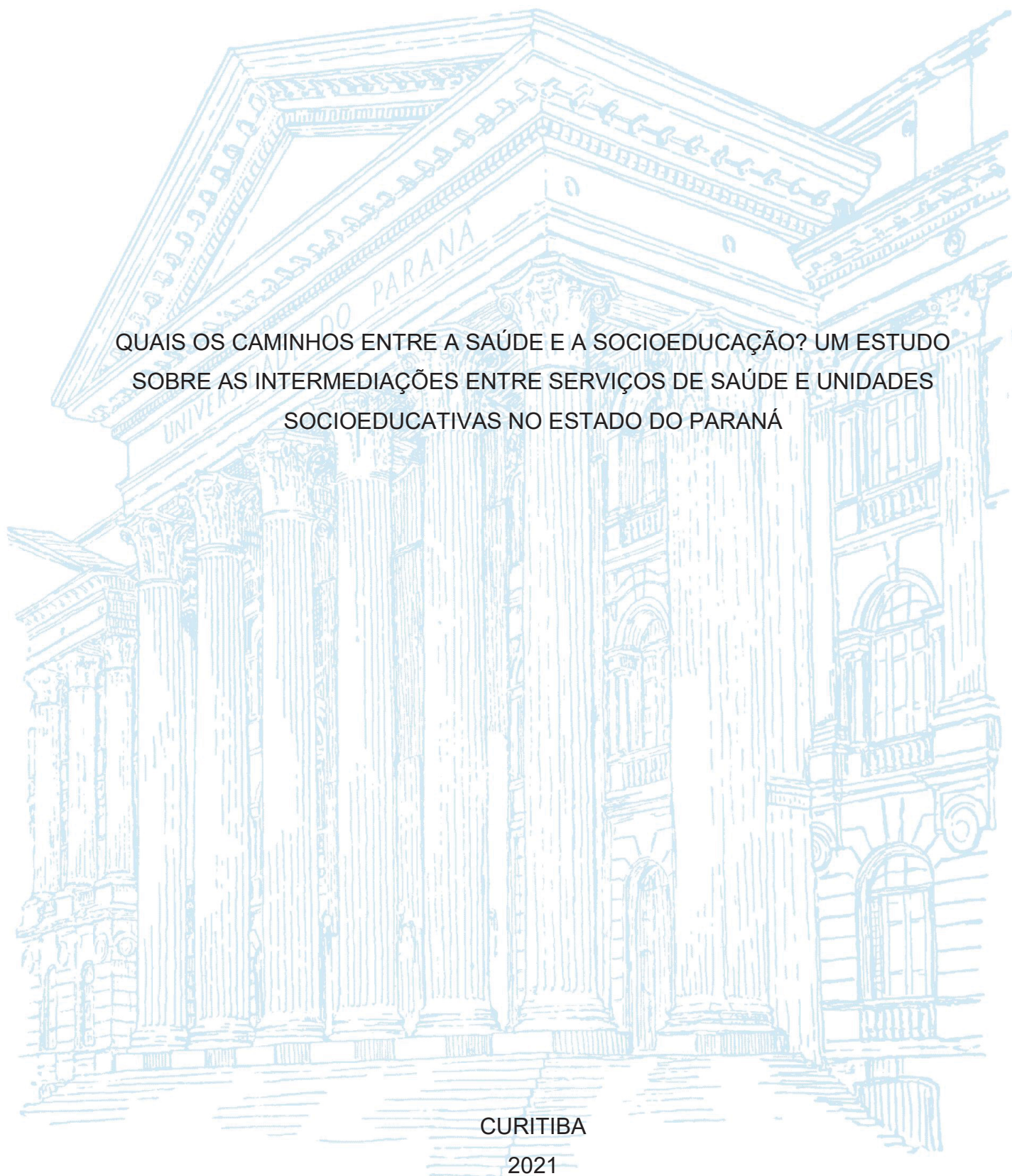
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CHAYANNE FEDERHEN

QUAIS OS CAMINHOS ENTRE A SAÚDE E A SOCIOEDUCAÇÃO? UM ESTUDO  
SOBRE AS INTERMEDIÇÕES ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE E UNIDADES  
SOCIOEDUCATIVAS NO ESTADO DO PARANÁ

CURITIBA

2021



CHAYANNE FEDERHEN

QUAIS OS CAMINHOS ENTRE A SAÚDE E A SOCIOEDUCAÇÃO? UM ESTUDO  
SOBRE AS INTERMEDIações ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE E UNIDADES  
SOCIOEDUCATIVAS NO ESTADO DO PARANÁ

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Coorientador: Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti Albuquerque

CURITIBA

2021

Federhen, Chayanne

Quais os caminhos entre a saúde e a socioeducação?  
um estudo sobre as intermediações entre serviços de saúde e  
unidades socioeducativas no estado do Paraná [recurso eletrônico] /  
Chayanne Federhen. -- Curitiba, 2021.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade  
Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Coorientador: Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti Albuquerque

1. Adolescente institucionalizado. 2. Saúde do adolescente.  
3. Serviço de saúde. I. Santos, Deivisson Vianna Dantas dos.  
II. Albuquerque, Guilherme Souza Cavalcanti. III. Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde.  
Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLM WS 462



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -  
40001016103P7

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de CHAYANNE FEDERHEN intitulada: **QUAIS OS CAMINHOS ENTRE A SAÚDE E A SOCIOEDUCAÇÃO? UM ESTUDO SOBRE AS INTERMEDIÇÕES ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE E UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS NO ESTADO DO PARANÁ**, sob orientação do Prof. Dr. DEVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 26 de Novembro de 2021.

Assinatura Eletrônica

26/11/2021 15:54:22.0

DEVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

26/11/2021 16:04:46.0

MARCOS CLÁUDIO SIGNORELLI

Avallador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

26/11/2021 16:00:25.0

SABRINA STEFANELLO

Avallador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

*Dedico este trabalho aos/às adolescentes. Aos/às trabalhadores da saúde e da educação. E aos/às que lutam e acreditam em uma sociedade verdadeiramente justa, igualitária, sem nenhuma forma de exploração e opressão e sem nenhum tipo de prisão, cárcere ou manicômio. Onde sejamos verdadeiramente livres e forjados em laços coletivos e comunitários que potencializam nossas singularidades e as coletividades.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha mãe Vera, a minha avó Sybilla e a minha madrinha Marlise que me criam e semearam terreno para que eu pudesse crescer. Mulheres que me propiciaram sustentação material e subjetiva, sem as quais não haveria chão já pisado para que eu pudesse dar os primeiros passos e pudesse seguir caminhando e chegar até aqui.

Agradeço ao meu orientador Deivisson pelos aprendizados – desde os tempos de Residência em Saúde da Família – e por propiciar caminhos possíveis para que eu desenvolvesse esse trabalho e desse andamento ao mestrado. Ao meu coorientador Guilherme, professor com quem muito aprendi, com sua firmeza e raciocínio que nos faz questionar nossas próprias certezas e contestar o que se pode e deve mudar social e politicamente.

Agradeço ao Marcelo que me auxiliou no processo de elaboração do projeto para seleção do mestrado e por suas aulas na residência que contribuíram com as estruturas de pensamento que levo enquanto profissional e pessoa. Agradeço à Milene e Eliane professoras fundamentais em minha graduação, sem as quais eu também não teria chegado até aqui. Agradeço a Sabrina com quem aprendo sobre rigor científico e leveza e cuja conversa em tempo difícil na Residência em Saúde da Família me ajudou a me manter firme quando pensei em desistir.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Aos professores e trabalhadores da Universidade Federal do Paraná que com seu trabalho também viabilizaram esse estudo. Agradeço aos trabalhadores e trabalhadoras da saúde.

Agradeço aos colegas do grupo de pesquisa, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e aos colegas mais diretamente envolvidos no projeto de pesquisa Cassiano, Ana, Allana, Sandriane e todos os demais mestrandos e discentes de iniciação científica que contribuíram.

Agradeço aos colegas e amigos de turma de mestrado! Que turma! Foi um grande presente podermos caminhar juntos nesse processo de pós-graduação, ainda que parte desse trajeto tenha sido marcada por uma pandemia e uma crise política, social e econômica de tanto peso. À Loraine com a qual foi possível construir vínculo de apoio e amizade para que pudéssemos concluir nossa trajetória nesse percurso de pesquisa e estudos.

Agradeço aos meus afetos, amigos/as, amores que lindamente fazem parte da minha história e da bonita rede da minha vida, cito alguns: Ana Carolina, Dag, Cadu, Letícia, Amanda (fundamental para que a inscrição no processo seletivo se efetivasse!), Vilma, Jéssica, Mila, Zé, Mallu, Dafne, Roberta, Andressa, Mayara, Thiago.

Agradeço aos brincantes, festeiros e mestres e mestras de todos os cantos e chãos desse país. Parte de mim se fez e se faz com seus aprendizados. É na rua, no festejo e na fé que a gente se encontra. Agradeço e peço licença a quem veio antes.

Agradeço às forças que me sustentam e firmam meu caminhar. Com sua licença para continuar.

## RESUMO

As unidades socioeducativas são instituições direcionadas às medidas socioeducativas de internação – privação de liberdade. Aos (às) adolescentes que cumprem essas medidas cabe o direito à atenção integral à saúde, conforme princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). O presente trabalho tem como objetivo investigar como se dá a relação entre os serviços de saúde e as unidades socioeducativas no estado do Paraná na perspectiva de trabalhadoras (es) e gestoras (es) desses serviços. Trata-se de pesquisa qualitativa de cunho exploratório, realizada por meio de entrevistas com trabalhadoras(es) de saúde dos serviços de saúde, que realizam os atendimentos aos(às) adolescentes em medida de internação, e trabalhadoras(es) de saúde das unidades socioeducativas. Realizou-se em 5 municípios do estado do Paraná: Curitiba, Fazenda Rio Grande, Laranjeiras do Sul, Pato Branco e Londrina. Totalizando 16 entrevistas, sendo 10 de profissionais dos serviços de saúde e 6 das unidades socioeducativas. A análise foi feita a partir de uma postura hermenêutica, a partir da transcrição das entrevistas, leituras sucessivas e elaboração de grade de análise e identificação das categorias e núcleos argumentais. Os resultados indicam 4 categorias de análise com 10 núcleos argumentais. As categorias foram: *Aspectos operacionais entre saúde e socioeducação: processos de trabalho, estrutura e limitações*; *Percepções sobre o adolescente em conflito com a lei e seus desdobramentos em relação ao campo da saúde*; *Aspectos de saúde do adolescente em conflito com a lei*; *Cuidados na pandemia COVID-19*. A discussão do trabalho se deu em artigo científico produzido, abordando a categoria “*Aspectos operacionais entre saúde e socioeducação: processos de trabalho, estrutura e limitações*”. Assim, foi possível observar que no campo da atenção integral à saúde do adolescente em medida socioeducativa de internação, observa-se que a saúde mental e seus serviços de saúde tendem a ser o campo mais demandando, em contrapartida tende-se a um distanciamento da atenção básica nessa gestão do cuidado. As ações de saúde contam com atividades de educação em saúde, contudo o foco principal é nas consultas médicas ou psicológicas realizadas em saídas pontuais e rápidas. A atenção à saúde tende a centralizar-se na unidade socioeducativa. Assim, de modo geral, observou-se que nas relações com os serviços de saúde das redes de saúde tende-se a uma lógica assistencial-curativa, em detrimento de ações de atenção integral em saúde, pois ações de prevenção e promoção aparecem com menor enfoque. Soma-se a isso a limitação por questões de segurança que tende a direcionar as possibilidades de intervenções em saúde. Nota-se uma incongruência entre as características da unidade de privação de liberdade e as características da organização em rede territorializada dos serviços de saúde, em especial da atenção básica. Por fim, observa-se que questões de preconceitos e estigmas envolvendo o adolescente em conflito com a lei impactam sobre seu reconhecimento enquanto sujeito de direitos.

Palavras-chave: Adolescente em conflito com a lei. Serviços de Saúde. Privação de Liberdade. Rede Prestadora de Serviços de Saúde. Saúde do Adolescente.

## ABSTRACT

The socio-educational units are institutions aimed at internment for socio-educational measures – deprivation of liberty. Adolescents undergoing these measures have the right to comprehensive health care, in accordance with the principles of the Unified Health System (SUS) and the National Policy for Comprehensive Health Care for Adolescents in Conflict with the Law, in an Internment and Provisional Internment (PNAISARI). The present work aims to investigate the relationship between health services and socio-educational units in the state of Paraná from the perspective of workers (es) and managers (es) of these services. This is an exploratory qualitative research, carried out through interviews with health workers from health services, who provide care to adolescents undergoing hospitalization, and health workers from the socio-educational units. 5 municipalities from the state of Paraná were chosen: Curitiba, Fazenda Rio Grande, Laranjeiras do Sul, Pato Branco and Londrina. Altogether 16 interviews were performed, whereas 10 were from health service professionals and 6 from socio-educational units. The analysis were conducted by a hermeneutic perspective, from interview transcriptions, successive readings and by the elaboration of an analysis grid and identification of the categories and argument nuclei. The results indicate 4 categories of analysis with 10 argument cores. The categories were: Operational aspects between health and socio-education: work processes, structure and limitations; Perceptions about the adolescent in conflict with the law and its consequences related to the health field; Aspects of adolescent health in conflict with the law; Care in the COVID-19 pandemic. The discussion of this work took place in a published scientific article, addressing the category “Operational aspects between health and socio-education: work processes, structure and limitations”. Thus, it was possible to observe that in the field of comprehensive adolescent health care in a socio-educational measure of internment, the mental health and its health services tend to be the most demanding field, on the other hand, there tends to be a distancing from the primary care in this care management. Health actions cover health education activities, however the main focus is on medical or psychological consultations carried out in punctual and quick departures. Health care tends to focus on the socio-educational unit. Thus, in general, it was observed that in health services of the health networks realtions there is a tendency towards a care-curative logic, to the detriment of comprehensive health care actions, as prevention and promotion actions appear with less focus. in addition, there is the limitation due the safety issues that tends to conduct the possibilities of health interventions. There is an inconsistency between the characteristics of the deprivation of liberty unit and the characteristics of the organization in a territorialized network of health services, especially primary care. Finally, it is observed that prejudgments and stigma issues involving adolescents in conflict with the law impact on their recognition as a subject of rights.

Keywords: Adolescent in conflict with the law. Health Services. Deprivation of Liberty. Health Services Provider Network. Adolescent Health.

## RESÚMEN

Las unidades socioeducativas son instituciones destinadas a medidas socioeducativas de detención - privación de libertad. Los y las adolescentes que cumplen con estas disposiciones tienen derecho a atención integral de salud, de acuerdo con los principios del Sistema Único de Salud (SUS) y la Política Nacional de Atención Integral a Salud de los Adolescentes en Conflicto con la Ley, en Internamiento e Internamiento Provisional (PNAISARI). Este trabajo tiene como objetivo investigar la relación entre servicios de salud e instituciones socioeducativas en el estado de Paraná desde la perspectiva de los trabajadores(as) y gerentes de estos servicios. Se trata de una investigación cualitativa exploratoria, realizada a partir de entrevistas con trabajadores(as) de la salud en los servicios de esta área, que brindaban atención a los y las adolescentes en detención, y a los trabajadores(as) de salud de las instituciones socioeducativas. Se llevó a cabo en 5 municipios del estado de Paraná: Curitiba, Fazenda Rio Grande, Laranjeiras do Sul, Pato Branco y Londrina. Un total de 16 entrevistas, 10 a profesionales de los servicios de salud y 6 de las unidades socioeducativas. Se hizo el análisis desde una postura hermenéutica, por medio de la transcripción de las entrevistas, lecturas sucesivas y elaboración de una cuadrícula de análisis e identificación de las categorías y núcleos argumentales. Los resultados indican 4 categorías de análisis con 10 núcleos de argumentos. Las categorías fueron: *Aspectos operacionales entre salud y socioeducación: procesos de trabajo, estructura y limitaciones*; *Percepciones sobre los y las adolescentes en conflicto con la ley y sus consecuencias en el ámbito de la salud*; *Aspectos de la salud del adolescente en conflicto con la ley*; *Atención en la pandemia de COVID-19*. La discusión del trabajo ocurrió en la elaboración en un artículo científico que abordó la categoría “*Aspectos operacionales entre salud y socioeducación: procesos de trabajo, estructura y limitaciones*”. Así, se pudo observar que en el campo de atención integral a la salud del adolescente en medida socioeducativa de privación de libertad en instituciones socioeducativas, la salud mental y sus servicios de salud tienden a ser el campo más requerido; por otro lado, la atención primaria sigue una predisposición a encontrarse distanciada en esta gestión del cuidado en salud. Las acciones de salud se apoyan en actividades de educación para la salud, sin embargo, el enfoque principal está en las consultas médicas o psicológicas realizadas en salidas puntuales y rápidas. La atención a salud propende a centrarse en la unidad socioeducativa. En general, se observó que en las relaciones con los servicios de salud hay una tendencia hacia una lógica cuidado-curativa, en detrimento de las acciones de atención integral en salud, ya que las acciones de prevención y promoción aparecen con menor énfasis. A esto, se suma la limitación por cuestiones de seguridad que se extiende a la orientación de las posibilidades de las intervenciones en salud. Hay una incongruencia entre las características de la unidad de privación de libertad y las características de la organización en una red territorializada de servicios de salud, especialmente de atención primaria. Por fin, se observa que cuestiones de prejuicio y estigma que involucran a los y las adolescentes en conflicto con la ley impactan su reconocimiento como sujetos de derechos.

Palabras-clave: Adolescentes en conflicto con la ley penal. Servicios de Salud. Privación de libertad. Servicios de Salud del Adolescente. Salud del Adolescente.

## LISTA DE FIGURAS

MAPA 1 – REGIÕES E MUNICÍPIOS DA AMOSTRA.....	37
MAPA 2 – MUNICÍPIOS DA AMOSTRA.....	37
MAPA 3 – MUNICÍPIOS DA AMOSTRA.....	38

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – CENTROS DE SOCIOEDUCAÇÃO (CENSE) DO ESTUDO.....	36
QUADRO 2 – ENTREVISTAS REALIZADAS COM OS (AS) TRABALHADORES (AS) DE SAÚDE DOS CENSES.....	43
QUADRO 3 – ENTREVISTAS REALIZADAS COM OS (AS) TRABALHADORES (AS) DAS REDES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS.....	44
QUADRO 4 – ENTREVISTAS POR MUNICÍPIO.....	44
QUADRO 5 – CATEGORIAS E NÚCLEOS INICIAIS.....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CENSE	- Centros de Socioeducação
CONANDA	- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
COVID-19	- <i>Coronavirus Disease</i> , 2019
DEASE	- Departamento de Atendimento Socioeducativo
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
IST	- Infecção sexualmente transmissível
ONU	- Organização das Nações Unidas
PNAISARI	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória
RAS	- Redes de Atenção à Saúde
SEJUF	- Secretaria de Justiça, Família e Trabalho
SGD	- Sistema de Garantia de Direitos
SINASE	- Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1 OBJETIVOS .....	19
1.1.1 Objetivo geral .....	19
1.1.2 Objetivos específicos.....	19
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>20</b>
2.1 O SURGIMENTO DA SOCIOEDUCAÇÃO: DO SUJEITO TUTELADO AO ADOLESCENTE ENQUANTO PESSOA EM DESENVOLVIMENTO.....	20
2.2 A SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI .....	26
2.3 O LUGAR DA POLÍTICA DE SAÚDE NA SOCIOEDUCAÇÃO .....	29
2.4 AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI .....	33
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>37</b>
3.1 DESCRIÇÃO E DELIMITAÇÃO DE CAMPO .....	38
3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	42
3.3 COLETA DE DADOS .....	43
3.4 ANÁLISE DE DADOS.....	45
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>48</b>
4.1 ASPECTOS OPERACIONAIS ENTRE SAÚDE E SOCIOEDUCAÇÃO: PROCESSOS DE TRABALHO, ESTRUTURA E LIMITAÇÕES.....	50
4.1.1 Relações entre os serviços para atenção à saúde do adolescente.....	51
4.1.2 Aspectos logísticos.....	56
4.1.3 Ações realizadas no âmbito da socioeducação e saúde .....	57
4.1.4 Sobre a PNAISARI .....	60
4.1.5 Limitações estruturais da atenção à saúde do adolescente em conflito com a lei 63	
4.2 PERCEPÇÕES SOBRE O ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI E SEUS DESDOBRAMENTOS EM RELAÇÃO AO CAMPO DA SAÚDE .....	64
4.2.1 Percepções do adolescente em conflito com a lei enquanto pessoa de direitos 64	
4.2.2 Limitações da atenção à saúde.....	67
4.3 ASPECTOS DE SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI .....	69

4.3.1 Aspectos de saúde mais percebidos .....	69
4.3.2 Questões de Saúde Mental .....	69
4.4 CUIDADOS NA PANDEMIA COVID-19 .....	71
4.4.1 As relações entre os serviços de saúde e unidades socioeducativas na pandemia da COVID-19 .....	71
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>73</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>109</b>
<b>7 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS .....</b>	<b>112</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO I – MODELO PERGUNTAS DISPARADORAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS (CENTROS DE SOCIOEDUCAÇÃO – CENSE).....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO II – MODELO PERGUNTAS DISPARADORAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE.....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO III – APROVAÇÕES COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>141</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A socioeducação e as medidas socioeducativas constituem-se frente ao contexto de transição política e social dos processos de redemocratização, assim como o Sistema Único de Saúde (SUS), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e outras políticas de seguridade social. As proposições da socioeducação e do ECA pautam-se na Doutrina da Proteção Integral à criança e ao adolescente, conforme acordos internacionais (BRASIL, 1990a; PEREZ, 2010; PASSONE, 2010; MELLA et al. 2015; ARÊAS NETO et al. 2017).

Nesse sentido, também o direito à atenção integral à saúde e ao acesso às ações e serviços que o garantam são previstos aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação – medida de privação de liberdade, apontada como última alternativa de condução de caso. Tal premissa dá-se tanto considerando o princípio da Universalidade do SUS (BRASIL, 1990b), bem como as normativas socioeducativas e de proteção à criança e ao adolescente (BRASIL, 1990a; 2012), da mesma maneira que pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) (BRASIL, 2017a, 2017b).

Neste trabalho, busca-se averiguar as percepções sobre as relações entre os serviços de saúde do SUS, organizados nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010) e as unidades socioeducativas, no que se refere às ações de atenção integral à saúde aos/às adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação. Isto porque se entende a necessidade de melhor compreensão de como essas ações se executam entre os dois setores, bem como de dinâmicas relacionais que intermediam esse processo.

A execução dessa dissertação se dá a partir de minha aproximação com grupo de pesquisa envolvendo investigações dos manejos e cuidados à saúde mental e à crise em saúde mental no interior das unidades socioeducativas do estado do Paraná e da possibilidade de ampliação dos estudos na área. Uma vez que a pesquisa “Manejos e práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde mental nos Centros de Socioeducação (CENSE) e casas de Semi Liberdade

da Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Paraná”<sup>1</sup> vinha sendo desenvolvida no interior das unidades, mostrou-se interessante e complementar explorar o tema para além dos muros da instituição socioeducativa.

Assim, alguns questionamentos surgiram e passam a figurar como perguntas norteadoras de pesquisa: “Qual é a relação estabelecida entre os serviços de saúde e as unidades socioeducativas?”, “Como a rede de saúde se coloca na relação com essas unidades?”.

Ao longo do trabalho, iremos abordar os aspectos históricos que levaram a constituição da socioeducação, seguindo-se das questões relacionadas à saúde do adolescente em conflito com a lei. Na sequência, trabalharemos aspectos da PNAISARI e das práticas em saúde voltadas a essa população.

Dados de 2017 indicam que 24.803 adolescentes entre 12 e 21 anos eram atendidos em unidades socioeducativas de regime de internação e de semiliberdade (BRASIL, 2019). Desses, 17.811 em medida de internação (71,8%), 2.160 em regime de semiliberdade (8,7%) e 4.832 em internação provisória (19,5%) (BRASIL, 2019). Dentre as medidas socioeducativas de meio fechado, a maior parte dos jovens cumpre a medida de internação (BRASIL, 2019). Eram 484 unidades voltadas à restrição e privação de liberdade (internação, internação provisória e semiliberdade) no ano de 2017 (BRASIL, 2019).

Já considerando medidas de meio aberto e fechado, a maioria dos adolescentes cumpre medida de liberdade assistida (BRASIL, 2019). O total de adolescentes no Sistema Socioeducativo, que inclui o meio aberto e fechado, correspondia em 2017 a 143.316 adolescentes, atendidos em 5.405 municípios (BRASIL, 2019).

No mundo, mais de um milhão de crianças e adolescentes encontram-se em algum regime de privação de liberdade (NACIONES UNIDAS, 2019). Em estudo mundial, identifica-se que condições insalubres de privação de liberdade aumentam o risco de desenvolvimento de infecções (NACIONES UNIDAS, 2019). Além disso, a própria restrição de movimentos da condição de privação de liberdade, prejudica o desenvolvimento físico dos adolescentes (NACIONES UNIDAS, 2019).

---

<sup>1</sup> Essa investigação é fomentada pelo grupo de pesquisa a partir de onde deriva-se a presente Dissertação. O grupo desenvolve uma investigação em torno da avaliação das práticas e manejos de crises e sofrimento mental no âmbito das unidades socioeducativas do estado do Paraná (conhecidas como CENSES – Centros de Socioeducação).

Em geral, no campo da saúde dos adolescentes em conflito com a lei, registram-se doenças de pele, respiratórias e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) (FRANCO NETTO, 2008; ARÊAS NETO, 2017, 2018; NOGUEIRA, 2018). Além disso, observa-se uma predominância de aspectos referentes ao sofrimento psíquico e estudos relacionados (WILSON, 2007; WALSH et al., 2011; NARDI et al., 2014; ÂREAS NETO et al., 2017; ÂREAS NETO, 2018; NOGUEIRA, 2018; RIBEIRO et al., 2018; NACIONES UNIDAS, 2019), tanto decorrentes da privação de liberdade, quanto decorrentes de aspectos estruturais do campo social e de questões da história de vida.

A partir de estudos prévios na área, em geral, observa-se um descompasso de articulação entre os serviços de saúde e os equipamentos de execução da medida socioeducativa, no que tange à atenção à saúde (TORRALBO e JULIANI, 2016; RIBEIRO et al., 2018). Nesse sentido, estudos apontam para dificuldade de alinhamento político, de conexão entre diferentes esferas de gestão – tanto em um mesmo nível federativo, como em esferas federativas distintas –, muitas vezes sendo necessárias constantes repactuações sobre a execução das ações de saúde (RIBEIRO et al., 2018). Além disso, há indícios da dificuldade de reconhecimento e validação prática do direito à saúde desses adolescentes, muitas vezes incorrendo em embates de acesso (TORRALBO, 2008; TORRALBO e JULIANI, 2016; KUMWENDA et al., 2017; RIBEIRO et al., 2018).

Assim, o trabalho se mostra importante compreendendo a necessidade de promover o debate e o estudo do tema, visando contribuir com material de pesquisa que possa auxiliar no desenvolvimento de ferramentas de proteção e garantias de direitos para o crescimento e desenvolvimento dos adolescentes em medida socioeducativa de privação de liberdade. Nesse sentido, a garantia de direitos constitucionais e a efetivação de políticas públicas em saúde, assistência social e demais, pressupõe que também se lance mão de boa articulação de ações intersetoriais com diretrizes de atuação bem compreendidas e delineadas.

Pessoalmente, meu interesse se mobiliza a partir de minha trajetória de atuação no campo da saúde coletiva, especificamente na assistência em atenção primária e saúde da família, bem como com minha aproximação com a saúde mental, particularmente no campo da atenção psicossocial e de luta antimanicomial.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Investigar como se dá a relação entre os serviços de saúde e as unidades socioeducativas no estado do Paraná na perspectiva de trabalhadoras (es) e gestoras (es) dos serviços.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Refletir sobre as dinâmicas de relação entre tais serviços e setores institucionais.
- Investigar como ocorrem as ações de saúde no que se refere à atenção integral à saúde dos adolescentes cumprindo medida socioeducativa.
- Levantar quais as principais demandas e necessidades emergem nesse contexto.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O SURGIMENTO DA SOCIOEDUCAÇÃO: DO SUJEITO TUTELADO AO ADOLESCENTE ENQUANTO PESSOA EM DESENVOLVIMENTO

O conceito de socioeducação nem sempre existiu. A assistência à criança e ao adolescente, o modo como lidamos com o adolescente em conflito com a lei, do ponto de vista jurídico e de políticas sociais e de saúde, foram se modificando com o decorrer da história. A própria ideia de políticas de seguridade social, de assistência à saúde, bem como a compreensão do adolescente enquanto sujeito de direitos são constructos, de certo modo, recentes historicamente, junto aos processos e movimentos de redemocratização.

O autor Silva (1997) traça um percurso do pensamento assistencial voltado a crianças e adolescentes, definindo-o em 5 fases:

1 – Filantrópico (1500-1874): período das santas casas de misericórdia, filantropia e roda dos expostos<sup>2</sup>. Crianças sob cuidados das igrejas, conventos ou como agregadas em famílias beneméritas (SILVA, 1997).

2 – Filantrópico Higienista (1874-1922): período de maior imigração e controle sanitário por conta do aumento das doenças epidêmicas. Assim, a figura médica e do saber sanitário passa a ter maior jurisdição sobre o cuidado das crianças. Mulheres que haviam sido escravizadas ficam com a responsabilidade do cuidado das crianças expostas ou de oferecê-las a outras famílias (SILVA, 1997).

3 – Assistencial (1924-1964): é a primeira fase do Código de Menores de 1927. As Rodas e Casas de Expostos são desativadas. Cria-se o Juizado de Menores e o Estado passa a ser responsável pela tutela da criança órfã e abandonada, que pode perdurar até os 18 anos. Internamento e trabalho são o foco assistencial. Diminuem o abandono anônimo e a mortalidade dessas crianças (SILVA, 1997).

4 – Institucional Pós-64 (1964-1990): é criada a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (Funabem) e promulga-se novo código, o Código de Menores de 1979. A

---

<sup>2</sup> Aparelho mecânico em formato cilíndrico com uma abertura lateral. Girava em torno de um eixo e localizava-se nos muros dos conventos. Nele recebiam-se objetos diversos, e passou-se a abandonar crianças. (SILVA, 1997).

tônica é o militarismo e a disciplina militar para as crianças e jovens internados. Após sua maioridade são, geralmente, encaminhados para o serviço militar ou órgãos públicos (SILVA, 1997).

5 – Desinstitucionalização (a partir de 1990): emerge dos movimentos de redemocratização, diminuindo o Estado enquanto ente único da tutela e controle. Promulgação da Constituição e do ECA. Criança e adolescente passam a condição de “pessoa em desenvolvimento” e a responsabilidade sobre sua integridade e desenvolvimento fica a encargo da família, Estado e sociedade, em conjunto. Criação dos conselhos, conferências, instâncias de controle social (SILVA, 1997).

Assim, observamos que em um primeiro momento, a assistência se estrutura a partir de instituições religiosas, ligadas à igreja católica e à filantropia, da mesma forma como acontecia com a assistência à saúde na época. Alinhando-se com o modo de organização social e política à época do Brasil colônia e império. Na sequência, já no Brasil enquanto república e durante o período ditatorial militar, a assistência se dará pela tutela do Estado, tomando contornos militarizados no segundo momento. E é apenas com os movimentos e processos de redemocratização que passamos a compreensão e aporte jurídico que temos hoje.

Assim, a socioeducação no Brasil se constrói a partir do final dos anos 1980 e início dos anos 1990, no processo de elaboração da Constituição Federal e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tomando como referência e diretriz a Doutrina de Proteção Integral da Infância e da Juventude, concepção incorporada a partir da Convenção Internacional dos Direitos da Criança de 1989 das Nações Unidas (PEREZ e PASSONE, 2010; MELLA et al. 2015). Trata-se de uma proposta de substituição ao modelo punitivo e coercitivo por uma via educacional e de socialização ou ressocialização do jovem em conflito com a lei (MELLA et al., 2015; ARÊAS NETO et al., 2017).

Temos, então, o que se chama da mudança de configuração da “Doutrina da Situação Irregular” para a “Doutrina da Proteção Integral”. Antes, a criança ou adolescente que estivesse em situação de abandono ou de algum tipo de conflito com a lei era compreendido como em “situação irregular”. Sob essa lógica operava o antigo Código de Menores. Daí também o termo “menor”. Assim, um sujeito-objeto sempre a encargo de alguém, sob tutela, ou da família ou do Estado. A partir da “Doutrina da Proteção Integral” a configuração se dá a partir da compreensão da criança e do adolescente enquanto “pessoa em desenvolvimento” que deve ter seu

desenvolvimento e integridade assegurados por família, Estado e sociedade. Com a inclusão desse terceiro ator é que surgem os órgãos de controle social no campo dos direitos da criança e do adolescente, como o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), bem como outros nas diferentes esferas da federação.

O CONANDA, instituído em 1991, constitui-se como órgão colegiado e deliberativo, cujas ações cabem promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente, por meio da deliberação, do acompanhamento e controle das políticas públicas voltadas esse público (BRASIL, 1991). Integram-no representantes do Poder Executivo, executores das políticas sociais básicas na área de ação social, justiça, educação, saúde, economia, trabalho e previdência social (BRASIL, 1991), representantes de entidades da sociedade civil relacionadas aos direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 1991; BRASIL, 2018). Em 2017, foi também instituído o Comitê de Participação dos Adolescentes, como órgão participante do CONANDA, composto por 47 adolescentes de todo o país com direito à voz no conselho (BRASIL, 2017c).

Pensando na criança e adolescente enquanto sujeito de direitos, o Sistema de Garantia de Direitos (SGD) trata da organização e articulação entre Estado e diferentes atores e organizações da sociedade civil visando a estruturação e execução de políticas, programas e ações de promoção e garantia de direitos das crianças e adolescentes (ARÉAS NETO, 2018). O SGD compreende o Sistema Educacional, Sistema de Justiça e Segurança Pública, Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (CAVALCANTI et al. 2011), apresentando três eixos: controle social, proteção e promoção (ARÉAS NETO, 2018).

Dado o contexto da assistência à infância e à juventude e da socioeducação, é importante abordarmos o que é a medida socioeducativa e a que se destina. Um primeiro passo é retomarmos o ECA (BRASIL, 1990a) e sua classificação etária de crianças e adolescentes, segundo o qual crianças são pessoas com até 12 anos de idade incompletos e adolescentes pessoas entre 12 e 18 anos de idade.

Legalmente, menores de 18 anos são penalmente inimputáveis. Assim, aos adolescentes que venham a executar algum ato infracional (conduta considerada crime ou contravenção penal), aplica-se legislação específica, prevista no ECA, enquadrada como medidas socioeducativas (BRASIL, 1990a). Crianças que venham

a cometer ato infracional ficam asseguradas de acolhimento institucional, conforme artigo 101 do ECA, não cabendo a elas as medidas socioeducativas (BRASIL, 1990a).

Estão previstas as seguintes medidas socioeducativas (BRASIL, 1990a): advertência; obrigação de reparar o dano; prestação de serviços à comunidade; liberdade assistida; inserção em regime de semiliberdade; internação em estabelecimento educacional; medidas previstas no art. 101, I a VI (encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade; orientação, apoio e acompanhamento temporários; matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental; inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente; inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família, da criança e do adolescente; requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial) (BRASIL, 1990a).

Para definição de qual medida será aplicada, consideram-se alguns fatores como a condição do adolescente e sua capacidade de cumprir a medida aplicada e o quão grave foi o ato infracional cometido. Caso o adolescente apresente condição de doença ou deficiência mental, considera-se tratamento a parte.

Em específico com relação à privação de liberdade, as medidas correspondentes são a semiliberdade, internação provisória e internação (BRASIL, 1990a). A medida socioeducativa de internação está prevista em casos de grave ameaça ou violência à pessoa, ou como a última medida de escolha, após todas as outras terem sido consideradas e/ou executadas (BRASIL, 1990a). A internação ocorre em local exclusivo a adolescentes e distinto de abrigos, respeitando idade do(a) adolescente e gravidade do crime (BRASIL, 1990a). Sua reavaliação deve ser realizada a cada 6 meses – alguns estados como São Paulo, realizam a reavaliação a cada 3 meses - tendo como tempo máximo 3 anos. Após o período máximo, deve-se considerar a semiliberdade ou a liberdade assistida.

Assim, devem ser princípios da medida de internação a excepcionalidade, a brevidade e a condição peculiar do(a) adolescente enquanto pessoa em desenvolvimento (BRASIL, 1990a).

Visto o que se refere à definição das medidas socioeducativas, importante abordar como se busca realizar a regulamentação da execução de tais medidas. Para tal, em 2006, foi instituído o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

(SINASE), por meio da Resolução nº 119 de 2006 do CONANDA, sendo regulamentado pela Lei nº 12.594 de 18 de janeiro de 2012. Podemos compreender o SINASE como um subsistema do SDG, por meio do qual se articulam as diferentes esferas federativas para planejamento, execução e monitoramento de programas e políticas sociais destinadas aos adolescentes em medida socioeducativa (CAVALCANTI et al., 2011). Assim, o SINASE institui-se enquanto política pública que busca a garantia de articulação de políticas de vários campos, tendo coordenação da União e sendo também composto pelos sistemas estaduais, distritais e municipais. A fiscalização de sua atuação é feita pelo CONANDA (BRASIL, 2012).

As diretrizes, objetivos, metas, prioridades, do sistema de atendimento socioeducativo são descritas nos Planos de Atendimento Socioeducativos (BRASIL, 2012), nos quais também se apresentam diagnósticos, para que os planejamentos possam ser delineados a partir da situação prática real e do previsto legalmente (BRASIL, 2012). A partir deles são previstas ações conjuntas e articuladas entre diversas esferas e políticas sociais, dentre elas educação, saúde, assistência social, cultura, esporte e capacitação para o trabalho.

Abordado o panorama nacional, quando olhamos para o tema internacionalmente, sabemos, como já dito aqui, que há convenções internacionais que dizem respeito ao campo dos direitos das crianças e adolescentes, assim como a manejos e abordagens das situações nas quais estejam envolvidas, nisso incluso a justiça juvenil. A partir desses acordos cada país pode estabelecer sua jurisdição local. Desse modo, por meio de revisão de literatura científica em bases de dados foi possível realizar levantamento de artigos e informações que apresentamos na sequência. Ressalta-se que a intenção não é realizar abordagem aprofundada de cada legislação e/ou sistema de justiça de cada país, mas sim apresentar um apanhado que nos permita traçar paralelos entre os diferentes países e o Brasil. Aqui pontuo que muitos estudos internacionais usam a terminologia jovem infrator, menor infrator, delinquência juvenil. Em alguns momentos, ao abordar tais estudos e trabalhos será usada as mesmas terminologias, porém sempre que possível, sem distorcer o dito pelos autores, busca-se utilizar jovem em conflito com a lei, alinhada com os pressupostos do ECA e princípios socioeducativos.

No que tange às convenções internacionais, temos a Declaração Internacional dos Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas que data

de 1959. Já a Doutrina da Proteção Integral (ONU) – citada no início do texto –, baseia-se em alguns tratados internacionais: Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989), Regras Mínimas das Nações Unidas para Proteção de Jovens Privados de Liberdade e Diretrizes das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil (Diretrizes de RIAD).

Segundo Villanueva Congote et al. (2018), países como Canadá, Argentina e Colômbia se assemelham na estruturação e organização de seus sistemas de justiça juvenil, utilizando os pressupostos da justiça restaurativa, reparação, educação e (re)integração. Compreende-se o jovem como sujeito em sua complexidade sociocultural, considerando a ação infracional resultante de um conflito social, sendo assim, a resolução do conflito se dá de modo coletivo, considerando todos os atores sociais envolvidos. A lógica se assemelha ao que observamos no Brasil com a socioeducação (VILLANUEVA CONGOTE et al., 2018).

Considerando a Argentina, na perspectiva da responsabilização e reparação, toma-se a medida de reclusão como última a ser considerada. Sendo as medidas não restritivas de liberdade executadas a partir do apoio em políticas públicas integrais e intersetoriais, levando em consideração a jurisdição local, de modo e em local adequado a faixa etária e características dos adolescentes (VILLANUEVA CONGOTE et al., 2018).

O Canadá também adota medidas restaurativas, de reparação e reintegração, responsabilizando o jovem de acordo com a gravidade do ato infracional. O governo federal e as províncias compartilham as responsabilidades sobre o sistema de justiça juvenil. O país conta com um Fundo de Justiça Juvenil para garantir financiamento aos serviços, ações e programas que atendam aos adolescentes em conflito com a lei, incluindo atenção à saúde mental (VILLANUEVA CONGOTE et al., 2018). Interessante notar que nesse país busca-se incluir a comunidade e os cidadãos na participação do sistema de justiça juvenil.

Na Itália, há um esforço direcionado em evitar que o adolescente seja submetido ao sistema penal e a pena de detenção, pois se reconhece os efeitos danosos que podem incidir sobre o adolescente em formação. Assim, consideram-se tipos de penalizações alternativas à reclusão do jovem em conflito com a lei (REYES-QUILODRÁN et al., 2018).

Por outro lado, Suécia, Chile e Estados Unidos parecem operar de modo um pouco diferente, incluindo por exemplo serviços privados e com fins lucrativos na

execução e gestão das sanções juvenis. Na Suécia, os adolescentes a partir de 15 anos são penalizados considerando o mesmo regime dos adultos, ainda que as penas sejam em geral menores e poucos venham a ter sua liberdade restringida. Abaixo de 15 anos, os adolescentes passam por atendimentos e avaliações psicossociais. Os serviços e instituições que executam e coordenam as penas podem ser municipais ou privados, com ou sem fins lucrativos. Com exceção de pena de reclusão e os locais nos quais são aplicadas que ficam sob responsabilidade apenas do Ministério da Justiça (REYES-QUILODRÁN et al., 2018).

No Chile, há o Serviço Nacional do Menor (SENAME), responsável pelos centros de detenção e semifechados. A administração das medidas e espaços que não envolvem privação de liberdade se dá por organizações privadas sem fins lucrativos, supervisionadas pelo SENAME, as demais pelo próprio Ministério da Justiça. (REYES-QUILODRÁN et al., 2018).

Nos Estados Unidos, observa-se predominância de uma lógica mais restritiva e punitiva, tomando como foco o ato e o jovem. Os centros de detenção em geral atuam como prisões temporárias, podendo-se ampliar o tempo de detenção de acordo com a avaliação do grau de ameaça do ato cometido (VILLANUEVA CONGOTE et al., 2018). Os Estados Unidos contam com instituições públicas e privadas voltadas ao Sistema de Justiça Juvenil, assim como para o Sistema Penitenciário Adulto. Algumas das instituições são de jurisdição do município e outras dos estados (YAZZIE, 2011).

## 2.2 A SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI

Legalmente compreende-se saúde como direito cidadão, sendo assegurada por meio de políticas sociais e econômicas voltadas à promoção, prevenção, recuperação da saúde e redução do risco da doença, por meio de acesso universal e igualitário a serviços e ações voltadas a essa garantia (BRASIL, 1988). Nessa compreensão, a saúde é resultante de condições de habitação, renda, trabalho, transporte, educação, alimentação, meio ambiente, lazer, emprego, liberdade e acesso ao serviço de saúde (ARÊAS NETO, 2018). Sendo tais condições,

determinadas a partir de uma dada estrutura social, político e econômica, e não apenas de modo aleatório.

A partir da compreensão da determinação social da doença, compreende-se a saúde enquanto estabelecida e estruturada a partir do desenvolvimento das forças produtivas e dos modos e relações de (re)produção social de dado momento histórico (PAIM, 2008; LAURELL, 1982). Atribui-se também caráter coletivo ao conceito, observadas as diferenças nos perfis saúde-doença entre os diferentes grupos sociais em um mesmo recorte de tempo e, além disso, ao longo de um determinado período temporal a partir das mudanças da sociedade e sua organização (LAURELL, 1982).

Franco Netto (2008), ao tratar de saúde, correlaciona o perfil epidemiológico dos adolescentes privados de liberdade a causas sociais, sendo elas privação econômica e de direitos sociais básicos.

Muitos estudos e pesquisas referentes à saúde dos adolescentes em regime de privação de liberdade apontam para maior incidência de sofrimento psíquico e transtornos mentais dentre essa população (WILSON, 2007; WALSH et al., 2011; NARDI et al., 2014; ARÊAS NETO et al., 2017; ÂREAS NETO, 2018; NOGUEIRA, 2018; RIBEIRO et al. 2018). Arêas Neto et al. (2017) e Arêas Neto (2018), em sua revisão de literatura sobre a produção científica nacional relacionada à saúde do adolescente em medida socioeducativa de privação de liberdade, apontam que em geral os estudos produzidos já se direcionam ao campo da saúde mental, havendo menor número de estudos sobre a saúde física desses adolescentes.

Sabe-se que o confinamento é uma condição que por si só impõe impactos negativos na saúde mental, aumentando o sofrimento psíquico e podendo levar ao desenvolvimento de transtornos mentais. Isso se agrava quando se considera diferentes condições em que a privação de liberdade pode se dar. Assim compreende-se, em determinada medida, esses índices observados nos estudos, tanto de incidência quanto de interesse de objeto de pesquisa. Altas horas de confinamento e poucas atividades socioeducativas são aspectos que podem impactar negativamente na saúde mental (ARÊAS NETO, 2018), acarretando em sofrimento psíquico.

Segundo Arêas Neto (2017, 2018), muitos estudos no campo da psiquiatria trazem o apontamento e associação do cometimento do ato infracional a psicopatia e tendem a psicopatologização do adolescente e da adolescência (VICENTIN et al.,

2010). Alguns autores indicam que adolescentes que cometem atos infracionais contra a vida apresentam mais traços de psicopatia, do que os demais adolescentes que cometeram outros atos infracionais. Durante muito tempo, no campo do direito penal, a periculosidade, que seria um traço biológico associado a psicopatia, era tomada em paralelo ao cometimento da infração (MECLER, 2010; VICENTIN et al., 2010). Esse lugar de compreensão coloca como estruturante o biológico, em detrimento ao social, quando a lógica, em especial em nosso campo de estudo, deve ser a inversa (VICENTIN et al., 2010; ARÊAS NETO et al., 2017; ÂREAS NETO, 2018).

Alguns estudos apontam para o uso da medicação enquanto meio de controle social (CASTRO e GUARESCHI, 2008; VILARINS, 2014). Assim o atendimento em saúde mental aos adolescentes em privação de liberdade, em muitos casos, acaba voltado ao uso da medicação, olhando muitas vezes o fármaco como única alternativa, desconsiderando o sujeito “por trás” do infrator (VICENTIN et al., 2010; VILARINS, 2014). Assim, o uso medicamentoso aparece enquanto meio de controle social, ao invés de tratamento, ou como única alternativa para tratamento nos casos de transtorno, sendo bastante comum a medicalização desses adolescentes e podendo restringir verdadeiramente o atendimento em saúde (COSTA e SILVA, 2017).

Outras questões de saúde podem ser decorrentes do confinamento. Más condições de internamento, como falta de higiene e limpeza adequadas, insalubridade e superlotação podem acarretar doenças infectocontagiosas, como doenças de pele e respiratórias (ARÊAS NETO, 2017, 2018; NOGUEIRA, 2018). Nogueira (2018) em seu estudo, também aponta dores no pescoço, costas ou coluna como questões de saúde frequentes entre os internos, além das doenças epidérmicas e respiratórias, transtornos mentais, problemas de saúde sexual e reprodutiva (FRANCO NETTO, 2008) – por exemplo, infecções sexualmente transmissíveis -, doenças do coração e doenças infecciosas (FRANCO NETTO, 2008; NOGUEIRA, 2018). Outras questões de saúde comuns: carência nutricional e problemas de saúde bucal (ARÊAS NETO, 2017, 2018; NOGUEIRA, 2018).

Em sua análise, Arêas Neto (2018) chama a atenção ao fato de que os transtornos mentais não aparecem em primeiro lugar como condição de saúde referida nos últimos 12 meses. A primeira a aparecer são dores no pescoço ou nas costas, e seguem: doenças de pele, asma ou bronquite, ISTs, dengue, anemias,

doenças mentais, doenças do coração, tuberculose, HIV e câncer. Além disso, também aparecem significativamente dores de cabeça crônicas e gripes ou resfriados (ARÊAS NETO, 2018).

Dores de pescoço e coluna podem estar relacionadas com alojamentos e camas insalubres, pouca atividade física, deficiências e lesões permanentes, agressões físicas, negligência no atendimento em saúde, entre outras. Há indício de uma naturalização das agressões físicas nas unidades (ARÊAS NETO, 2018). Arêas Neto (2018) aponta que durante o período de confinamento 46,3% dos adolescentes referiram piora no quadro de saúde, 39,3% nem piora nem melhora e 14,3% melhora no quadro de saúde.

Doenças de pele transmissíveis surgem por superlotação e insalubridade. Arêas Neto (2018) identificou em alguns casos a necessidade de que os internos dividissem o mesmo colchão, poucos itens de higiene pessoal disponibilizados e a inexistência de serviços de lavanderia. Assim como as doenças infecciosas dermatológicas, as respiratórias também se dão pela insalubridade e má ventilação. Dessa forma, superlotação, más condições de limpeza e manutenção impactam negativamente na saúde dos adolescentes (ARÊAS NETO, 2018).

Arêas Neto (2018) identifica ainda que os adolescentes se apresentavam dentro da faixa de peso esperada e, em geral, observa-se que o sobrepeso se sobrepõe em relação à desnutrição. Contudo, observou-se que os alimentos não-saudáveis são mais presentes na alimentação dos jovens já antes da internação, similar a outros adolescentes da mesma idade. Durante o internamento, há pouca oferta de atividades físicas nas unidades, e quando ocorrem, muitas vezes ocorrem sem orientação pedagógica (ARÊAS NETO, 2018).

No campo da saúde bucal, a metade dos adolescentes sentiu dor de dente durante o internamento, 14,3% chegaram a perder dente (o dobro que é referido para os adolescentes em geral). O atendimento em saúde bucal foi o mais mal avaliado entre os adolescentes (ARÊAS NETO, 2018).

### 2.3 O LUGAR DA POLÍTICA DE SAÚDE NA SOCIOEDUCAÇÃO

O campo do direito à saúde é previsto no ECA e na legislação do SINASE, bem como em outros dispositivos legais e normativos. Nesse sentido, o acesso total

às linhas de cuidado de atenção integral à saúde da criança e do adolescente, através do Sistema Único de Saúde (SUS), está previsto como direito do adolescente em medida socioeducativa, considerando todos os níveis de atenção à saúde, sejam eles de promoção, proteção, prevenção e recuperação, conforme princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1990b; 2012).

A garantia de tais direitos estabelece diretrizes e princípios para a área a qual se referem, direcionando ações e buscando um alinhamento político, executivo e de gestão, se organizando por meio de políticas públicas sociais, que compreendem todas as etapas de vida e necessidades dos sujeitos e coletividades. A elaboração de políticas públicas se dá pela ação de diversos atores sociais sobre diferentes interesses de classe, poder e configurações estruturais, com atravessamentos políticos, econômicos sociais e culturais. Enquanto direito à cidadania, encontram-se implicadas no campo da seguridade social, ou seja, relativos a direitos à saúde, previdência e assistência social (SOUSA et al., 2019).

Nesse sentido, no campo da saúde do adolescente em medida socioeducativa de internação temos a 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 o Sistema de Saúde e o Sistema Socioeducativo.

O marco normativo da PNAISARI é a Portaria nº 1.426 de 14 de julho de 2004, mas atualmente sua regulamentação ocorre pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1.082, de 23 de maio de 2014, incorporada à Portaria de Consolidação GM/MS nº02/2017 – Anexo XVII, que redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral ao Adolescente em Conflito com a Lei (PNAISARI) e a Portaria MS nº1.083, de 23 de maio de 2014. Esta última anexada à Portaria de Consolidação GM/MS nº06/2017 – 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 (BRASIL, 2017a, 2017b).

Sua proposição vem alinhada à lógica do cuidado territorial e organizada em redes. As Redes de Atenção à Saúde se colocam como uma forma organizativa dos serviços e ações de saúde, considerando a interrelação constante entre eles e buscando romper com a fragmentação do cuidado. Sabe-se que a atuação em rede tende a apresentar resultados mais positivos e efetivos. Serviços de saúde com níveis de densidade tecnológica distintos, de acordo com a necessidade de saúde

correspondente, atuando de modo articulado e integrado entre si, tendo como ponto coordenador a Atenção Básica, diretamente ligada ao território vinculado aos sujeitos-usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Assim, além de compreender as ações e equipes de saúde internas às unidades socioeducativas, estão contempladas ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei no acesso universal e integral a Rede de Atenção à Saúde. Nesse aspecto, observa-se também o princípio da incompletude institucional e da reinserção social, bem como prevendo a permeabilidade das instituições socioeducativas à comunidade e ao controle social (PERMINIO et al. 2018; BRASIL 2012, 2017a). O ECA também prevê atividades externas, conforme avaliação técnica da equipe de acompanhamento, salvo expressa determinação judicial em contrário.

Além disso, os próprios princípios e diretrizes tanto do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto da Socioeducação e do sistema de seguridade social, nos apontam para esse direcionamento comunitário e intersetorial – saúde, justiça, socioeducação, direitos humanos. De tal modo, a unidade socioeducativa, a partir da perspectiva da socioeducação, deve ser compreendida em relação com outros espaços institucionais e sociais que assegurem de modo articulado e integrado a atenção integral à saúde desses adolescentes, tal qual seus demais direitos sociais.

Os equipamentos da Atenção Básica possuem responsabilidade sanitária pela população de seu território adscrito (BRASIL, 2017d), organizando-se em equipes de referência para áreas específicas dentro desse espaço. A partir dessa premissa e da PNAISARI, entende-se que a atenção à saúde desses adolescentes em medida de internação ocorra preferencialmente na atenção básica, de acordo com a localização das unidades de internação, da mesma forma que com a responsabilidade de cada ente federativo (BRASIL 2012, 2017b; RIBEIRO et al., 2019). Desse modo, todas as unidades socioeducativas têm uma unidade de saúde de referência, tomando o critério de territorialização (BRASIL 2012, 2017b).

Assim, em conjunto com as equipes de saúde das unidades socioeducativas, a equipe da unidade de saúde de referência deve se articular para atender às necessidades do público em questão e garantir a inserção, acesso e atendimento desses adolescentes nos demais pontos da rede de atenção à saúde (BRASIL 2012, 2017b), sem quaisquer tipos de constrangimentos no acesso ao tratamento (PERMINIO et al. 2018; BRASIL 2012).

As três esferas de governo possuem atribuições e responsabilidades na implementação e execução da PNAISARI. Cabem a elas participar do financiamento tripartite; elaborar e executar os Planos de Atendimento Socioeducativo, Planos Operativos e Planos de Ação; garantir a inserção dos adolescentes nas políticas públicas de saúde previstas e na Rede de Atenção à Saúde; atividades de apoio técnico e capacitação; além de acompanhar, monitorar e avaliar as ações (BRASIL 2012, 2017b).

Contudo, ainda se observa certa dificuldade de compreensão de que o atendimento à saúde desses jovens constitua-se como responsabilidade do SUS e da articulação entre as duas políticas (BRASIL, 2015). Estudos similares já realizados no Brasil que se propuseram a compreender a atenção à saúde aos adolescentes privados de liberdade a partir das relações nas redes de saúde, encontraram dificuldades nas articulações com os serviços de saúde externos e suas variações regionais e locais, isto influenciava na forma como os atendimentos e relações intersetoriais ocorriam (TORRALBO, 2008; TORRALBO e JULIANI, 2016; KUMWENDA et al., 2017; RIBEIRO et al., 2018).

Nesse sentido, apontou-se para as dificuldades nas pactuações entre diferentes esferas de gestão, muitas vezes levando a necessidade de repactuação constante nas atividades cotidianas, indicando uma instabilidade (TORRALBO, 2008; TORRALBO e JULIANI, 2016; KUMWENDA et al., 2017; RIBEIRO et al., 2018).

Os estudos indicam uma falta de alinhamento político, de execução e de gestão entre as partes envolvidas, levando a uma fragmentação das ações e dificuldades de interlocuções entre os setores saúde e socioeducação, bem como entre diferentes níveis federados. Em partes, atribui-se tal fato a não-adesão dos municípios à PNAISARI, além de uma não-responsabilização dos mesmos em relação à saúde dos adolescentes, bem como a falta de recursos financeiros para tal, tanto do estado, quanto do Ministério da Saúde (RIBEIRO et al., 2018). Importante pontuar que há diferenças locais e regionais nesse aspecto, uma vez que os estudos que fazem esses apontamentos se referem a municípios ou regiões de um determinado estado.

Esse cenário pode se traduzir em uma série de dificuldades. São observados problemas de encaminhamentos e articulações de atendimentos das especialidades com a rede externa em geral, muitas vezes decorrente de

insuficiência de vagas ou redes e equipes incompletas. Há registro também de dificuldade de acesso à medicamentos e/ou ausência de oferta dos medicamentos necessários (TORRALBO, 2008; TORRALBO e JULIANI, 2016).

Outro ponto importante que surge ao revisar o tema refere-se aos estigmas, discriminações e preconceitos em relação aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, que levam ao entendimento equivocado de que o atendimento de saúde não é direito dos adolescentes internados, em decorrência do ato infracional realizado (TORRALBO, 2008; TORRALBO e JULIANI, 2016; RIBEIRO et al., 2018). Alguns estudos apontam para certa relutância em prestar atendimento a esse grupo, observam-se posturas e olhares punitivos e de julgamento para os adolescentes, tanto de profissionais, quanto da população (TORRALBO, 2008; TORRALBO e JULIANI, 2016; KUMWENDA et al., 2017; RIBEIRO et al., 2018). Fatores que podem gerar barreiras no acesso desses jovens ao direito à saúde e que apontam para a predominância de um imaginário punitivo ainda como resquício de antigos paradigmas assistenciais.

Nesse mesmo sentido, observa-se uma priorização de atendimentos a questões jurídicas do que de saúde ou de outras áreas. Tal fato é atribuído tanto a dificuldades estruturais e logísticas, dentre as quais o transporte veicular, por exemplo, é citado como grande dificuldade, mesmo quando disponível para uso, a prioridade é voltada para as audiências (TORRALBO, 2008; TORRALBO e JULIANI, 2016; RIBEIRO et al., 2018). Além disso, aponta-se que o número reduzido de agentes socioeducativos dificulta o transporte externo e as saídas de saúde (RIBEIRO et al., 2018).

Visto isso, podemos compreender que a política em saúde tem sua importância fundamental no campo dos direitos sociais e no direcionamento de ações que visem materializá-los. Contudo, ainda notam-se impasses e dificuldades em sua execução, gerando algum grau de contradição.

#### 2.4 AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI

Aqui, proponho breve panorama das práticas de saúde no campo da saúde do adolescente privado de liberdade, a partir de alguns estudos identificados.

Importante considerar que se referem a diferentes países, os quais apresentam distintas formas de organização dos serviços e sistemas de saúde, bem como aparato jurídico-legal distinto. Em alguma medida, aspectos jurídico-legais foram citados na primeira sessão deste trabalho, e aqui faço os apontamentos referentes aos aspectos de saúde, em especial, em relação a outros países. Ainda assim, é importante salientar que não proponho uma análise aprofundada de cada país, sendo essa uma limitação do recorte da sessão.

Um primeiro ponto emergente ao investigarmos o tópico é a importância do acompanhamento contínuo, preferencialmente com as mesmas equipes e/ou profissionais (WILSON, 2007; WALSH et al., 2011). Em estudo no Reino Unido, acompanhando jovens que não estavam em internamento, apontou-se para a construção de vínculo e atendimento longitudinal dos adolescentes para assegurar a confiança e o bom acompanhamento em saúde. Gera-se uma sensação de segurança, em contraponto a descontinuidade que em geral já permeia suas vidas ao longo do tempo (WALSH et al., 2011).

Alguns trabalhos indicam a importância de estabelecer profissionais de referência nesse processo, capacitados para atuar com as especificidades desses adolescentes. Esses profissionais de referência, tanto da chamada unidade de internação, quanto dos serviços de saúde vinculados, garantem uma boa articulação e continuidade no atendimento, além de trabalhar questões como educação em saúde, conscientização sobre direitos (WILSON, 2007). Na PNAISARI, prevê-se uma equipe de referência em saúde mental para o matriciamento das equipes de referência da atenção básica, bem como das equipes de saúde do sistema socioeducativo (BRASIL 2012, 2017b).

Na Colômbia, em termos de saúde mental, segundo Villanueva Congote et al. (2018), são contemplados legalmente o atendimento psicológico e psiquiátrico, contudo sem propostas executivas de triagem, acompanhamento e diagnóstico. Ações de prevenção e promoção não são contempladas. Por sua vez, considerando a abordagem na Argentina, dentro do contexto da justiça juvenil, são estabelecidas as articulações necessárias para o manejo do caso nos serviços adequados (VILLANUEVA CONGOTE et al., 2018), contemplando avaliações, acompanhamento, assistência. A articulação, planejamento e execução das ações se dá buscando respeitar o direito de acesso à saúde e seu desenvolvimento

saudável, assim como a mediações entre diferentes políticas públicas (VILLANUEVA CONGOTE et al, 2018).

Em outro momento, quando olhamos para o pós-internação, muitas vezes aparecem dificuldades nesse sentido. No sul da Austrália, por exemplo, estudo avaliando as práticas de planejamento de alta de jovens em conflito com a lei, identificou que raramente um plano de alta foi implementado e que havia pouco ou nenhum planejamento antes da alta. Tal fato se devia a falha nas funções das equipes e nas tarefas que podiam desempenhar (WILSON, 2007). Essa mesma dificuldade no seguimento pós-internação é observada em estudos brasileiros (TORRALBO, 2008; TORRALBO e JULIANI, 2016; RIBEIRO et al., 2018).

Além disso, nas considerações do planejamento de alta, o local para o qual os adolescentes vão é um ponto importante a ser considerado, sendo necessário assegurar sua segurança como condição para sua liberação. Assim como atentar-se a comportamentos de risco, questões de emprego e saúde, fatores que podem influir nas reincidências (WILSON, 2007).

Nos Estados Unidos (EUA), durante o período de internação os adolescentes tinham seu *Medicaid*<sup>3</sup> suspenso e ao serem liberados do internamento muitas vezes enfrentavam dificuldades em retomar o seguro. Ademais, em alguns casos os médicos da comunidade não realizavam os atendimentos via *Medicaid* (BARNET et al., 2020). Os EUA não contam com um sistema de saúde unificado e de acesso universal, dessa forma a lógica de compreensão da relação entre a justiça juvenil e a assistência à saúde também diferem. Nele, os próprios locais tendem a centralizar a oferta de saúde direcionada aos adolescentes.

Outro aspecto referente aos EUA é que a atenção à saúde dos adolescentes privados de liberdade está muito ligada à saúde mental. Há muitos diagnósticos e uso de medicamentos psicofármacos. As pesquisas em geral abordam transtornos mentais e delinquência juvenil e uso de substâncias psicoativas. Nesse sentido é importante destacar que o país conta com uma lógica mais restritiva e punitiva em

---

<sup>3</sup> *Medicaid*: sistema de mercado de modelo de proteção social residual existente nos Estados Unidos, voltado para famílias abaixo da linha de pobreza. Apresenta uma carteira restrita de serviços, que são ofertados por prestadores predominantemente privados com e sem fins de lucrativos. Sua gestão se dá pelos estados, tendo recursos fiscais estaduais e subsídios federais. Não é territorializado, assim como não é organizado em redes. Focado em ações assistenciais e com Atenção Primária à Saúde enfraquecida. (GIOVANELLA et al, 2018)

sua Justiça Juvenil, elementos que apontam para o um maior controle social nesse sentido (VILLANUEVA CONGOTE et al., 2018).

Para mais, como apontado na primeira sessão do trabalho, o país conta com serviços públicos e privados ligados a justiça juvenil. Em estudo de comparação entre ambos, identificou-se que aqueles de administração pública contavam com mais equipes de tratamento ainda que com menos profissionais específicos de saúde mental. Esse mesmo trabalho identificou que os serviços que ofertavam aconselhamento familiar aos jovens apresentavam menor probabilidade de ocorrência de suicídio entre o grupo atendido (YAZZIE, 2011).

Em estudo na Zâmbia, a instituição de internação estudada não conta com equipe de saúde própria, sendo os atendimentos realizados em uma clínica externa. Contudo, a clínica não contava com equipe de saúde, protocolos e manejos adequados para as especificidades da população adolescente. Não havia triagem inicial, acompanhamento e nem registro dos atendimentos. As ações de promoção e prevenção de saúde consistiam em palestras sobre higiene pessoal e aconselhamento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), contudo conduzidas por profissionais não qualificados para tal, que coordenavam as atividades a partir de sua experiência individual (KUMWENDA et al., 2017).

Na Austrália, os serviços de atendimento à saúde dos adolescentes no local também são contratados de agências e profissionais externos, assim como outras ações de workshops, atividades educacionais, treinamentos profissionalizantes, e encaminhamentos para compromissos após a liberação. A enfermeira clínica contratada realiza rotineiramente avaliações de saúde para cada novo adolescente nos primeiros dias de sua admissão (WILSON, 2007).

Considerado os aspectos de revisão de literatura do objeto de pesquisa, que permitem sua contextualização e melhor compreensão do tema, passamos agora para a descrição da pesquisa, em seus materiais e métodos.

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho configura-se como uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório. A pesquisa qualitativa trabalha no campo dos significados das relações, processos e fenômenos, assim, coloca-se como mediação à compreensão da realidade humana e de seus processos socioculturais (MINAYO, 2002; 2017). Entendendo que significado/significações atuam de modo organizador para os sujeitos em suas vidas e conseqüentemente em suas ações no mundo (TURATO, 2005). Dessa forma, tal pesquisa, pode se propor a compreender o sistema de relações externas – socioculturais – que implicam no modo de conhecimento do sujeito (MINAYO, 2002). Seu foco é o aprofundamento, abrangência e diversidade no processo de compreensão dos objetos estudados (MINAYO, 2017).

A pesquisa foi desenvolvida a partir de entrevistas com trabalhadoras e trabalhadores de saúde vinculados à coordenação e/ou gestão dos cuidados de atenção à saúde dos (as) adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação. Os (as) trabalhadores (as) entrevistados apresentavam vínculo ou com os serviços de saúde ou de socioeducação.

O desenvolvimento da pesquisa se dá como desdobramento de projeto desenvolvido em grupo de pesquisa ao qual me vinculo, cujo mote inicial deu-se em torno da avaliação das práticas e manejos de crises e sofrimento mental no âmbito das unidades socioeducativas do estado do Paraná (conhecidas como CENSES – Centros de Socioeducação). O grupo de pesquisa responsável pelo desenvolvimento da pesquisa integra o projeto “Manejos e práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde mental nos Centros de Socioeducação (CENSE) e casas de Semi Liberdade da Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Paraná”, contando com 4 professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, 5 pós-graduandos do mesmo programa e 1 aluna de graduação de medicina da mesma universidade.

A partir do olhar aos cuidados em saúde mental e de manejo à crise no interior das unidades, buscou-se inserir esse novo eixo na pesquisa, expandido o olhar para o campo geral da saúde, as relações extramuros e com os serviços das redes de saúde dos referidos municípios nos quais os CENSES encontram-se. De tal modo, o método proposto aqui, toma como base a metodologia já posta no

projeto guarda-chuva do qual esse novo eixo faz parte, no que se refere à seleção de amostra e método de análise de dados.

Assim, o presente trabalho diferencia-se e coloca-se como novo eixo de pesquisa no sentido de buscar ampliar a investigação no que tange a relação entre saúde e socioeducação na atenção integral à saúde do adolescente em medida socioeducativa de internação – portanto, no campo da saúde mental, mas incluindo também demais campos da saúde.

### 3.1 DESCRIÇÃO E DELIMITAÇÃO DE CAMPO

O Sistema Socioeducativo no estado do Paraná é gerido e coordenado pelo Departamento de Atendimento Socioeducativo (DEASE), vinculado à Secretaria de Justiça, Família e Trabalho (SEJUF), anteriormente denominada Secretaria de Justiça, Trabalho e Direitos Humanos. A cobertura e divisão no estado se dá em 3 regiões administrativas (1, 2 e 3), nas quais organizam-se e distribuem-se as unidades socioeducativas, sendo ao todo 19 unidades, em 16 municípios do estado (PARANÁ, 2017; 2018).

O DEASE conta com a Divisão de Saúde e Articulação da Rede Social (PARANÁ, 2021a), assim como a Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Paraná conta com a Coordenação de Atenção à Saúde na qual está inserida a Linha de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, sob a qual está a Saúde do Adolescente em Conflito com Lei (PARANÁ, 2021b; 2021c).

Cada unidade socioeducativa deve, preferencialmente, receber adolescentes de municípios que estejam a no máximo 150km de distância (PARANÁ, 2018), respeitando o princípio de manter o adolescente o mais próximo possível de sua localidade e família. A descrição das unidades localizadas nos municípios de estudo está no QUADRO 1.

QUADRO 1 – CENTROS DE SOCIOEDUCAÇÃO (CENSE) DO ESTUDO

Região do estado	Município	Unidade	Sexo	TOTAL
Região 1	Curitiba	Cense Joana Miguel Richa	F	30
	Fazenda Rio Grande	Cense Fazenda Rio Grande	M	30
Região 2	Londrina	Cense2 de Londrina	M	60
Região 3	Pato Branco	Cense Pato Branco	M	18
	Laranjeiras do Sul	Cense Laranjeiras do Sul	M	88

Quadro 1 – Unidades da amostra de estudo do projeto guarda-chuva, as quais direcionam a amostra de municípios do projeto aqui proposto. Adaptado de Relatório de Ações de 2017 do Departamento de Atendimento Socioeducativo (DEASE) da Secretaria da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos (PARANÁ, 2017). Fonte: FEDERHEN, 2021.

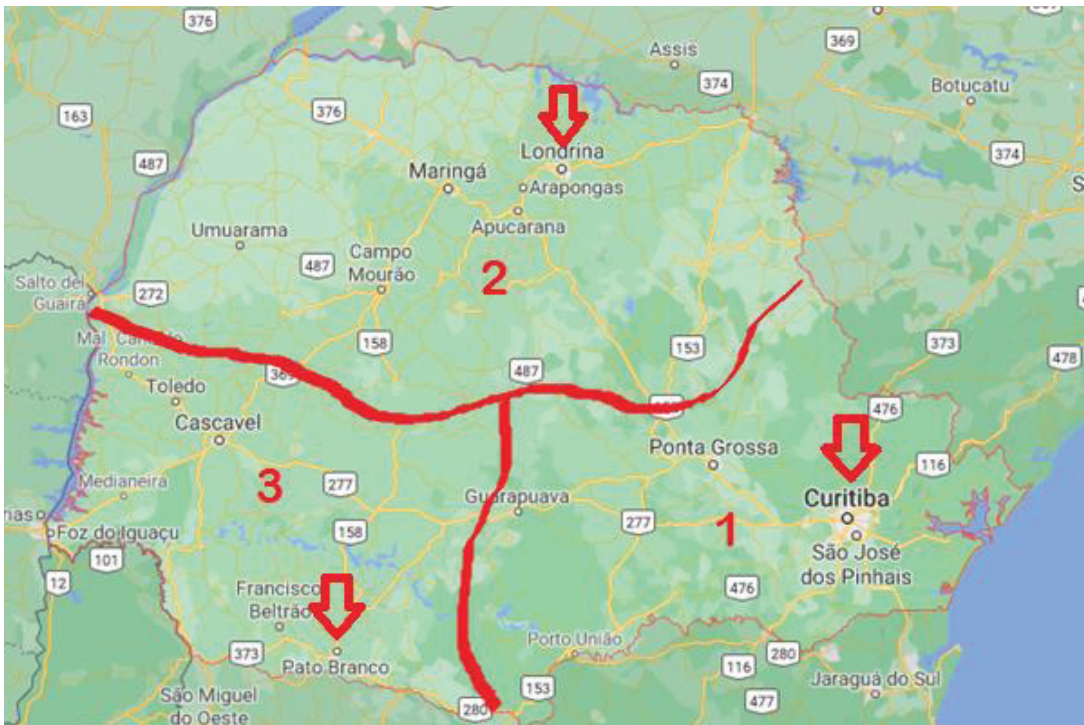
De acordo com o Relatório de Ações do DEASE de 2017, os CENSE haviam realizado 4659 atendimentos, sendo desses, 1818 de internação (39%).

Inicialmente, a escolha e delimitação do campo de estudo definiu municípios e unidades socioeducativas de grande e pequeno porte das 3 regiões do estado. A amostra inicial compreendia os seguintes municípios: Curitiba, São José dos Pinhais, Fazenda Rio Grande, Maringá, Londrina, Pato Branco e Laranjeiras do Sul. Os municípios da amostra são aqueles em que as unidades socioeducativas estão localizadas geograficamente. Durante o desenvolvimento da pesquisa no ano de 2020, dois municípios precisaram ser retirados da amostra, considerando as novas configurações institucionais e de processos de trabalho adaptados em decorrência da pandemia da COVID-19<sup>4</sup>. Assim, a amostra final do trabalho aqui proposto compreendeu Curitiba, Fazenda Rio Grande, Londrina, Pato Branco e Laranjeiras do Sul, totalizando 5 municípios.

Os mapas 1, 2 e 3 apresentam a distribuição de regiões, unidades e municípios da amostra.

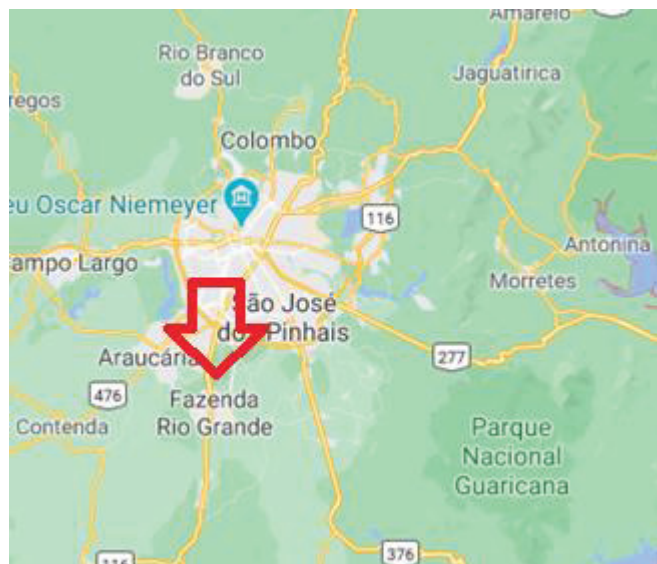
<sup>4</sup> COVID-19: Sigla para *Coronavirus Disease*, 2019.

MAPA 1 – REGIÕES E MUNICÍPIOS DA AMOSTRA



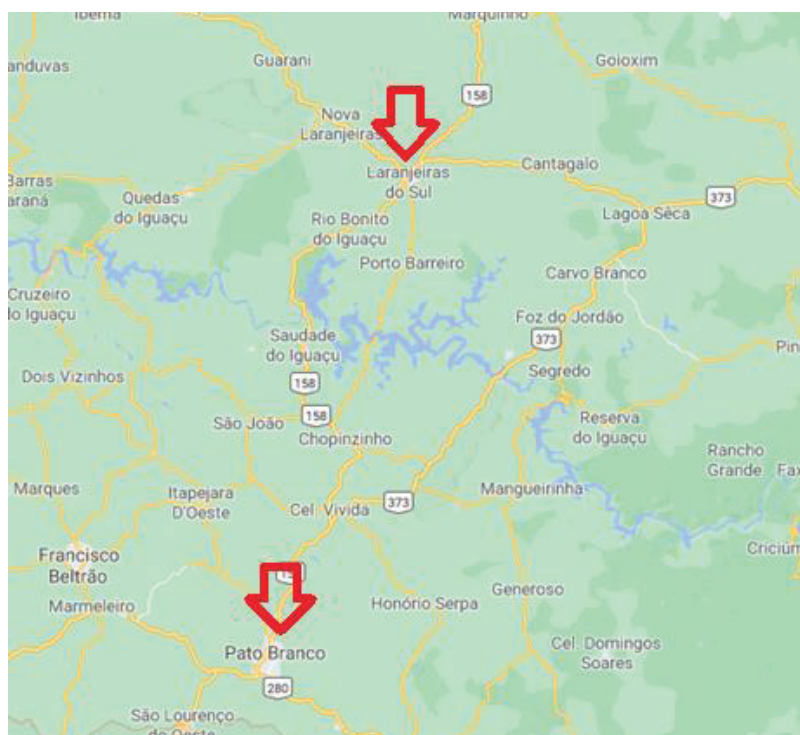
Fonte: Adaptado a partir de mapas do *Google Maps* e de Relatório de Ações de 2017 do Departamento de Atendimento Socioeducativo (DEASE) da Secretaria da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos (PARANÁ, 2017), com indicações das 3 regiões e municípios da amostra. Fonte: FEDERHEN, 2021.

MAPA 2 – MUNICÍPIOS DA AMOSTRA



Fonte: Adaptado a partir de mapas do *Google Maps* e de Relatório de Ações de 2017 do Departamento de Atendimento Socioeducativo (DEASE) da Secretaria da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos (PARANÁ, 2017), com indicações das 3 regiões e municípios da amostra. Fonte: FEDERHEN, 2021.

MAPA 3 – MUNICÍPIOS DA AMOSTRA



Fonte: Adaptado a partir de mapas do *Google Maps* e de Relatório de Ações de 2017 do Departamento de Atendimento Socioeducativo (DEASE) da Secretaria da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos (PARANÁ, 2017), com indicações das 3 regiões e municípios da amostra. Fonte: FEDERHEN, 2021.

O município de Curitiba, capital do estado do Paraná, tem uma população estimada de 1.948.626 habitantes (IBGE, 2021a). Em sua organização sanitária-administrativa conta com 10 distritos sanitários. Ao todo são 111 Unidades Básicas de Saúde (UBS) - 58 com Estratégia de Saúde da Família e 53 Tradicionais (68 UBS possuem Espaço Saúde) -, 9 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 13 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 5 unidades especializadas/especialidades médicas, 3 Centros de Especialidades Odontológicas, 1 Complexo Regulador de Urgência e Emergência, 2 Hospitais, 1 Laboratório de Análises Clínicas, 1 Central de Vacinas, 5 Residências Terapêuticas e 1 Centro de Zoonoses. Conta também com contratos de prestação de serviços com prestadores de clínicas especializadas, hospitais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. (CURITIBA, 2020)

O município de Fazenda Rio Grande, região metropolitana de Curitiba, conta com uma população de 81.675 habitantes – em estimativa populacional (IBGE, 2021b), sendo 18.315 pessoas entre 10 a 19 anos (FAZENDA RIO GRANDE, 2020). De acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde do Município (FAZENDA RIO GRANDE, 2021), em sua organização sanitária-administrativa conta

com 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 1 Farmácia Central, 13 Unidades de Saúde, 1 Hospital Maternidade. O Plano Municipal de Saúde de 2018-2021, informa a existência de 11 unidades de saúde (9 em área urbana e 2 em área rural), com 18 equipes de estratégia da saúde da família, 6 equipes de saúde bucal e 89 agentes comunitário de saúde (FAZENDA RIO GRANDE, 2018).

Laranjeiras do Sul, localizada no centro-sul do estado, conta com uma população estimada de 32.139 pessoas (IBGE, 2021c). De acordo com a Programação Anual de Saúde de 2021, o município em sua estrutura de saúde conta com 7 Unidades de Saúde, 11 Equipes de Saúde da Família e 2 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Além disso, 1 Centro de Atenção Psicossocial, 1 Centro de Saúde, 1 Farmácia Básica Municipal, serviço de Vigilância Sanitária e Epidemiológica e 1 Laboratório Municipal de Saúde (LARANJEIRAS DO SUL, 2021).

No sudoeste do estado, Pato Branco tem uma população estimada de 83.843 pessoas e 33 estabelecimentos de saúde (IBGE, 2021d). De acordo com o Plano Municipal de Saúde de 2018-2021, município conta com 18 Unidades de Saúde, 1 Unidade de Pronto Atendimento, 2 Unidades de Especialidades, 1 Centro de Orientação e Aconselhamento e Apoio Sorológico, serviço de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, 1 Centro de Odontologia, 1 Centro de Atenção Psicossocial II, 1 Centro de Reabilitação e 1 Academia de Saúde (PATO BRANCO, 2017).

O município de Londrina conta com 575.377 pessoas segundo estimativa atual do IBGE, contando com 133 estabelecimentos de saúde (IBGE, 2021e). De acordo com seu Plano Municipal de Saúde atual, o município conta com 54 unidades básicas, distribuídas entre Zona Urbana, com 42 unidades, e Zona Rural, 12 unidades (LONDRINA, 2021). Em seus serviços de saúde também conta com 3 Centros de Atenção Psicossocial, sendo 1 CAPS III (atendimento 24h), 1 CAPS AD (Álcool e outras drogas) e 1 CAPS infantil. Há 21 Centros de Especialidades, 4 Hospitais Especializados, 6 Hospitais Gerais, 5 Unidades de Pronto Atendimento e 1 Farmácia (LONDRINA, 2021).

### 3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os (as) participantes do estudo compreendem trabalhadoras e trabalhadores da saúde que atuam nas unidades socioeducativas, nos serviços de saúde e que estejam vinculados aos atendimentos e cuidado em saúde dos (as) adolescentes em

cumprimento de medida socioeducativa de internação ou na coordenação e/ou gestão desse cuidado. A amostra e seleção de participantes ocorrem a partir da aproximação e contato prévio com os serviços e articulações locais de pesquisa anteriores.

O convite de pesquisa foi direcionado inicialmente às Secretarias Municipais de Saúde, havendo a concordância, partia-se para os contatos com as pastas responsáveis pela coordenação da atenção à saúde dos adolescentes em medida socioeducativa de internação. A partir daí identificavam-se participantes-chaves que estivessem diretamente relacionados a essa articulação do cuidado e assistência à saúde. Assim, direcionava-se o convite aos e-mails dos contatos e aqueles que concordassem com o convite eram incluídos como participantes de pesquisa. Sendo critério de inclusão estar vinculado como trabalhador de saúde da unidade socioeducativa ou dos serviços de saúde.

A definição do grupo ao qual o convite de participação na pesquisa se destinaria, buscou contemplar a dimensão da pergunta e objeto de pesquisa, incluindo diferentes profissionais de ambos os campos de interesse – saúde e socioeducação (MINAYO, 2017).

Para esta dissertação, foram consideradas 6 entrevistas realizadas com os profissionais de saúde das unidades socioeducativas dos 5 municípios da amostra. Além dessas, outras 10 entrevistas foram realizadas com os profissionais dos serviços de saúde das redes de atenção à saúde de cada um desses municípios. A estratégia traçada era de ao menos duas entrevistas por município, considerando um profissional gestor/coordenador e 1 profissional da assistência direta ao jovem. Em alguns municípios obteve-se tal quadro, em outros se obteve participantes acima e abaixo do previsto inicialmente. Cabe destacar que o foco principal na pesquisa qualitativa não se dá em torno do quantitativo, mas sim do conteúdo e profundidade dos dados coletados, que esteja de acordo com o objetivo almejado e com adequado método de análise, sendo a estratégia numérica inicial uma forma orientadora do planejamento.

### 3.3 COLETA DE DADOS

As entrevistas realizadas com os profissionais das unidades socioeducativas foram realizadas entre maio e dezembro de 2019 pela equipe do grupo de pesquisa–

ao qual me vinculo – responsável pelo projeto guarda-chuva onde esta pesquisa está inclusa. Aqui, consideram-se 6 entrevistas referentes a cada unidade socioeducativa de cada município da amostra definida para essa etapa. Essas entrevistas ocorreram a partir de roteiro com perguntas norteadoras (ANEXO 1) que permitia a abordagem ampla do tema pelos entrevistados e foram realizadas presencialmente, no local de trabalho dos participantes. Para o presente trabalho, consideraram-se os dados referentes a duas perguntas do referido roteiro, que se encontram em destaque no ANEXO I. Nessa etapa, em específico, não estive presente nas entrevistas, não tendo a possibilidade de conhecer pessoalmente todas as unidades socioeducativas aqui referidas.

Os dados das entrevistas com as profissionais da rede de saúde dos municípios foram coletados por mim durante o período de dezembro de 2020 a junho de 2021. Para realizar as entrevistas, entramos em contato com as secretarias de saúde apresentando a proposta de pesquisa. Do mesmo modo, por indicação, contatamos os gestores responsáveis pela coordenação da pasta para reiterar o convite, buscar identificar os participantes-chave e divulgar o convite para a pesquisa entre eles.

A coleta foi feita por entrevistas a partir de perguntas disparadoras conforme consta no ANEXO II. O objetivo desse momento da pesquisa, realizado a partir de perguntas norteadoras abertas, buscou fazer com que a (o) entrevistada (o) se sentisse confortável para abordar os tópicos e temas relacionados de modo livre e em extensão. A pesquisadora, a partir das perguntas disparadoras, dos temas e tópicos norteadores, pôde direcionar a entrevista com perguntas de apoio que visavam aprofundar e trazer mais elementos para a compreensão do tema.

Buscou-se explorar aspectos relacionados à forma de organização das relações entre os setores de socioeducação e saúde no que tange os atendimentos, a prevenção e a promoção de saúde, principais demandas identificadas no processo, além das 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 para estruturação do roteiro de entrevista. A PNAISARI tem eixos de promoção e prevenção; ações de assistência, reabilitação e de educação permanente. Já suas ações contempladas relacionam-se ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial; da saúde sexual e a saúde

reprodutiva; da saúde bucal; da saúde mental; a prevenção ao uso de álcool e outras drogas; prevenção e controle de agravos; educação em saúde; direitos humanos, a promoção da cultura de paz e a prevenção de violências e assistência às vítimas (BRASIL 2012, 2017b).

Em seguida, buscando evitar direcionamento de respostas e tornar o roteiro ampliado para respostas mais aprofundadas, as questões foram reestruturadas em perguntas disparadoras que estão descritas no ANEXO II. Cada entrevista teve duração de 20 a 50 minutos.

Todo o procedimento de recrutamento, contatos e coleta de dados com os profissionais das redes de saúde municipais, precisou ser realizado de modo remoto, devido às restrições impostas pela pandemia da COVID-19. Assim, as entrevistas com as trabalhadoras dos serviços de saúde foram realizadas via plataforma de chamada de vídeo *online*, pois os deslocamentos para a realização pessoalmente estavam inviabilizados. Foi escolhida plataforma recomendada para atividades institucionais pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), que oferecesse segurança e sigilo para entrevistadora e entrevistados. Além disso, ambos estando em ambiente reservado e sem interrupções. O material foi gravado para transcrição do conteúdo e posterior análise.

Os dados armazenados estão assegurados de sigilo e privacidade para os envolvidos na entrevista e, ademais, para análise e divulgação de resultados, todo e quaisquer conteúdo que pudesse incorrer em identificação foi codificado para preservar sigilo e confidencialidade e a identidades das participantes.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado previamente para assinatura, ficando uma cópia com a pesquisadora e as (os) entrevistadas (os), bem como a leitura e explicação foi também gravada ao início da própria entrevista.

### 3.4 ANÁLISE DE DADOS

As gravações das entrevistas foram transcritas em sua totalidade. Além da palavra falada também procurou-se descrever os aspectos do decorrer da entrevista, como interrupções, pausas na fala, demonstração de afetos e emoções, dentro do possível e presente em cada diálogo.

Na sequência, as transcrições foram organizadas em narrativas, ou seja, organizadas em discurso em primeira pessoa a partir do narrado pelo entrevistado, buscando assumir a abordagem hermenêutica enquanto postura de compreensão do texto e do discurso (FONSECA, 2009). A narrativa apresenta o discurso do participante de modo organizado. É construída retirando fragmentos de fala repetidos e vícios de linguagem, mantendo o sentido da fala do participante.

Assim, a partir de leituras sucessivas, tanto inicialmente das transcrições, como sequencialmente das narrativas organizadas, busca-se extrair os sentidos e significações emergidos, organizando então uma grade de análise com núcleos argumentais. Textos e núcleos argumentais passaram por validação de outros pesquisadores integrantes do grupo de pesquisa. Após essa validação, os núcleos argumentais podem ser agrupados em categorias de significações.

As narrativas colocam-se como recurso mediando experiência e discurso, ação e linguagem, para compreensão do agir humano e social. Trata-se do discurso emergente e caracterizante das relações entre atores sociais, bem como de seus tensionamentos, localizados em um contexto histórico (ONOCKO CAMPOS e FURTADO, 2008). Assim, a narrativa, assim como os núcleos argumentais e categorias de significações, colocam-se como mediação da compreensão do texto, como nos propõe uma postura hermenêutica (FONSECA, 2009).

As narrativas foram organizadas por códigos, visando preservar o sigilo e a identidade dos participantes. Assim, cada uma delas foi atrelada a uma identificação da letra "T" correspondente a trabalhador, e a ela complementou-se com a letra "C" para os trabalhadores dos 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.

Outro recurso utilizado foi atribuir nomenclaturas fictícias a cada participante. Assim, nomes de flores foram atribuídos às entrevistas dos CENSES e nomes de aves às entrevistas da rede de saúde. Cada município nas narrativas foi nomeado de acordo com uma cor diferente.

Como apontado no início desta da descrição do percurso metodológico do trabalho, a pesquisa qualitativa propõe-se à compreensão da realidade e das relações humanas, em seus aspectos socioculturais, a partir do olhar para a

interpretação e compreensão dos significados e significações das percepções e relações dos sujeitos sobre fatos, fenômenos e relações sociais e culturais (MINAYO, 2002, 2017).

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho apresenta-se como eixo da pesquisa “Manejos e práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde mental nos Centros de Socioeducação (CENSE) e Casas de Semi-Liberdade da Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Paraná” submetido à análise e apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR). A ele submeteu-se emenda para ampliação de campo e novo objetivo de pesquisa, referentes ao objeto e execução deste trabalho. Tal fato se deu observando-se a necessidade de ampliar o campo de estudo para melhor compreensão do objeto, bem como de desdobramentos iniciais da pesquisa. Teve como parecer de aprovação sob nº 4.379.624/CAAE 02353018.3.0000.0102. Também passou por apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa do Município de Curitiba, conforme requisito de desenvolvimento de pesquisas em serviços da Secretaria Municipal de Saúde, tendo como parecer de aprovação nº 4.430.952/CAAE 02353018.3.3003.0101. Atendendo, assim, às Resoluções nº 196/96 e nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## 4 RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados são provenientes de 16 entrevistas. Parte delas (6 entrevistas) realizadas com profissionais de saúde vinculados aos CENSE, sendo: 2 médicas, 4 profissionais da enfermagem (enfermeiras e técnicos de enfermagem). Em uma delas duas profissionais participaram simultaneamente. As demais ocorreram de modo individual. O QUADRO 2 apresenta as informações sobre as entrevistas e categorias profissionais. Cada município da amostra teve uma entrevista correspondente (QUADRO 4).

QUADRO 2 – ENTREVISTAS REALIZADAS COM OS (AS) TRABALHADORES (AS) DE SAÚDE DOS CENSES

<b>Trabalhadores CENSE</b>	
<b>Nº de entrevistas: 5</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Participantes</b>
Enfermagem (técnicas e enfermeiras)	4
Médicas	2
<b>Total</b>	<b>6</b>

Fonte: FEDERHEN (2021).

Foram também realizadas 10 entrevistas com as profissionais dos serviços de saúde municipais (Curitiba, Fazenda Rio Grande, Laranjeiras do Sul, Pato Branco e Londrina), sendo que dentre elas contamos com: 4 enfermeiras, 2 assistentes sociais, 1 técnica de enfermagem, 1 psicóloga, 1 farmacêutica, 1 médica psiquiatra (QUADRO 3). Sendo: 4 de Curitiba, 2 de Laranjeiras do Sul, 1 de Fazenda Rio Grande, 2 de Pato Branco e 1 de Londrina (QUADRO 4).

QUADRO 3 – ENTREVISTAS REALIZADAS COM OS (AS) TRABALHADORES (AS) DAS REDES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS

<b>Trabalhadores Redes de Saúde Municipais</b>	
<b>Nº de entrevistas: 8</b>	
<b>Categoria</b>	<b>Participantes</b>
Enfermagem (técnicas e enfermeiras)	5
Assistente social	2
Psicóloga	1
Médica	1
Farmacêutica	1
<b>Total</b>	<b>10</b>

Fonte: FEDERHEN (2021).

QUADRO 4 – ENTREVISTAS POR MUNICÍPIO (CENSES e Serviços de Saúde)

<b>Trabalhadores Redes de Saúde Municipais e CENSE</b>	
<b>Município</b>	<b>Nº de entrevistas</b>
Laranjeiras do Sul	3
Fazenda Rio Grande	3
Curitiba	5
Pato Branco	3
Londrina	2
<b>Total</b>	<b>16</b>

Fonte: FEDERHEN (2021).

Totalizamos assim 16 entrevistas com a participação de 16 profissionais. Dentre as esferas de atuação dessas profissionais, algumas atuavam em coordenação do departamento responsável pela saúde do adolescente de suas respectivas secretarias de saúde, outras em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – equipes e coordenação –, uma participante compunha equipe técnica de setor de coordenação do município e outra profissional de apoio à atenção primária (em equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB-AB). Cabe destacar que os departamentos responsáveis pela saúde do adolescente eram distintos em cada município, alguns estavam sob responsabilidade do Departamento/Secretaria de Atenção Básica ou Atenção Primária, outros sob departamentos/secretarias que contemplavam Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente.

As entrevistas, transcritas e organizadas em narrativas, passaram por apreciação sistematizada em grade de análise, com identificação dos núcleos argumentais e categorias, passando por validação.

Assim foram identificados 10 núcleos argumentais, agrupados em 4 categorias, apresentados no QUADRO 5.

QUADRO 5 – CATEGORIASE NÚCLEOS ARGUMENTAIS

<b>Categorias</b>	<b>Núcleos</b>
Aspectos operacionais entre saúde e socioeducação: processos de trabalho, estrutura e limitações	Relações entre os serviços para atenção à saúde do adolescente e unidades socioeducativas
	Aspectos logísticos
	Ações realizadas no âmbito da socioeducação e saúde
	Sobre a PNAISARI
	Limitações estruturais da atenção à saúde o adolescente em conflito com a lei
Percepções sobre o adolescente em conflito com a lei e seus desdobramentos em relação ao campo da saúde	Percepções sobre o adolescente em conflito com a lei enquanto pessoa de direitos
	Limitações da atenção à saúde
Aspectos de saúde do adolescente em conflito com a lei	Aspectos de saúde mais percebidos
	Questões de saúde mental
Cuidados na pandemia COVID-19	As relações entre os serviços de saúde e unidades socioeducativas na pandemia por COVID-19

Fonte: FEDERHEN (2021)

#### 4.1 ASPECTOS OPERACIONAIS ENTRE SAÚDE E SOCIOEDUCAÇÃO: PROCESSOS DE TRABALHO, ESTRUTURA E LIMITAÇÕES

A primeira categoria refere-se aos modos de organização e operacionalização dos trabalhos entre os setores. Sendo assim, compreende processos e fluxos de trabalho, atividades realizadas, aspectos logísticos, limitações encontradas e aspectos relacionados à Política Nacional de Atenção Integral ao Adolescente em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) e aos planos operativos locais.

#### 4.1.1 Relações entre os serviços para atenção à saúde do adolescente

No núcleo “Relações entre os serviços para atenção à saúde do adolescente” observamos como as trabalhadoras se referem à forma como as unidades socioeducativas, CAPS e demais serviços de saúde e esferas de gestão encontram para atender às demandas de atenção à saúde dos adolescentes. Aparecem elementos referentes à organização interna de cada equipamento, bem como a acordos e pactuações entre os serviços com relação aos atendimentos. As entrevistas apontam tanto para aspectos mais pragmáticos de rotina e processos de trabalho, como para a importância de se ter fluxos de trabalho e acordos bem estabelecidos entre todos os atores das redes.

As trabalhadoras descrevem que as unidades socioeducativas contam com profissionais da equipe de saúde, sendo essas médicas, enfermeiras, técnicas e/ou auxiliares de enfermagem. A possibilidade de comunicar-se com profissionais da saúde de dentro dos CENSE é citada como fator facilitador para os profissionais da rede. Contudo, a composição da equipe variou entre as unidades. Algumas citaram contar com médico, outras estão sem o profissional. Unidades socioeducativas que contam com o profissional médico tendem a centralizar mais os atendimentos na própria instituição, apontando a ausência da necessidade de solicitar atendimento médico externo, da unidade de saúde, por exemplo. Como no fragmento abaixo<sup>5</sup>:

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, 2019)

Nas entrevistas, as unidades socioeducativas aparecem como referenciadas a uma unidade de saúde. Contudo, importante notar que não houve respostas diretamente de profissionais vinculados às equipes de referência da atenção básica. Uma das profissionais era de equipe matricial (NASF-AB) e outra de equipe técnica de esfera de gestão da atenção primária. Assim, a atenção básica aparece a partir do relato das entrevistadas dos outros espaços institucionais. Ora como apoio, ator

---

<sup>5</sup> Os trechos citados ao longo da dissertação referem-se as entrevistas realizadas durante o processo de pesquisa e estão referenciadas de acordo com o código explicitado no item 3.4 Análise dos dados.

de fácil comunicação, ora como ausente nas atividades de prevenção ou em outros elementos da atenção integral.

Olha dificilmente tem ação de promoção e prevenção da saúde feita pela atenção primária. Tiveram, mas muito poucas, comparado com o que nós poderíamos ter (...). (TC5 – Crisântemo, 2019)

Uma das profissionais, que havia trabalhado anteriormente em equipe de NASF-AB, relata que não havia um contato direto com os adolescentes, mantendo-se em ações de planejamento. Assim como a profissional do NASF-AB entrevistada, apontou estar em ações gerenciais em relação à atenção à saúde do adolescente em conflito com a lei.

Eu não vou até a unidade, não tenho acesso. Os nossos atendimentos se dão aqui da unidade de saúde, pros profissionais de lá. (TR3 – Gavião, 2021)

Com relação à organização dos atendimentos, como consultas médicas e de enfermagem da atenção básica, em alguns municípios as entrevistas indicam que são determinados períodos específicos na semana para que os atendimentos ocorram na unidade socioeducativa. Algumas estabelecem atendimentos semanais, outras quinzenais. Por exemplo, estabelece-se que quintas pelas manhãs a médica da unidade de saúde vá até a unidade socioeducativa para realizar os atendimentos aos adolescentes. Concomitantemente, casos que surjam fora do período previsto são avaliados conforme demanda. Ou ainda, estabelece-se um determinado número de vagas consultadas para os adolescentes do CENSE. Como pode ser exemplificado nesse fragmento de narrativa:

Os atendimentos da médica da unidade ESF são feitos na própria unidade socioeducativa, às quintas-feiras pela manhã. Nos demais dias da semana, caso seja necessário, os adolescentes são levados até a unidade de saúde para o atendimento. (TR1 – Curió, 2020)

Já outros locais, mantêm atendimentos de acordo com o surgimento da demanda, sem uma periodização ou número de vagas.

No que se refere aos atendimentos de nível de atenção especializada, como os CAPS, por exemplo, os profissionais indicam que os atendimentos se dão conforme demanda dos CENSE. Como ilustrado em:

(...) entramos em contato com o município, de acordo com a necessidade de algumas especialidades, psiquiátrica ou outro tipo de especialidade, para inserir ele na rotina. (TC1 – Antúrio, 2019)

Em geral, as especialidades aparecem como um fator que pode gerar maior dificuldade, no sentido de demora ou impossibilidade de se conseguir um atendimento. A especialidade mais evidenciada nas entrevistas é a de saúde mental.

Dentro da psiquiatria a gente tem realmente uma demanda frequente de avaliar essas adolescentes que estão cumprindo essas medidas no CENSE. (TR7 – Cacatua, 2021)

Atendimentos de situações de crise em saúde mental aparecem direcionados às Unidades de Pronto Atendimento (UPA), assim como outras situações de urgência e emergência. Em alguns casos de necessidade de medicação do adolescente também. Crises em saúde mental, também são direcionadas aos CAPS.

Os profissionais de um único município fizeram referência ao atendimento em serviço especializado de Infectologia, apontando uma proximidade no sentido da atenção à saúde do adolescente, tanto assistencial-curativo como de prevenção e educação em saúde.

Um dos grandes parceiros é o centro de orientação e apoio sorológico que cuida das IST's, hepatites...Os profissionais de lá, tanto médico, como enfermeiro, vêm constantemente fazer palestras, orientações, roda de conversa, com os adolescentes. (TC3 – Begônia, 2019)

No caso de atendimentos odontológicos, os profissionais de um dos municípios referiram que a unidade de saúde cede o espaço físico e insumos para que os adolescentes sejam atendidos por um profissional dentista vinculado à Secretaria de Justiça, responsável pelos CENSE.

A unidade de saúde também tem um consultório odontológico, onde são atendidos os adolescentes. A secretaria de justiça tem um profissional dentista e o município tem o consultório e materiais. A dinâmica com relação a consultas de rotina dos adolescentes, nessa unidade de saúde, depende da demanda deles (CENSE). (...) quando eles precisavam da assistência médica, a gente disponibilizava lá um número X de vagas por semana para eles, daí eles faziam o agendamento e levavam lá os adolescentes. (TR2 – Canário, 2020)

Em algumas entrevistas referentes a um mesmo município, ou até mesmo dentro de uma mesma entrevista, aparecem aspectos contraditórios com relação ao acesso aos serviços de saúde das redes de saúde. Apontando ora para uma facilidade de acesso ou ausência de barreiras, e ora para dificuldades de acesso, decorrente de poucas vagas de atendimento, seja por contingente profissional reduzido (tanto da unidade socioeducativa, quanto do serviço de saúde), seja por grande demanda, ou ainda por ambos os fatores.

Os relatos indicaram ações de vacinação e coleta de exames realizadas pelas equipes do município, conforme necessidade dos adolescentes. Testes RT-PCR (sigla para *Reação em Cadeia de Polimerase de Transcrição Reversa*, em português), por exemplo, vinham sendo realizados nas unidades socioeducativas, conforme demanda de casos suspeitos de COVID-19.

Ao chegarem aos CENSES os adolescentes passam por um protocolo de chegada para coleta de dados e histórico de saúde, feito pelos profissionais de saúde da unidade socioeducativa. Dentre os dados coletados estão presença de doença prévia, histórico familiar de doenças, ocorrência de transtorno mental, uso de medicamentos. Caso haja uso de medicação instituída, as prescrições são avaliadas, bem como a condição clínica do adolescente, para então dar continuidade à medicação. As avaliações e acompanhamento nesse sentido são periódicas. A situação vacinal é um dos pontos avaliados e acompanhados também, completando o esquema vacinal daqueles que necessitem. Testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis (IST's) também são realizados, podendo ser fornecidos pelos municípios, bem como seu acompanhamento de tratamento, caso necessário. Em relação aos serviços das redes de saúde, o início do atendimento no serviço também pressupõe o levantamento do histórico de saúde do adolescente (física e mental), assim como de história de vida (aspectos familiares, sociais, por exemplo). Levantamento esse feito junto à unidade socioeducativa, quanto ao adolescente e

sua família, assim como com outros serviços de saúde, quando o adolescente já era residente do município antes da internação.

Com relação ao fornecimento dos medicamentos, os profissionais de saúde das unidades socioeducativas ficam responsáveis por retirar os medicamentos na farmácia do município ou junto à profissional farmacêutica responsável. A dispensação é realizada individualmente destinada a cada adolescente, ficando armazenado nas unidades socioeducativas. Uma das profissionais afirma que os CENSE não contam com estoque de medicamentos no local, apenas os destinados especificamente a cada adolescente, a partir de prescrição médica.

(...) hoje veio um enfermeiro que cuida dos medicamentos dos meninos. Então, ele traz pra mim todas as prescrições, todos os cartões do SUS, a gente faz a dispensação, etiqueta os medicamentos, identifica pra cada interno o que é e ele leva pra lá. (TR3 – Gavião, 2021)

Ainda sobre os medicamentos, além do acesso a farmácia municipal, a unidade socioeducativa conta com o acesso ao elenco de medicamentos do estado.

Feita a prescrição nós adquirimos essa medicação no município, através da farmácia básica municipal. Se município não tem essa medicação, nós encaminhamos para farmácia do Estado, que vai fornecer essa medicação. (TC1 – Antúrio, 2019)

O processo de estabelecer fluxos de trabalho, padronizações, acordos, foi apontado em uma das falas como fator que possibilita o reconhecimento de papéis e responsabilidades, tanto dos profissionais, quanto dos equipamentos. Como podemos observar no relato seguinte:

Eu particularmente sou uma pessoa que prezo muito por padronizar fluxos de trabalho de uma forma que todo mundo consiga enxergar o seu papel e principalmente executar. (...) Acho que a articulação ela é importante, o diálogo é importante, a padronização é importante, porque daí todo mundo sabe o que tem que fazer e precisa ser feito. (TR3 – Gavião, 2021)

A própria PNAISARI, em algumas entrevistas, aparece muito ligada a esse processo, ao estabelecer critérios, metas, diretrizes, e mesmo nas reuniões intersetoriais, na elaboração e avaliação dos Planos Operacionais e Planos de Ação Socioeducativos. Assim, algumas dessas mediações aparecem a partir de execução

da PNAISARI e outras, de modo mais informal, entre as relações interpessoais profissional-profissional, ou serviço a serviço.

#### 4.1.2 Aspectos logísticos

O núcleo “Aspectos logísticos” apresenta elementos referentes à logística e às adaptações necessárias para os atendimentos externos, para a realização de atividades no interior da unidade socioeducativa – por outros serviços, setores ou grupos externos – bem como percepções dos profissionais com relação a isso.

Segundo as entrevistadas, nos casos em que os adolescentes são levados até os equipamentos de saúde, em geral, esses deslocamentos demandam logística e planejamento, considerando que é necessária uma equipe para acompanhar, assim como um meio de transporte disponível. A necessidade de uma equipe de segurança no processo foi apontada em algumas entrevistas. Nesse sentido, citou-se a preferência pelo atendimento no próprio CENSE, evitando deslocamentos e concentrando atendimentos nas próprias unidades socioeducativas.

Claro, quando eles têm o médico dentro do CENSE é muito melhor, porque para sair com o adolescente de lá tem toda uma lógica de segurança. (TR2 – Canário; 2020)

Os atendimentos externos geralmente são associados a crises, em sua maioria por saúde mental, mas também por outras urgências e emergências ditas clínicas, ou a situações clínicas que não possam ser manejadas dentro das unidades socioeducativas, por ausência de medicação ou inadequação estrutural-material para atender a demanda em questão.

Em relação à necessidade de veículo de transporte disponível para os deslocamentos, um dos municípios tinha fator facilitador nesse sentido, pois os equipamentos encontram-se muito próximos entre si, localizando-se em uma mesma quadra, fato que permite deslocamentos a pé, ou a poucas quadras de distância.

Outro aspecto importante destacado nesse núcleo é o fato de que os adolescentes vão aos atendimentos externos algemados, assim como com a já mencionada equipe de segurança. Fatos esses associados a mal-estares. Algumas entrevistadas apontam para a situação de constrangimento voltada aos adolescentes e nesse sentido ressaltam a necessidade de preservá-los. Devido a

isso muitas profissionais indicam a necessidade de priorizar esses atendimentos de saúde, no sentido de evitar esperas longas, buscar direcionar os adolescentes para sala de espera mais reservada, ou tentar o agendamento em horários de menor fluxo. Visando com essas alternativas, evitar que sejam expostos durante a estada no serviço de saúde.

A gente tem bastante cuidado na preservação da privacidade dessas meninas, então elas chegam algemadas, elas não ficam na recepção elas vão direto pra uma sala (...). (TR6 – Bem-te-vi, 2021)

Já outras entrevistadas apontam para um constrangimento externo, das demais pessoas que estejam no local.

(...) porque é constrangedor a gente chegar com esses meninos algemados na unidade. Aí tem todas aquelas senhorinhas e aqueles senhorzinhos sentados lá na recepção, esperando um tempão e a gente chega com o menino e vai direto no consultório. Então é desagradável para eles e para nós também porque ninguém quer tirar vez de ninguém. (TC2 – Calêndula, 2019)

Ao que se refere à execução de atividades no interior das unidades socioeducativas, por parte de equipes e serviços externos, as narrativas apontam para uma necessidade de restrição-limitação de materiais e pessoas, também justificada pela manutenção da segurança.

(...) a gente levou algumas pessoas. Claro, dentro das medidas de segurança que eles nos repassam. Alguns puderam participar, outros infelizmente não. (TR1 – Curió, 2020)

#### 4.1.3 Ações realizadas no âmbito da socioeducação e saúde

O núcleo “Ações realizadas no âmbito da socioeducação e saúde” refere-se às falas dos trabalhadores que apontaram ações de educação em saúde, algumas sobre ações intersetoriais educativas e culturais, assim como possibilidades de ações a serem articuladas a partir da desinternação.

As ações de educação em saúde quando ocorrem se dão, em geral, em um modelo tradicional de palestras feitas por profissionais dos serviços de saúde em conjunto com os profissionais de saúde do CENSE. Em alguns momentos, alguma

das partes pode propor ações individualmente também. Não há uma regularidade nessas ações. Foram citadas falas e atividades voltadas para orientações sobre o uso de medicamentos (adesão ao tratamento e automedicação), sobre saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, saúde nutricional e alimentar, saúde bucal. Em uma das entrevistas, citou-se o planejamento de ações junto ao Programa Saúde na Escola (PSE).

Uma das entrevistadas apontou um caso em que ocorreram ações distintas de acordo com o comportamento dos adolescentes. Adolescentes ditos de “melhor comportamento” receberam a ação como um “prêmio”, já para aqueles de comportamento mais “complicado” direcionou-se uma fala de maior “impacto” buscando uma mudança de conduta, no caso relacionado à adesão ao tratamento farmacológico e simulação de situações de saúde (algumas entrevistadas apontam que os adolescentes “simulam” situações de saúde para buscar sair da unidade socioeducativa). Conforme ilustrado em:

Uma vez eu me recordo que a gente fez uma fala, digamos assim, com os meninos mais bonzinhos, que tiveram um melhor comportamento. Então, foi como se eles tivessem recebido um prêmio, o dia da gente ir lá e conversar com eles. E a outra vez foi numa casa que já é um pouco mais complicada, que é justamente esses meninos que têm muitos problemas em relação ao tratamento, são um pouco mais resistentes, inclusive em termos de disciplina de comportamento, e que eles acabam as vezes forjando algumas situações pra sair lá do ambiente interno. (TR3 – Gavião, 2021)

Na contramão das atividades de educação em saúde mais tradicionais – formato palestra –, uma das entrevistadas conta sobre um projeto local do município, que se propõe a trabalhar aspectos de educação em saúde e projeto de vida de modo interativo com os adolescentes. Nele os próprios adolescentes tornam-se multiplicadores das ações de educação em saúde, a partir de capacitações prévias que prezam por metodologias dinâmicas e acompanhamento continuado. O projeto contava com no mínimo 4 oficinas de capacitação formativa dos adolescentes multiplicadores. Como desdobramento, realizou-se uma atividade junto aos adolescentes do CENSE, mediada pelos próprios adolescentes do projeto, trabalhando saúde sexual e reprodutiva.

(...) dois adolescentes que tinham mais desenvoltura pra conversar e estavam mais empoderados dos temas foram lá pra conversar. Foi sobre métodos contraceptivos, saúde sexual. (...) Eles fizeram perguntas que

talvez pra mim eles nunca fizessem. (...) Mas a gente só fez uma roda de conversa com eles (...). (TR2 – Canário, 2020)

Outro município também apresentou proposta de educação em saúde por meio de oficinas, contudo essas eram mediadas pelos próprios profissionais de saúde, abordando temas como: rede de apoio e relações humanas; aspectos emocionais; álcool e outras drogas; e projeto de vida.

As entrevistadas também citaram oficinas de escrita, elaboradas por profissionais voluntários ligados à literatura que mediam espaços de escritas para os adolescentes, gerando como produtos produções textuais dos próprios jovens. E em um dos municípios foi realizada atividade educativa sobre orientação de responsabilidade parental.

Uma das ações intersetoriais apresentadas por uma das entrevistadas foi organizada em formato de um festival que ocorreu envolvendo diferentes setores: saúde, socioeducação, assistência social. O formato se deu como um festival de música, em que os adolescentes se inscreviam para participar, como em uma competição, com jurados. A plateia contou com os profissionais envolvidos na organização da atividade e os demais adolescentes que optaram por não participar.

Nessa mesma entrevista, uma trabalhadora nos conta sobre as ações pós-desinternação, em que alguns adolescentes passam a fazer estágio em espaços da administração municipal. Isso ocorre conforme disponibilidade de vaga, interesse dos adolescentes, residência no município ou cidade próxima e articulação com a assistência social. Em geral, os adolescentes desenvolvem ações relativas a secretariado. Além disso, podem ser direcionados para cursos de aprendizagem e outras atividades de contraturno escolar.

Outra entrevista nos aponta uma dificuldade em articular múltiplos setores simultaneamente. Segundo ela a relação intersetorial saúde e socioeducação ocorre, mas no momento de buscar equipamentos referentes a outros setores, uma dificuldade se impõe.

Mas há uma dificuldade maior entre todos os equipamentos. Porque o CENSE não está sozinho. Tem a secretaria de saúde, tem CREAS, CRAS, assistência social, 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, mas acho que a gente conseguiu superar isso ficando mais próximo deles. (TR2 – Canário, 2020)

Uma das entrevistadas reflete sobre a necessidade de ações preventivas e do acompanhamento longitudinal preventivo às/aos adolescentes, no campo das ações sociais e comunitárias.

Mesmo trabalhando no setor terciário, eu sempre tento pensar nessa questão de prevenção, porque justamente por trabalhar no setor de atenção à crise quando chega uma coisa muito grave pra gente, geralmente a gente se questiona 'puxa olha o tanto que poderia ter sido feito antes disso acontecer'. E esse tanto que poderia ter sido feito, frequentemente passa pelos setores de assistência social, sabe? (...) O que eu sinto falta é de ações no sentido mais preventivo assim, nas comunidades sabe. (TR6 – Bem-te-vi, 2021)

#### 4.1.4 Sobre a PNAISARI

No que se refere ao núcleo “Sobre a PNAISARI” os profissionais falam sobre os processos de elaboração dos Planos Operativos Municipais, que envolvem reuniões com diferentes setores como assistência social, educação, justiça, para elaborar os planos de ação de acordo com o proposto nas diretrizes e objetivos da PNAISARI. Também falam dos espaços de reunião de avaliação dos planos estabelecidos.

Em algumas entrevistas, a PNAISARI é apontada como meio de garantir que os profissionais se mobilizem para pensar e garantir as ações em saúde para os adolescentes em conflito com a lei, assim como para garantir as relações intersetoriais. Aponta-se que há uma necessidade de haver um apontamento normativo-legal para que as ações sejam mobilizadas.

Penso que a PNAISARI é relativamente nova e veio para contribuir realmente. (...) Tem que ter uma política, tem que ter uma diretriz que chame atenção para que possa ser seguido. (...) agora a gente tem essa relação, faz o plano de ação junto, a gente acaba conversando mais (...).” (TR1 – Curió, 2020)

O começo da implementação das ações para habilitação da política sempre mostra um afastamento entre os serviços. Os profissionais referem dificuldade, desconhecimento das funções institucionais e profissionais em cada serviço, além das atividades, do funcionamento e a necessidade de ações de aproximações e sensibilização entre os envolvidos. Alguns profissionais dos serviços de saúde, por

exemplo, citam não compreender exatamente o papel do psicólogo no CENSE, geralmente associando-o com a necessidade de acompanhamento psicoterapêutico.

Alguns profissionais citam que no início de 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.

Eu acho que muitas vezes a gente acaba falhando nessa questão do conhecimento de como funciona. A gente acaba agindo muitas vezes pela intuição ou buscando caminhos, sem muitas vezes olhar o que dizem as portarias, as diretrizes, as legislações. Nós tivemos muita dificuldade pra fazer, porque como eu te falei, sabíamos fazer na prática, mas quando precisou colocar ali no papel e explicar e fazer fluxograma ficou complexo.” (TR3 – Gavião, 2021)

Nas entrevistas, ocorre que os profissionais ligados à gestão e coordenações dos serviços, sempre se mostram a par dos aspectos relacionados à PNAISARI, em relação a sua implementação, execução, planejamento. Contudo, alguns profissionais da assistência mostram-se distanciados do conhecimento da política, referindo que a desconhecem, ou que as ações a serem cumpridas já vêm direcionadas.

Sobre a PNAISARI, assim, vou ser bem sincera com você, é minha coordenação quem fez esse contato direto. Então, pra nós só chegou como uma questão de execução. (TR4 – Arara, 2021)

Por outro lado, as profissionais que demonstram conhecê-la, estando a par de seus conteúdos, reforçam a necessidade de maior disseminação dessas informações, tanto para profissionais de saúde quanto para sociedade em geral. Além disso, consideram a necessidade de treinamentos e capacitações nesse sentido.

E o desafio que eu vejo é que esse documento precisa ser extremamente socializado para a sociedade. Precisa ser conhecido, principalmente pelos trabalhadores da área da saúde. Então, assim, organizar capacitações dos profissionais, até mesmo profissionais lá das unidades básicas, antes mesmo que esse adolescente chegue ao CAPS. (...) Por que a capacitação é importante? Porque para que um documento tão importante como a política nacional do atendimento a esses adolescentes privados de liberdade seja operacionalizada é necessário todo esse conhecimento e essa articulação. E também investimento dentro da área dessa política

pública, principalmente de estados pros municípios (...). E pra colocar essa política em vigência mesmo, no caso de ter compreensão e reorganização desse cuidado da área da saúde do adolescente nos territórios. (TR5 – João-de-barro, 2021)

As trabalhadoras referem que a execução dos planos de ação, bem como sua avaliação, fica prejudicada com a pandemia de COVID-19, uma vez que boa parte das atividades não ocorreram durante o ano de 2020. Esse ainda, para algumas das entrevistadas, se coloca como o maior desafio a ser enfrentado nesse momento.

Algumas entrevistadas fizeram o apontamento de uma dificuldade com critério de avaliação das ações. Observaram que em alguns casos, as demandas surgidas em sua realidade estariam diferentes dos critérios que são avaliados como ações a serem executadas. Uma delas cita como exemplo o quantitativo de reuniões a serem realizadas, apontando que em alguns casos as reuniões podem acabar sendo repetitivas, podendo ser solucionadas de outro modo, como exemplo o uso do e-mail. E nesse caso, cita como exemplo, que poderia remanejar o tempo de reunião para ações de educação em saúde na unidade socioeducativa.

Então, talvez eu adaptaria, deixaria mais flexível para o município e para a unidade adaptar às suas necessidades. Porque já vem algumas coisas pré-determinadas, mas que talvez outros pontos seriam mais importantes trabalhar em determinado momento. Então, ver a sua realidade local e a realidade do município, acho que isso eu mudaria. A gente pode fazer isso, a gente tem essa potencialidade. Mas como temos alguns critérios a seguir, daí você acaba priorizando algo que deve ser seguido, e acaba deixando alguma coisa passar em branco.” (TR1 – Curió, 2020)

Uma entrevista aponta pouca devolutiva das avaliações realizadas, pontuando que, além de refletir sobre o quanto as perguntas avaliativas podem de fato traduzir a realidade local, sente que há pouco retorno para o município no sentido de oferta de apoio para avanço na execução da política e realização das ações.

(...) Essas avaliações, a meu ver, elas são com o intuito de ter algo ali no que avançou, mas acaba não tendo um retorno para o município, eu não vejo. (...) Então, ter uma forma mais próxima de avaliar esse processo, com o intuito de contribuir. (...)” (TR10 – Guará, 2021)

#### 4.1.5 Limitações estruturais da atenção à saúde do adolescente em conflito com a lei

O núcleo “Limitações estruturais da atenção à saúde do adolescente em conflito com a lei” refere-se a aspectos em situação deficitária, tanto em termos estruturais de redes e serviços, quanto de quantitativo de trabalhadoras(es) adequado ao necessário.

Como referido anteriormente no texto, a saúde mental aparece como a especialidade mais demandada. E muitas vezes, é citada como rede com incompletudes e grande demanda.

Aparecem aspectos como falta de equipamentos de saúde mental adequados em suas redes de saúde. Algumas entrevistas apontaram que seus municípios contavam apenas com CAPS para adultos, sem contar com equipamento específico para adolescentes. Outras referiram que não haviam CAPS em quantitativo adequado, considerando o número de habitantes do município. Apontaram para a necessidade de ampliação da RAPS para atender as necessidades de saúde existentes. Nesse sentido, algumas narrativas indicam a dificuldade de agendamentos, demora a se conseguir uma vaga e até mesmo a impossibilidade nesse sentido. Segundo as entrevistas, essa é uma realidade que vai além da própria demanda socioeducativa, uma vez que os municípios apresentam grande demanda de modo geral e dificuldade em atendê-la.

(...) ai gera aquela situação, que CAPS não tem agenda. Às vezes vai agendar um adolescente que tá precisando e são seis meses a um ano de espera. Uma fila de espera com atendimento que às vezes não é nem de um profissional especializado, acaba sendo de um clínico geral, porque psiquiatra lá fora tá difícil. (TC5 – Crisântemo, 2019)

Nesse aspecto estrutural e executivo, a ausência e necessidade de boa conexão de internet e bons computadores também foram apontadas, principalmente no atual contexto pandêmico.

O quantitativo de profissionais também aparece como um ponto crítico. As entrevistas indicam a necessidade de mais pessoal da saúde e nas unidades socioeducativas, apontando grande demanda em relação ao número de trabalhadores. Algumas entrevistadas apontam que concentrar atividades em um único profissional gera exaustão, assim como compromete a execução das

atividades. Há entrevistadas que citam especificamente a necessidade de mais enfermeiros compondo a equipe dos CENSE.

(...) Ao 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, 2021)

Por fim, um ponto importante citado constantemente nas entrevistas é a questão de investimentos de recursos financeiros, tanto para a implementação e execução da PNAISARI, quanto para estruturação adequada de redes e serviços de saúde, bem como para contratação de profissionais. Aponta-se em algumas entrevistas que há um movimento contrário, de precarização dos serviços e cortes de recursos financeiros ao longo dos anos.

(...) uma perda de investimento financeiro pro local e uma perda de recursos humanos. Então, são algumas pessoas que tem que dar conta do trabalho que continua sendo grande, sendo que isso já foi em número maior de pessoas, de funcionários. (TR7 – Cacatua, 2021)

## 4.2 PERCEPÇÕES SOBRE O ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI E SEUS DESDOBRAMENTOS EM RELAÇÃO AO CAMPO DA SAÚDE

Essa categoria reflete aspectos de como os profissionais de saúde e sociedade compreendem o fato de o adolescente privado de liberdade configurar-se enquanto sujeito de direitos, além de apresentar trechos referentes a estigmas e preconceitos, assim como demonstra que profissionais de saúde muitas vezes sentem-se limitados em suas ações frente à história de vida, ao contexto social do adolescente e às oportunidades que lhe são negadas.

### 4.2.1 Percepções do adolescente em conflito com a lei enquanto pessoa de direitos

O núcleo “Percepções do adolescente em conflito com a lei enquanto pessoa de direitos” apresenta elementos que se referem a estigmas e preconceitos atrelados aos adolescentes em conflito com a lei, bem como percepções de como os

profissionais de saúde e a sociedade em geral encaram os direitos desses adolescentes.

Em uma das entrevistas a profissional narra que alguns trabalhadores de saúde têm medo em atender o adolescente em conflito com a lei, seja recebendo o adolescente no serviço de saúde ou se deslocando até a unidade socioeducativa. Algumas das entrevistadas indicam que há um maior medo em receber o adolescente no serviço de saúde, devido à logística de segurança necessária, o uso de algemas nos pés e nas mãos, gerando tensão na equipe. Uma das entrevistas refere que houve casos de profissionais que se negaram a realizar os atendimentos aos adolescentes. Essa mesma entrevistada faz menção à possibilidade de algum evento pessoal do profissional que pode levar a esse receio no atendimento. As entrevistas referem ainda que a ação dos profissionais de saúde, muitas vezes, se dá de modo mecânico, no sentido da obrigatoriedade de execução de uma função.

Como já citado anteriormente, parece haver um constrangimento em levar o adolescente para o atendimento nos serviços de saúde, indicando que atendimentos internos nos CENSE seriam mais adequados. Em uma das entrevistas – trecho de TC2 Azaleia já citado acima – aponta-se um constrangimento da parte da profissional frente à situação. Refere, por exemplo, ao fato do atendimento agendado que permite que o adolescente vá direto ao consultório – devido às questões de logística e segurança abordadas anteriormente – é lido como um “tirar a vez” de quem está aguardando, quase como um privilégio, ao invés de um direito.

Um relato comum alude à questão de assumir o adolescente enquanto usuário dos serviços de saúde do município. Esse elemento aparece nas entrevistas como algo que em alguns momentos gera contradição. Relatam que há adolescentes que residem originalmente em outro município, fato que geraria questionamentos quanto a atendê-lo ou não nos serviços municipais de saúde.

Dentre as entrevistas, as profissionais afirmam que há uma visão estigmatizada do adolescente, envolta por preconceitos e culpabilização. Essa visão é partilhada entre alguns profissionais de saúde, assim como por membros da sociedade, segundo as entrevistadas. As narrativas sempre se referem a terceiros ao fazer essa leitura, nunca a si próprias.

A gente vive numa sociedade em que muitas vezes o próprio profissional de saúde lá da ponta carrega alguns valores morais, assim, onde ele acaba

estigmatizando esse adolescente em conflito com a lei." (TR5 – João-de-Barro, 2021)

Nem sempre esses preconceitos e estigmas parecem estar bem delimitados ou são abertamente falados. O preconceito existe, porém sem ser falado, ainda que ele norteie as ações. Nesse caso, aponta-se para indícios em comportamento e fala, por exemplo.

Mas a gente percebe, é mais assim, uma coisa mais subjetiva sabe? Que fica mais subliminar assim, não tão escancarada. Mas a gente percebe o preconceito em algumas pessoas. (...) Nos comentários, nos trejeitos. Às vezes as pessoas falam 'ah tem que ir lá atender aqueles adolescentes'. (TR9 – Sabiá, 2021)

Além disso, uma das entrevistadas narra um episódio em que foi questionada, em uma das reuniões de conselho de controle social, sobre o porquê do desenvolvimento de ações em saúde para adolescentes que estejam em medida socioeducativa. Segunda ela, devido ao não reconhecimento do direito à saúde da pessoa em conflito com a lei.

Uns tempos atrás, eu estava explicando o que íamos fazer com os adolescentes, o que era o adolescente em conflito com a lei, o que ele estava fazendo lá, porque que existia o CENSE, daí fui falando do cuidado, do consultório da odonto, e tudo mais. Daí no final 'ah, mas por que com eles ali? Por que então não é com os outros adolescentes, por que tem que ser com eles?'. Eu acho que quando as pessoas pensam no menor que está lá preso ou no adulto que está lá preso já pensam logo numa pessoa que não tem direito de nada mais, que tem que ficar lá de castigo, trancafiada, não tem que fazer nada mais (...). (TR2 – Canário, 2020)

O trecho acima se refere à visão de outros atores sociais que não estão vinculados aos atendimentos em saúde em específico, ou seja, pessoas da comunidade, de outras esferas da sociedade.

Em contraponto, as entrevistadas também mencionam que há profissionais que compreendem a importância da atenção à saúde do adolescente em conflito com a lei. Nesse mesmo sentido, apontam para a importância de reforçar o aspecto da ressocialização, do entendimento do adolescente em seus direitos, enquanto cidadão, e o quanto esses aspectos devem ser trabalhados junto aos profissionais de saúde, assim como entre a sociedade.

Uma das alternativas colocadas são capacitações com os profissionais de saúde para trabalhar os aspectos de medo e estigma, bem como da atenção integral

a saúde do adolescente em conflito com a lei e suas particularidades. Reforça-se o aspecto da (re)socialização, dos direitos do adolescente e da compreensão do contexto do ato infracional e do adolescente

(...) Quem é esse adolescente? Por que ele se encontra nessa posição? Por que ele cometeu um ato infracional? Será que realmente a solução é somente culpabilizá-lo por aquele determinado ato cometido? Ou será que existe uma questão muito maior que seria nós enquanto sociedade pensarmos como a gente vem educando de certa forma e que olhar que a gente tem pros nossos adolescentes pra que eles cheguem no caso a esse cometimento do ato infracional? (TR5 – João-de-Barro, 2021)

#### 4.2.2 Limitações da atenção à saúde

Outro núcleo presente nessa categoria é “Limitações da atenção à saúde” que se refere ao sentimento de alguns profissionais ao se depararem e/ou refletirem sobre as histórias de vida e aspectos sociais envolvidos ao pré e pós-internação na unidade socioeducativa.

As trabalhadoras narram que há fatores estruturais e sistêmicos que dizem respeito ao contexto social dos adolescentes, sob os quais afirmam não ter controle, percebendo sua capacidade de ação restrita às ações de saúde. Referem-se principalmente a vulnerabilidade socioeconômica, situações de violência, instabilidade ou ausência familiar. Citam-se também questões como a desigualdade social e a evasão escolar entre os adolescentes. Uma das entrevistadas aponta que nas oficinas que realiza, nota um grande número de adolescentes que interromperam os estudos antes da entrada nos CENSE. As trabalhadoras mencionam a percepção de limite em suas próprias capacidades de ação frente aos casos dos adolescentes.

Porque a gente não tem o poder de mudar a realidade de onde eles vieram, que bom que se a gente pudesse, mas a gente tem o poder no pouco tempo que ele vai ficar ali de trabalhar essas questões com eles. De projeto de vida, educação, escolaridade. (TR2 – Canário, 2020)

Uma das entrevistadas aponta que muitos profissionais de saúde não acreditam que os atendimentos de saúde venham a apresentar efeitos para os adolescentes no momento pós-internação, por exemplo. Ao falar sobre isso, toma como exemplo um caso em que em um dos atendimentos de saúde que realizava no interior da unidade com um adolescente prestes a receber alta, quando tomou

conhecimento de que o jovem acabara de perder sua mãe, que havia sido assassinada na frente de seu irmão. A trabalhadora se diz mobilizada com o relato de violência e afirma sentir que sua ação no momento perde o sentido, uma vez que sabe que o adolescente ao sair da internação e voltar para sua casa, encontrará uma realidade com conflitos de violência urbana e o luto da perda de sua mãe.

(...) um deles estava para ser liberado. (...) E nisso, ele teve a notícia de que mataram a mãe dele, na frente do irmão de 11 anos. (...) Daí eu penso: qual é a perspectiva dele quando sair dali? (...) às vezes você se sente inútil em meio a tanta coisa que teria que ser feita para isso ser diferente. Então, por isso que eu te falo da questão das oportunidades. O mundo, a sociedade, tudo junto, não favorecem para que eles saiam de lá e tenham uma oportunidade de melhora. E aquilo me pegou tanto assim e eu fiquei com um sentimento de impotência diante daquilo, dele falando aquilo e o sofrimento. (TR1 – Curió, 2020)

Uma trabalhadora, ao falar sobre quais seriam as possibilidades de articulação de atividades e estágios para o período pós-internação e transicional, referiu-se a falta de oportunidades oferecidas a esses adolescentes, podendo levar a uma falta de perspectiva no pós-internação, por exemplo. Na entrevista citada, a entrevistada conta que para alguns adolescentes é possível viabilizar estágios em serviços do município, atividades educacionais e culturais de contraturno escolar. Mas nem sempre isso é possível, nesse sentido aponta que muitas vezes, por conta dos aspectos sistêmicos-estruturais já citados muitos adolescentes podem reincidir no ato infracional.

Não sou especialista no assunto, mas penso que considere um menino que já tenha um histórico de ter uma desestrutura de vir de situações complicadas de vida, de família, de educação, de cultura, de tudo isso, e daí ele sai também sem muitas perspectivas, sem muitas oportunidades, muitos deles acabam voltando. (TR1 – Curió, 2020)

A saída da unidade socioeducativa é um fator de preocupação nas entrevistas. Algumas entrevistadas narram que há dificuldade na garantia da continuação do acompanhamento e assistência dos adolescentes após a desinternação, por exemplo, no caso de adolescentes de outros municípios, assim como do ponto de vista da assistência social. Há relatos da preocupação com local de moradia e renda após a desinternação, tal como, devido a vínculos familiares rompidos ou fragilizados, ou no caso de adolescentes que passarão a maioridade. Tais fatores de incerteza de renda, trabalho, moradia, vínculos familiares e sociais,

acarretam a preocupação também com a possibilidade da reincidência no ato infracional, ou crime no caso de adolescentes que atinjam a maioridade. Uma das trabalhadoras entrevistadas aponta que sente a necessidade de um acompanhamento contínuo antes e depois, sendo antes no sentido preventivo e depois no sentido de reinserção social, ambos em nível de assistência social e em saúde, no âmbito das comunidades.

#### 4.3 ASPECTOS DE SAÚDE DO ADOLESCENTE EM CONFLITO COM A LEI

Esta categoria aborda o que as entrevistas apresentaram sobre questões de saúde em geral e especificamente sobre saúde mental. Há um destaque para os aspectos de saúde mental nas narrativas, dando um enfoque maior a essas questões, em relação aos adolescentes em medida de internação.

##### 4.3.1 Aspectos de saúde mais percebidos

O núcleo “Aspectos de saúde mais percebidos” aborda os temas de saúde que os entrevistados apontaram como mais notados entre os adolescentes em medida socioeducativa de internação. Os entrevistados citam as doenças respiratórias e dermatológicas, em decorrência de estarem em ambientes fechados e pouco ventilados, facilitando esses tipos de agravos. Além disso, as Infecções Sexualmente Transmissíveis foram citadas, sendo identificadas no início da internação. Duas das entrevistas apontam a sífilis com maior destaque.

Todas as entrevistas trazem casos referentes à saúde mental como presentes, muitas delas como a questão de saúde que mais se destaca.

##### 4.3.2 Questões de Saúde Mental

Ao que se refere especificamente à “Questões de Saúde Mental”, os profissionais relatam que muitos adolescentes manifestam sofrimento psíquico e/ou algum transtorno mental. Em alguns casos prévios à internação e muitas vezes desenvolvendo durante o internamento.

O uso e abuso de substâncias psicoativas (SPAs), bem como sintomas de abstinência no início da internação foram relatados. Muitas entrevistas apontam

como bastante comum o uso de SPAs pelos adolescentes antes da internação. Uma delas aponta que boa parte dos adolescentes tem o ato infracional ligado ao tráfico de drogas.

(...) a grande maioria dos internos são dependentes químicos, estão ali geralmente por tráfico de drogas, grande parte deles tomam ansiolíticos, então a grande maioria deles precisa desse tratamento psicológico e psiquiátrico. (TR1 – Curió, 2020)

Os relatos também apontam casos de adolescentes com quadros de transtornos mentais prévios à internação. Outros apontam sofrimentos decorrentes da privação de liberdade (situação de isolamento), como: crises de ansiedade e transtornos de ansiedade, quadros e transtorno depressivo, insônia, ocorrência de ideação suicida e tentativa de suicídio. Citam-se também transtorno de conduta, sintomas psicóticos, casos de automutilação.

Um aspecto bastante mencionado nas entrevistas é que a condição do isolamento da internação é desencadeante de sofrimento psíquico. As condições de reclusão social, estar em ambiente estranho e fechado, junto a pessoas desconhecidas, muitas vezes sem atividades regulares e/ou constantes, colocam-se como aspectos geradores de sofrimento psíquico.

No sentido do manejo dos casos as ferramentas utilizadas tendem a ser o uso de psicotrópicos, os atendimentos psiquiátricos e em alguns casos acompanhamento pela psicologia dos CAPS. Mas nem sempre, todas essas alternativas estão disponíveis em todos os municípios. Muitos não dispõem de equipamentos RAPS e/ou profissionais que atendam a essa demanda, como descrito anteriormente no texto. Assim, o manejo mais comum é por meio de psicotrópicos, sendo seu uso apontado como bastante comum entre a maioria dos adolescentes. Além disso, as entrevistas apontam mais para manejo de situações de crises.

(...) do que vem pra nós em questão de tratamentos é a questão da saúde mental. Eu acredito que 90% deles façam uso de psicotrópicos (...). (TR3 – Gavião, 2021)

## 4.4 CUIDADOS NA PANDEMIA COVID-19

### 4.4.1 As relações entre os serviços de saúde e unidades socioeducativas na pandemia da COVID-19

A categoria composta pelo núcleo “As relações entre os serviços de saúde e unidades socioeducativas na pandemia da COVID-19” aponta para os desdobramentos gerados a partir da condição pandêmica.

As entrevistadas narraram as mudanças e dificuldades durante o período da pandemia. Muitos adolescentes foram liberados para suas casas, diminuindo a população dos CENSE, visando evitar contaminações propícias em ambiente fechados.

Uma das entrevistadas referiu que houve registro de surto de casos de COVID-19 na unidade socioeducativa do município. Sendo realizado testagem em todos os profissionais e adolescentes da unidade, bem como os isolamentos dos casos positivos também. Uma das entrevistadas comenta que muitos adolescentes estavam relatando menos seus sintomas, principalmente quando respiratórios, buscando evitar a possibilidade de ficar em isolamento.

Em todas as entrevistas, narra-se que as atividades internas foram interrompidas, ações de educação em saúde cessaram, todas as ações que incorressem em movimentação de pessoas entre o ambiente interno e externo. Atividades em grupo foram absolutamente suspensas. Indicando que as interações coletivas ficaram impossibilitadas, limitando mais as possibilidades de ações de cunho de ressocialização e lazer. Os planos de ação dos municípios não puderam ser executados, em sua maioria, algumas entrevistas apontando que as avaliações dos planos, portanto, estavam pendentes.

Em determinado momento da pandemia, consultas nos CAPS, por exemplo, quando se tratava de primeira consulta, voltaram a ocorrer pessoalmente. No mais, os atendimentos se mantiveram por via remota. Já em 2021, de acordo com a realidade local do município, atividades individuais (consultas, por exemplo), em alguns casos poderiam ser retomadas. Um único município cuja unidade socioeducativa conta com baixo número de internos – 4 adolescentes, durante a pandemia – havia conseguido retomar atividade de pequeno grupo com os adolescentes, devido ao manejo com um menor número de jovens. As demais em

sua maioria não tinham previsão de retomada de atividades previstas em seus planos de ação, que envolvem atividades coletivas de educação em saúde e idas às unidades socioeducativas, por exemplo.

Em um dos municípios uma das alternativas encontradas foi disponibilizar aulas gravadas, que integram o projeto de educação em saúde do município, também para os adolescentes do CENSE. Já em outro, houve a possibilidade da realização de *lives* (falas transmitidas ao vivo) para os adolescentes internos das unidades, como atividade de educação em saúde sobre o tema saúde bucal. Contudo, a própria entrevistada refere limites estruturais como boa conexão de internet e computadores adequados, que nem todos os equipamentos de saúde dispõem. Essa mesma dificuldade foi apontada em entrevistas de outros municípios.

Para algumas entrevistadas, esse se apresenta como o maior desafio do momento, considerando as incertezas do desenrolar da pandemia e, portanto, da retomada ou recuo nas atividades. Entrevistadas relatam que há um prejuízo no sentido da descontinuidade dessas atividades por um longo período. Além disso, de descontinuidade de atividades coletivas que possam desenvolver grupalidade e socialização.

## 5 DISCUSSÃO

Para a elaboração da discussão, apresento aqui artigo científico “*Quem tem agenda para os adolescentes em conflito com a lei?*” *Interfaces entre Saúde e Socioeducação*, cujo foco deu-se em torno da categoria “Aspectos operacionais entre saúde e socioeducação: processos de trabalho, estrutura e limitações”, principal categoria relacionada ao objeto de estudo do trabalho.

### **“Quem tem agenda para os adolescentes em conflito com a lei?” Interfaces entre Saúde e Socioeducação**

**RESUMO:** A socioeducação trata de proposta educacional e de (re)socialização do jovem em conflito com a lei. A ele garante-se o direito à atenção integral à saúde, através Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os níveis de atenção. O objetivo deste trabalho é investigar como se dá a relação entre os serviços de saúde e as unidades socioeducativas no estado do Paraná na perspectiva de trabalhadoras (es) e gestoras (es) dos serviços. Trata-se de pesquisa qualitativa de cunho exploratório, com entrevistas semi-estruturadas. Foram realizadas 16 entrevistas em 5 municípios do estado, todas gravadas e posteriormente transcritas, preservando o sigilo das participantes. Para a análise partiu-se de uma postura hermenêutica (FONSECA, 2009). Foram identificados categorias e núcleos argumentais a partir das unidades de sentido nos textos. A categoria *Aspectos operacionais entre saúde e socioeducação: processos de trabalho, estrutura e limitações*, agrupou 5 núcleos: *Relações entre os serviços para atenção à saúde do adolescente e unidades socioeducativas; Aspectos logísticos; Ações realizadas no âmbito da socioeducação e saúde; Sobre a PNAISARI; Limitações estruturais da atenção à saúde o adolescente em conflito com a lei*. Observou-se a atenção básica em distanciamento da articulação do cuidado em saúde, sendo a saúde mental o principal campo demandando e foco do cuidado. As ações em saúde voltam-se mais à unidade socioeducativa, assim como os aspectos de segurança norteiam o andamento das ações. Faltas estruturais nas redes de saúde e questões de estigma em relação aos adolescentes também foram identificadas.

**Palavras-chave:** Saúde do Adolescente Institucionalizado; Privação de liberdade; Serviços de Saúde; Adolescente em conflito com a lei; Rede Prestadora de Serviços de Saúde

### **Introdução**

A assistência à criança e ao adolescente foi se modificando ao decorrer da história. Políticas de seguridade social, de assistência à saúde, bem como a

compreensão jurídica do adolescente enquanto sujeito de direitos são constructos recentes historicamente, junto aos processos e movimentos de redemocratização.

A socioeducação, assim como o Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, se constrói entre a passagem dos anos 1980 para 1990, no processo de elaboração da Constituição Federal. Com base no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual tomou como diretriz a Doutrina de Proteção Integral da Infância e da Juventude, concepção incorporada a partir da Convenção Internacional dos Direitos da Criança de 1989 das Nações Unidas (MELLA et al., 2015; PEREZ e PASSONE, 2010).

Trata-se de uma proposta de substituição ao modelo punitivo e coercitivo por uma via educacional e de socialização ou ressocialização do jovem em conflito com a lei (ARÊAS NETO et al., 2017; MELLA et al., 2015;). Nesse campo, as medidas socioeducativas correlacionam-se ao ato infracional (conduta considerada crime ou contravenção penal), sendo a medida de internação – privação de liberdade – prevista em casos de grave ameaça ou violência à pessoa, ou como a última medida de escolha, após todas as outras terem sido consideradas e/ou executadas (BRASIL, 1990).

No que tange ao direito à saúde, o ECA e a legislação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), assim como outros dispositivos legais e normativos, atestam sua legitimidade. Nesse sentido, o acesso integral às linhas de cuidado de atenção integral à saúde da criança e do adolescente, através SUS, está previsto como direito do adolescente em medida socioeducativa, considerando todos os níveis de atenção à saúde, sejam eles de promoção, proteção, prevenção e de recuperação da saúde, conforme princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2012, 1990).

A viabilização executiva de tais prerrogativas se dá por meio de políticas públicas sociais, que compreendam todas as etapas de vida e necessidades dos sujeitos e coletividades, uma vez que estabelecem diretrizes e princípios na área a qual se referem, direcionando ações e buscando um alinhamento político e executivo. Nesse sentido, no campo da saúde do adolescente em medida socioeducativa de internação temos a 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. (BRASIL, 2017b, 2017c).

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 (MENDES, 2011; BRASIL, 2010). Assim, além de compreender as ações e equipes de saúde internas às unidades socioeducativas, estão contempladas ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em conflito com a lei no acesso universal e integral a Rede de Atenção à Saúde. Nesse aspecto, observando-se também o princípio da incompletude institucional e da reinserção social, bem como prevendo a permeabilidade das instituições socioeducativas à comunidade e ao controle social (PERMINIO et al. 2018; BRASIL 2017b, 2012).

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, questionando-se sobre qual é a relação estabelecida entre os serviços de saúde e as unidades socioeducativas e como a rede de saúde se coloca na relação com essas unidades, 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 trabalhadoras (es) e gestoras (es) dos serviços.

## **Metodologia**

O presente artigo é um dos produtos de dissertação de mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR), recorte de projeto de pesquisa que estuda práticas e manejos em saúde no âmbito das unidades socioeducativas do estado do Paraná e das relações das unidades socioeducativas e serviços de saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa de cunho exploratório.

## **O Campo**

O Sistema Socioeducativo no estado do Paraná é gerido pelo Departamento de Atendimento Socioeducativo (DEASE), vinculado à Secretaria de Justiça, Família e Trabalho (SEJUF), anteriormente denominada Secretaria de Justiça, Trabalho e Direitos Humanos. A divisão no estado se dá em 3 regiões administrativas (1, 2 e 3), nas quais organizam-se e distribuem-se as unidades socioeducativas, sendo ao todo 19 unidades no estado, em 16 municípios do estado (PARANÁ, 2018, 2017). A escolha e delimitação do campo de estudo definiu municípios com unidades socioeducativas das 3 regiões do estado, sendo essas de grande e de pequeno porte. Os municípios escolhidos foram: Curitiba, Fazenda Rio Grande, Londrina, Pato Branco e Laranjeiras do Sul, totalizando-se 5 municípios. A escolha de tais municípios se justifica pela necessidade de contemplar as 3 regiões administrativas citadas, bem como unidades socioeducativas de grande e de pequena capacidade, permitindo explorar diferenças entre distintas estruturas institucionais e municípios de diferentes portes.

## **Participantes de pesquisa e a coleta de dados**

Os (as) participantes do estudo compreendem trabalhadores(as) da saúde que atuam nas unidades socioeducativas, nos serviços de saúde e que estejam vinculados aos cuidados em saúde dos (as) adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação ou na coordenação e/ou gestão desse processo.

A estratégia traçada era de ao menos 2 entrevistas por município, considerando 1 profissional gestor/coordenador e 1 profissional da assistência direta ao jovem. Em alguns municípios obteve-se tal quadro, em outros se obteve participantes acima e abaixo do previsto inicialmente. Cabe destacar que o foco principal na pesquisa qualitativa não se dá em torno do quantitativo, mas sim do conteúdo e profundidade dos dados coletados, que esteja de acordo com o objetivo almejado e com adequado método de análise, sendo a estratégia numérica inicial uma forma orientadora do planejamento.

O recrutamento de participantes deu-se a partir dos contatos com as pastas responsáveis pela coordenação da atenção à saúde dos adolescentes em medida

socioeducativa de internação. A partir daí identificavam-se participantes-chaves que estivessem diretamente relacionados a essa articulação do cuidado e assistência à saúde. Assim, direcionava-se o convite aos e-mails dos contatos e aqueles que concordassem com o convite eram incluídos como participantes de pesquisa. Sendo critério de inclusão estar vinculado como trabalhador de saúde da unidade socioeducativa ou dos serviços de saúde.

Foram realizadas 16 entrevistas, sendo: 6 com trabalhadores de saúde vinculados às unidades socioeducativas (coletadas de maio a dezembro de 2019) e 10 com trabalhadoras (es) de saúde e gestoras (es) dos serviços ou departamentos ligados a atenção à saúde dos (as) adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação (coletadas de dezembro de 2020 a junho de 2021) de cada um dos 5 municípios considerados.

As entrevistas contaram com perguntas norteadoras abertas, buscando abordar os temas de modo livre e em extensão. Podendo-se direcionar perguntas de apoio para aprofundar mais elementos para a compreensão, considerando as perguntas iniciais e os temas e tópicos iniciais.

As perguntas buscaram explorar a forma de organização das relações entre as unidades socioeducativas e serviços 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, para delinear o roteiro de entrevista, como eixos de promoção e prevenção; ações de assistência e reabilitação (BRASIL, 2017b, 2012). Em seguida, procurando evitar direcionamento de respostas e tornar o roteiro ampliado para resultados mais aprofundadas, as questões foram reestruturadas em perguntas disparadoras. Cada entrevista teve duração de 25 a 50 minutos.

As entrevistas com os trabalhadores de saúde das unidades socioeducativas foram realizadas presencialmente nos mesmos locais. Contudo, considerando o período de pandemia da COVID-19 e suas restrições de distanciamento social, todos os procedimentos de pesquisa com os profissionais das redes de saúde municipais foram realizados de modo remoto. Assim, as entrevistas foram realizadas via plataforma de chamada de vídeo online. O material foi gravado para transcrição do conteúdo e posterior análise.

## **A Análise**

Na sequência, as transcrições de entrevistas foram organizadas em narrativas, ou seja, organizadas 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 (FONSECA, 2009). A narrativa enquanto discurso do participante, de modo organizado foi construída retirando 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 (ONOCKO CAMPOS e FURTADO, 2008).

Assim, a partir de leituras sucessivas, tanto inicialmente das transcrições, como sequencialmente das narrativas, buscou-se extrair os sentidos e significações emergidos dos relatos, organizando então uma grade de análise com núcleos argumentais. Narrativas e núcleos argumentais passaram por validação de outro pesquisador integrante do grupo de pesquisa. Após essa validação, os núcleos argumentais puderam ser agrupados em categorias de significações. Assim, a narrativa, bem como os núcleos argumentais e categorias de significações, colocaram-se como mediação da compreensão do texto, como nos propõe a abordagem hermenêutica (Fonseca, 2009).

Todo o material foi organizado por códigos, visando preservar o sigilo e a identidade dos participantes. Assim, cada narrativa foi atrelada a uma identificação da letra “T” correspondente a trabalhador, e a ela complementou-se com a letra “C” para os trabalhadores dos 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 (QUADRO 1), sendo 6 realizadas com profissionais de saúde vinculados aos CENSE e 10 com as profissionais dos serviços de saúde municipais: Curitiba, Fazenda Rio Grande, Laranjeiras do Sul, Pato Branco e Londrina.

Dentre as esferas de atuação dessas profissionais: coordenação de departamento responsável pela saúde do adolescente; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – equipes e coordenação; outra profissional de apoio à atenção primária (em equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB) (QUADRO 2). Os departamentos responsáveis pela saúde do adolescente eram distintos nos municípios, alguns estavam sob responsabilidade do Departamento/Secretaria de Atenção Básica, outros sob departamentos/secretarias que contemplavam Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente.

Nos serviços de saúde municipais, não se obteve participantes diretos da atenção básica, bem como de pontos de atenção de urgência e emergência, alta complexidade e de outras especialidades que não fossem a saúde mental.

Uma das categorias emergentes na análise, e que será aqui trabalhada, foi “*Aspectos operacionais entre saúde e socioeducação: processos de trabalho, estrutura e limitações*”, tema central referente ao objeto da pesquisa. Trata dos modos de organização e operacionalização dos trabalhos entre os setores. Sendo assim, compreende processos e fluxos de trabalho, atividades realizadas, aspectos logísticos, limitações encontradas e aspectos relacionados à Política Nacional de Atenção Integral ao Adolescente em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) e aos planos operativos locais.

Nessa categoria, agrupam-se 5 núcleos: *Relações entre os serviços para atenção à saúde do adolescente e unidades socioeducativas; Aspectos logísticos; Ações realizadas no âmbito da socioeducação e saúde; Sobre a PNAISARI; Limitações estruturais da atenção à saúde o adolescente em conflito com a lei* – apresentados no QUADRO 3.

QUADRO 1 – ENTREVISTAS POR MUNICÍPIO E CATEGORIAS PROFISSIONAIS

Categorias profissionais	Municípios				
	Laranjeiras do Sul	Fazenda Rio Grande	Curitiba	Pato Branco	Londrina
Enfermagem (técnicas e enfermeiras)	2	2	2	2	1
Médicas		1	1		1
Assistente social			1	1	
Psicóloga			1		
Farmacêutica	1				
<b>Total</b>	3	3	5	3	2

Fonte: Os autores (2021).

QUADRO 2 – ENTREVISTADO POR LOCAL DE ATUAÇÃO NO SETOR SAÚDE

Categorias profissionais	CAPS		NASF	Departamento/Secretaria de Gestão
	Assistência	Coordenação		
Enfermagem (técnicas e enfermeiras)		1		4
Médica	1			
Assistente social	2			
Psicóloga	1			
Farmacêutica			1	
<b>Total</b>	4	1	1	4

Fonte: Os autores (2021).

QUADRO 3 – CATEGORIA E NÚCLEOS ARGUMENTAIS

Categoria	Núcleos argumentais
Aspectos operacionais entre saúde e socioeducação: processos de trabalho, estrutura e limitações	Relações entre os serviços para atenção à saúde do adolescente e unidades socioeducativas
	Aspectos logísticos
	Ações realizadas no âmbito da socioeducação e saúde
	Sobre a PNAISARI
	Limitações estruturais da atenção à saúde o adolescente em conflito com a lei

Fonte: Os autores (2021)

## **Relações entre os serviços para atenção à saúde do adolescente e unidades socioeducativas**

Este núcleo contempla como as trabalhadoras se referem à como as unidades socioeducativas e esferas de saúde atendem às demandas de atenção à saúde dos adolescentes. Elementos referentes à organização interna de cada equipamento e acordos entre os serviços.

A comunicação com profissionais da saúde de dentro dos CENSE é citada como facilitadora para os profissionais da rede. Unidades socioeducativas que contam com o profissional médico tendem 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)<sup>6</sup>

Nas entrevistas, cita-se que as unidades socioeducativas possuem uma Unidade de Saúde de referência, ou seja, a responsável sanitária a partir de determinada área territorial. A frequência citada em que os atendimentos dos adolescentes ocorriam variou entre os locais, podendo haver datas estabelecidas, priorização de vagas na agenda ou atendimento conforme demanda.

Contudo, no processo de recrutamento não conseguimos respondentes de pesquisa diretamente da atenção básica, pois não houve retorno dos convites de participação, o que se coloca como uma limitação do estudo. Importante pontuar que a coleta de dados se deu em meio à pandemia de COVID-19, fato que exigiu reordenamento dos serviços e pode ter impactado neste resultado também. Em sua maioria, os participantes ligavam-se a esferas de coordenação e aos serviços de saúde mental.

Uma das entrevistadas era de equipe matricial (NASF-AB) e outra de equipe técnica de esfera de gestão da atenção básica, sendo assim não sendo diretamente das equipes de unidades de saúde. Assim, a atenção básica aparece a partir do relato das entrevistadas de outros espaços institucionais. Ora como apoio, ator de

---

<sup>6</sup> Todos os trechos citados nesse tópico da Dissertação são resultado das entrevistas realizadas e estão sob o código explicitado na descrição do método desse artigo.

fácil comunicação, ora como ausente nas atividades de prevenção ou em outros elementos da atenção integral.

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)

Uma das profissionais, que havia trabalhado anteriormente em equipe de NASF-AB, refere que não havia um contato direto com os adolescentes, mantendo-se no nível de planejamento das atividades. Assim como a profissional do NASF-AB entrevistada, apontou que sua ação se dava 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.

Assim sendo, a partir de tais resultados da pesquisa toma-se como indicativo a hipótese de que a atenção básica tende a estar em certo distanciamento das unidades socioeducativas. Observou-se movimento semelhante no estudo de Ribeiro e colaboradores (2018).

Importante notar tal achado, pois se trata de um contraponto, uma vez que a atenção básica é principal porta de entrada no escopo organizativo do sistema de saúde e suas redes de atenção, sendo, portanto a ela atribuída a articulação e coordenação do cuidado em saúde, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017d), além dos princípios e diretrizes das Redes de Atenção à Saúde e a PNAISARI (SOUSA et al., 2019; BRASIL, 2010; MENDES, 2011; BRASIL, 2017b;).

Sua lógica organizativa se dá pela territorialização que parte das características de formação de cada território e de sua população, buscando criação de vínculos e cuidado longitudinal em saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012). Assim, a atenção básica é o nível de atenção diretamente ligado e imbricado nos territórios, nas redes sociais comunitárias, sendo essa sua principal característica, e estando próxima dos processos cotidianos de determinação social das doenças.

A Saúde da Família, em especial, tem proposta de vinculação e atendimento longitudinal intensificada, sendo sua capacidade resolutive das questões de saúde amplamente conhecida, assim como sua efetividade de gestão no campo dos sistemas e redes de saúde. (SOUSA et al., 2019; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Assim, por seus atributos, a atenção básica é a mais indicada para coordenar o cuidado, estando diretamente ligada a integração e articulação nos serviços das redes assistenciais em saúde (ALMEIDA et al., 2010), pressuposto para a garantia da continuidade dos cuidados voltados a um objetivo e projeto terapêutico comum, atuando no sentido de garantir o princípio da integralidade na atenção à saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012; ALMEIDA et al., 2010).

Algumas entrevistas citam que inicialmente havia uma dificuldade em compreender a demanda da assistência do adolescente em conflito com a lei enquanto competência municipal, e em alguns momentos pode-se observar elementos na fala das entrevistadas que parecem apresentar resquícios dessa compreensão atualmente. Tal movimento é observado por outras autoras e estudos (RIBEIRO et al., 2018). Assim, o campo da saúde parece por vezes não reconhecer a unidade socioeducativa enquanto pertencente ao território.

Por outro lado, um paralelo possível de ser traçado, no contexto de pesquisa, se dá pela própria situação conjuntural da atenção básica, por exemplo, em termos reordenação de gestão e repasse financeiros, mudanças nas configurações e carga-horária das equipes, e despriorização da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (GEREMIA, 2020; GIOVANELLA et al., 2020; MELO et al., 2018). Mudanças decorrentes da mais recente PNAB e seus instrumentos normativos que reforçam características e aplicabilidade de um sistema residual e assistencialista, mais propenso a ações curativas e de controle de riscos individuais (GEREMIA, 2020; GIOVANELLA et al., 2020).

Nesse sentido, dificulta-se a lógica do cuidado integral e coordenado de atenção à saúde, pautada pela determinação social do processo saúde-doença e na clínica ampliada, prioritárias na ESF (GIOVANELLA et al., 2020). Pode-se também considerar como causalidade dessa constatação de pesquisa a existência de uma sobrecarga desse nível de atenção, tal como quando a perspectiva de gestão se dá por uma lógica mercadológica de produtividade – procedimentos – ou quando se aumentam ações de responsabilidades de trabalhadores em específico e diminui-se em quantitativo dos mesmos, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (MELO et al., 2018; GARRIDO-PINZÓN e BERNARDO, 2017). Tal fato acarreta uma dificuldade concreta de executar adequadamente todas as ações previstas para a

atenção integral à saúde, portanto abre margens para lacunas assistenciais (GARRIDO-PINZÓN e BERNARDO, 2017).

A não-consolidação dos serviços em redes de saúde universais e a segmentação da proteção social na atenção básica foram observadas também em outros países latino-americanos, ligados aos mecanismos de transferências financeiras e aos modelos assistenciais escolhidos, com seguros com carteiras seletivas de serviços (GIOVANELLA e ALMEIDA, 2017).

Já os atendimentos na atenção especializada se dão conforme demanda e as entrevistas indicam uma maior dificuldade em consegui-los, no sentido de demora ou impossibilidade de vaga durante o tempo de internação. Nas entrevistas de um dos municípios cita-se consórcio de saúde, o qual disponibiliza serviço ambulatorial, com atendimentos de médicos psiquiatras.

A Saúde Mental é a especialidade evidenciada como mais demandada no que tange a saúde. Nesse sentido, estando os serviços de saúde mental figurando constantemente na relação de atenção à saúde em conjunto com os trabalhadores de saúde das unidades socioeducativas e sendo um dos participantes de pesquisa mais presentes.

Uma reflexão nesse sentido é a de que entender o enfoque do cuidado de tal perspectiva implica em partir da lógica de uma determinada especialidade (BRASIL, 2011; MENDES, 2011), o que implica em uma população adstrita maior, a uma maior área territorial e apresenta outras atribuições e características, em relação comparativa a atenção básica. Ainda que os serviços de atenção psicossocial, a partir dos princípios da reforma psiquiátrica, também tenham como premissa da organização do processo de trabalho, o cuidado territorial e comunitário (AMARANTE, 1995). Um ponto a ser considerado na reflexão é que uma maior demanda de um ponto de atenção das redes e uma ausência em outro ponto pode nos dizer também que determinados serviços estejam respondendo a uma demanda além de seu escopo.

O campo da saúde mental historicamente teve suas práticas relacionadas ao cerceamento da liberdade (AMARANTE, 1995), passando pelos movimentos de reforma psiquiátrica a se configurar de modo distinto, porém ainda carregando nos ideários socioculturais aspectos de exclusão e estigma, de ajuste e controle de sujeitos violentos e fora da norma. De tal modo, uma hipótese é que a focalização social do adolescente no campo da saúde mental pode nos dizer de um estigma ao

qual o jovem possa estar ligado – desajuste à norma social, a ideia do dito “perigo em potencial” (ASQUIDAMINI et al., 2015; MARTINS et al., 2014) –, como também pode indicar para a ideia do manejo no isolamento, a partir dos estigmas de exclusão ainda associados ao campo. Os campos da saúde mental e do ato infracional são perpassados pela ideia do rompimento com uma moral social e/ou com uma normatividade estabelecida socialmente, e para a qual se entende que é preciso reajustar-se, reestabelecer-se (VILARINS, 2014). Assim sendo, há uma lógica comum de buscar voltar-se ao comportamento considerado adequado, normal, socialmente esperado. Nos casos em que se atravessam as questões de saúde mental e o ato infracional, por exemplo, quando há o uso ou abuso e/ou tráfico de drogas, coloca-se o adolescente em posição de duplo rompimento com a moral social (ASQUIDAMINI et al., 2015).

No aspecto saúde mental, outra hipótese colocada é que uma maior demanda e relação com esse campo pode sinalizar uma compreensão medicalizadora e patologizante desses adolescentes e de seu comportamento. Em seu estudo Vilarins (2014) 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. O tratamento associado refere-se ao uso de medicação psicotrópica.

A patologização e medicalização do adolescente em medida socioeducativa coloca enfoque causal às questões pela perspectiva dos aspectos fisiológicos da faixa etária (RIBEIRO et al., 2019). Sob esse viés, coloca-se de lado a compreensão de sua complexidade estruturada socioculturalmente e leva ao apagamento de sua historicidade e contexto (RIBEIRO et al., 2019; ASQUIDAMINI et al., 2015; VILARINS, 2014), no qual se desenvolveu e vem se desenvolvendo.

Portanto, nessa hipótese, teríamos implicada a lógica do controle biomédico, em detrimento dos aspectos sociais causais da questão, majoritariamente privativo de direitos sociais. Desse modo, incorre-se mais facilmente em uma culpabilização individual ou particular – das famílias, por exemplo – e são estabelecidos mecanismos de controle do corpo, tanto para se adaptar a lógica da instituição de privação de liberdade quanto para retornar a lógica social e a sua moral – a dizer a lógica da sociedade capitalista de exploração da força de trabalho.

Assim, alguns autores apontam uma tendência de que de tal modo passam a operar lógicas permeadas pelo punitivismo e de viés manicomial, bem como de centralização da assistência no espaço de reclusão (ASQUIDAMINI et al., 2015).

Outro resultado obtido nas entrevistas aponta para atendimentos de situações de crise em saúde mental direcionados às Unidades de Pronto Atendimento (UPA), assim como outras situações de urgência e emergência. Em alguns casos de necessidade de medicação do adolescente também. Crises em saúde mental também podem ser direcionadas aos CAPS. Os profissionais de um único município citaram atendimentos realizados no serviço especializado de Infectologia, apontando uma proximidade no sentido tanto assistencial-curativo como de prevenção e educação em saúde em relação a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's).

Em algumas entrevistas referentes a um mesmo município, ou até mesmo dentro de uma mesma entrevista, aparecem aspectos contraditórios com relação ao acesso à rede de saúde e/ou serviços de saúde externos. Apontando ora para uma facilidade de acesso, e ora para dificuldades de acesso, decorrente de poucas vagas de atendimento, seja por contingente de trabalhadores reduzido (tanto da unidade socioeducativa, quanto do serviço de saúde), seja por grande demanda, ou ainda por ambos os fatores.

Os relatos indicaram ações de vacinação e coleta de exames realizadas pelas equipes do município, conforme necessidade dos adolescentes. Testes RT-PCR (sigla para Reação em Cadeia de Polimerase de Transcrição Reversa, em português), por exemplo, vinham sendo realizados conforme demanda de casos suspeitos de COVID-19. Segundo as entrevistas, a chegada do adolescente no serviço, seja na unidade socioeducativa ou no serviço de saúde, envolve a coleta de dados de histórico de saúde, como doença pré-existente, histórico familiar de doenças, ocorrência de transtorno mental, uso de medicamentos, situação vacinal. Quando necessário, completa-se o esquema vacinal daqueles que necessitem. Testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis (IST's) também são realizados, podendo ser fornecidos pelos municípios, bem como o acompanhamento de seu tratamento.

## Aspectos logísticos

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, a necessidade de uma equipe de segurança no processo foi apontada como fator que dificulta os deslocamentos para os atendimentos externos. Sendo assim, cita-se a preferência pelo atendimento no próprio CENSE, evitando deslocamentos e concentrando atendimentos nas próprias unidades socioeducativas. Assim, observou-se uma tendência a centralizar o atendimento na unidade socioeducativa

Como apontado no núcleo anterior, os atendimentos que demandam saída da unidade socioeducativa geralmente são associados a crises, urgências e emergências. Ou ainda, situações clínicas que não possam ser manejadas dentro das unidades socioeducativas, por ausência de medicação ou inadequação estrutural-material. Ou seja, são pontuais, específicos, delimitados e rápidos.

Tais aspectos discutidos até aqui implicam em um distanciamento prático do território, portanto maior centramento da atenção à saúde desse adolescente nas próprias unidades socioeducativas. Desdobra-se em uma atenção à saúde mais focada na assistência, em ações curativas de questões agudas, do que em uma atenção integral que implique em promoção e prevenção à saúde – ficando essas últimas em menor destaque no contexto do estudo.

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 reservadas, 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.

A gente tem bastante cuidado na preservação da privacidade dessas meninas, então elas chegam algemadas, elas não ficam na recepção elas vão direto pra uma sala (...). (TR6 – Bem-te-vi)

Já outras entrevistas apontam para um constrangimento externo, das demais pessoas que estejam no local.

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

Além disso, o aspecto nomeado como de segurança e o uso das algemas colocam-se como fatores que limitam e 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 de equipes e 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 e de segurança acabam por nortear as ações e atividades a serem realizadas com os adolescentes (RIBEIRO et al., 2018; ASQUIDAMINI et al., 2015; VILARINS, 2014; CAVALCANTI et al., 2011). 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.

Elementos nos resultados das entrevistas até aqui – o citado “constrangimento”, as discussões sobre as responsabilidades da garantia da atenção à saúde –, parecem apontar para a hipótese de uma ideia de não legitimidade do adolescente em conflito com a lei enquanto sujeito de direitos, logo como usuário dos serviços de saúde. É como se a dimensão da contravenção penal o retirasse desse lugar, a partir de um rompimento com a moral social (RIBEIRO et

al., 2018; ARÉAS NETO et al., 2017; ASQUIDAMINI et al., 2015; MELLA et al. 2015; MARTINS et al., 2014), 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.

Nesse sentido, por exemplo, Ribeiro et al. (2018) e Fernandes et al. (2015) apontam em seus trabalhos 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. (2011) 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 (CAVALCANTI et al., 2011). Argumenta-se neste sentido que este aspecto coaduna com a tendência a centralização dos atendimentos na unidade socioeducativa, com as saídas bastante pontuais e delimitadas para tratar questões de saúde mais vinculadas a crises. Ribeiro et al. (2018) e Robert (2020) 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. Nesse 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.

Em relação ao distanciamento dos territórios, a focalização na saúde mental e nos atendimentos internos aos CENSE, a unidade socioeducativa, no que tange a atenção à saúde, parece se apresentar muito mais como uma instituição total – conforme caracterizado por Goffmann (2015)<sup>7</sup> – do que um equipamento aberto ao controle social e às dinâmicas de relação territoriais e que permanece pensando em

---

<sup>7</sup> Instituição total – Segundo Goffmann (2015), caracteriza-se como um espaço de reclusão social, com uma população internada e uma equipe dirigente. Há evidente corte de relação com o mundo exterior para os internados. Goffmann aponta que todas as dimensões da vida do internado passam a operar em um mesmo ambiente, sob regras bem definidas e sob padronização e vigilância constante, passível de punição para os que quebram as regras. Todos realizam as atividades juntos, em horários padronizados. Há um movimento que Goffmann nomeia como de “mortificação do eu” e “desculturamento”, que seria de apagamento de elementos de identidade do sujeito, em que as fronteiras institucionais avançam sobre as do “eu”.

uma futura reinserção social desses adolescentes. Nesse aspecto, há uma discrepância entre o posto como normativo-legal no campo da constituição da política de saúde desses adolescentes e o que é observado concretamente em sua execução e no cotidiano da atenção em saúde (RIBEIRO et al., 2018). Fernandes e colaboradores (2015) em seu trabalho também apontam para a incongruência entre a característica de instituição total das unidades socioeducativas e a característica territorial e regionalizada do SUS, ou seja, tende a apontar para uma inconciliabilidade de propostas. Assim o distanciamento do território, pode ser atribuído a essa incompatibilidade de projetos e caracterização entre essas esferas institucionais e cada instituição.

Outro ponto observado ao que se refere ao cuidado na priorização no atendimento, por um lado, diz de uma demanda por segurança, associada a um susposto perigo em potencial (ASQUIDAMINI et al., 2015), como também de tempo de equipe e equipamentos mobilizados para tal. Essa configuração parece se repetir no campo das populações privadas de liberdade, já tendo sido apontado em outros estudos (MARTINS et al., 2014).

Nesse sentido, em nosso estudo, apareceram dois caminhos: um dos que buscam proteger o adolescente em sua privacidade, evitando que eles sejam expostos – por parte de profissionais que indicam não compactuar com o paradigma punitivista e se preocupam em preservar a privacidade dos adolescentes durante os atendimentos externos – outro que parece buscar evitar a situação por se sentirem constrangidos, como se a ele também se aplicasse o olhar punitivo.

A ideia de “periculosidade”, o estigma, o viés da punição, o apagamento do adolescente enquanto sujeito de direitos, a dupla punição, são fatores que coadunam com a tendência à centralização no ambiente de privação de liberdade. Em contraponto, dificultam a inserção nos territórios e seus serviços assistenciais. No campo ampliado das instituições de privação de liberdade voltadas aos casos de conflito com a lei – aqui se incluindo outras populações, como dos adultos –, há também a própria concepção dessas instituições na estrutura da sociedade capitalista que se dispõe a segregação e exclusão, sendo assim implicando em tensionamentos e incompatibilidades com propostas territorializadas.

### **Ações realizadas no âmbito da socioeducação e saúde**

As ações de educação em saúde caracterizadas como falas ou palestras aparecem mais citadas nas entrevistas, podendo ser realizadas por profissionais dos serviços de saúde e do CENSE, em conjunto ou individualmente. Não há uma regularidade nessas ações. Foram citadas falas e atividades voltadas para orientações sobre o uso de medicamentos (adesão ao tratamento e automedicação), sobre saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, saúde nutricional e alimentar, saúde bucal, planejamento de ações junto ao Programa Saúde na Escola (PSE).

Um participante relatou que ocorreram ações distintas de acordo com o comportamento dos adolescentes, em que melhores comportamentos tiveram direcionadas ações mais leves (“prêmio”), já comportamentos tidos como “complicados” recebem ações de maior “impacto”, buscando uma mudança de comportamento. No caso, relacionado à adesão ao tratamento farmacológico e simulação de situações de saúde (algumas entrevistadas referiram que os adolescentes “simulam” situações de saúde para buscar sair da unidade socioeducativa). Robert (2020) em seu estudo também observou tal dinâmica de ação.

A lógica moralizante (RIBEIRO et al., 2019; FERNANDES et al., 2015) aparece quando se direciona o tipo de ação de educação de acordo com a avaliação moral do comportamento do adolescente – se mais adaptado às regras ou se mais avesso a elas. Caso não esteja bem adaptado, direciona-se a ele uma ação de educação em saúde mais dura, dita de “alto impacto” que mostrará de que modo seu comportamento é prejudicial. Tal configuração assemelha-se a um dos aspectos que Goffman (2015) apresenta como ações de apagamento do eu, em que as ações do internado estão sempre sob análise e passíveis de sanções.

Alguns autores indicam que atravessamentos morais conservadores e autoritários de ordem, disciplina, punição, penitência, purgação, perpassam o campo da medida socioeducativa (CARVALHO, 2021; FERNANDES et al., 2015). Fernandes et al. (2015) apontam que esses atravessamentos em conflito com a lógica posta nas normatizações-políticas parecem ser a tônica que rege as ações cotidianas da assistência a esses adolescentes. Assim como aspectos estruturais de raça e classe (ARÊAS NETO et al. 2017; ASQUIDAMINI et al., 2015).

Na contramão das atividades de educação em saúde mais tradicionais, uma das entrevistadas conta sobre um projeto local do município, que se propõe a trabalhar aspectos de educação em saúde e projeto de vida de modo interativo com os adolescentes. Nele 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, realizou-se uma atividade junto aos adolescentes do 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)

Outra proposta de educação em saúde apontada foi por meio de oficinas, contudo, essas eram mediadas pelos próprios profissionais de saúde, 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, socioeducação, assistência social. Outra atividade elencada foi de oficinas de escrita, elaboradas por profissionais voluntários ligados à literatura que mediarão espaços de escritas para os adolescentes, gerando como produtos produções textuais dos próprios. E, além disso, em um dos municípios foi realizada atividade educativa sobre orientação de responsabilidade parental.

Quanto às ações pós-desinternação, em uma das entrevistas cita-se que alguns adolescentes passam a fazer estágio em espaços da administração municipal. Isso ocorre conforme disponibilidade de vaga, interesse dos adolescentes, residência no município ou cidade próxima e articulação com a assistência social. Em geral, os adolescentes desenvolvem ações relativas a secretariado. Além disso, podem ser direcionados para cursos de aprendizagem e outras atividades de contraturno escolar.

Ainda assim, há referência à dificuldade em ações coordenadas de articulação intersetoriais envolvendo mais de dois setores simultaneamente em torno

do manejo de caso e/ou determinada ação, sendo trabalhoso garantir a participação e envolvimento de todos.

Mas há uma dificuldade maior entre todos os equipamentos. (...) Tem a secretaria de saúde, tem CREAS, CRAS, assistência social, 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)

A necessidade de ações preventivas e de acompanhamento longitudinal preventivo às/aos adolescentes, no campo das ações sociais e comunitárias também apareceu como aspecto importante.

Mesmo trabalhando no setor terciário, eu sempre penso em prevenção, justamente por trabalhar no setor de atenção à crise quando chega uma coisa muito grave, geralmente a gente se questiona 'olha o tanto que poderia ter sido feito antes disso acontecer'. (...) O que eu sinto falta é de ações no sentido preventivo nas comunidades." (TR6 – Bem-te-vi)

Sendo assim, as ações de educação em saúde acontecem, porém aparecem sem frequência definida, assim como são delimitadas pelos aspectos de manutenção de segurança e possibilidade de organizar diferentes setores para sua execução dentro dos limites existentes.

Sobre esse núcleo e em articulação com a discussão do núcleo anterior, pode-se adicionar que Sousa et al. (2019) em seu estudo apontam para um predomínio das ações programáticas e assistenciais curativas, com base em um modelo biomédico e neoliberal de atenção à saúde. Nesse sentido, as ações de promoção de saúde muitas vezes não são priorizadas nas agendas de saúde. Tal fato barra a efetivação de políticas públicas abrangentes e a atenção integral à saúde de fato, pautada também nos princípios de integralidade e universalidade do SUS. Assim, reforça-se que sob essa lógica também podemos observar que mais facilmente incorre-se em modelos de atenção à saúde com ações fragmentadas e segmentadas (SOUSA et al., 2019).

### **Sobre a PNAISARI**

Os profissionais falam sobre os processos de elaboração dos planejamentos operacionais das ações em saúde e socioeducação que envolviam reuniões com

diferentes setores como assistência social, educação, justiça, para elaborar os planos de ação de acordo com o proposto nas diretrizes e objetivos da PNAISARI. Também falam dos espaços de reunião de avaliação dos planos estabelecidos.

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. Menciona-se uma necessidade de haver um apontamento normativo-legal para que as ações sejam mobilizadas.

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

O começo da implementação das ações para habilitação da política sempre mostra um afastamento entre os serviços. Cita-se dificuldade, 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. Assim, narram 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.

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 (RIBEIRO et al., 2018; CAVALCANTI et al., 2011).

Nas entrevistas, ocorre que 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 mostram-se distanciados do conhecimento da política, referindo que a desconhecem, ou que as ações a serem cumpridas já vêm direcionadas.

Por outro lado, as 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 que eu vejo é que esse documento precisa ser extremamente socializado para a sociedade. Precisa ser conhecido, principalmente pelos trabalhadores da área da saúde. (...) Porque para que um documento tão importante como a política nacional do atendimento a esses adolescentes privados de liberdade seja operacionalizada é necessário todo esse conhecimento e essa articulação. E também investimento dentro da área dessa política pública, principalmente de estados pros municípios (...). (TR5 – João-de-barro)

Outra entrevista aponta pouca devolutiva das avaliações realizadas pelo estado e/ou federação, pontuando que, além de refletir sobre o quanto as perguntas avaliativas podem de fato refletir a realidade local, sente que há pouco retorno para o município no sentido de oferta de apoio para avanço na execução da política e realização das ações.

(...) Essas avaliações, a meu ver, elas são com o intuito de ter algo ali no que avançou, mas acaba não tendo um retorno para o município. Pelo menos para o município eu não vejo. (...) Então, ter uma forma mais próxima de avaliar esse processo, com o intuito de contribuir. Eu acho que essas políticas só conseguem uma evolução a partir do momento que os gestores de cima querem (...). (TR10 – Guará)

Os apontamentos de alguns profissionais para o fato de desconhecerem de forma aprofundada a política podem indicar para uma hipótese de ações colocadas de forma hierarquizadas pelas gestões. O que pode nos dizer de planejamentos pouco participativos com relação à execução das políticas.

Nesse sentido, Cavalcanti et al. (2011), 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 (CAVALCANTI et al., 2011).

Aqui cabe pontuar também que nos processos intersetoriais problemas e contradições estruturais tendem a se evidenciar. Conforme Cavalcanti e colaboradores (2011), isso ocorre devido ao próprio modo de organização e

finalidade do aparato estatal capitalista. Uma vez que a efetivação da política pública e da ação institucional, dentro desse modo de organização social, se dá no limite da manutenção da forma de (re)produção dele, assim buscando atenuar conflitos e contradições, sem de fato alterar sua causalidade. Assim, material e objetivamente, apresentam-se dissonâncias significativas entre o campo da gestão e da política e a realidade dos serviços, com consequências para a concretização dos direitos sociais dos adolescentes (FERNANDES et al., 2015; CAVALCANTI et al., 2011). De tal modo, é importante considerar que a viabilidade de uma efetiva implementação da política de saúde para os adolescentes depende de aspectos concretos e objetivos como financiamento, trabalhadores e equipamentos sociais e de saúde para sua execução.

Ao mesmo tempo, sabe-se que no campo da saúde a ação intersetorial se coloca como fundamental, compreendendo-se o processo saúde-doença a partir da determinação social e de um dos princípios do SUS, o da integralidade (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012; CAVALCANTI et al., 2011). Assim, a intersetorialidade apresenta-se como necessária para a articulação de ações das políticas públicas e sociais (CAVALCANTI et al., 2011).

Fernandes e colaboradores (2015) apontam para a importância da política pública enquanto instrumento de construção de estratégias preventivas na realidade dos adolescentes. A partir de nosso estudo, nas entrevistas com as trabalhadoras, observamos o aspecto de prevenção – tanto no campo da saúde, quanto no campo social – como importante para o manejo do cuidado dos adolescentes, assim como a viabilização de políticas públicas e ações que possibilitem atividades preventivas, coordenando prevenção comunitária e garantias sociais. Para alguns autores, tal aspecto ganha mais importância frente ao aumento do número de internações e de correntes conservadoras no judiciário (FERNANDES et al., 2015).

Outro ponto de resultado refere-se à execução e avaliação dos planos de ação que ficaram prejudicadas com a pandemia de COVID-19, uma vez que boa parte das atividades não ocorreu durante o ano de 2020. Esse ainda, para algumas trabalhadoras, se coloca como o grande desafio a ser enfrentado nesse momento. Um dos municípios, segundo a entrevistada, havia sido habilitado para a PNAISARI recentemente, logo antes do início da pandemia, o que levou a uma paralisação na execução de suas ações em seu começo. Interessante notar que nesse caso o

contato com as referências locais levou mais tempo, assim como as entrevistas indicaram uma maior centralização das ações em saúde na unidade socioeducativa.

### **Limitações estruturais da atenção à saúde do adolescente em conflito com a lei**

Nas entrevistas, aponta-se falta de serviços de saúde mental adequados em suas redes de saúde. Indica-se que alguns municípios contavam apenas com CAPS para adultos, sem contar com equipamento específico para adolescentes. Outras referiram que a rede necessitaria de mais CAPS considerando o tamanho populacional do município - nesse caso o município contava com 1 CAPS II para uma população de 100.000 habitantes. Mencionaram a necessidade de ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atender as necessidades de saúde. Nesse sentido, algumas entrevistadas indicaram a dificuldade de agendamentos, demora a se conseguir uma vaga e até mesmo impossibilidade nesse sentido. Segundo as entrevistas, essa é uma realidade que vai além da própria demanda socioeducativa, estendendo-se para a demanda populacional geral.

(...) ai gera aquela situação, que CAPS não tem agenda. Às vezes vai agendar um adolescente que tá precisando e são seis meses a um ano de espera. Uma fila de espera com atendimento que às vezes não é nem de um profissional especializado, acaba sendo de um clínico geral, porque psiquiatra lá fora tá difícil. (TC5 – Crisântemo)

Nesse aspecto estrutural e executivo, a ausência e necessidade de boa conexão de internet e bons computadores nos serviços da atenção básica, por exemplo, também foram apontadas por alguns profissionais entrevistados, principalmente no atual contexto pandêmico.

O quantitativo de profissionais também aparece como um ponto crítico. As entrevistas indicam a necessidade de mais trabalhadores da saúde e nas unidades socioeducativas, em relação ao número de existente. Algumas entrevistas apontam que concentrar atividades em um mesmo profissional gera exaustão, assim como compromete a execução das atividades. Citam especificamente a necessidade de mais enfermeiros compondo a equipe dos CENSE.

(...) Ao 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)

Aponta-se a questão de investimentos de recursos financeiros, tanto para a implementação e execução da PNAISARI, quanto para 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 – Cacatua)

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. As políticas neoliberais, os embates com grandes conglomerados industriais de saúde, operadoras de planos de saúde e complexos hospitalares, levam a uma disputa histórica que atrasa a sua consolidação (PAIM, 2008).

O movimento de Reforma Sanitária e de criação do SUS, no final da década de 1980 e início da década de 1990, deram-se paralelamente ao avanço do ideário neoliberal e de suas políticas, como resposta à crise econômica instaurada nos anos anteriores (LAZARINI et al., 2021; SANTOS e VIEIRA, 2018). Sendo assim, o SUS enquanto política pública teve seu início em um contexto de embate entre as pautas dos avanços das políticas sociais e a retração das mesmas, com base na diminuição da intervenção estatal, avanço dos setores privados e da saúde mercantilizada (LAZARINI et al, 2021; PAIM, 2018; SANTOS e VIEIRA, 2018). Tal embate manteve-se sempre latente e permanece até hoje – com agravantes do atual momento histórico que implicam em desmontes de políticas públicas sociais e de saúde, assim como de seu financiamento e execução –, impactando na concretização do sistema de saúde público e universal conforme proposto na construção política dos movimentos sociais envolvidos, e, conseqüentemente nas ações de atenção em saúde no dia a dia dos serviços.

Ainda que procedimentos e serviços de saúde possam ter passado por ampliações desde a criação do SUS, os investimentos financeiros não acompanharam o passo necessário para estruturação dos serviços para atender as necessidades populacionais (BAHIA, 2018; PAIM, 2018). Bem como, sempre houve um descompasso no investimento para os setores privado e filantrópico em relação ao setor público, em que o segundo recebe menos recursos em relação aos procedimentos realizados (BAHIA, 2018). Assim, durante o período histórico de existência do SUS, ainda que haja uma ampliação de oferta de serviços públicos, concomitantemente há o crescimento do setor privado na prestação de serviços e em configurações de gestão e financiamento, como Organizações Sociais (OS), Parceria Público-Privadas (PPP), empresas públicas e financeirização da saúde – intermediação via operadoras de planos e serviços privados de saúde (PAIM, 2018).

Além disso, há influência do capital externo, por meio de empréstimos para desenvolvimento de projetos em saúde, mediante contrapartidas como redução do déficit fiscal, focalização das políticas sociais em grupos de pobreza extrema, abertura ao comércio e capital externo, diminuição de barreiras protecionistas e da regulação estatal (LAZARINI et al., 2021). Esses mesmos agentes financeiros tinham como premissa o incentivo à Cobertura Universal em Saúde em detrimento da Universalização em saúde (LAZARINI et al., 2021; PAIM, 2018). A primeira pressupondo a conciliação dos sistemas de saúde com as reformas pró-mercado, onde o Estado reduz a regulamentação de serviços assistenciais e há fortalecimento dos serviços privados, financiamento por combinação de fundos, carteira reduzida de serviços e afiliação por modalidade de asseguramento (PAIM, 2018).

Esse conceito se contrapõe ao conceito de Universalidade e, portanto, de direito universal a saúde, enquanto direito social adquirido. Além disso, na prática implica em segmentação do acesso e cobertura, fragmentação dos serviços ou redes de cuidados e um ideário de gestão pautado nos princípios de mercado (SANTOS e VIEIRA, 2018). Cabe pontuar que a Cobertura Universal em Saúde se alinha a ideia de uma Atenção Primária Seletiva, focalizada, com serviços restritos, baixa densidade tecnológica, voltada a extrema pobreza e sem articulação de acesso a outros níveis de atenção à saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Ou seja, 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 (MELO et al., 2018; PAIM, 2018). Como exemplo recente, temos a Emenda Constitucional 95 (EC-95) de 2016 que impõe o congelamento de financiamento para o SUS durante 20 anos, inviabilizando e minando as possibilidades de sustentação e ampliação do sistema e suas redes (BAHIA, 2018; PAIM, 2018). Assim como ameaças de desobrigação e desvinculação de gastos públicos que afetariam diretamente a saúde (PAIM, 2018).

Outro tema importante a ser considerado na análise se dá em torno das condições de trabalho, de fundamental importância ao se pensar estruturação da atenção à saúde, assim como as relações de trabalho estabelecidas entre os trabalhadores e a população assistida. Nas entrevistas, indica-se que há diminuição de recursos financeiros, assim como redução no número de trabalhadores, sem indicativo de novas contratações de servidores via concursos públicos para adequação do quadro das equipes de trabalho. Desse modo, incide-se em sobrecarga aos trabalhadores em serviço, influenciando na ação do trabalhador, dificultando sua execução, aumentando a exaustão e inviabilizando algumas ações (RIBEIRO et al., 2018; FERNANDES et al., 2015). Robert (2020) em seu estudo identifica também equipes reduzidas e sobrecarregadas, que em seu estudo no ambiente institucional das unidades socioeducativas, parecem sentir-se também institucionalizadas. O autor aponta também para um esquecimento estatal em relação aos trabalhadores e suas condições de trabalho (ROBERT, 2020). Além disso, pode implicar na dificuldade da articulação da rede, pois contribui para a fragmentação dos processos de trabalho e as relações entre os trabalhadores. Nesse sentido é fundamental pontuar a importância da defesa e priorização da configuração das contratações sob condições de vínculos trabalhistas estáveis – estatutários – e não-precarizados – terceirizações (PAIM, 2018; GARRIDO-PINZÓN e BERNARDO, 2017); garantindo segurança e condições adequadas de trabalho.

A concretização da coordenação do cuidado a partir da premissa da atenção integral à saúde pressupõe também pensar tais aspectos estruturais dos serviços e redes de saúde. A garantia de condições materiais adequadas para as ações em saúde é fundamental para que as políticas nessa área se efetivem no cotidiano dos serviços e na realidade de usuários e trabalhadores.

## Considerações Finais

O estudo nos indicou um contraponto entre um distanciamento da atenção básica e uma maior demanda do campo da saúde mental quando se fala em saúde do adolescente em conflito com a lei. Pode-se dizer que as unidades socioeducativas e os adolescentes internados encontram-se afastados dos territórios nos quais se encontram. As ações em saúde externas tendem a focar-se em atendimentos pontuais, rápidos e com logística de segurança envolvida. O quesito segurança e de contingente profissional e de estrutura logística tende a ser aspecto norteador do manejo e planejamento dessas ações. Desse modo, o atendimento em saúde ao adolescente tende a centralizar-se na unidade socioeducativa.

Notou-se assim um descompasso em relação ao princípio da integralidade em saúde, uma vez que as ações assistenciais-curativas parecem se apresentar em destaque em relação às ações de promoção e prevenção em saúde. Tais configurações são permeadas e atravessadas 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.

Outra hipótese se dá do ponto de vista de incompatibilidades entre a proposta da instituição de privação de liberdade – restrita em si, com propósito de reclusão e ajuste comportamental e moral – e a proposta da atenção em saúde territorializada conforme os pressupostos da atenção básica, redes de saúde e os princípios do SUS.

A PNAISARI aparece como direcionadora de ações a serem executadas, ainda que tenhamos observado que profissionais de coordenação em geral estão mais apropriados de suas questões, portanto tomamos como hipótese modelos de gestão menos participativas. Além disso, dificuldades das articulações intersetoriais e entre os diferentes serviços institucionais dizem de certa fragmentação e seus reflexos de alienação do trabalho que impactam nas possibilidades de articulações efetivas de redes intersetoriais.

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.

Assim, entendemos que a redes de saúde adequadamente estruturadas, de acordo com as necessidades de saúde da população, equipamentos de saúde necessários e trabalhadores com condições de trabalho adequadas são fundamentais para a execução de políticas públicas. A partir disso, pode-se planejar e trabalhar de melhor maneira a coordenação do cuidado de modo articulado e integrado entre os diversos atores e pontos das redes assistenciais, tanto em saúde quanto com outros setores das políticas sociais. Em conjunto, é importante pensar e atuar sobre aspectos que influem na construção da visão estigmatizada do adolescente em conflito com a lei, compreendendo sua decorrência de aspectos sociais excludentes que não puderam ser analisados em totalidade nesse artigo, como questões de classe e racismo estrutural.

Neste momento identificamos algumas limitações do estudo. Há uma impossibilidade de analisar de modo aprofundado a estruturação das redes de serviços de saúde em cada município, pormenores de quantidade de profissionais e quantidades de instrumentos/serviços de saúde. Isso se dá em virtude do tempo e do número de municípios. Assim, análises mais aprofundadas das variáveis e características locais que possam estar atreladas aos resultados ficam impedidas. A mesma lógica vale para as diferentes unidades socioeducativas pelo estado. Outro ponto, é que o estudo trabalha com a percepção das/dos trabalhadoras/es, sendo assim apresenta apenas uma visão do quadro, não necessariamente correspondente à realidade material em absoluto, mas apontando para aspectos que podem sinalizar seu caminho. Nesse sentido, a forma de seleção de participantes de pesquisa, a partir da identificação de participantes-chaves pode também se colocar com uma limitação do estudo, uma vez que partir de indicações específicas, assim como dependia do acesso e resposta aos e-mails-convite direcionados.

Aspectos estruturais como classe e raça também são fundamentais para melhor compreensão do objeto de estudo em futuras análises. Para mais, a análise do perfil dos adolescentes certamente seria fundamental para trabalhos futuros.

Aqui trabalhamos a discussão de resultados de uma das categorias e seus núcleos argumentais, aquela que mais diretamente se relacionava a pergunta inicial de pesquisa e aos objetivos do estudo. As demais categorias serão trabalhadas em artigos futuros.

Importante pontuar também que por se tratar de um eixo de pesquisa de um projeto que se propõe a estudar manejos de crises em saúde mental, tal fato pode repercutir em um direcionamento dos resultados encontrados. Ainda que se proponha a estudar as dinâmicas relacionais ampliadas no campo da saúde e socioeducação, o ponto de partida inicial – título do projeto do grupo de pesquisa – pode encaminhar para um maior foco nas respostas vinculadas a saúde mental. Além disso, tal foco pode dizer da percepção específica dos entrevistados, podendo se apresentar de modo diferente ao se entrevistar os adolescentes, por exemplo.

## Referências

ALMEIDA, P.F et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ARÊAS NETO, N.T; CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 511-40, 2017.

ARÊAS NETO, N.T. **Condições de saúde de adolescentes em conflito com a lei cumprindo medidas socioeducativas em privação de liberdade no estado do Rio de Janeiro**. 177 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

ASQUIDAMINI, F.; BARBIANI, R.; SUGIZAKI, E. Adolescentes em medida socioeducativa: violência ou violação de direitos? Revisão de literatura. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 113-123, 2015.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. 1-16, 2018.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. 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**, Brasília, DF, 16 jul. 1990 e retificado em 27 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em 12 de nov. de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 340, de 14 de julho de 2004. Aprovar, na forma dos Anexos I, II, III e IV desta Portaria, as Normas para a Implantação e Implementação da Atenção à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, em unidades masculinas e femininas, a Padronização Física do Estabelecimento de Saúde nas Unidades de Internação e Internação Provisória, o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em conflito com a lei, em Regime de Internação e Internação Provisória e o Termo de Adesão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jul. 2004. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0340\\_14\\_07\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0340_14_07_2004.html). Acesso em 12 de nov. de 2020.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 119 de 11 de dezembro de 2006. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Secretaria Especial dos Direitos Humanos – Brasília-DF: **CONANDA**, 11 dez. 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 89, 30 set. 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Republicada por ter saído, no **Diário Oficial da União** nº 96, de 21 maio 2013, Seção 1, págs. 37/38, com incorreção no original.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. 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**, Brasília, DF, 18 jan. 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm). Acesso em 12 de nov. de 2020.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 160, de 18 de novembro de 2013. Aprova o Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 de nov. 2013. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/30047323/do1-2013-11-19-resolucao-n-160-de-18-de-novembro-de-2013-30047319](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/30047323/do1-2013-11-19-resolucao-n-160-de-18-de-novembro-de-2013-30047319). Acesso em 21 de dez. de 2020.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. Coordenação Geral do Sistema Nacional

de Atendimento Socioeducativo. **Levantamento Anual SINASE 2013** - Privação e Restrição de Liberdade. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 191, de 7 de junho de 2017a. Dispõe sobre a participação de adolescentes no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – **CONANDA**. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/resolucao191.pdf>. Acesso em 21 de dez. de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação GM/MS nº 02, de 28 de setembro de 2017b. 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 (Origem: PRT MS/GM 1082/2014). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acesso em 15 de nov. de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 28 de setembro de 2017c. 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. Disponível em: [https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria\\_Consolidacao\\_6\\_28\\_SETEMBRO\\_2017.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf). Acesso em 15 de nov. de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017d. 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). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 14 de março de 2021.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Geral. Sub-chefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018 - Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 nov. 2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9579.htm#art126](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9579.htm#art126). Acesso em 14 de março de 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Coordenação Geral de Assuntos Socioeducativos. **Levantamento Anual SINASE 2017**. Brasília, 14 março 2019.

CAVALCANTI, P.B; DANTAS, A.C.S; CARVALHO, R.N. Contornos e sinergias entre a política de Saúde e o adolescente privado de liberdade: intersectorialidade como desafio. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 399-410, 2011.

CARVALHO, D.S. Estado, juventude e narrativas do sistema socioeducativo: direitos humanos, saúde e políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p.3753-3764, 2021.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 120-131, 2015. Edição especial.

FONSECA, M.J.M. Introdução à Hermenêutica de Paul Ricoeur. **Millenium Journal of Education, Technologies and Health**, v. 36, n.14, p. 1-27, 2009.

GARRIDO-PINZÓN, J; BERNARDO, M.H. Vivências de trabalhadores da saúde em face da lógica neoliberal: um estudo da atenção básica na Colômbia e no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 1-11, 2017.

GEREMIA, D.S. Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 1-3, 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil Rio de Janeiro**: Editora Fiocruz, 2012. p.493-545.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 1-21, 2017.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C.M.; ALMEIDA, P.F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020.

LAZARINI, W.S et al. Políticas de saúde no Brasil: uma análise a partir dos projetos financiados pelo Banco Mundial durante os governos Lula e Dilma. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.30, n.1, p. 1-12, 2021.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2015.

ELLA, L. L; LIMBERGER, J; ANDRETTA, I. Políticas Públicas e Adolescentes em Conflito com a Lei: revisão sistemática da literatura nacional. **Revista Políticas Públicas & Cidades**, v.3, n.2, p. 88 – 99, 2015.

MELO, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 38-51, 2018. Edição Especial.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ONOCKO CAMPOS, R.T; FURTADO, J.P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, 2008.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1723-1728, 2018.

\_\_\_\_\_. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 15-28, 2019. Edição Especial.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos. Departamento de Atendimento Socioeducativo (DEASE). **Relatório de Ações DEASE – 2017**. Paraná, 2017.

PEREZ, J.R.R.; PASSONE, E.F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v.40, n.140, p.649-673, 2010.

PERMINIO, H.B. et al. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 2859-2868, 2018.

REYES-QUILODRÁN, C; LABRENZ, C.A; DONOSO-MORALES, G. Justicia Restaurativa en Sistemas de Justicia Penal Juvenil Comparado: Suécia, Inglaterra, Italia y Chile. **Política criminal**, v. 13, n. 25, p. 626-649, 2018.

RIBEIRO, D.S.; RIBEIRO, F.M.L.; DESLANDES, S.F. Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo: relação entre as equipes das unidades e a rede de saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 1-11, 2018.

RIBEIRO, DS; RIBEIRO, FML; DESLANDES, SF. Discursos sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de internação no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3837-3846, 2019.

ROBERT, C. **As percepções dos(as) trabalhadores(as) quanto à rotina e sua influência na saúde mental de adolescentes internados(as) nos Centros de Socioeducação (cense) do estado do Paraná**. 179 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Curitiba, 2020.

SANTOS, I.S; VIEIRA, F.S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, 2018.

SOUSA, M.F et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 82-93, 2019. Edição Especial.

VILARINS, N.P.G. Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n 3, p.891-898, 2014.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, observamos que as relações entre os serviços de saúde e as unidades socioeducativas se dão principalmente mediadas pelo campo da saúde mental, sendo esse o mais demandando quando se fala em saúde do adolescente em conflito com a lei.

A saúde mental aparece como principal articulador do cuidado em saúde em conjunto com os profissionais de saúde dos CENSES. Por sua vez, há um afastamento da atenção básica em relação às unidades socioeducativas, bem como, pode-se dizer que as unidades socioeducativas e os adolescentes internados encontram-se afastados dos territórios nos quais se encontram. As ações em saúde externas tendem a focar-se em consultas médicas ou com outros trabalhadores de saúde dos CAPS, sendo as saídas dos CENSE pontuais, rápidas e com logística de segurança envolvida. Desse modo, o atendimento em saúde ao adolescente tende a centralizar-se na unidade socioeducativa.

Notou-se assim um descompasso em relação ao princípio da integralidade em saúde, uma vez que as ações assistenciais-curativas se apresentam em destaque em relação às ações de promoção e prevenção em saúde. As atividades de educação em saúde acontecem, porém sem frequência estabelecida, norteadas pela lógica da manutenção dos processos de segurança, das possibilidades dentro dos limites institucionais e das articulações intersetoriais. Tais configurações também são permeadas e atravessadas por problemas estruturais. Dentre eles destaca-se à organização do sistema de saúde e os serviços que compõe suas redes de atenção, em decorrência de limitações político-econômicas históricas, como subfinanciamento e, recentemente, alterações das políticas sociais de saúde e das questões financeiras.

Outra hipótese se dá do ponto de vista de incompatibilidades entre a proposta da instituição de privação de liberdade – restrita em si, com propósito de reclusão, ajuste comportamental e moral em privação de liberdade – e a proposta da atenção em saúde territorializada conforme pressupostos da atenção básica, redes de saúde e princípios do SUS.

Além disso, do ponto de vista sociocultural, também se observa o atravessamento dos preconceitos e estigmas aos quais o adolescente em conflito com a lei é associado, implicando negativamente no reconhecimento do seu direito à

saúde. O que se nota como hipótese aqui, e em outros estudos da área, é que a condição do ato infracional parece se sobrepôr como fator que leva a invisibilização da dimensão humana e cidadã do adolescente para os olhares envoltos em medo, preconceito, discriminação e estigmas. O sujeito que comete o ato infracional passa a ser visto como alguém a ser destituído de seus direitos, sendo duplamente penalizado. Não há o entendimento da complexidade que leva ao ato, o ato é lido em si só, não há análise causa-consequência, nem prévia, nem posterior.

A PNAISARI aparece como direcionadora de ações a serem executadas, ainda que tenhamos observado que profissionais de coordenação em geral estão mais apropriados de suas questões, portanto, tomamos como hipótese reflexos de modelos de gestão menos participativas. Além disso, dificuldades das articulações intersetoriais e entre os diferentes serviços institucionais indicam certa fragmentação e reflexos de alienação do trabalho, os quais impactam nas possibilidades de articulações efetivas entre redes intersetoriais.

Neste momento identificamos algumas limitações do estudo. Há uma impossibilidade de analisar de modo aprofundado a estruturação das redes de serviços de saúde em cada município, pormenores de quantidade de profissionais e quantidades de instrumentos/serviços de saúde. Isso se dá em virtude do tempo e do número de municípios. Assim, análises mais aprofundadas das variáveis e características locais que possam estar atreladas aos resultados ficam impedidas. A mesma lógica vale para as diferentes unidades socioeducativas pelo estado.

Outro ponto, é que o estudo trabalha com a percepção das/dos trabalhadoras/es, sendo assim apresenta apenas uma visão do quadro, não necessariamente correspondente à realidade material em absoluto, mas apontando para aspectos que podem sinalizar seu caminho. Nesse sentido, a forma de seleção de participantes de pesquisa, a partir da identificação de participantes-chaves pode também se colocar com uma limitação do estudo, uma vez que partir de indicações específicas, assim como dependia do acesso e resposta aos e-mails-convite direcionados.

Aspectos estruturais como classe e raça também são fundamentais para melhor compreensão do objeto de estudo em futuras análises. Para mais, a análise do perfil dos adolescentes certamente seria fundamental para trabalhos futuros.

Aqui trabalhamos a discussão de resultados de uma das categorias e seus núcleos argumentais, aquela que mais diretamente se relacionava a pergunta inicial

de pesquisa e aos objetivos do estudo. As demais categorias serão trabalhadas em artigos futuros.

Importante pontuar também que por se tratar de um eixo de pesquisa de um projeto que se propõe a estudar manejos de crises em saúde mental, tal fato pode repercutir em um direcionamento dos resultados encontrados. Ainda que se proponha a estudar as dinâmicas relacionais ampliadas no campo da saúde e socioeducação, o ponto de partida inicial – título do projeto do grupo de pesquisa – pode encaminhar para um maior foco nas respostas vinculadas a saúde mental. Além disso, tal foco pode dizer da percepção específica dos entrevistados, podendo se apresentar de modo diferente ao se entrevistar os adolescentes, por exemplo.

## **7 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS**

Os resultados referentes às percepções sobre o adolescente em conflito com a lei e sobre saúde mental serão trabalhados em artigo a parte, dando continuidade à pesquisa e seus resultados.

Cabe em outros estudos analisar com maior cuidado as particularidades concretas de cada município, suas redes de saúde e unidades socioeducativas, bem como aprofundar os perfis dos adolescentes atendidos e características dos trabalhadores dos serviços estudados, pois tais particularidades resultam em possíveis análises causais que não puderam ser abordadas neste trabalho. Questões estruturais de classe e raça fundamentais para compreensão do campo de estudo também podem e devem ser aprofundadas em trabalhos futuros.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ARÊAS NETO, N.T; CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 511-40, 2017.

ARÊAS NETO, N.T. **Condições de saúde de adolescentes em conflito com a lei cumprindo medidas socioeducativas em privação de liberdade no estado do Rio de Janeiro**. 177 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

ASQUIDAMINI, F.; BARBIANI, R.; SUGIZAKI, E. Adolescentes em medida socioeducativa: violência ou violação de direitos? Revisão de literatura. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 113-123, 2015.

BAGGIO, S. et al. Lack of health insurance among juvenile offenders: a predictor of inappropriate healthcare use and reincarceration? **Public Health Volume**, v. 166, p. 25-33, 2019.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. 1-16, 2018.

BARNET, E. S. et al. Parent and provider perspectives on recently incarcerated youths' access to healthcare during community reentry. **Children and Youth Services Review**, v. 110, 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. 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**, Brasília, DF, 16 jul. 1990 e retificado em 27 set. 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em 12 de nov. de 2020.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990 b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 12 de nov. de 202

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 8.242 de 12 de outubro de 1991. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1991. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8242.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8242.htm). Acesso em 21 de dez. de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 340, de 14 de julho de 2004. Aprovar, na forma dos Anexos I, II, III e IV desta Portaria, as Normas para a Implantação e Implementação da Atenção à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, em unidades masculinas e femininas, a Padronização Física do Estabelecimento de Saúde nas Unidades de Internação e Internação Provisória, o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em conflito com a lei, em Regime de Internação e Internação Provisória e o Termo de Adesão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jul. 2004. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0340\\_14\\_07\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0340_14_07_2004.html). Acesso em 21 de dez. de 2020.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 119 de 11 de dezembro de 2006. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). **Secretaria Especial dos Direitos Humanos** – Brasília-DF: CONANDA, 11 dez. 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Republicada por ter saído, no **Diário Oficial da União** nº 96, de 25 maio 2013, Seção 1, págs. 37/38, com incorreção no original.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. 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**, Brasília, DF, 19 jan. 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm). Acesso em 12 de nov. de 2020.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 160, de

18 de novembro de 2013. Aprova o Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 nov. 2013. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/30047323/do1-2013-11-19-resolucao-n-160-de-18-de-novembro-de-2013-30047319](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/30047323/do1-2013-11-19-resolucao-n-160-de-18-de-novembro-de-2013-30047319). Acesso em 21 de dez. de 2020.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. Coordenação Geral do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. **Levantamento Anual SINASE 2013 - Privação e Restrição de Liberdade**. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação GM/MS nº 02, de 28 de setembro de 2017a. 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 (Origem: PRT MS/GM 1082/2014). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acesso em 15 de nov. de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 28 de setembro de 2017b. 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. Disponível em: [https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria\\_Consolidacao\\_6\\_28\\_SETEMBRO\\_2017.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf). Acesso em 15 de nov. de 2020

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 191, de 7 de junho de 2017c. Dispõe sobre a participação de adolescentes no **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente** – CONANDA. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/resolucao191.pdf>. Acesso em 21 de dez. de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017d. 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). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em 14 de março de 2021.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Geral. Sub-chefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018 - Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o

Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 nov. 2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9579.htm#art126](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9579.htm#art126). Acesso em 14 de março de 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Coordenação Geral de Assuntos Socioeducativos. **Levantamento Anual SINASE 2017**. Brasília, 2019.

CARVALHO, D.S. Estado, juventude e narrativas do sistema socioeducativo: direitos humanos, saúde e políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 3753-3764, 2021

CASTRO, A.L.S.; GUARESCHI, P. Da privação da dignidade social à privação da liberdade individual. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 200-207, 2008.

CAVALCANTI, P.B.; DANTAS, A.C.S.; CARVALHO, R.N. Contornos e sinergias entre a política de saúde e o adolescente privado de liberdade: intersectorialidade como desafio. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.10, n.2, p.399 - 410, 2011.

COSTA N.R, SILVA P.R.F. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 22, n. 5, p.1467-1478, 2017.

CURITIBA, 2020. **Relatório detalhado do quadrimestre anterior (RDQA) – 2º quadrimestre de 2020**. Curitiba, 2020.

FAZENDA RIO GRANDE. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <https://www.fazendariogrande.pr.gov.br/secretarias/saude>. Acesso em 14 de jan. de 2021.

\_\_\_\_\_. **Relatório detalhado do quadrimestre anterior – 2º quadrimestre de 2020**. Fazenda Rio Grande, 2020. Disponível em: <https://www.fazendariogrande.pr.gov.br/transparencia/geral/relatorio-de-gestao>. Acesso em 14 de jan. de 2021.

\_\_\_\_\_. **Relatório detalhado do quadrimestre anterior – 3º quadrimestre de 2018**. Fazenda Rio Grande, 2018. Disponível em: <https://www.fazendariogrande.pr.gov.br/transparencia/geral/relatorio-de-gestao>. Acesso em 14 de jan. de 2021.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 120-131, 2015. Edição Especial.

FONSECA, M.J.M. Introdução à Hermenêutica de Paul Ricoeur. **Millenium Journal of Education, Technologies and Health**, v. 36, n.14, p. 1-27, 2009.

FRANCO NETTO, T.L. **Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes privados de liberdade: A experiência do CAJE-DF**. 84p. Dissertação (Mestrado em Política Social). Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

GARRIDO-PINZÓN, J.; BERNARDO, M.H. Vivências de trabalhadores da saúde em face da lógica neoliberal: um estudo da atenção básica na Colômbia e no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 1-11, 2017.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.493-545.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P.F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 11-21, 2017.

GIOVANELLA, L. et. al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C.M.; ALMEIDA, P.F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020.

GOOGLE MAPS. **Mapa do estado do Paraná**. Disponível em: <https://www.google.com/maps/place/Paran%C3%A1/@-24.5502097,-53.5751577,7z/data=!4m5!3m4!1s0x94db0b9430b8629d:0xe893fd5063cef061!8m2!3d-25.2520888!4d-52.0215415>. Acesso em: 27 de fev. de 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades: Curitiba**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/curitiba/panorama>. Acesso em 14 de jan. de 2021a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades: Fazenda Rio Grande**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/fazenda-rio-grande/panorama>. Acesso em 14 de jan. de 2021b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades: Laranjeiras do Sul**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/laranjeiras-do-sul/panorama>. Acesso em 14 de jan. de 2021c.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades: Pato Branco**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/pato-branco/panorama>. Acesso em 14 de jan. de 2021d.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **IBGE**

**Cidades: Londrina.** Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/londrina/panorama>. Acesso em 14 de jan. de 2021e.

KUMWENDA, M.; NZALA, S.; ZULU, J.M. Health care needs assessment among adolescents in correctional institutions in Zambia: an ethical analysis. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 581, p. 1-9, 2017.

LARANJEIRAS DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde. **Programação Anual de Saúde de Laranjeiras do Sul – 2021.** Laranjeiras do Sul, 2021. Disponível em [https://www.laranjeirasdosul.pr.gov.br/publicacao/\[1632336610\].pdf](https://www.laranjeirasdosul.pr.gov.br/publicacao/[1632336610].pdf) . Acesso em 14/12/2021.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos.** São Paulo: Global Ed., 1983.

LAZARINI, W.S; SODRÉ, F; SARTI, T.D; ANDRADE, M.A.C. Políticas de saúde no Brasil: uma análise a partir dos projetos financiados pelo Banco Mundial durante os governos Lula e Dilma. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.30, n.1, p. 1-12, 2021

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025.** Londrina, 2021. Disponível em: [https://saude.londrina.pr.gov.br/images/DPGS/Plano\\_Municipal\\_Saude\\_2022-25.pdf](https://saude.londrina.pr.gov.br/images/DPGS/Plano_Municipal_Saude_2022-25.pdf). Acesso em 14/12/2021.

MECLER, K. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v. 20, n. 1, p. 70-82, 2010.

MELLA, L. L.; LIMBERGER, J.; ANDRETTA, I. Políticas Públicas e Adolescentes em Conflito com a Lei: revisão sistemática da literatura nacional. **Revista Políticas Públicas & Cidades**, v.3, n.2, p. 88 – 99, 2015.

MELO, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 38-51, 2018. Edição Especial.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde.** 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 21ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

NACIONES UNIDAS. Asamblea General. Secretaria General. Experto Independiente para elestudio mundial de lasNaciones Unidas sobre losniños privados de libertad. **Estudio mundial sobre losniños privados de libertad.** Nova York, 2019. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/3813850#record-files-collapse-header>. Acesso em: 10 de jun. de 2020.

NARDI, F.L.; JAHN, G.M; DELL'AGLIO, D.D. Perfil de adolescentes em privação de liberdade: eventos estressores, uso de drogas e expectativas de futuro. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 116-137, 2014.

NOGUEIRA, 2018. R.B.A. **A saúde do adolescente em conflito com a lei em medida socioeducativa de privação de liberdade: um estudo da unidade de Campos dos Goytacazes**. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arôuca, Rio de Janeiro, 2018.

ONOCKO CAMPOS, R.T; FURTADO, J.P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude Regra de Beijing** - Adotadas pela Resolução 40/33 da Assembleia Geral da ONU, em 29 de novembro de 1985. Disponível em: <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2012/08/Regras-M%C3%ADnimas-das-Na%C3%A7%C3%B5es-Unidas-para-a-Administra%C3%A7%C3%A3o-daJusti%C3%A7a-da-Inf%C3%A2ncia-e-da-Juventude-Regra-de-Beijing.pdf>. Acesso em 22 de mar. de 2021.

\_\_\_\_\_. **PRINCÍPIOS ORIENTADORES DE RIAD. Princípios Orientadores das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil** - Adotados e proclamados pela Assembleia Geral das Nações Unidas na sua resolução 45/112, de 14 de dezembro de 1990. Disponível em: [http://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/migrados/File/Sinase\\_Principios\\_de\\_Riade.pdf](http://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/migrados/File/Sinase_Principios_de_Riade.pdf). Acesso em 22 de mar. de 2021.

\_\_\_\_\_. **Regras das Nações Unidas para a Proteção dos Menores Privados de Liberdade** - Adotada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 14 de dezembro de 1990. Disponível em: [http://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/migrados/File/regras\\_das\\_nacoes\\_unidas.pdf](http://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/migrados/File/regras_das_nacoes_unidas.pdf). Acesso em 22 de mar. de 2021.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

\_\_\_\_\_. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 15-28, 2019. Edição Especial.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos. Departamento de Atendimento Socioeducativo. **Plano estadual de atendimento socioeducativo**. Paraná, 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos. Departamento de Atendimento Socioeducativo (DEASE). **Relatório de Ações DEASE – 2017**. Paraná, 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos. Departamento de Atendimento Socioeducativo (DEASE). Resolução 169, de 21 de dezembro de 2018 - Cria e regulamenta a Central de Vagas das Unidades Socioeducativas do Estado do Paraná, disciplinando procedimentos administrativos para ingresso e transferência de adolescentes em conflito com a lei nas respectivas unidades e dá outras providências. **Diário Oficial** nº. 10347 de 4 jan. 2019.

PARANÁ. Secretaria da Justiça, Família e Trabalho. **Apresentação DEASE**. Disponível em: <https://www.justica.pr.gov.br/Socioeducacao>. Acesso em 12 de set. de 2021a.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Linha de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Linha-de-Atencao-Saude-da-Crianca-e-do-Adolescente>. Acesso em 12 de set. de 2021b.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. Saúde do Adolescente. **Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei**. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Saude-do-Adolescente>. Acesso em 12 de set. de 2021c.

PATO BRANCO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Pato Branco 2018-2021**. Pato Branco, 2017. Disponível em: [http://pronimtb.patobranco.pr.gov.br:8087/pronimtb/upload/Outros/Plano%20de%20Saude%20de%202018\\_2021.pdf](http://pronimtb.patobranco.pr.gov.br:8087/pronimtb/upload/Outros/Plano%20de%20Saude%20de%202018_2021.pdf). Acesso em: 14/12/2021.

PEREZ, J.R.R.; PASSONE, E.F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v.40, n.140, p.649-673, 2010.

PERMINIO, H.B. et al. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade: uma análise de sua implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 2859-2868, 2018

REYES-QUILODRÁN, C; LABRENZ, C.A; DONOSO-MORALES, G. Justicia Restaurativa en Sistemas de Justicia Penal Juvenil Comparado: Suecia, Inglaterra, Italia y Chile. **Política criminal**, v.13, n.25, 2018.

RIBEIRO, D.S.; RIBEIRO, F.M.L.; DESLANDES, S.F. Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo: relação entre as equipes das unidades e a rede de saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 1-11, 2018.

RIBEIRO, D.S.; RIBEIRO, F.M.L.; DESLANDES, S.F. Discursos sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de internação no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3837-3846, 2019.

ROBERT, C. **As percepções dos(as) trabalhadores(as) quanto à rotina e sua influência na saúde mental de adolescentes internados(as) nos Centros de**

**Socioeducação (cense) do estado do Paraná.** 179 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Curitiba, 2020.

SANTOS, D.V.D. **A Gestão Autônoma da Medicação: da prescrição à escuta.** 228p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, 2014.

SILVA, R. **Os filhos do governo: A formação da identidade criminosa em crianças órfãs e abandonadas.** Editora Ática: São Paulo, 1997.

SOUSA, M.F et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 82-93, 2019. Edição Especial.

TORRALBO, F.A.P. **O sistema de referência e contra-referência no atendimento ao adolescente infrator: percepção dos profissionais de saúde da fundação casa.** 130p. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, 2008.

TORRALBO, F.A.P.; JULIANI, C.M.C.M. O sistema de referência e contrarreferência no atendimento ao adolescente: realidade x integralidade. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v.10, n.3, p.1016-1021, 2016.

TURATO, E.R. Métodos Quantitativos e Qualitativos na área da Saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VICENTIN, M.C.G; GRAMKOW, G; ROSA, M.D. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de “novos” manicômios judiciários. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v. 20, n.1, p. 61-69, 2010.

VILARINS, N.P.G. Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 891-898, 2014.

VILLANUEVA CONGOTE, J. et al. La salud mental en los modelos de atención de adolescentes infractores: Los casos de Colombia, Argentina, Estados Unidos y Canadá. **Universitas Medica**, v. 59, n. 4, p. 1-16, 2018.

WALSH, J. et al. Perception of need and barriers to access: the mental health needs of Young people attending a Youth Offending Team in the UK. **Health and Social Care in the Community**, v. 19, n.4, p.420–428, 2011.

WILSON, A. Planning primary health-care services for South Australian young offenders: A preliminary study. **International Journal of Nursing Practice**, v. 13, p. 296-303, 2007.

YAZZIE, R.A. Availability of treatment to youth offenders: Comparison of public versus private programs from a national census. **Children and Youth Services Review**, v. 33, n. 6, p. 804–809, 2011.ti

**ANEXO I – MODELO PERGUNTAS DISPARADORAS ENTREVISTAS COM  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS (CENTROS  
DE SOCIOEDUCAÇÃO – CENSE)**

Qual o número de vagas da unidade?

Quantos profissionais de saúde a unidade possui? Quais categorias profissionais? O que você acha disso?

São realizadas formações, capacitações, educação permanente para os profissionais? Quais? O que já foi feito?

Quando um adolescente está em sofrimento ou em crise de saúde mental, quem é acionado? O que é feito? Quem é acionado?

No caso das medicações, como que é feita a prescrição? De onde ela vem? Quem administra o medicamento? Como é feito o controle?

***Em relação ao acesso do adolescente a rede de saúde do município?  
Como é feito, como isso tem funcionado?***

***E com relação às ações de promoção e prevenção em saúde, quais ações são realizadas, por quem?***

Com relação à estrutura física do CENSE, o que você acha? A estrutura é adequada? Qual é a sua percepção?

Há algo mais que gostaria de abordar?

## **ANEXO II – MODELO PERGUNTAS DISPARADORAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE**

Como se dá a organização entre a socioeducação e a saúde em seu município/serviço, no que se refere aos atendimentos dos adolescentes em medida de internação? Poderia nos dar alguns exemplos?

Como são os atendimentos e demais ações? Como acontecem?

Qual lhe parece a percepção das equipes sobre a relação entre saúde e socioeducação?

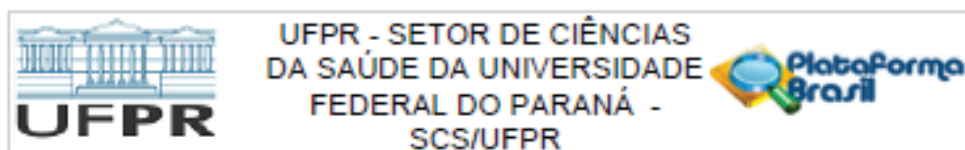
Quais problemas, dificuldades e desafios você mais observa nesse contexto?

Qual a sua percepção sobre a PNAISARI? O que você poderia dizer sobre ela?

Há algo que você faria diferente nessas ações, planejamentos, execuções que conversamos? Como?

Há algo mais que você gostaria de abordar?

## ANEXO III – APROVAÇÕES COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Manejos e práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde mental nos Centros de Socioeducação (CENSE) e casas de Semi Liberdade da Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Paraná.

**Pesquisador:** Delvsson Vianna Dantas dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 6

**CAAE:** 02353018.3.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.379.624

#### Apresentação do Projeto:

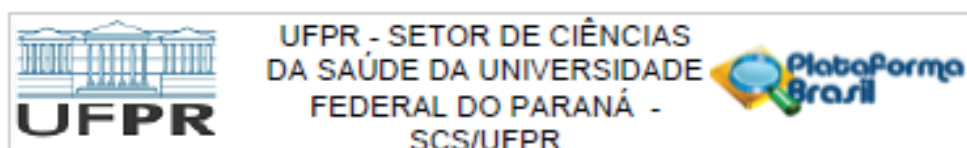
Trata-se de emenda à pesquisa em tela, detalhada no item "Comentários e considerações sobre a pesquisa". O presente estudo visa investigar os manejos e as práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde mental dos adolescentes, em especial no que diz respeito aos seguintes tópicos: número de tentativas de suicídio, o uso de psicotrópicos e a frequência de eventos adversos de crise, verificando possíveis diferenças destes dados entre os CENSEs e casas de semiliberdade.

Investigar o uso do tempo em populações específicas, como os adolescentes Internados, configura-se em um meio de diagnóstico que possibilita a compreensão da relação destas com a saúde e o bem estar, orientando na indicação daquelas ocupações mais significativas e satisfatórias ao sujeito (NUNES,EMMEL,2015). Desta forma, dados sobre os hábitos de uma população e suas possíveis mudanças podem colaborar com o direcionamento de políticas públicas e o planejamento social, apontando para a emancipação civil e política de grupos socialmente excluídos (LOPES E COL., 2011; MCKENNA,BROOME,LIDDLE, 2007).

#### Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa apresenta como objetivo geral avaliar manejos e práticas relacionadas às crises e ao

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-340  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3380-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.379/024

sofrimento em saúde mental nos Centros de SocioEducação e Casas de Semi Liberdade (CENSE) da Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Paraná\*.

São objetivos específicos:

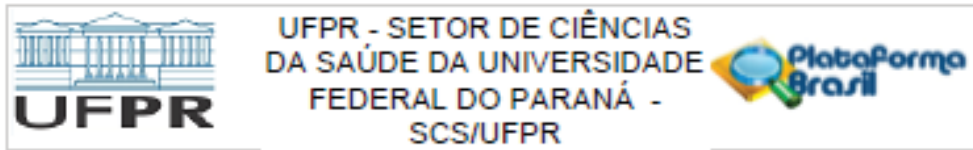
- Compreender como as equipes dos CENSE e das Casas de Semiliberdade têm aplicado as diretrizes do Caderno de Socioeducação da Secretaria de Estado da Justiça-PR, na intervenção cotidiana com as crianças e adolescentes acompanhados e que apresentam histórico de Ideação ou tentativas de suicídio.
- Compreender a prescrição de psicotrópicos e as percepções ligadas a esta ação em relação aos adolescentes.
- Entender como ocorre a atuação dos profissionais nos eventos adversos de crise dentro dos CENSEs e casas de semi-liberdade;
- Avaliar as atividades ofertadas aos adolescentes, e como eles fazem o uso de seu tempo e estruturam sua rotina mediante o contexto Institucional o qual estão submetidos.
- Avaliar o Impacto da Terapia Comunitária Integrativa entre trabalhadores dos Centros de Socioeducação (CENSE) do Paraná com relação à redução do sofrimento mental e estresse no trabalho.
- Investigar as dinâmicas de articulação Intersetorial entre os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde e as unidades socioeducativas do estado do Paraná, em relação ao atendimento de saúde dos(as) adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, a partir da percepção dos(as) trabalhadores(as) e gestores(as) de ambas os setores – saúde e socioeducação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**BENEFÍCIOS:**

Almeja-se que a pesquisa proposta possibilite um melhor entendimento de como os manejos e as práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde mental nos Centros de Socioeducação (CENSE) e Casas de Semiliberdade compactuam com a atenção quista por tal população e assegurada por diversos dispositivos legais, tais como a Lei Orgânica do SUS e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Além disso, objetiva-se identificar possíveis conexões entre tais manejos e práticas e os dados aos adolescentes aos indicadores: uso de psicotrópicos, tentativas de suicídio, número de eventos adversos de crise e influência da rotina dos adolescentes no regime de internação.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.080-240  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3380-7250 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.379.624

Ademais, pretende-se ofertar um momento de escuta e autorreflexão dos trabalhadores entrevistados acerca de suas concepções e práticas de manejo às crises de saúde mental, situação a qual pode gerar uma ressignificação destas. Em especial, nos CENSES que serão realizadas rodas de Terapia Comunitária Integrativa, uma vez que a TCI é um espaço comunitário que promove a conversa interior, favorecendo a expressão da subjetividade, trazendo alívio do sofrimento, valorização pessoal e fortalecimento de vínculos solidários (FERREIRA FILHA, 2009).

Além disso, ampliando a compreensão do objeto de estudo, almeja-se fornecer elementos para futuras políticas públicas de saúde. Buscando ferramentas de embasamento para direitos essenciais, a reinserção social e o melhor desenvolvimento para o crescimento dos jovens, apresenta desdobramentos futuros em termos de formação de sociedade pautada no respeito à dignidade humana.

Quanto ao ponto de vista sócio-econômico pretende-se que a identificação e compreensão de práticas de manejo ao sofrimento mental possa auxiliar na catalogação de "boas práticas" ou ao menos práticas relacionadas a melhor performance nos indicadores eleitos. Desta forma, contribuir para a reinserção social dos adolescentes, de modo que este venha a ser um cidadão autônomo e solidário, capaz de se relacionar melhor consigo mesmo, com os outros e com tudo que integra a sua circunstância e sem reincidir na prática de atos infracionais (BRASIL, 2006).

A reflexão acerca do tratamento dispensado em situações de extrema vulnerabilidade produzida por uma crise de saúde mental possibilitaria uma análise crítica quanto ao caráter sancionatório e, sobretudo, psicopedagógico intencionado e suas possíveis vantagens e desvantagens para os projetos de vida dos sujeitos.

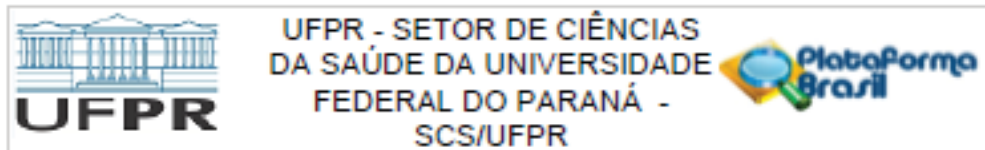
Por fim, tal estudo pauta-se no tema elencado na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, o qual se propõe a avaliar políticas, programas, projetos e demais intervenções relacionadas à prevenção de suicídios entre adolescentes e jovens (BRASIL, 2015).

#### RISCOS:

Poderá surgir algum desconforto ou constrangimento durante a realização das entrevistas, pois espera-se que as pessoas falem sobre os manejos e práticas adotados no ambiente de trabalho; e se tal desconforto for percebido ou relatado, o entrevistado poderá interromper a entrevista ou sua participação.

Considera-se a possibilidade da ocorrência de riscos de ordem não-física, desconfortos e níveis de constrangimento que podem variar de acordo com a sensibilidade do entrevistado. Um dos cuidados para se evitar isso é justamente ser realizada uma entrevista aberta, de modo que a

Endereço:	Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar	CEP:	80.060-240
Bairro:	Alto da Glória		
UF:	PR	Município:	CURITIBA
Telefone:	(41)3360-7259	E-mail:	cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.379.024

pessoa poderá abordar os temas que julgar pertinentes e se sentir à vontade para isso. Será reforçado o aspecto do sigilo e da liberdade em encerrar a entrevista a qualquer momento se assim desejarem, bem como retirar o consentimento a qualquer momento. Se durante a entrevista o participante necessitar de apoio emocional, este o será ofertado no local.

Podem ocorrer também o cansaço ao longo da entrevista; caso o entrevistador note algum sinal sugestivo de cansaço, por exemplo bocejos, esfregar os olhos, distraibilidade, mencionará que a entrevista pode ser encerrada a qualquer momento. No decorrer da entrevista, o participante possui plena liberdade para encerra-la no momento que desejar, sem qualquer ônus.

No caso específico da população privada de liberdade, garantiremos local privativo para a realização das entrevistas, isolado, dentro da própria delegacia, já acordado com os delegados responsáveis, de modo que o conteúdo das entrevistas seja mantido em sigilo absoluto e garantindo a liberdade de expressão. Além disso, serão realizadas entrevistas somente com aquelas pessoas que estejam saindo das delegacias, evitando que elas sejam expostas a qualquer inferência ou especulações sobre sua possível participação no estudo, evitando qualquer exposição desnecessária.

Todas as pessoas serão convidadas para participarem das rodas. Apesar de raro, caso haja algum tipo de manifestação de sofrimento de ordem psicológica, desencadeado pela pesquisa, será encaminhado para atendimento de psiquiatria com a Dra. Sabrina Stefanello, conforme acordado na carta de anuência junto a esse projeto.

Por fim, o risco atual se refere a situação de pandemia da COVID-19, o que acarreta possíveis dificuldades para continuidade do desenvolvimento das novas etapas de pesquisa propostas, podendo impossibilitar deslocamentos e/ou dificultar o agendamento e a disponibilidade para as entrevistas.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os pesquisadores solicitam emenda para inclusão de pesquisadora e alteração do cronograma, detalhados a seguir:

- Inclusão da pesquisadora Chayanne Federhen, para desenvolvimento de nova etapa da pesquisa como seu projeto de mestrado.
- Considerando inclusão de pesquisadora, adendo de objetivo específico e novos campos de pesquisa, será necessário realizar adequações no cronograma, em relação a novas ações a serem desenvolvidas.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.080-240  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3380-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -  
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 4.379.624

Informam ainda que a "Inclusão de nova pesquisadora e novo objetivo específico levaram a necessidade de algumas alterações no projeto para viabilidade de desenvolvimento. Tais mudanças se justificam a partir da complexidade do tema que, para melhor compreensão, sugere correlações Intersetoriais, sendo as da saúde e socioeducação objeto de estudo desse trabalho."

A proposta da emenda é, portanto, "desenvolver ações de pesquisa que compreendam a interação entre rede de atenção à saúde e a rede de socioeducação. Para tal, almeja-se expandir as ações de pesquisa e análise para os serviços de saúde que já estejam vinculados aos centros de socioeducação estudados no projeto." Acrescentam que "a partir dos resultados iniciais de pesquisa e de contato com o campo, identificou-se a necessidade de ampliar o campo de pesquisa, avaliando também a relação com equipamentos das redes de saúde, dada a complexidade do campo."

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

foram acrescidos os termos de coparticipação dos municípios de Pato Branco, Londrina, Fazenda Rio Grande e Laranjeiras do Sul.

Também acrescentado o termo de ausência de custos, o termo de apreciação da pesquisa e o de concordância da SMS de Curitiba.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

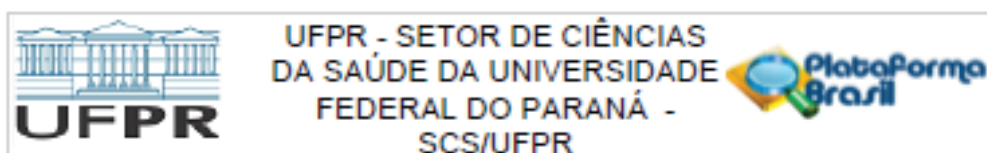
CEP: 80.080-340

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7250

E-mail: comeca.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.379.624

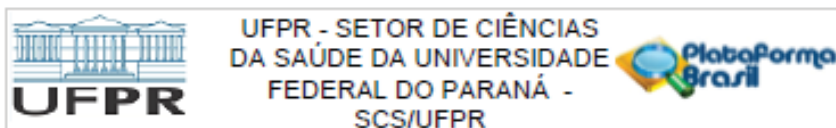
Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: [www.cometica.ufpr.br](http://www.cometica.ufpr.br) (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1488894_É2.pdf	23/10/2020 09:16:02		Aceito
Outros	CartadeInstitulcaoCopartidpantePatoBranco.pdf	23/10/2020 09:15:15	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Outros	CartadeInstitulcaoCopartidpanteLondrina.pdf	23/10/2020 09:15:06	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Outros	CartadeInstitulcaoCopartidpanteFazendaofogrande.pdf	23/10/2020 09:14:55	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Outros	CartadeConcordanciaCopartidpanteLaranjeirasdoSul.pdf	23/10/2020 09:14:44	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodecompromisso22_10.pdf	23/10/2020 09:14:24	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	cartadeapresentacaodejustificativadeemendaOUT2020.pdf	21/10/2020 11:59:27	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Outros	ausenciadecustos.doc	20/10/2020 14:51:17	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Outros	RequerimentodeApreciacaodePesquisa.doc	20/10/2020 14:50:43	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Outros	ConcordanciadocampoCURITIBA.pdf	20/10/2020 14:47:18	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisaEmendaOutubro2020.doc	19/10/2020 17:10:07	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimentolivreesclarecido2020.doc	19/10/2020 17:09:10	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TCI_Setembro_2019.doc	09/09/2019 19:02:32	Sandriane A. Kalamar Martins	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3380-7259 E-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)



Continuação do Parecer: 4.379/2014

Outros	cartaemendaprojetoense_setembro_2019.docx	09/09/2019 18:56:53	Sandriane A. Kalamar Martins	Aceito
Outros	declaracaodecompromissosdaequipedepesquisa.docx	03/07/2019 09:57:48	Sandriane A. Kalamar Martins	Aceito
Outros	cartadeencaminhamento_01_07_2019.doc	03/07/2019 09:52:41	Sandriane A. Kalamar Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TCI_CORRIGIDO_27_06_2019.doc	01/07/2019 14:56:45	Sandriane A. Kalamar Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TCI_CORRIGIDO_27_06_2019.pdf	27/06/2019 14:58:13	Sandriane A. Kalamar Martins	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartaemendaprojetoense.pdf	11/06/2019 17:42:51	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoRevisadocorrigido_25_05_2019.doc	11/06/2019 17:29:03	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	04022019CORRECAO.pdf	05/02/2019 00:40:17	ANA PAULA ALMEIDA ROCHA OHATA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	04022019TCLE.doc	05/02/2019 00:33:31	ANA PAULA ALMEIDA ROCHA OHATA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodetomarpublicososresultadoscorrigido1.pdf	20/12/2018 17:18:51	ANA PAULA ALMEIDA ROCHA OHATA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	MODIFICACOESCEP.pdf	17/12/2018 14:45:36	ANA PAULA ALMEIDA ROCHA OHATA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Informacaosobresejuscorrigido.pdf	17/12/2018 14:45:28	ANA PAULA ALMEIDA ROCHA OHATA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	extratodaataCORRIGIDO.pdf	17/12/2018 14:45:21	ANA PAULA ALMEIDA ROCHA OHATA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDOcorrigido.doc	17/12/2018 14:35:31	ANA PAULA ALMEIDA ROCHA OHATA	Aceito
Outros	001analisedemerito.doc	06/11/2018 10:02:34	ALLANA MARINA BUENO	Aceito
Outros	oficiodopesquisadorencaminhandooprojetoocep.doc	01/11/2018 17:05:14	Cassiano Robert	Aceito
TCLE / Termos de	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE	01/11/2018	Cassiano Robert	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3380-7250 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -  
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 4.379.024

Assentimento / Justificativa de Ausência	LARECIDO.doc	17:01:39	Cassiano Robert	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoRevisado10.doc	11/10/2018 20:03:10	ANA PAULA ALMEIDA ROCHA OHATA	Acelto
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	11/10/2018 12:35:26	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Acelto
Declaração de Pesquisadores	anuencia.pdf	10/10/2018 22:30:07	ANA PAULA ALMEIDA ROCHA OHATA	Acelto
Declaração de Pesquisadores	006informacaosobresejus.pdf	10/10/2018 20:35:46	ANA PAULA ALMEIDA ROCHA OHATA	Acelto
Declaração de Pesquisadores	004declaracaodetomarpublicososresultados.pdf	10/10/2018 20:16:18	ANA PAULA ALMEIDA ROCHA OHATA	Acelto
Declaração de Pesquisadores	ATA.pdf	10/10/2018 19:13:02	ANA PAULA ALMEIDA ROCHA OHATA	Acelto
Declaração de Pesquisadores	checklist.pdf	09/10/2018 15:29:44	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 04 de Novembro de 2020

Assinado por:  
IDA CRISTINA GUBERT  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Manejos e práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde mental nos Centros de Socioeducação (CENSE) e casas de Semi Liberdade da Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Paraná.

**Pesquisador:** Delvisson Vianna Dantas dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 02353018.3.3003.0101

**Instituição Proponente:** Prefeitura Municipal de Curitiba

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.430.952

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa de mestrado da UFPR em Saúde Coletiva, aprovada pelo Comitê de ética da UFPR sob o CAAE nº 02353018.3.0000.0102 e expressa no parecer nº4.379.624. Trata-se de projeto específico para a última fase da pesquisa que tem por objetivo investigar as dinâmicas de articulação Intersetorial entre os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde e as unidades socioeducativas do estado do Paraná, em relação ao atendimento de saúde dos(as) adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, a partir da percepção dos(as) trabalhadores(as) e gestores(as) de ambas os setores – saúde e sócio-educação. De acordo com os pesquisadores, este projeto tem como objetivo geral avaliar as práticas e manejos relacionados às crises e ao sofrimento em saúde mental nos Centros de Socioeducação e Casas de Semi Liberdade (CENSE) da Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Paraná. O Estado do Paraná consta com 19 Centros de Socioeducação (CENSE), sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Paraná, os quais atendem as crianças e adolescentes que possuem a internação como medida socioeducativa. No "eixo saúde" dos CENSEs, tem se que as ações e serviço de atenção à saúde da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) englobam, dentre outras, temas como: autocuidado, autoestima, autoconhecimento, relações de gênero, relações étnico raciais, cidadania, cultura de paz, relacionamentos sociais, uso de álcool e outras drogas, prevenção das violências, projeto de vida, desenvolvimento de habilidades sociais,

**Endereço:** Rua Adílio Bóris, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3380-4061

**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Pensar: 4.430.952

acompanhamento do desenvolvimento físico e psicossocial e saúde mental (BRASIL, 2006). Portanto, é de fundamental importância compreender como tais Centros tem lidado com as demandas e necessidades de saúde de tais adolescentes, em especial quanto às crises e ao sofrimento em saúde mental. No que se refere à relação Intersetorial com a rede de saúde, o trabalho se mostra importante compreendendo a necessidade de atender as demandas de proteção e garantias de direitos para o crescimento e desenvolvimento dos adolescentes, bem como a vulnerabilidade em que se encontra o adolescente em medida socioeducativa de privação de liberdade. Além disso, a garantia de direitos constitucionais e a efetivação de políticas públicas em saúde, assistência social e demais, pressupõe que também se lance mão de boa articulação de ações Intersetoriais com diretrizes de atuação bem compreendidas. A hipótese a ser testada é a de que equipamentos "iguais", como os CENSES e as Casas de Semi liberdade do Estado do Paraná adotam manejos e práticas as crises e sofrimento em saúde mental de forma diferente, gerando, portanto, resultados de tal intervenção diferentes. Conhecer tal singularidade é importante para um possível diagnóstico situacional visando o compartilhamento e aprimoramento das práticas adotadas em tais equipamentos. No que se refere à relação Intersetorial com a rede de saúde, de acordo com a literatura e antecedentes científicos, supõem-se que haja algum grau de dificuldade de articulação entre os setores. Metodologia Proposta: No campo da saúde coletiva, os objetos de investigação se constituem a partir de uma variedade de fatores a serem considerados e analisados com outras áreas do saber. Esses numerosos fatores não são passíveis de mensurações somente pelo formato quantitativo. Portanto, escolhe-se como metodologia principal, uma que permita a análise da realidade por múltiplos prismas, de modo a ser uma pesquisa com dados descritivos, Indutiva, preocupada com o processo, onde a questão da significação é essencial. Tal raciocínio Indutivo que almejamos é relativo ao fato de fundamentarmos os dados de campo, a partir das Individualidades e coleções de informações que, paulatinamente, desembocam na construção de uma teoria densa e plausível. (TURATO, 2005). Desta forma, visa-se combinar metodologias (entrevistas, diários de campo coleta de Indicadores previamente combinados com a Instituição coparticipante) e Intervenção com Terapia Comunitária Integrativa a fim de compreender melhor o fenômeno em questão. A combinação de métodos é descrita no campo da saúde por Minayo (2010) como triangulação dos métodos, primando a abordagem qualitativa. A literatura nacional e Internacional evidencia que a triangulação é uma estratégia de investigação voltada para a combinação de métodos e técnicas. De acordo com Minayo, a triangulação não é um método em si. É uma estratégia de pesquisa que se apóia em métodos científicos testados e consagrados, servindo e adequando-se a determinadas realidades, com fundamentos

Endereço: Rua Adílio Bóio, 660

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

E-mail: [etica@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:etica@sms.curitiba.pr.gov.br)

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 4.430.952

Interdisciplinares. Esta abordagem teórica deve ser escolhida quando contribuir para aumentar o conhecimento do assunto e atender aos objetivos que se deseja alcançar. Dos indicadores a serem coletados, coletaremos os seguintes indicadores da base de dados da Secretaria de Justiça e Cidadania: (1) perfil do público alvo egresso dos CENSES e casas de semi liberdade (idade, escolaridade, existência de diagnóstico e período destinado a sócio educação). Ssaltamos que os nomes do público egresso não constarão como objetivo da coleta de dados. Outros indicadores serão (2) perfil de psicotrópicos prescritos na unidade, (3) eventos adversos de crise (agitação psicomotora) registrados no período de estudo, (4) número de tentativas de suicídio registradas por unidade estudada que ocorreram entre o período de janeiro de 2018 a janeiro de 2019, coletados através de análise documental. Nesta etapa, serão coletados os dados de todos as 26 unidades de sócio educação do estado do Paraná. Atualmente o Estado do Paraná consta com 19 Centros de Socio-educação (CENSE) e 7 casas de semi liberdade, divididas em três regiões (1, 2 e 3), as quais atendem 560 crianças e adolescentes no regime de internação (PARANÁ, 2015b) Quanto ao perfil de prescrição de Psicofármacos, serão coletadas informações como quantidade de psicofármacos prescritos, origem da prescrição, tipo de prescrição e dose média de cada medicamento analisado. Quanto aos eventos adversos de crise estes referem se aos episódios de agitação psicomotora que os adolescentes assistidos apresentaram durante seu acompanhamento nos serviços e que registrados pela equipe. Quanto às tentativas de suicídio almeja-se coletar o número de eventos de tentativas de suicídio registrado nas unidades entre o período de Janeiro de 2018 a Janeiro de 2019. Da avaliação da Terapia Comunitária como espaço de escuta para os trabalhadores Este braço do estudo, consistirá na avaliação da prática de Terapia Comunitária desenvolvida com os trabalhadores de CENSEs de caráter longitudinal em dois dos CENSEs que serão estudados (CENSE Joana Richa e CENSE - São Francisco). O processo se dará por 8 semanas com encontros semanais onde se desenvolverão com os trabalhadores as rodas de Terapia Comunitária dentro do horário de trabalho em espaço aberto ou fechado no ambiente do CENSE. Na avaliação da relação com a rede de saúde, considera-se fazer as entrevistas online (chamada de vídeo), devido aos desdobramentos da pandemia por COVID-19.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Avaliar as práticas e os manejos adotados no atendimento à crise de saúde mental aos adolescentes dos Centros Socioeducativos e casas de semi liberdade do Estado do Paraná. **Objetivo Secundário:** 1) Compreender como as equipes dos CENSE e das Casas de Semi liberdade tem aplicado as diretrizes do Caderno de Socio-educação da Secretaria de Estado da

Endereço: Rua Adílio Bório, 680  
Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-4961 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Planoar: 4.400.952

Justiça-PR, na intervenção cotidiana com as crianças e adolescentes acompanhados e que apresentam histórico de ideação ou tentativas de suicídio;2)Compreender a prescrição de psicotrópicos e as percepções ligadas a esta ação em relação aos Adolescentes;

3)Entender como ocorre a atuação dos profissionais nos eventos adversos de crise dentro dos CENSEs e casas de semi liberdade;4)Avaliar as atividades ofertadas aos adolescentes, e como eles fazem o uso de seu tempo e estruturam sua rotina mediante o contexto institucional o qual estão submetidos;5)Avaliar o Impacto da Terapia Comunitária Integrativa entre trabalhadores dos Centros de Socio-educação (CENSE) do Paraná com relação à redução do sofrimento mental e estresse no trabalho;6)Investigar as dinâmicas de articulação intersetorial entre os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde e as unidades socioeducativas do estado do Paraná, em relação ao atendimento de saúde dos(as) adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, a partir da percepção dos(as) trabalhadores(as) e gestores(as) de ambas os setores – saúde e sócio-educação

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos, conforme descrito: poderá surgir algum desconforto ou constrangimento durante a realização das entrevistas, pois espera-se que as pessoas falem sobre os manejos e práticas adotados no ambiente de trabalho; e se tal desconforto for percebido ou relatado, o entrevistado poderá interromper a entrevista ou sua participação. Considera-se a possibilidade da ocorrência de riscos de ordem não-física, desconfortos e níveis de constrangimento que podem variar de acordo com a sensibilidade do entrevistado. Um dos cuidados para se evitar isso é justamente ser realizada uma entrevista aberta, de modo que a pessoa poderá abordar os temas que julgar pertinentes e se sentir à vontade para isso. Será reforçado o aspecto do sigilo e da liberdade em encerrar a entrevista a qualquer momento se assim desejarem, bem como retirar o consentimento a qualquer momento. Se durante a entrevista o participante necessitar de apoio emocional, este o será ofertado no local. Pode ocorrer também o cansaço ao longo da entrevista; caso o entrevistador note algum sinal sugestivo de cansaço, por exemplo bocejos, esfregar os olhos, distraibilidade, mencionará que a entrevista pode ser encerrada a qualquer momento. No decorrer da entrevista, o participante possui plena liberdade para encerra-la no momento que deseja, sem qualquer ônus. No caso específico da população privada de liberdade, garantiremos local privativo para a realização das entrevistas, isolado, dentro da própria delegacia, já acordado com os delegados responsáveis, de modo que o conteúdo das entrevistas seja mantido em sigilo absoluto e garantindo a liberdade de expressão. Além disso, serão realizadas entrevistas somente com aquelas pessoas que estejam saindo das delegacias, evitando que elas sejam expostas a qualquer

Endereço: Rua Adílio Bório, 660

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-4961

E-mail: [etica@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:etica@sms.curitiba.pr.gov.br)

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 4.430.952

Inferência ou especulações sobre sua possível participação no estudo, evitando qualquer exposição desnecessária. Todas as pessoas serão convidadas para participarem das rodas. Apesar de raro, caso haja algum tipo de manifestação de sofrimento de ordem psicológica, desencadeado pela pesquisa, será encaminhado para atendimento de psiquiatria com a Dra. Sabrina Stefanello, conforme acordado na carta de anuência junto a esse projeto. Por fim, o risco atual se refere a situação de pandemia da COVID-19, o que acarreta possíveis dificuldades para continuidade do desenvolvimento das novas etapas de pesquisa propostas, podendo impossibilitar deslocamentos e/ou dificultar o agendamento e a disponibilidade para as entrevistas. Benefícios, conforme descrito: Almeja-se que a pesquisa proposta possibilite um melhor entendimento de como os manejos e as práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde mental nos Centros de Sócioeducação (CENSE) e Casas de Semiliberdade compactuam com a atenção quística por tal população e assegurada por diversos dispositivos legais, tais como a Lei Orgânica do SUS e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Além disso, objetiva-se identificar possíveis conexões entre tais manejos e práticas e os dados aos adolescentes aos indicadores: uso de psicotrópicos, tentativas de suicídio, número de eventos adversos de crise e influência da rotina dos adolescentes no regime de Internação. Ademais, pretende-se ofertar um momento de escuta e autorreflexão dos trabalhadores entrevistados acerca de suas concepções e práticas de manejo às crises de saúde mental, situação a qual pode gerar uma ressignificação destas. Em especial, nos CENSES que serão realizadas rodas de Terapia Comunitária Integrativa, uma vez que a TCI é um espaço comunitário que promove a conversa interior, favorecendo a expressão da subjetividade, trazendo alívio do sofrimento, valorização pessoal e fortalecimento de vínculos solidários (FERREIRA FILHA, 2009). Além disso, ampliando a compreensão do objeto de estudo, almeja-se fornecer elementos para futuras políticas públicas de saúde. Quanto ao ponto de vista socioeconômico pretende-se que a identificação e compreensão de práticas de manejo ao sofrimento mental possa auxiliar na catalogação de "boas práticas" ou ao menos práticas relacionadas a melhor performance nos indicadores eleitos. Desta forma, contribuir para a reinserção social dos adolescentes, de modo que este venha a ser um cidadão autônomo e solidário, capaz de se relacionar melhor consigo mesmo, com os outros e com tudo que integra a sua circunstância e sem reincidir na prática de atos infracionais (BRASIL, 2006). A reflexão acerca do tratamento dispensado em situações de extrema vulnerabilidade produzida por uma crise de saúde mental possibilitaria uma análise crítica quanto ao caráter sancionatório e, sobretudo, psicopedagógico intencionado e suas possíveis vantagens e desvantagens para os projetos de vida dos sujeitos. Por fim, tal estudo pauta-se no tema elencado na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em

Endereço: Rua Afílio Bóto, 680

Bairro: Cristo Rei

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4061

CEP: 80.050-250

E-mail: e1ica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer: 4.430.952

Saúde, o qual se propõe a avaliar políticas, programas, projetos e demais intervenções relacionadas à prevenção de suicídios entre adolescentes e jovens (BRASIL, 2015).

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pendências atendidas corretamente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos obrigatórios foram apresentados, analisados e de acordo para o desenvolvimento da pesquisa

**Recomendações:**

Vide campo Conclusões ou Pendências.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pesquisadores atenderam às pendências apontadas no parecer anterior. Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios parciais sobre o andamento do estudo, bem como o relatório completo ao final do estudo. Eventuais notificações, ou modificações que gerem emendas ao protocolo original, devem ser apresentadas tempestivamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Salientamos a necessidade de entrar previamente em contato com as Unidades, de posse do Termos de Aprovação da Pesquisa, para agendar as atividades necessárias com as Chefas locais.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer da relatoria.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1659029.pdf	23/11/2020 19:38:13		Aceito
Outros	cartadeajustesdependencias.pdf	23/11/2020 19:37:39	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Orçamento	orcamentodepesquisa.pdf	23/11/2020 19:36:12	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimentolvreesclarecido20 20novo.pdf	23/11/2020 19:35:42	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto de Pesquisacorigido.pdf	10/11/2020	antonio dery	Aceito

Endereço: Rua Afílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4061

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer: 4.430.952

Brochura Pesquisa	Projeto de Pesquisa corrigido.pdf	10:16:12	silveira filho	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaração de Interesse de campo de pesquisa.pdf	10/11/2020 10:15:27	antonio dercy silveira filho	Acelto
Outros	Curriculo Lattes Ana Paula Almeida Rocha Ohata.pdf	10/11/2020 10:13:00	antonio dercy silveira filho	Acelto
Outros	Curriculo Lattes Aliana Marina Bueno.pdf	10/11/2020 10:12:47	antonio dercy silveira filho	Acelto
Outros	Curriculo Lattes Milene Zanoni da Silva.pdf	10/11/2020 10:12:32	antonio dercy silveira filho	Acelto
Outros	Curriculo Lattes Chayanne Federhen.pdf	10/11/2020 10:11:56	antonio dercy silveira filho	Acelto
Outros	Curriculo Lattes Delvisson Vianna Dantas dos Santos.pdf	10/11/2020 10:11:27	antonio dercy silveira filho	Acelto
Outros	Carta de Instituição Coparticipante Pato Branco.pdf	23/10/2020 09:15:15	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Acelto
Outros	Carta de Instituição Coparticipante Londrina.pdf	23/10/2020 09:15:06	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Acelto
Outros	Carta de Instituição Coparticipante Fazenda Grande.pdf	23/10/2020 09:14:55	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Acelto
Outros	Carta de Concordância Coparticipante Laranjeiras do Sul.pdf	23/10/2020 09:14:44	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Acelto
Outros	ausencia de custos.doc	20/10/2020 14:51:17	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Acelto
Outros	Requerimento de Apreciação de Pesquisa.doc	20/10/2020 14:50:43	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Acelto
Outros	Concordância do campo CURITIBA.pdf	20/10/2020 14:47:18	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa Emenda Outubro 2020.doc	19/10/2020 17:10:07	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo de consentimento / esclarecido 2020.doc	19/10/2020 17:09:10	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TCI_Setembro_2019.doc	09/09/2019 19:02:32	Sandriane A. Kalamar Martins	Acelto
Outros	carta emenda projeto cense setembro 2019.docx	09/09/2019 18:56:53	Sandriane A. Kalamar Martins	Acelto
Outros	declaração de compromisso da equipe de pesquisa.docx	03/07/2019 09:57:48	Sandriane A. Kalamar Martins	Acelto
Outros	carta de encaminhamento_01_07_2019.doc	03/07/2019 09:52:41	Sandriane A. Kalamar Martins	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_TCI_CORRIGIDO_27_06_2019.doc	01/07/2019 14:56:45	Sandriane A. Kalamar Martins	Acelto

Endereço: Rua Adão Bóris, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-4961

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer: 4.430.952

Justificativa de Ausência	TCLE_TCI_CORRIGIDO_27_06_2019.doc	01/07/2019 14:56:45	Sandriane A. Kalamar Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TCI_CORRIGIDO_27_06_2019.pdf	27/06/2019 14:58:13	Sandriane A. Kalamar Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoRevisadocorrigido_25_05_2019.doc	11/06/2019 17:29:03	Delvisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	04022019TCLE.doc	05/02/2019 00:33:31	ANA PAULA ALMEIDA ROCHA OHATA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDOcorrigido.doc	17/12/2018 14:35:31	ANA PAULA ALMEIDA ROCHA OHATA	Aceito
Outros	001analisedemerito.doc	06/11/2018 10:02:34	ALLANA MARINA BUENO	Aceito
Outros	oficiodopesquisadorencaminhandooprojetoaocep.doc	01/11/2018 17:06:14	Cassiano Robert	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDO.doc	01/11/2018 17:01:39	Cassiano Robert	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoRevisado10.doc	11/10/2018 20:03:10	ANA PAULA ALMEIDA ROCHA OHATA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 01 de Dezembro de 2020

Assinado por:  
antonio dercy silveira filho  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Adílio Bóris, 680  
Bairro: Cristo Rei  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-4061

CEP: 80.050-250

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

## ANEXO IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 1 de 3

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, *Allana Marina Bueno, Ana Paula A. Rocha Ohata, Cassiano Robert, Chayanne Federhen e Sandriane A. Kalamar Martins* alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná; *Sabrina Stefanello, Delvisson Vianna Dantas dos Santos e Milene Zanoni da Silva* professores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o(a) senhor(a) a participar do estudo: "ARTICULAÇÃO ENTRE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E SOCIOEDUCAÇÃO NO PARANÁ: UM OLHAR A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS(AS) TRABALHADORES(AS)" eixo de pesquisa vinculada ao estudo: "Manejos e práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde mental nos Centros de SocioEducação (CENSE) e Casas de Semiliberdade do Estado do Paraná".

a) O objetivo dessa entrevista é investigar as dinâmicas de articulação Intersetorial entre os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde e as unidades socioeducativas do estado do Paraná, em relação ao atendimento de saúde dos(as) adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, a partir da percepção dos(as) trabalhadores(as) e gestores(as) de ambas os setores – saúde e socioeducação.

b) Perguntas Iniciais, definidas pelos pesquisadores, proporcionarão uma direção à discussão do tema escolhido. Essa entrevista terá duração de aproximadamente 20 a 60 minutos, mas o(a) senhor(a) pode se sentir livre para falar sobre sua experiência em relação à temática abordada. A entrevista será gravada para posterior análise. Sua identidade será preservada, omitindo-se eventuais informações que possam implicar em identificação, preservando sua identidade e dos locais de campo de pesquisa, garantindo a confidencialidade e o sigilo.

c) Considerando a atual pandemia de COVID-19 a entrevista poderá ser realizada através de plataforma de video-chamada online. Para isso, optaremos pela plataforma mais segura em termos de sigilo, privacidade e confidencialidade dos dados. O(A) senhor(a) deverá estar preparado com computador ou outro dispositivo eletrônico adequado para acesso a plataforma e com acesso à serviço de conexão à Internet seguro e que se mantenha durante o período da entrevista.

d) Há a possibilidade de o(a) senhor(a) ter algum desconforto ou algum tipo de constrangimento relacionado durante a realização da entrevista. Se isso vier a acontecer, for percebido ou relatado, a sua entrevista ou participação poderá ser interrompida sem qualquer tipo de prejuízo ao seu trabalho. Reforçamos também, que não é necessário contar nada que não o deixe à vontade. Não sendo necessário compartilhar qualquer informação que não desejar.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: desconforto ou constrangimento em relação à opinião que irá compartilhar e timidez ao tratar de assuntos que considere íntimos ou desconfortáveis. Estes riscos serão minimizados pela garantia de que as informações trocadas entre pesquisador e participante são confidenciais, ou seja, não serão divulgadas com o seu nome.

f) O benefício esperado com essa pesquisa é compreender a integração Intersetorial entre saúde e socioeducação, contribuindo com resultados e informações que possam auxiliar na melhor articulação das mesmas no que tange a garantia do direito constitucional de acesso a saúde e de proteção ao desenvolvimento do adolescente. Assim, também espera-se alcançar ferramentas de embasamento para direitos essenciais, a reinserção social e o melhor desenvolvimento para o crescimento dos adolescentes, apresentando desdobramentos futuros em termos de formação de sociedade pautada no respeito à dignidade humana.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal: \_\_\_\_\_ [rubrica]

Pesquisador Responsável: Delvisson Vianna Dantas dos Santos \_\_\_\_\_ [rubrica]

Pesquisador aplicador do TCLE: \_\_\_\_\_ [rubrica]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEPISD Rua Padre Camargo, 285 | Térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7250

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba |Rua Afílio Bório, nº 680, Bairro Cristo Rei, Curitiba, PR | CEP 80.050-250 | etica@sms.curitiba.pr.gov.br | telefone (041) 3360-4061

g) Os pesquisadores Delvisson Vianna Dantas, Sabrina Stefanello, Milene Zanoni da Silva, Cassiano Robert, Allana Marina Bueno, Ana Rocha Ohata, Sandriane A. Kalamar Martins e Chayanne Federhen responsáveis por este estudo, poderão ser localizados por e-mail: binastefanello@gmail.com, delvianna@gmail.com, milenezanoni@gmail.com, cassianorobert@hotmail.com, allanamarinab@gmail.com, ana.rocha.ohata@hotmail.com, sandriane.martins@gmail.com, federhen.chayanne@gmail.com e pelo telefone celular por ligação ou por meio de mensagem eletrônica pelos números (41) 991091158, (41) 991291030, (41) 999668729 ou no telefone fixo (41) 33607241, no horário das 08 horas até às 17 horas, ou no endereço: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Rua Padre Camargo, 280, 7 andar, sala 1, para solucionar dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária, ou seja, sem qualquer tipo de obrigação, e se o(a) senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas. Orientadores: Prof. Dr. Delvisson Viana e Prof. Dr<sup>a</sup>. Sabrina Stefanello e os alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Porém, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, ou seja, não constarão nomes ou outro tipo de identificação, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa: Impressão de papéis e custos com o audiovisual não são de sua responsabilidade e o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

l) Se o(a) senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, o(a) senhor(a) pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. Bem como, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, pelo telefone 3360-4961, ou no endereço: Rua Atílio Bório, n° 680, Bairro Cristo Rei, Curitiba, PR. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução n° 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, \_\_\_\_\_, li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios da participação do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

[Cidade, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_]

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal: \_\_\_\_\_ [rubrica]

Pesquisador Responsável: Delvisson Vianna Dantas dos Santos \_\_\_\_\_ [rubrica]

Pesquisador aplicador do TCLE: \_\_\_\_\_ [rubrica]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | Térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba | Rua Atílio Bório, n° 680, Bairro Cristo Rei, Curitiba, PR | CEP 80.050-250 | etica@sms.curitiba.pr.gov.br | telefone (041) 3360-4961

\_\_\_\_\_  
[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

\_\_\_\_\_  
[Assinatura do Pesquisador Responsável – Delvisson Vianna Dantas dos Santos]

\_\_\_\_\_  
[Assinatura do Pesquisador - \_\_\_\_\_]

\_\_\_\_\_  
[Assinatura da Pesquisadora - \_\_\_\_\_]

\_\_\_\_\_  
[Assinatura da Pesquisadora - \_\_\_\_\_]

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal: \_\_\_\_\_ [rubrica]

Pesquisador Responsável: Delvisson Vianna Dantas dos Santos \_\_\_\_\_ [rubrica]

Pesquisador aplicador do TCLE: \_\_\_\_\_ [rubrica]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEPISD Rua Padre Camargo, 285  
| Térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7250

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba | Rua Atilio Borio, nº 680, Bairro Cristo Rei, Curitiba,  
PR | CEP 80.050-250 | etica@sms.curitiba.pr.gov.br | telefone (041) 3360-4861